Il punto sulla pertosse

Data 03 aprile 2025
Categoria infettivologia

Diagnosi, terapia e prevenzione della pertosse

La pertosse è caratterizzata da una prima fase catarrale indistinguibile da altre infezioni respiratorie, da una fase parossistica e da una fase di convalescenza. Durante la fase parossistica si verificano gravi episodi di tosse (generalmente di tipo secco e non produttivo) che seguono l'espirazione e che spesso causano il vomito. Nei bambini si possono avere anche episodi di inspirazione convulsa dopo la tosse. La volenza della tosse è tale che può provocare emorragie retiniche o sclerali e rotture costali. Si può avere, ma non necessariamente febbre, di solito non elevata. Nei bambini piccoli una complicanza temibile è l'asfissia.

Mentre i dati clinici ed epidemiologici possono essere utili a fini diagnostici, il gold standard rimane il test a catena della polimerasi (PCR) che ha una sensibilità molto elevata che può arrivare al 100% (anche la specificità è molto elevata). Altri test (come quello enzimatico) sono poco sensibili. La coltura del tampone naso-faringeo risulta positiva in circa l'80-90% dei casi ma il risultato necessita di tempo per cui il test risulta poco pratico ai fini diagnostici immediati.
Si può riscontrare leucocitosi e linfocitosi (che però non sono di ausilio diagnostico). La radiografia del torace mostra reperti aspecifici, ma può essere necessaria (soprattutto nei bambini molto piccoli) per escludere una polmonite concomitante.

Il trattamento si basa sulla terapia antibiotica. Farmaco di scelta è un macrolide come l'azitromicina per 5 giorni, che è consigliata anche nella profilassi post-esposizione da fare entro 3 settimane dall'esposizione stessa nei soggetti a rischio elevato come i familiari conviventi, le gravide, i bambini molto piccoli e il personale sanitario o le persone fragili.
Molti ceppi di Bordetella hanno sviluppato resistenza sia alla penicillina che alle cefalosporine. L'azitromicina è l'antibiotico di scelta anche nei bambini molto piccoli e nei lattanti, anche se sono stati segnalati casi di associazione tra macrolidi e sviluppo di stenosi ipertrofica del piloro in questo sottogruppo di pazienti. Circa il 30% dei bambini con meno di 12 mesi di età necessita di ricovero ospedaliero. Alla terapia antibiotica si possono affiancare terapie di supposto (come per esempio l'aspirazione di muco) mentre altri trattamenti (tra cui cortisonici e beta 2 stimolanti) non sono raccomandati.

La prevenzione della malattia si basa sulla vaccinazione. Va considerato che l'immunità conferita dal vaccino non è permanente perchè si tratta di un'immunità di tipo sistemico, mentre lo è quella dovuta all'infezione naturale che porta allo sviluppo di immunità locale da immunoglobuline A che esercitano un'azione protettiva sulle mucose respiratorie.

RenatoRossi

Bibliografia

Scruggs-Wodkowski E, Malani P. What Is Pertussis? JAMA. 2024 Sep 24;332(12):1030. doi: 10.1001/jama.2024.9049. PMID:39207741.

Mi YM, Deng JK, Zhang T, Cao Q, Wang CQ, Ye S, Chen YH, He HQ, Wu BB, Liu Y, Zeng M, Li W, Wu F, Xu HM, Zhao SY, Liu G, Hua W, Xu D, Bai GN, Yang Y, Huang LS, Chen YP, Yao KH, Shao ZJ, Hua CZ. Expert consensus for pertussis in children: new concepts in diagnosis and treatment. World J Pediatr. 2024 Dec;20(12):1209-1222. doi: 10.1007/s12519-024-00848-5. Epub 2024 Nov 14. PMID: 39537933; PMCID: PMC11634942.

Lund M et al. Use of macrolides in mother and child and risk of infantile hypertrophic pyloric stenosis: nationwide cohort study. BMJ 2014 March 11; 348: g1908 doi: https://doi.org/10.1136/bmj.g1908

© 2004 - 2026 Pillole - Registrazione T. di Roma n. 2/06 | stampato il 14/11/2026 alle ore 10:43 | Pagina 1 di 1