

# PDTA VENETO

## Faringotonsillite acuta

### PREMESSA

La Faringotonsillite acuta (FTA) è uno dei problemi che il Pediatra di famiglia affronta con maggior frequenza nella pratica ambulatoriale.

La gestione diagnostico-terapeutica di tale patologia, di per sé abbastanza semplice, presenta tuttavia alcuni aspetti complessi e controversi.

I dati di letteratura riportano una prevalenza dell'etiologia batterica da Streptococco  $\beta$  emolitico di gruppo A (SBEA), unico patogeno che va trattato con terapia antibiotica, variabile dal 5-10% (1), al 20% (2), fino al 30% (3) fra tutte le forme di FTA, essendo le restanti di origine quasi esclusivamente virale.

La diagnosi precoce e certa di FTA da SBEA ha principalmente due obiettivi:

- da una parte controllare rapidamente la sintomatologia acuta, quando molto spiccata, ed evitare rischi di complicanze locali (otite media, sinusite(3), ascesso peritonsillare e retrofaringeo, mastoidite (4), attraverso un inizio precoce della terapia antibiotica;
- dall'altra evitare le complicanze secondarie della FTA da SBEA, che sono la Febbre Reumatica e la Glomerulonefrite acuta post-streptococcica (3), mediante terapia adeguata, il cui inizio può tuttavia essere dilazionato di alcuni giorni, senza rischio per il paziente (5).

La prevalenza di queste forme secondarie risulta essere del 3-4 % delle FTA da SBEA in periodo epidemico e del 3-4 per mille, al di fuori di tale periodo (5).

### OBIETTIVI SPECIFICI DEL PROTOCOLLO

- Migliorare la qualità dell'approccio diagnostico (accuratezza diagnostica nel differenziare FTA SBEA e non SBEA)
- Rendere possibile, in conseguenza della diagnosi differenziale più accurata, un aumento dell'appropriatezza prescrittiva (trattamento antibiotico delle sole FTA SBEA e utilizzo dell'amoxicillina come farmaco di 1<sup>a</sup> scelta)

### CRITERI DI INCLUSIONE

Il presente percorso diagnostico-terapeutico si riferisce al bambino, senza distinzione di età, che presenta iperemia dell'orofaringe con o senza tumefazione tonsillare.

### DIAGNOSI

La FTA si presenta con un quadro di iperemia dell'orofaringe e/o tumefazione tonsillare.

Possono essere presenti i seguenti altri sintomi e segni:

febbre, faringodinia, essudato tonsillare, enantema al palato, linfadenopatia paratonsillare (= sottoangolomandibolare) e/o laterocervicale, torcicollo, cefalea, dolore addominale, rash cutaneo.

Il problema principale nella gestione della FTA è l'impossibilità di fare una diagnosi eziologica differenziale certa sulla base dei soli dati clinici, nonostante numerosi lavori abbiano cercato di riproporre negli anni degli «score» clinici capaci di distinguere fra le diverse eziologie.

Per tali motivi e, quando il criterio epidemiologico induce a sospettare una forma streptococcica, è necessaria la conferma del sospetto diagnostico con una indagine strumentale:

- Esame colturale (gold standard) - agar-sangue: sensibilità e specificità >90% (circa 95%), basso rischio di falsi-negativi, però con tempi relativamente lunghi di attesa che ne rendono poco utile l'utilizzo.
- Test rapidi: ottima specificità, sensibilità ridotta, ma con risposta in pochi minuti
  - Latex-test
  - Immunoenzimatici = EIA
  - Immunoottici = OIA

Nei casi con TF rapido negativo e presenza di dati epidemiologici e clinici più probanti per eziologia virale, non si esegue alcuna terapia.

Se il TF rapido risulta positivo, va iniziata la terapia antibiotica e comunque va eseguita in caso di alto sospetto epidemiologico e clinico di patologia da streptococco anche senza alcuna indagine strumentale.

### **POPOLAZIONE ELEGGIBILE AI TEST DIAGNOSTICI AMBULATORIALI**

Bambini che presentano iperemia dell'orofaringe e/o tumefazione tonsillare, nei quali i criteri epidemiologici e clinici non consentano di confermare o escludere la diagnosi di FTA SBEA.

### **VALIDITA' PREDITTIVA DEI TEST AMBULATORIALI**

Test immunoenzimatici (EIA): sensibilità 84-98% specificità 95%

Test immunooptici (OIA): sensibilità e specificità > 95%

### **TERAPIA**

Le FTA non SBEA non richiedono trattamento etiologico; può essere opportuna in alcuni casi terapia sintomatica (per la febbre e/o il dolore)

Nelle FTA SBEA è indicato il trattamento antibiotico:

- episodio Acuto

Amoxicillina 50 mg / Kg / die in 2 dosi per 10 giorni oppure

Penicillina Benzatina 50.000 UI / Kg in unica dose i.m.

