



Faringotonsillite



Diagnosi clinica

Definizione

Infiammazione del faringe più spesso virale; 20-30% dei casi sono da *Streptococcus pyogenes*.

Segni e sintomi

Esordio acuto di segni e sintomi (faringodinia, tumefazione/essudato tonsillare, linfadenopatia cervicale anteriore e febbre). Età < 3 anni e sintomi come tosse, congiuntivite e raffreddore riducono la probabilità che si tratti di una infezione da *Streptococcus pyogenes*.

Criteri clinici

Nessun segno o sintomo, da solo, permette di distinguere una infezione virale da una batterica. Per questo si usa lo score di Mc Isaac:

temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$	1
assenza di tosse	1
adenopatia dolente laterocervicale anteriore	1
tumefazione o essudato tonsillare	1
età 3-14 anni	1

Gestione dell'infezione

Principi di trattamento antibiotico

- Se score clinico ≤ 2 : solo terapia analgesica.
- Se score clinico pari a 3-4: eseguire RAD; se negativo: terapia analgesica, se positivo: trattamento antibiotico.
- Se score clinico pari a 5: trattamento antibiotico.

Terapia sintomatica

Paracetamolo: 10-15 mg/Kg/dose per OS ogni 6-8 ore, non superare i 60 mg/Kg/die, (adolescente: dose massima 3 gr/die).

Se risposta insoddisfacente al paracetamolo: **Ibuprofene** (da non usare nei bambini con meno di 3 mesi e in caso di disidratazione): 5-10 mg/Kg dose per OS ogni 6-8 ore, non superare i 30 mg/Kg/die (adolescente: dose massima 1.2 gr/die).

Follow up

Nei casi trattati con antibiotico, l'assenza di un netto miglioramento clinico entro 24-36 ore è suggestiva di cause diverse da *Streptococcus pyogenes* (eziologia virale; se il test rapido era risultato positivo si tratta di un portatore con infezione virale). In questi casi sospendere l'antibiotico ed effettuare una rivalutazione clinica (per escludere le rare complicanze).

Elementi di allerta

Se i sintomi peggiorano, nel sospetto di una possibile, ma rara, complicanza suppurativa (presenza di febbre alta, rigidità del collo, scialorrea, intenso malessere): invio immediato in PS.

Esami

Test microbiologici - Test rapido RAD su tampone faringeo (di norma non è necessario l'esame colturale).

Altri test diagnostici - Di solito non necessari.

Razionale della terapia

La maggior parte delle faringiti sono virali e il trattamento antibiotico non è utile. Quando si sospetta o si accerta una faringite batterica, la decisione di usare l'antibiotico si basa sulla probabilità di infezione da *Streptococcus pyogenes* (score Mc Isaac più eventuale RAD).

Si può essere portatori di *Streptococcus pyogenes* senza sviluppare l'infezione (stima prevalenza portatori 10-20% della popolazione pediatrica).

POTENZIALI COMPLICANZE

Le complicanze della faringite da *Streptococcus pyogenes* sono rare; se ne distinguono due tipi:

- suppurative: ascessi peritonsillari, retrofaringei;
- non suppurative: malattia reumatica con o senza interessamento cardiaco, glomerulonefrite.

Terapia antibiotica

Amoxicillina [cat. AWaRe Access]: 50 mg/kg/die per OS in due somministrazioni per 5 giorni (zona a basso rischio di malattia reumatica). Se cluster di malattia reumatica documentati dalla sanità pubblica prolungare fino a 10 giorni. La durata del trattamento va individualizzata in caso di pregressa malattia reumatica.

Stessa posologia e durata del trattamento in caso di scarlattina.

Streptococcus pyogenes è universalmente sensibile ad amoxicillina, mentre la resistenza ai macrolidi è elevata.

SE ALLERGIA ALLE PENICILLINE DI I TIPO, EVENTO RARO MA SOVRASTIMATO, UNA DELLE SEGUENTI ALTERNATIVE:

- **Claritromicina** [cat. AWaRe Watch]: 15 mg/kg/die per OS in due somministrazioni per 5 giorni.
- **Azitromicina** [cat. AWaRe Watch]: 10 mg/kg/die per OS in una unica somministrazione per 3 giorni.

SE ALLERGIA DI II TIPO:

- **Cefalexina** [cat. AWaRe Access]: 75-90 mg/kg/die per OS in tre somministrazioni per 5 giorni.