

TRAHEOBRONSITA ACUTA

Traheobronșita acută este o boală a căilor aeriene, care se caracterizează printr-un sindrom bronșitic acut, cu debut recent și durată scurtă, de obicei neasociat cu modificări radiologice pulmonare.

Frecvența reală a bolii este greu de cunoscut, deoarece un mare număr de bolnavi nu consultă medicul sau sunt înregistrați cu alte diagnostice (rinofaringită acută, laringită acută, viroze respiratorii etc.) care reflectă asocierea traheobronșitei acute cu alte sindroame de droame de căi aeriene superioare de origine infecțioasă. Se apreciază totuși că aproximativ 30-50% din consultațiile ambulatorii sunt reprezentate de infecții acute de căi aeriene, inclusiv de bolnavi cu traheobronșite acute.

ETIOLOGIE

Traheobronșita acută are 3 cauze: virală, bacteriană și chimică.

Traheobronșita virală este cea mai frecventă. Boala poate apare în orice lună a anului, dar cu vârfuri epidemice în funcție de virusul incriminat. Virusurile gripale A și B și virusul respirator sincițial dau frecvent traheobronșită acută în perioada noiembrie—februarie. O incidență asemănătoare au traheobronșitele produse de *Mycoplasma pneumoniae* și clamidii. Mai rare sunt traheobronșitele produse de adenovirusi și de virusurile paragripale, rinovirusi și virusurile *Coxsackie* A și B.

Traheobronșitele acute bacteriene sunt produse de bacteriile care populează normal nazofaringele: pneumococi, streptococi aerobi și anaerobi, corynebacterii, neisserii, anaerobi din familia *Bacteroides*, puțini bacili gram negativi aerobi

Numărul bacteriilor care colonizează normal traheea este foarte mic, iar sub carima traheală tractul respirator este practic steril. Traheobronșita bacteriană urmează de obicei unei infecții acute de căi respiratorii superioare de etiologie virală și se recunoaște practic prin apariția sputei mucopurulente.

Traheobronșita chimică se produce în urma expunerii accidentale sau profesionale la vapori de acizi, amoniac sau acetonă.

PATOGENIE. FIZIOPATOLOGIE

Agentul etiologic determină un **proces inflamator**, de intensitate variată, al peretelui traheo-bronșic, caracterizat prin denudarea epiteliului, edem al mucoasei și hipersecreție de mucus. Dacă edemul mucoasei afectează căile aeriene mici, mai ales în lobii inferiori, se pot produce atelectazii parcelare, tulburări ale raportului ventilație/perfuzie și hipoxemie secundară cu dispnee. Denudarea epiteliului columnar ciliat are drept urmare alterarea transportului mucusului și diminuarea secreției locale de IgA, făcând vulnerabile caile aeriene la suprainfecția bacteriană. Expunerea terminațiilor nervoase din submucoasă la aerul respirat determină tuse, bronhoconstricție și durere retrosternală prin impulsuri excesive aferente vagale.

TABLOU CLINIC

Sindromul bronșitic acut constă în **tuse seacă** sau **expectorație** mucoasă (bronșite virale) sau mucopurulentă (bronșite bacteriene) și **raluri difuze**, care se modifică cu respirația și după tuse (ronhusuri în traheită, raluri bronșice ronflante și sibilante în bronșita bronhiilor mari și raluri sibilante fine și/sau subcrepitante sau crepitante fine, uscate, localizate în prima parte a inspirului, în bronșita căilor aeriene mici).

Mai pot apare **subfebrilitate** și **durere substernală** cu caracter de arsură, provocată de tuse și de mișcările respiratorii ample. **Dispneea și cianoza** apar mai rar, atunci când la sindromul bronșitic acut se asociază un sindrom obstructiv de căi aeriene superioare (crupul și epiglotita acută) sau de căi aeriene intrapulmonare mari sau mici (bronșita acută astmatiformă sau bronșiolita acută). La tabloul clinic comun se pot asocia diferite sindroame care reflectă localizarea inflamației și la nivelul căilor respiratorii superioare extra-toracice. Aceste sindroame pot preceda cu puțin timp (1—3 zile) sau se pot suprapune cu semnele de bronșită acută. Astfel, rinita acută (obstrucție nazală și rinoree), faringo-amigdalita acută (dureri la deglutiție, faringe roșu), laringita (răguseală, tuse de obicei seacă) sau sinuzita acută (dureri sinuzale, secreție nazală) pot face suferința clinică a unui bolnav cu traheobronșită acută mai complexă.