- episodi ricorrenti

Amoxicillina + Ac.Clavulanico 50 mg/Kg/die in 2 dosi per 10 giorni oppure

Cefalosporine (Cefadroxil 30mg/Kg/die in 1 dose per 10 giorni

Cefpodoxime 10 mg/Kg/die in 2 dosi per 5 giorni

Cefuroxime-Axetil: 20 mg/Kg/die in 2 dosi per 5 gg. (o in 1 dose per 10 gg.)

Cefaclor: 40 mg /Kg/die in due dosi per 5 giorni)

oppure

Azitromicina 12 mg/Kg/die in 1 dose per 5 giorni

NOTE: le Cefalosporine trovano indicazione nel trattamento degli episodi ricorrenti di FTA da SBEA, quando vi sia una allergia all'amoxicillina o una intolleranza all'amoxi-clavulanato (non vanno utilizzate in caso di storia di ipersensibilità di tipo immediato). Sul loro utilizzo, ai dosaggi sopra riportati, esistono esperienze limitate. Presentano uno spettro antibatterico più ampio dell'amoxicillina.

In Italia vi è attualmente una elevata resistenza di SBEA ai Macrolidi (>30%).

## **Algoritmo della faringotonsillite acuta**

=====

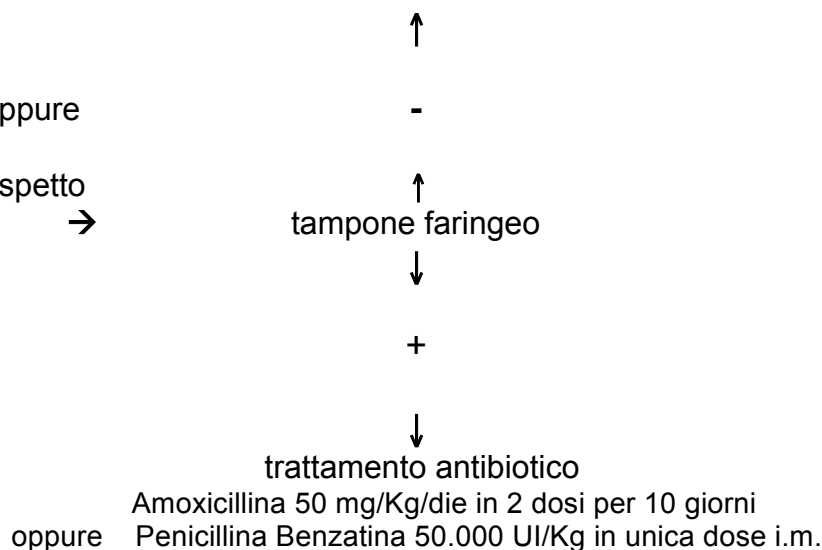
iperemia dell'orofaringe e/o tumefazione tonsillare

Sintomi associati:

- linfadenopatia paratonsillare/laterocervicale dolorabile
- assenza di rinite e tosse
- rash scarlattiniforme
- criterio epidemiologico  
→ probabile etiologia SBEA → trattamento antibiotico  
Amoxicillina 50 mg/Kg/die in 2 dosi per 10 giorni  
oppure Penicillina Benzatina 50.000 UI/Kg in unica dose i.m.

- rinite
- tosse
- criterio epidemiologico di esclusione  
→ probabile etiologia non SBEA → nessun trattamento

- nessun sintomo associato oppure
- sintomi poco specifici
- criterio epidemiologico di sospetto  
→ etiologia incerta →



Episodi ricorrenti

Amoxicillina + Ac.Clavulanico 50 mg/Kg/die in 2 dosi per 10 giorni  
oppure (in caso di allergia/intolleranza):

Cefalosporine (Cefadroxil 30mg/Kg/die in 1 dose per 10 giorni  
Cefpodoxime 10 mg/Kg/die in 2 dosi per 5 giorni  
Cefuroxime-Axetil 20 mg/Kg/die in 2 dosi per 5 giorni (o in 1 dose per 10 giorni)  
Cefaclor 40 mg/kg/die in due dosi per 5 giorni)

oppure

Azitromicina 12 mg/Kg/die in 1 dose per 5 giorni (elevate resistenze ai macrolidi)

