



Il Manuale di Clinica Pratica

Titolo La tosse
Data 25 febbraio 2006 alle 11:15:00
Autore R Rossi

Ressa:

Credo che sulla tosse nessuno dovrebbe essere più esperto del MMG, tante ne vediamo nei mesi invernali e non solo!

Rossi:

In effetti è così: la tosse è una delle cause più frequenti in assoluto di consultazione in Medicina Generale.

Ressa:

Partiamo come al solito dalla definizione.

Rossi:

La tosse viene definita come una improvvisa espirazione forzata involontaria causata da un fenomeno riflesso il cui scopo ultimo è liberare le vie aeree da muco, espettorato, corpi estranei, ecc.

Classicamente, nei trattati si trova descritta in base ai caratteri e alla presenza o meno di espettorazione, ma un tentativo di classificarla in questo modo non aiuta molto nella diagnosi e nel trattamento.

Più utile invece distinguere la tosse in acuta e cronica. Quest'ultima viene definita dalle linee guida come una tosse che dura da più di due mesi.

Ressa:

Due mesi?Rossi:

Eh, eh, non hai capito male!

Sicuramente però la durata stabilita dalle linee guida è eccessiva nel nostro contesto perché per noi i problemi cominciano già per durate di gran lunga inferiori in quanto un paziente sopporta e capisce una tosse che dura da 8-10 giorni ma già dopo le due settimane ci richiede una terapia "più efficace", una spiegazione, degli accertamenti. Se questo è vero in linea generale, fanno eccezione di solito i fumatori i quali spesso hanno una tosse che dura da mesi o anni e non richiedono una valutazione medica in quanto considerano il sintomo del tutto fisiologico.

Ressa:

Per una volta partiamo dalla fine: come si cura la tosse?

Rossi:

Se intendi la terapia sintomatica, indipendentemente dalla causa, questa prevede l'uso, ormai entrato nella tradizione prescrittiva credo di tutti i MMG, di mucolitici che in realtà non sono probabilmente molto più efficaci della semplice idratazione delle vie aeree con suffumigi o aerosol e che, comunque, sono indicati quando il paziente ha difficoltà ad espellere secrezioni bronchiali troppo dense. Nel caso di tosse secche e stizzose che disturbano molto il paziente, specialmente di notte, si possono usare sedativi della tosse ad azione centrale (destrometofano, ecc.) o periferica (cloperastina, levodropropizina, ecc.). Non va mai dimenticato però che la tosse è un meccanismo di difesa e come tale può essere sbagliato cercare di eliminarla del tutto. Vanno sempre consigliate anche misure dettate dal buon senso come il non fumare e l'evitare l'esposizione ad irritanti, nebbia, freddo, umidità.

Ressa:

Io, nella tosse acuta, preferisco ancora i vecchi suffumigi (fomenti) o l'aerosolterapia.

Parlaci della tosse acuta, che di solito non ci dà molte preoccupazioni.Rossi:

La tosse acuta non pone, generalmente, difficoltà particolari, nella maggior parte dei casi è dovuta a banali flogosi delle vie respiratorie superiori (tracheobronchiti, rinofaringosinusiti, ecc.) oppure a polmoniti o a BPCO riacutizzata, anche se non vanno dimenticati altri possibili quadri come per esempio uno scompenso cardiaco sinistro. La presenza di tosse con escreato ematico (emottisi) impone ovviamente degli accertamenti immediati. Le due cause a cui mi hanno insegnato a pensare subito sono il cancro polmonare e la tubercolosi ma più spesso sono in gioco patologie banali come la rottura di piccole varici della base linguale oppure una semplice bronchite acuta. L'emoftoe va invece guardata con sospetto nei soggetti a rischio, fumatori cronici, anche se la radiografia del torace e una consulenza otorinolaringoiatrica dovessero essere negativi.

Ricordo il caso di un paziente cinquantenne fumatore che ebbe un singolo episodio emoftoico con radiografia del torace completamente negativa. Anche la TAC del torace non era significativa e solo una broncoscopia permise di diagnosticare un carcinoma broncogeno.

Ressa:

Affrontiamo invece il capitolo più interessante e problematico della tosse cronica.

Rossi:

In qualche caso non si tratta di vera e propria tosse cronica ma della cosiddetta tosse post-infettiva: in alcuni soggetti dopo un episodio acuto, probabilmente per una predisposizione individuale (iper-reattività bronchiale?), si assiste alla persistenza della tosse per parecchie settimane.