Crupul (sindromul obstructiv de căi aeriene extratoracice, secundar edemului exsudativ al laringelui) și epiglotita acută sunt asocieri întâlnite mai frecvent la copii. Incidența crupului este de 15—47 cazuri la 1 000 copii/an, iar manifestările sale constau în stridor inspirator, răguseală, tuse lătrătoare. Epiglotita acută apare mai rar peste vârsta de 5 ani, se datorează infecției zonei epiglotice cu *Haemophilus influenzae* și realizează un sindrom obstructiv de căi respiratorii superioare, febril,

Sindromul obstructiv difuz de căi aeriene intrapulmonare asociat unei bronșite acute sau unei traheobronșite acute se caracterizează prin dispnee, expirație prelungită, raluri sibilante numeroase, semne de hiper-inflație, tahipnee, febră.

Un tablou clinic special este cel de bronșiolită acută, boală acută a căilor aeriene mici, de obicei de origine virală (virusul sincițial, virusul paragripal) sau produsă de clamdii și mai rar de etiologie chimică (amoniac, bioxid de azot). Se caracterizează prin tuse uscată, iritativa, febră mare și dispnee, adesea severă însoțită de cianoză. Tabloul clinic descris se datorează afectării difuze a căilor aeriene mici, cu interesarea insulară a alveolelor vecine (edem alveolar) și șuntarea pulmonară a sângelui venos.

Explorările paraclinice și de laborator sunt utile mai ales pentru diagnosticul unei boli asociate sau al unei complicații, decât pentru diagnosticul pozitiv al traheobronșitei acute.

Astfel, la un bolnav cu traheobronșită acută se pot indica următoarele explorări de laborator:

1. *Examenul radiologie pulmonar* se efectuează mai ales la bolnavul febril. El este util pentru excluderea unei pneumonii interstițiale asociate.
2. *Examenul bacteriologic al sputei* este necesar dacă traheobronșită acută apare în cursul internării, dacă se suprapune pe o bronșită cronică sau se diagnostichează la un bolnav tarat, cu o boală cronică gravă.
3. *Hemograma* nu aduce date diagnostice importante. Bolnavul poate avea leucocitoză cu neutrofilie,

4. *Probele funcționale respiratorii* (ventilatorii și dozare de gaze sanguine) sunt indicate la bolnavii cu obstrucție de căi aeriene sau la cei cu dispnee și cianoză. *Diagnosticul etiologic viral* se face prin metode virologice (izolarea virusului pe culturi de țesuturi sau pe ou embrionat) și serologice (creșterea titrului anticorpilor fixatori de complement în convalescență sau vizualizarea antigenului viral prin imunofluorescență în secrețiile respiratorii), în cursul epidemiilor virale cu virus cunoscut, diagnosticul etiologic al unei traheobronșite acute virale se pune cu probabilitate de 70% numai pe date epidemiolog

Diagnosticul diferențial se face cu pneumonii virale sau bacteriene atunci când febra este mare, starea generală este alterată sau se asociază durerea toracică, în aceste cazuri sindromul clinic de condensare și examenul radiologie permit un diagnostic exact.

O situație clinică mai frecventă este pneumonia atipică produsă de *Mycoplasma pneumoniae* al cărei diagnostic poate fi întârziat datorită tabloului clinic de traheobronșită acută care maschează pneumonia. Bronșitele acute care apar în cadrul unor boli infecțioase sistemice (rujeolă, varicele, mononucleoză infecțioasă) trebuie diagnosticate și tratate în cadrul acestei boli.

