

SEMILOGIA LOCO-REGIONALĂ A INFECȚIILOR RESPIRATORII ÎNALTE LA COPIL

Prof. Dr. Valeriu Popescu

Clinica de Pediatrie, Spitalul Clinic de Copii „Dr. Victor Gomoiu“, București

REZUMAT

Afectând o regiune anatomică foarte limitată, cu funcție de respirație, strâns legată de mecanismele de deglutiție, infecțiile căilor respiratorii superioare se asociază frecvent cu o simptomatologie loco-regională.

Când este prezentă, semiologia loco-regională prezintă două cauze importante: manifestări infecțioase și inflamatorii și factori mecanici și dureroși.

Această situație este responsabilă de: tulburări ale respirației, perturbarea succțiunii – deglutiției, infecții descendente și de vecinătate, tulburări digestive.

Cuvinte cheie: Infecții respiratorii superioare; semiologie loco-regională; copil

RÉSUMÉ

Infections respiratoires de l'enfant: sémiologie loco-régionale

Intéressant une région anatomique très limitée, dont les fonctions de respiration sont intimement liées aux mécanismes de la déglutition, les infections des voies respiratoires hautes s'accompagnent le plus souvent d'une même symptomatologie loco-régionale. Quand elle existe, cette sémiologie relève de deux causes essentielles: phénomènes infectieux et inflammatoires, facteurs mécaniques et douloureux, qui, ensemble ou individuellement, sont responsables de: troubles de la respiration, perturbations de l'acte de succion-déglutition, infections descendentes et de voisinage, troubles digestifs.

Mots-clés: Infections respiratoires hautes; sémiologie loco-régionale; l'enfant.

Infecțiile căilor respiratorii înalte se asociază relativ frecvent cu o simptomatologie loco-regională, din două cauze esențiale: fenomenele infecțioase și inflamatorii și factorii mecanici și dureroși; individual sau în ansamblu, această simptomatologie este responsabilă de: tulburările respirației, perturbarea actului de succiune – deglutiție, infecțiile descendente și de vecinătate, tulburări digestive.

I. TULBURĂRILE RESPIRAȚIEI

Acestea fac parte integrantă din semiologia afecțiunii locale. În scop didactic reamintim câteva noțiuni fiziopatologice.

Pasajul aerului prin filiera naso-faringo-laringiană poate fi perturbată prin prezența:

- unui edem al mucoasei pituitare sau al mucoaselor faringiană și laringiană;
- unei hipertrofii a vegetațiilor adenoide și amigdalelor, sau prin extensia procesului infecțios inflamator la arborele traheal.

Obstrucția care rezultă poate fi:

- *înalță* – la nivelul nasului și choanelor. Copilul, în această situație, nu mai poate respira decât pe cale bucală; acest tip de respirație este dificil la

nou-născut și sugar, determinând totdeauna dificultăți în alimentația unui copil încă alimentat la sân sau prin intermediul unei tetine;

- *medie* – la nivelul amigdalelor și faringelui. În această situație, aerul trece printr-o regiune edemațiată a formațiunilor limfoide, hipertrofiate și, de asemenea, „ocupată“ de secreții mucopurulente.

Consecințele respiratorii sunt comune:

- respirație zgomotoasă, sforăitoare;
- dispnee moderată.

- *joasă* – la nivelul laringelui. În acest caz, dispneea – numită dispnee laringiană – este caracteristică: dispnee inspiratorie cu tiraj suprasternal;
- *la nivelul traheei*. În acest caz, obstrucția se traduce prin polipnee cu tiraj supra- și sub-sternal.

II. TULBURĂRILE DE DEGLUTIȚIE

În timp ce afecțiunea cauzală este benignă, tulburarea de deglutiție la copilul mic, în mod particular, poate avea un prognostic redutabil: bronhopneumonie de deglutiție – moarte subită.

1. *Tulburările de succiune* – primul timp al deglutiției la sugarul „la sân“ sau „la biberon“ se observă mai ales în rinite:

- ele sunt datorate faptului că respirația nazală nemaifiind posibilă (obstrucția filierei nazale), copilul, care în mod obișnuit nu dă drumul din gură „mamelonului“ sau tetinei biberonului, trebuie, pentru a respira, să utilizeze „filiera“ bucală și, deci, să „îndepărteze“ mamelonul sau tetina;
- ele nu au, prin ele însele, nici un caracter de gravitate, dar, când nu se mai poate efectua succiunea, pot să fie generatoare ale dificultăților de alimentație.

