

RACCOMANDAZIONI FARINGOTONSILLITE IN ETÀ PEDIATRICA

GUIDA RAPIDA 2007

Questa guida rapida fornisce una sintesi delle raccomandazioni contenute nella Linea guida regionale *FARINGOTONSILLITE IN ETÀ PEDIATRICA*.

Si raccomanda di utilizzare la guida dopo aver preso visione del testo completo della Linea guida, *DOSSIER 153-2007*, scaricabile dal sito web: http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss153.htm

PREVENZIONE

DEBOLE

- Raccomandare ai genitori di non esporre i bambini al fumo di sigaretta e agli inquinanti solforici emessi dalle auto;
- comunicare ai genitori che la pulizia della casa con detergenti antibatterici e la somministrazione al bambino di immunostimolanti non prevengono le faringotonsilliti ripetute.

DIAGNOSI: CLINICA, RAD, ESAME COLTURALE

FORTE

La diagnosi di faringotonsillite streptococcica non può basarsi esclusivamente sul rilievo di singoli segni clinici. L'utilizzo di uno *score* composito come il MclSAAC, in grado di guidare il percorso diagnostico-terapeutico, andrebbe invece promosso.

FORTE

- In caso di sospetta faringotonsillite streptococcica la diagnosi dovrebbe basarsi su:
- *score* clinico di MclSAAC;
 - RAD in caso di *score* clinico > 1 (a giudizio del medico in caso di *score* 5);
 - esame colturale di conferma in caso di RAD negativo quando:
 - * lo *score* è = 3 - 4 se c'è un alto sospetto streptococcico (stretto contatto con un paziente infetto, o *rash* scarlattiniforme, o periodo dell'anno in cui si registra un numero superiore all'atteso di infezioni streptococciche);
 - * lo *score* è pari a 5.

TRATTAMENTO

FORTE

- Iniziare una terapia antibiotica solo se l'infezione da *S. pyogenes* è ragionevolmente certa (clinica + RAD positivo, o clinica + esame colturale positivo, o *score* = 5);
- utilizzare amoxicillina, al dosaggio di 50 mg/Kg/die in 2 somministrazioni al giorno (ogni 12 ore) per 6 giorni;
- in pazienti con allergia alla penicillina utilizzare i macrolidi. L'elevata % di resistenze del piogene ai macrolidi in Emilia-Romagna impone un attento *follow up*;
- alla fine della terapia non richiedere alcun test di laboratorio per confermare l'eradicazione del piogene;
- la prescrizione di paracetamolo o ibuprofene è indicata per il sollievo dei sintomi acuti.

INVIO IN OSPEDALE

FORTE

In caso di stridore/dispnea/impossibilità a deglutire liquidi/trisma/scialorrea inviare immediatamente il bambino in ospedale.

GESTIONE DEL PORTATORE CRONICO DI *S. PYOGENES*

FORTE

Sospettare lo stato di portatore di piogene in un bambino che:

- in presenza di clinica suggestiva e RAD positivo, non risponde prontamente alla terapia antibiotica (dopo 24 ore);
- ha un RAD positivo in fase di benessere;
- ha frequenti episodi di faringotonsillite con RAD positivo (≥ 3 episodi in 12 mesi).

DEBOLE

Un portatore di piogene con mal di gola dovrebbe essere trattato solo in caso di sintomatologia francamente suggestiva di infezione da piogene (*score* di MC ISAAC 4 o 5). Sospendere il trattamento se, dopo 24 ore, non si osserva un netto miglioramento.

FORTE

Il portatore generalmente non deve essere trattato per eradicare il piogene. In caso ci sia l'indicazione, utilizzare clindamicina, o penicillina benzatina+rifampicina, o cefalosporina orale.

PREVENZIONE MALATTIA REUMATICA

DEBOLE

La malattia reumatica è attualmente rara nei paesi ricchi. Per prevenirla è sufficiente iniziare la terapia antibiotica entro 9 giorni dall'inizio dei sintomi. Le ricadute e ricorrenze sembrano ridursi quando la terapia inizi 48 ore dopo l'esordio dei sintomi.

