



# Faringotonsillite



## Diagnosi clinica

### Definizione

Infiammazione del faringe caratterizzata da faringodinia e odinofagia, a eziologia solitamente virale (>80%), batterica in una minoranza dei casi quali *Streptococchi gruppo A (GAS)* nel 5-10% o gruppo C e G.

### Segni e sintomi

CORRELABILI A INFEZIONE VIRALE: tosse, rinorrea, raucedine, congiuntivite.

*Sospetta mononucleosi infettiva*: intensa linfadenopatia cervicale o peggioramento dopo alcuni giorni (NB se mononucleosi l'antibiotico provoca rash cutaneo maculo-papulare nel 90% dei casi). *Sospetta sindrome retrovirale acuta da HIV o altre MST (sifilide, gonorrea)*: giovani adulti sessualmente attivi.

CORRELABILI A INFEZIONE BATTERICA (IN PARTICOLARE GAS): mal di gola, febbre, ipertrofia ed iperemia tonsillare, linfadenomegalia cervicale dolente.

### Criteri clinici

*Score Fever Pain (FPS)* [1 punto per ciascun criterio], correla col rischio di infezione streptococcica: febbre nelle ultime 24 ore; essudati tonsillari purulenti; sintomi insorti da meno di 3 giorni; tonsille gravemente infiammate; assenza di tosse o corizza.

## Gestione dell'infezione

### Principi di trattamento antibiotico

**Nella maggior parte dei casi la terapia antibiotica non è necessaria** e la gestione iniziale può avvalersi di un approccio di vigile attesa e rivalutazione a distanza di 48-72 ore. L'utilizzo del *Fever Pain Score* aiuta a individuare i pazienti che possono trarre beneficio dalla terapia antibiotica:

- FPS 0-1: no terapia antibiotica.
- FPS 2-3: considerare prescrizione "ritardata" della terapia antibiotica in caso di mancato miglioramento clinico dopo 48-72 ore di monitoraggio.
- FPS 4-5: prescrizione antibiotica indicata.

### Terapia sintomatica

**Paracetamolo**: 500 mg - 1 gr per OS ogni 4-6 ore (dose massima 3 gr/die).

SE RISPOSTA INSODDISFACENTE AL PARACETAMOLO:

**Ibuprofene**: 200-400 mg per OS ogni 6-8 ore (dose massima 2,4 gr/die) se non controindicato e in assenza di rischio di grave interazione con altri farmaci (es. ACE inibitori).

### Follow up

48-72 h. Importante istruire i pazienti a monitorare i sintomi e riferire se peggiorano o persistono dopo alcuni giorni.

### Elementi di allerta

Invio in PS se il paziente presenta almeno una tra: dispnea; stridore; ostruzione alte vie aeree; sospetta epiglottidite acuta (compromissione sistemica, scialorrea, disfonia, disfagia); sospette complicanze suppurative gravi (ascessi; sindrome di Lemierre); intenso dolore unilaterale con disfagia e trisma, tumefazione palato molle e parete faringea, protusione mediale della tonsilla, soprattutto se associati a febbre; marcata compromissione sistemica (NEWS2  $\geq$ 5); paziente immunocompromesso.

## Esami

**Test microbiologici** - L'utilizzo routinario di test microbiologici come tamponi rapidi o colturali non è raccomandato. Da valutare in caso di forme recidivanti, non responsive o di epidemie. In caso di positività del tampone per GAS, non è indicata una sua ripetizione per confermare la guarigione clinica.

**Altri test diagnostici** - Gli esami di laboratorio non sono necessari di routine. Nel sospetto di mononucleosi infettiva eseguire IgG e IgM per Epstein-Barr virus, emocromo ed indici di funzionalità epatica.

Le indagini radiologiche non sono necessarie di routine, salvo sospetta complicanza (es. ascesso parafaringeo).

## Razionale della terapia

Gli antibiotici non sono necessari nella maggior parte dei casi di faringite, in quanto autolimitanti e a eziologia virale. Nei casi ad eziologia batterica i benefici apportati dalla terapia antibiotica si limitano alla riduzione della durata sintomi, in particolare dolore, di circa 24 ore e delle rare complicanze.

### POTENZIALI COMPLICANZE

Il ruolo nella prevenzione di:

- Febbre reumatica, è minimo a causa della bassa incidenza nei soggetti >21 anni.
- Tutte le complicanze, è limitato dalla loro bassa incidenza, ridotta gravità nella maggioranza dei casi e facile diagnosi.

## Terapia antibiotica

### Prima scelta

**Amoxicillina** [cat. AWaRe Access]: 1 gr per OS ogni 8 ore per 5 giorni.

### Seconda scelta

ALLERGIA A PENICILLINE NON DI TIPO I:

**Cefalexina** [cat. AWaRe Access]: 500 mg per OS ogni 8 ore per 5 giorni.

ALLERGIA A PENICILLINE DI TIPO I:

**Clarithromicina** [cat. AWaRe Watch]: 500 mg per OS ogni 12 ore per 5 giorni.

**Azitromicina** [cat. AWaRe Watch]: 500 mg per OS ogni 24 ore per 3 giorni.