Ressa:



E' un problemaccio perché il paziente è convinto di non essere guarito, in questi casi prescribo beta 2 stimolanti e corticosteroidi topici. Rossi:

Di solito basta avere la pazienza di attendere e la tosse si risolve spontaneamente, però il paziente preme, il MMG prescrive una radiografia del torace (che risulterà negativa), terapie sintomatiche (mucolitici, sedativi della tosse, beta 2 stimolanti per aerosol), spesso antibiotici e un breve ciclo di steroidi. Mi sembra però che spesso la terapia non funzioni molto, la tosse se ne va pian piano, nel giro di qualche settimana.

Ressa:

Passiamo alla tosse cronica propriamente detta.

Rossi:

Una tosse cronica impone come primo step l'esecuzione di una radiografia del torace. Se questa risulta patologica ovviamente le indagini andranno approfondite, una TAC, una broncoscopia, ecc.

Se la radiografia del torace dovesse risultare negativa il MMG deve considerare che le tre più frequenti cause di tosse cronica sono: il cosiddetto post-nasal drip, l'asma e il reflusso gastro-esofageo.

Ressa:

Parlaci della prima causa, credo che non sia molto nota (ma non si potrebbe usare un termine italiano?)

Rossi:

Sì, probabilmente il post-nasal drip (scolo di muco-pus proveniente dalle fosse nasali e/o dai seni paranasali nel rinofaringe e successivamente nelle vie aeree) è poco noto anche se è ritenuto la causa più frequente di tosse cronica. Può essere dovuto a infezioni del sistema rinosinusale, a rinite allergica (perenne o stagionale), esposizione a sostanze irritanti, rinite vasomotoria o sinusite cronica. I sintomi possono includere, oltre alla tosse, senso di ostruzione nasale, rinorrea, fastidio o bruciore in gola (sintomi che dalle mie parti chiamano, con una terminologia che descrive bene il fenomeno, "roseghino" o anche "raspeghin"). L'esame obiettivo può mostrare, ma non necessariamente, lo scolo di muco nel faringe. Ressa:

Come facciamo a diagnosticarlo?

Rossi:

La diagnosi di post-nasal drip non è semplice e spesso si può usare la terapia come criterio diagnostico. I farmaci consigliati nel trattamento sono un antistaminico di prima generazione, come per esempio la clorfenamina, associato a decongestionanti nasali (per os o per via topica) come la fenilpropanolamina, venduti senza obbligo di ricetta medica. Esistono anche preparati in cui l'antistaminico e il vasoconstrictore sono già associati, anche questi venduti liberamente senza obbligo di ricetta. Un mancato miglioramento dopo 10-14 giorni dovrebbe far pensare a qualcosa di diverso. Però nei casi in cui il post-nasal drip è dovuto ad una rinite allergica migliori risultati talora si ottengono con l'uso di steroidi topici per via nasale. Se si sospetta una sinusite cronica (radiografia o TAC dei seni paranasali per confermarla) si deve associare all'antistaminico e al decongestionante una terapia antibiotica attiva contro streptococco pneumoniae, emofilo o anaerobi; in seguito è consigliato uno steroide per via nasale per 3 mesi.

Ressa:

Tutta chiaro. E la tosse come espressione di asma? Già ne abbiamo parlato nel capitolo corrispondente, puoi richiamare i punti principali?

Rossi:

L'asma in alcuni casi può estrinsecarsi solo con tosse cronica mentre mancano i sintomi classici. Si parla di tosse come di "equivalente asmatico". Per averne la conferma si esegue un esame spirometrico eventualmente associato ai test di provocazione bronchiale; un test alla metacolina negativo esclude con sufficiente sicurezza l'asma come responsabile della tosse (vedi capitolo sull'asma bronchiale). Ressa:

Comunque, dati i tempi di attesa per l'esecuzione dell'esame, io uso come criterio ex-juvantibus la risposta al salbutamolo inalatorio: nel caso la tosse sia un equivalente asmatico spesso si assiste ad un miglioramento nel giro di 5-7 giorni.

Rimane il reflusso gastro-esofageo.

Rossi:

Il reflusso gastro-esofageo causa irritazione, infiammazione della laringe e della trachea e stimolazione vagale e può provocare tosse cronica. Il paziente riferisce altri sintomi come bruciore in gola e pirosi o rigurgito acido (il cosiddetto "brusacor = bruciacuore") che si accentuano con il decubito (per esempio quando si corica a letto).