2. *Tulburările de deglutiție* afectează electiv al doilea timp sau timpul faringian. Foarte frecvent, există o anomalie a primului timp – timpul bucal – dar această tulburare rămâne discretă;

- mecanismul acestei perturbări a actului de deglutiție nu este univoc; el prezintă două cauze:
 - *o cauză mecanică*: stenoizarea calibrului „răspântiei aero-digestive“ (edem – tumefacție – tumoră) ce „jenează“ tranzitul bolului alimentar și împiedică calea care conduce normal către esofag, evitând căile aeriene;
 - *o cauză funcțională*: fenomenele dureroase, spontane sau declanșate prin contactul bolului alimentar cu o mucoasă inflamată și congestivă, jenând considerabil actul de deglutiție; pentru a nu „suferi“, copilul preferă, mai de grabă, să nu mai înghită;
 - simptomatologia acestor anomalii ale deglutiției este simplă și se rezumă la:
 - refuzul alimentației, sau
 - realizarea unei „căi false“ alimentare

Deviația tranzitului normal al bolului – care realizează o cale falsă – poate să se facă către fosele nazale și laringe.

În cursul alimentației copilul se sufocă, se cianozază și „elimină“, pe nas sau pe gură, alimentul care trebuia absorbit. În acest caz, reflexul tusigen joacă rolul de a „împiedica“ „corpul străin“ de a pătrunde în arborele traheo-bronșic.

În cele mai multe cazuri, o parte din „bol“ poate face „efracție“ în trahee, din cauza faptului că reflexul tusigen nu este suficient de dezvoltat la copil; aspirația corpului străin în căile aeriene, realizează gravitatea tulburării de deglutiție la copil:

- acesta poate fi responsabil de „pneumopatie“ de deglutiție, al cărei prognostic este totdeauna rezervat;
- acesta poate declanșa o moarte subită al cărei mecanism este încă discutat: asfixie brutală sau șoc anafilactic.

Schematic, etiologia acestor tulburări de deglutiție, în cursul infecției respiratorii înalte sunt:

- *rinitele*, ce perturbă succiunea la copilul mic;

- *faringitele*, ce realizează o tulburare a timpului al doilea al deglutiției, cu disfagie (deglutiție dureroasă);
- *laringitele*, ce realizează o deglutiție dificilă și „căi false“ laringiene frecvente, datorită, pe de o parte, ocluziei orificiului laringian care este mai puțin perfectă și, pe de altă parte, dispneea care are un răsunet „neplăcut“ asupra derulării actului de deglutiție;
- *otitele acute* – prin otalgia spontană sau declanșată de mișcările maxilarului inferior – sunt responsabile doar de tulburări minime ale deglutiției.

III. TULBURĂRILE DIGESTIVE

Anorexia, diareea, vărsăturile sunt semne banale în cursul oricărei infecții a copilului.

Cauzele respiratorii înalte au totuși o responsabilitate particulară, deoarece copilul, neștiind să „scuipe“/elimine toate secrețiile – mucoase, mucopurulente și purulente – acestea sunt înghițite.

Ca urmare, rezultă:

- *o diaree* prin „infecția“ tubului digestiv sau prin „eliminarea“ secrețiilor nazo-faringiene înghițite (muco-piofagie);
- vărsături (mai ales) care în caz de infecție cronică, realizează un tablou atât de particular copilului – *vărsăturile habituale* sau *dispepsia hipostenică* sau gastrita gleroaasă.

Sugarul „lacom“ se „repede“ la biberon din care ingeră doar o treime; în acest timp, devine agitat, țipă și prezintă semne de suferință ce pot dura 1-2 ore. Vărsăturile, care sunt urmate de sedarea tulburărilor, sunt constituite din cheaguri de lapte sau nu; vărsăturile sunt totdeauna „filante“ și mucoase, conținând frecvent „flocoane“ de puroi. Mucofagia este responsabilă de aceste vărsături. Pentru stabilirea diagnosticului etiologic și a instituirii unei terapii eficiente, trebuie cercetată etiologia; examenul cavității bucale obiectivează o infecție torpidă (adenoidită-rinofaringită).

IV. INFECȚIILE DESCEDENTE

Este vorba de a stabili diagnosticul și a trata infecțiile aparatului respirator.

Rinita. În cursul **rinitei** – cea mai banală, cea mai comună – *radiografia pulmonară sistematică* obiectivează anomalii în 10% din cazuri sub formă de mici focare de condensare sau de „încărcare“ hilară (reacție hilară).

Această constatare simplă duce la ideea că afectarea traheo-bronșică, chiar pulmonară, este

frecventă, dacă nu chiar constantă, în cursul infecțiilor respiratorii înalte. Aceasta este ușor explicată prin „solidaritatea“ fiziopatologică a mucoasei tractului respirator, care formează un „tot continuu“ de la nas la bronhiolă (Farriaux J.P, 1967).