EVOLUȚIE. COMPLICAȚII

Durata traheobronșitelor acute necomPLICATE este scurtă, de 5—10 zile și prognosticul este bun.

Complicațiile sunt rare și constau în bronhopneumonie sau adenopatie hilară care determină obstrucție în teritoriul bronșitei lobare adiacente, cu episoade repetate infecțioase în același teritoriu.

O evoluție severă este posibilă la bolnavii în vârstă, tarați sau cu boală pulmonară obstructivă cronică, precum și în traheobronșită herpetică sau în cazul asocierii cu bronșiolită acută sau crup. Bronșiolita acută are o evoluție și un prognostic mai bun la copil decât la adult sau omul în vârstă. Trebuie avută în vedere și posibilitatea apariției la o parte din acești bolnavi, după vârsta de 40 ani, a unei bronhopneumopatii cronice obstructive.

La mulți bolnavi după episodul bronșitic acut poate rămâne o hiperreactivitate bronșică difuză, care durează 4 săptămâni. Persistența acesteia după 2—3 luni de la vindecarea bronșitei acute sugerează o bronhopneumopatie cronică obstructivă sau un teren bronșitic astmatic

TRATAMENT

Tratamentul traheobronșitei acute are trei componente: tratamentul etiologic, tratamentul simptomatic și măsuri terapeutice generale și profilaxia.

Tratamentul etiologic. Terapia antivirală se indică la bolnavii cu risc crescut: bolnavi tarați sau cu BPOC, copii și tineri cu fibroză chistică, deoarece se cunoaște că la acești indivizi traheobronșită acută poate avea o evoluție severă. Se poate folosi în acest scop chimioterapia
Profilaxia se poate face la aceiași bolnavi, dacă se cunoaște virusul care produce epidemia respectivă, administrându-se medicamentul potrivit (Amantadină sau Rimantidina pentru gripă) o perioadă variabilă, până ce

virusul „părăsește” comunitatea.

Un alt mijloc profilactic îl constituie vaccinarea antigripală la indivizii cu risc mare și fără contraindicații.

Tratamentul antibacterian se face cu un antibiotic activ pe flora nazofaringiană obișnuită și la care individul nu este alergic (penicilină, eritromicină, tetraciclină, Biseptol, cefalosporine, amoxicilina simplă sau asociată cu acid clavulanic). Tratamentul durează 5—7 zile. La bolnavii cu BPOC care fac bronșită acută, tratamentul se începe odată cu primele semne de infecție acută respiratorie și constă de obicei în ampicilina sau amoxicilină, deoarece traheobronșitele acute la acești bolnavi sunt frecvent produse de *Haemophilus influenzae*. La bolnavii internați în spital, țarați sau cu boli respiratorii cronice, se pot lua în considerație pentru tratamentul antibiotic și rezultatele examenului bacteriologic al sputei.

Sindromul obstructiv de căi aeriene intrapulmonare se tratează cu bronhodilatatoare (Eufilină, Salbutamol) sau hemisuccinat de hidrocortizon în cazurile severe.

Tratamentul general și simptomatic. Aerul respirat de bolnav va fi umezit și se vor administra lichide multe (ceai, compot, apă), în paroxismele de tuse uscată se pot prescrie codeină și dionină. În general expectorantele și fluidifiantele nu influențează sindromul bronșitic. Se pot prescrie, când tusea este frecventă și productivă, preparate tipizate cum sunt: sirop expectorant, trecid — tablete sau soluție sau bromhexin (Brofimen), tablete sau soluție. Antihistaminicele sunt contraindicate deoarece cresc vâscozitatea expectorației.

Terapia antivirală în traheobronșita acută

<i>Virus</i>	<i>Medicament</i>	<i>Doză</i>	<i>Cale de administrare</i>
Grupa A	Amantadină	200 mg/zi 10 zile	per os
Virusul respirator sincițial	Rimantidină	200—300 mg/zi 10 zile	per os
	Ribavirin	20 mg/ml soluție la 12—18 ore	Aerosoli
Herpes simplex	Aciclovir	8 mg/kgccrp la 8 ore 7—10 zile	Intravenos