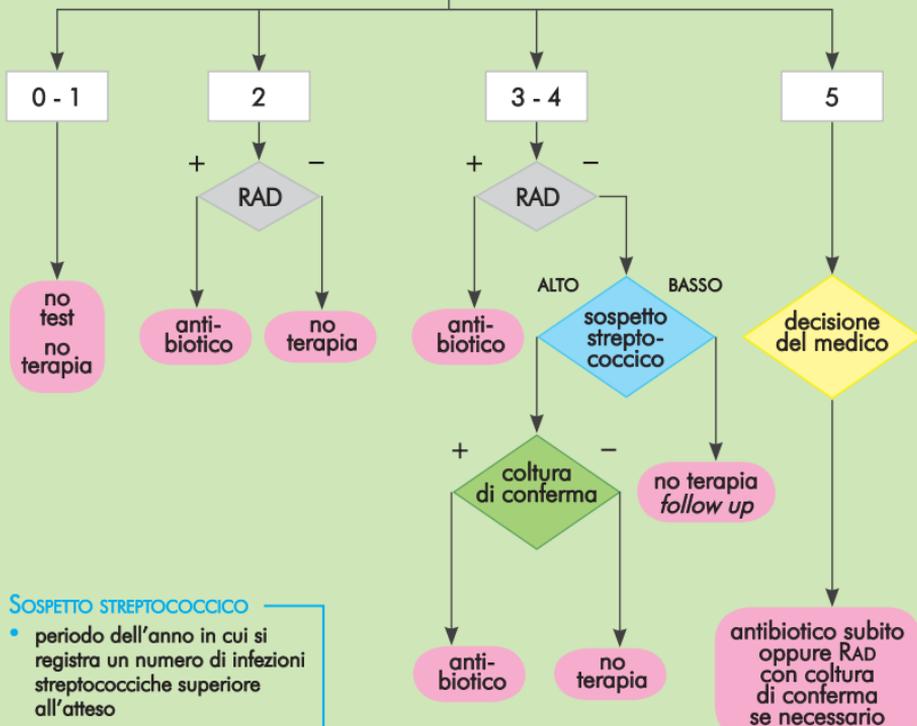
COMUNICAZIONE CON LA FAMIGLIA

FORTE

Informare, anche tramite l'utilizzo di materiale scritto, chi si prende cura del bambino delle cause e storia naturale della faringotonsillite, dei rischi e vantaggi della terapia antibiotica e della possibilità di ricorrere a terapie di supporto efficaci.

MClSAAC	SCORE
temperatura $\geq 38^{\circ}$	
assenza di tosse	
adenopatia dolente laterocervicale anteriore	
tumefazione o essudato tonsillare	
età 3-14 anni	
TOTALE	0 - 5

SCORE CLINICO MCLsAAC



SOSPETTO STREPTOCOCCICO

- periodo dell'anno in cui si registra un numero di infezioni streptococciche superiore all'atteso
- contatto stretto con paziente infetto
- rash scarlattiniforme

RESPONSABILITÀ SCIENTIFICA

Area RISCHIO INFETTIVO

Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna

v.le Aldo Moro 21 - Bologna

-- GRUPPO DI LAVORO

SIMONA DI MARIO, *CeVEAS - Az. Usl di Modena*

CARLO GAGLIOTTI, *Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna*

MARA ASCIANO, *Az. Usl di Rimini*

STEFANO ALBORESI, *Az. Usl di Bologna*

FILIPPO BERNARDI, *Az. ospedaliero-universitaria di Bologna*

LAMBERTO REGGIANI, *Az. Usl di Imola*

ANNA TOMESANI, *Az. Usl di Bologna*

MARIA LUISA MORO, *Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna*

GRAFICA

A cura di GIULIA GUERZONI, *Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna*

STAMPA

A cura di TIPOGRAFIA MODERNA Srl, via Dei Lapidari 1/2 - Bologna

COPIA DELL'OPUSCOLO PUÒ ESSERE RICHIESTA A:

FEDERICA SARTI, *Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna*
e-mail: fsarti@regione.emilia-romagna.it

IL FILE .PDF DELLA GUIDA RAPIDA FARINGOTONSILLITE È REPERIBILE NEL SITO WEB:
<http://asr.regione.emilia-romagna.it>