Examenul histologic demonstrează o structură identică în „aspectul“ său esențial: epiteliu cilindric ciliat; chorion foarte vascularizat cu numeroase formațiuni limfoide; un „strat“ mioelastice; glande seroase și mucoase numeroase;

Atât examenul radiologic pulmonar cât și examenul histologic demonstrează *facilitatea de propagare a infecției de-a lungul căilor respiratorii.*

Rinobronșita. Aceasta poate fi:

- *descendentă:* când există o relație de cauză-efect între rinită și semnele bronșice; tratamentul infecției „înalte“ antrenează vindecarea afectării bronșice
- *concomitentă:* în cazul în care există o afectare difuză a tuturor mucoaselor respiratorii (sinusuri faciale, fose nazale, rinofaringe, bronhii), fără relație cauză-efect.

Clinic este vorba la debut de un copil tușitor, cu bronșite frecvente în antecedente; ascultația pulmonară evidențiază raluri ronflante și sibilante, variabile de la o zi la alta, uneori localizate la o arie pulmonară.

Antibioterapia aduce regresia tulburărilor, dar vindecarea este rar completă și recidivele sunt frecvente. Ulterior, către vârsta de 8-10 ani, tabloul clinic se modifică: rinoreea – care nu dispare decât în cursul verii – tuse, ce devine „productivă“ și copilul expectorează sputa. Puseurile sunt declanșate de „frigul umed“, „ceață“; se asociază, de obicei, cu otită seroasă.

În acest stadiu, examenul clinic evidențiază:

- fosele nazale pline de secreții muco-purulente, care se scurg și în faringe și laringe;
- pansinuzita totală;
- expectorația purulentă sau muco-purulentă;
- raluri ronflante și sibilante la bazele pulmonare;
- accentuarea tramei pulmonare pe radiografia pulmonară;
- dilatație a bronhiilor la bronhografia cu lipiodol.

În acest caz, nu este suficient de a trata doar infecția; trebuie cercetați prin investigații metodice diferiții factori care au intervenit în cronicizarea afecțiunii:

• **Cauze locale:**

- Congestia și hipertrofia mucoasei nazale sau corpi străini (încă necunoscuți);
- Vegetațiile adenoide
- Sinuzitele maxilare și etmoidale

• **Cauze generale:**

- Cercetarea unui teren alergic, evocat *apropo* de rino-bronșitele recurente;
- Studiul glandelor endocrine: tendință la insuficiență tiroidiană, la retardul pubertar ulterior sunt frecvent constatate;
- Tulburări ale alimentației cu carență alimentară latentă;
- Diagnosticul unei mucoviscidoze, formă respiratorie exclusivă, ce se evidențiază în cursul copilăriei (prima sau a doua copilărie).

Tratamentul rino-bronșitelor trebuie să vizeze totdeauna 3 elemente patogenice ale afecțiunii:

- terenul: copil limfatic, copil spasmofil;
- iritațiile exterioare;
- suprainfecțiile.

BIBLIOGRAFIE

1. Farriaux JP – Sémiologie loco-régionale. In: Les infections hautes de l'enfant et leurs complications, ch.II, 85-91, *Collections Terra/ fébrine*, Lille (France), 1967.
2. Popescu V – Infecțiile tractului respirator superior. În: Popescu V (ed): *Patologia aparatului respirator la copil*, secțiunile I, II, III, Ed. Teora (București), 1999.
3. Popescu V – Rinofaringita acută. În: Popescu V. (ed): *Patologia aparatului respirator la copil*, secțiunea a II-a, cap. 9.1., 130-132, Ed. Teora, București, 1999.
4. Popescu V. – Adenoidita acută. În: Popescu V. (ed): *Patologia aparatului respirator la copil*, secțiunea a II-a, cap.9.7., 142-143, Ed. Teora, București, 1999.
5. Popescu V – Sinuzitele. În: Popescu V. (ed): *Patologia aparatului respirator la copil*, secțiunea a II-a, cap. 9.11., 146-158, Ed. Teora, București, 1999.
6. Popescu V – Laringitele acute. În: Popescu V. (ed): *Patologia aparatului respirator la copil*, secțiunea a III-a, cap.14.2., 188-204, Ed. Teora, București, 1999.
7. Popescu V, Ștefănescu Mihaela – Bronșiolita acută. În: Popescu V. (ed): *Patologia aparatului respirator la copil*, secțiunea a III-a, cap. 21, 247-253, Ed. Teora, București, 1999.
8. Popescu V – Bronșiolita acută. În: Popescu V. (ed): *Patologia aparatului respirator la copil*, secțiunea a III-a, cap. 20.1, 240-245, Ed. Teora, București, 1999
9. Popescu V, Ștefănescu Mihaela, Popeea Petrichi Daniela – Pneumoniile acute. În: Popescu V. (ed): *Patologia aparatului respirator la copil*, secțiunea a III-a, cap. 23, 309-358, Ed. Teora, București, 1999.