## BIBLIOGRAFIA

- 1) Hayes CS, Williamson H Jr.. Management of Group A beta-hemolytic streptococcal pharyngitis. Am Fam Physician. 2001 Apr 15;63(8) :1486-7, 1493
- 2) Tsevat J, Kotagal UR. Management of sore throats in children: a cost-effectiveness analysis. Arch pediatr Adolesc Med 1999 Jul;153(7):681-8
- 3) Del Mar CB, Glasziou PP, Spinks AB. Antibiotics for sore throats (Cochrane Review) In: The Cochrane Library, N.3, 2000.Oxford:update Software.
- 4) Bisno AL. Acute Pharyngitis. Review article in: N England J Med. 2001 Jan. 344, 3:205-211
- 5) Schievano P. Il tampone Faringeo. Informazione sui farmaci. 1997 Ago. 21,4:116-119
- 6) Ebell MH, Smith MA, Barry HC, Ives K, Carey M. The rational clinical examination.Does this patient have strep throat? JAMA 2000 Dec. 13;284(22):2912-8
- 7) McIsaac WJ,Goel V,To T,Low DE. The validity of a sore throat score in family practice. CMAJ 2000 Oct 3;163(7):811-5
- 8) Nawaz H,Smith DS,Mazhari R,Katz DL. Concordance of clinical findings and clinical judgment in the diagnosis of streptococcal pharyngitis. Acad Emerg Med 2000 Oct;7(10):1104-9
- 9) Dyke PC, Stevermer JJ. Can a clinical rule accurately predict whether a patient has strep throat? POEMs – Patient-Oriented Evidence That Matters, The Journal of Family Practice 2001 Jan 50;1
- 10) Contessotto Spadetto C, Camara Simon M, Aviles Ingles MJ, Ojeda Escurient JM, Cascales Barcelo I, Rodriguez Sanchez F. Rational use of antibiotics in pediatrics: wimpact of a rapid test for detection of beta-Hemolytic group A streptococci in acute pharyngotonsillitis. An Esp Pediatr 2000 Mar;52(3):212-9
- 11) Kennet HW. Does culture confirmation of high-sensitivity rapid streptococcal tests make sense? A medical decision analysis. Pediatrics 1998 Feb;101(2)
- 12) Schlager TA, Hayden GA, Woods WA, Dudley SM, Hendley JO. Optical immunoassay for rapid detection of group A beta-hemolytic streptococci. Should culture be replaced? Arch Pediatr Adolesc Med. 1996 Mar;150(3) :245-8
- 13) Gerber MA, Tanz RR, Kabat W, Dennis E, Bell GL, Kaplan EL, Shulman ST. Optical immunoassay test for group A beta-hemolytic streptococcal pharyngitis. An office-based, multicenter investigation. JAMA 1997Mar. 19;277(11):899-903
- 14) Roddey OF Jr, Clegg HW, Martin ES, Swetemburg RL, Koonce EW. Comparison of an optical immunoassay for technique with two culture methods for detection of group A streptococci in a pediatric office. J Pediatr 1995 Jun;126(6):931-3
- 15) Stewart MH, Siff JE, Cydulka RK. Evaluation of the patient with sore throat, earache an sinusitis. Emergency Medicine Clinics of North America 1999;17(1):153-187
- 16) Brivio L. Test Rapidi per la Diagnostica Microbiologica. Atti della Sessione Interattiva del 57° Congresso Nazionale della Società Italiana di Pediatria. Venezia 29 sett-3 ott 2001.
- 17) Pichichero ME. Group A beta-hemolytic streptococcal infections. Pediatr Rev 1998 Sep;19(9):291-302
- 18) Gerber MA, Tanz RR. New approaches to the treatment of group A streptococcal pharyngitis. Curr Opin Pediatr 2001 Apr;13(2):215
- 19) L Anguilar A, Tinoco JC, Macias M, Huicho L, Levy J, Trujillo H, Lopez P, Pereira M, Maqbool S, Bhutta ZA, Sacy RA, Deacon S. Clinical and bacteriologic efficacy of amoxycillin b.d.(45mg/Kg/day) versus Amoxycillin t.d.s(40mg/Kg/day) in children with group A streptococcal tonsillopharyngitis. J Chemother 2000 Oct;12(5): 396-405
- 20) Dieter A, Horst S, Helmerking M. Short-course antibiotic treatment of 4782 culture-proven cases of group A streptococcal tonsillopharyngitis and incidence of streptococcal sequelae. J Infect Dis 2000 Aug;182(2):509-16
- 21) Lord RW Jr. Is a 5-day course of antibiotics as effective as a 10-day course for the treatment of streptococcal pharyngitis and the prevention of poststreptococcal sequelae? Clinical Question. The Journal of Family Practice. [http://www.jfponline.com/content/2000/12/jfp\\_1200\\_1075e.asp](http://www.jfponline.com/content/2000/12/jfp_1200_1075e.asp)
- 22) Feder HMJ, Gerber MA, Randolph MF, Stelmach PS, Kaplan EL. Once-daily therapy for streptococcal pharyngitis with amoxicillin. Pediatrics 1999;103:47-51
- 23) Bassa JW, Person D. et al.: Twice daily oral penicillin for treatment of streptococcal pharyngitis; less is best. Pediatrics 2000; 423
- 24) Bianco AI: Acute pharyngitis. N Eng.J. Med 2001; 344: 205
- 25) Kaplan El et al.: Macrolide therapy of group A Streptococcal pharyngitis. CID 2001; 32: 1798-802
- 26) Tanz RR: Convenient schedules and short course treatment of acute Streptococcal pharyngitis. Ped Infect. Dis. 2000; 19: 569-70
- 27) Leone V, Panizon F: Streptococco tra il dire e il fare, ovvero sulla conflittualità tra le raccomandazioni ufficiali e la pratica quotidiana. Medico e bambino 2002; 21, 6: 377-82

*Redatto dall'associazione culturale APREF di Padova*

*(S.Drago, P.Schievano)*

*Discusso e revisionato con il Prof. Ruggero D'Elia, titolare della Cattedra di Malattie Infettive dell'Università degli Studi di Padova*