



# 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  $\leq 2$ : 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 40 mg/Kg/die (adolescente: dose massima 2.4 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.

*Streptococco 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.