I sintomi classici possono però anche essere assenti.

Ressa:

E poi è così di moda!

Rossi:

Se si sospetta un reflusso G-E si può tentare una terapia con un PPI associato ad un procinetico (metoclopramide o domperidone) ma talora sono necessari molti mesi per ottenere un miglioramento. Per la verità l'impressione è che i risultati non siano eccezionali, come suggerisce anche una metanalisi da cui risulta che in media si ottiene un beneficio solo nel 20% dei pazienti trattati con PPI [6].

Bisogna tener conto che qualche volta reflusso G-E ed asma sono associati (vedi capitolo sull'asma). La conferma può venire dall'esame endoscopico che può evidenziare un'ernia jatale o un'esofagite e soprattutto dalla pH-metria esofagea. Ressa:

Mai fatta eseguire in 25 anni di professione, hai provato a stare con un sondino nasogastrico per 24 ore?



E poi è il solito discorso degli esami strumentali, magari in quel giorno va tutto bene ma questo non significa che non ci sia il reflusso.

Però la tosse cronica potrebbe essere dovuta anche ad altre cause, oltre a quelle che ci hai elencato. Rossi:

Ovviamente nella valutazione del paziente con tosse cronica non vanno dimenticate altre cause: potrebbe essere in gioco una BPCO (l'anamnesi in questi casi è indicativa e di solito la radiografia del torace non è mai normale), una neoplasia polmonare (da pensarci nei soggetti a rischio anche con radiografia del torace negativa, specialmente se la tosse è di insorgenza abbastanza recente o ha cambiato caratteri), un microembolismo polmonare cronico (diagnosi difficile).

Ressa:

In alcuni casi (bambini, giovani) bisogna pensare pure alla pertosse che di solito provoca tosse persistente anche per qualche mese, talora, ma non sempre, con le caratteristiche cliniche che la contraddistinguono (ululato, vomito) e spesso riaccensione della tosse per il sovrapporsi di banali infezioni respiratorie virali (cosiddetta pertosse di ritorno o, come dicevano le nostre nonne, tosse canina che dura nove lune).

Rossi:

E' anche possibile che una tosse cronica possa essere di origine psicogena: si tratta però di una diagnosi di esclusione che dovrebbe essere posta solo dopo aver cercato l'esistenza di cause organiche. Ressa:

Ci sono anche le cause iatrogeniche come la terapia con un aceinibitore. Ricordo, la boccetta del Captopril con il nome della molecola scritta sul flacone, senza il nome commerciale, era il 1980 e la casa farmaceutica produttrice lo distribuiva in ospedale, dove lavoravo. Non si conosceva questo effetto collaterale, addirittura si temeva la proteinuria indotta dal farmaco (poi dimostratasi inesistente, anzi gli aceinibitori si sono poi usati nella terapia della proteinuria). Cominciai ad impiegarlo nei miei pazienti e ricordo un caso di un violinista famoso che cominciò ad accusare una tosse secca persistente, molto imbarazzante nella sua professione, gli feci fare tutti gli esami strumentali e visite specialistiche della terra, tutto negativo. Il professore era molto depresso perché pensava al peggio e ci stava anche rimettendo il posto di lavoro, poi, a caso, cambiai il farmaco e miracolo, la tosse sparì !

Rossi:

In questi casi la sospensione del farmaco risolve il sintomo entro alcune settimane mentre la sua reintroduzione fa ricomparire la tosse. Si può tentare di sostituire l'aceinibitore con un sartano, che provoca tosse probabilmente in una percentuale minore dei casi.

Bibliografia

1. Currie GP et al. Chronic cough. BMJ 2003; 326:261
2. D'Urzo A et al. Chronic cough: three most common causes. Can Fam Physician 2002; 48:1311-1316
3. D'Urzo A et al. Case report: cough variant asthma. Can Fam Physician 2002; 48:1323-1325
4. Irvin RS et al. The diagnosis and treatment of cough. N Engl J Med 2000; 343: 1715-1721
5. European Respiratory Society. Eur Respir J 2004; 24:481-492
6. Chang AB et al. Systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of gastro-oesophageal reflux interventions for chronic cough associated with gastro-oesophageal reflux. BMJ 2006 Jan 7; 332:11-17