Scheda informativa e supporto decisionale per la prescrizione di antibiotici in caso di mal di gola acuto (faringotonsillite da streptococchi di gruppo A)

Sintesi dei principali dati di ricerca che possono essere utilizzati per il processo decisionale congiunto con i pazienti.

Epidemiologia

Epidemiologia

Frequenza della faringotonsillite virale / batterica (percentuale di tutti i casi di mal di gola)[1-3]:

Virale

- < 5 anni: 95 %
- 5-15 anni: 70 %
- ≥ 16 anni: 85-95 %

Faringotonsillite da streptococchi di gruppo A

- 3-15 anni: 15-30 %
- > 15 anni: 5-15 %

Presentazione clinica della faringotonsillite batterica[4]

Sintomatologia

- Mal di gola, dolore alla deglutizione
- Febbre
- Eventualmente cefalea, dolore addominale, vomito
- Assenza di raffreddore / tosse e congiuntivite

Segni clinici

- Tonsille arrossate, gonfie, con o senza essudato / placche
- Palato molle molto arrossato, talora con petecchie
- Linfadenite cervicale
- In caso di scarlattina: lingua a fragola, esantema maculo-papuloso

Diagnosi differenziali

1. Faringotonsillite virale da rhinovirus, adenovirus, coronavirus, virus influenzali o parainfluenzali. La distinzione dalla faringotonsillite batterica è clinicamente difficile. Solitamente si associa a raffreddore, tosse o raucedine.
2. Herpangina da virus Coxsackie. Si presenta con vescicole simili a quelle da herpes che ricoprono tutta la faringe e le tonsille.
3. Virus di Epstein-Barr (mononucleosi). I sintomi consistono solitamente in linfoadenopatia generalizzata, eventuale interessamento sistemico e cutaneo, solitamente > 7 giorni. L'incidenza è di 9-48/1000 persone all'anno nella fascia d'età tra i 15 e i 24 anni e inferiore a 1/1000 persone all'anno nei bambini < 10 anni e negli adulti > 30 anni. Complessivamente, meno del 2 % degli adulti con mal di gola ha un'infezione da EBV.[6,7]

Bandiere rosse[1,5]

- Pazienti gravi (decisione clinica)
- Immunosoppressione
- Decorso atipico: aumento dei dolori, problemi di deglutizione, febbre, torcicollo, blocco della mandibola
- Assenza di miglioramento entro 3-7 giorni
- Segni di ascesso: reperto strettamente unilaterale, lateralizzazione dell'ugola, trisma
- Febbre reumatica acuta nell'anamnesi personale o familiare
- Recente immigrazione da un Paese in via di sviluppo (rischio aumentato di colonizzazione da parte di ceppi di streptococchi «reumatogeni»)

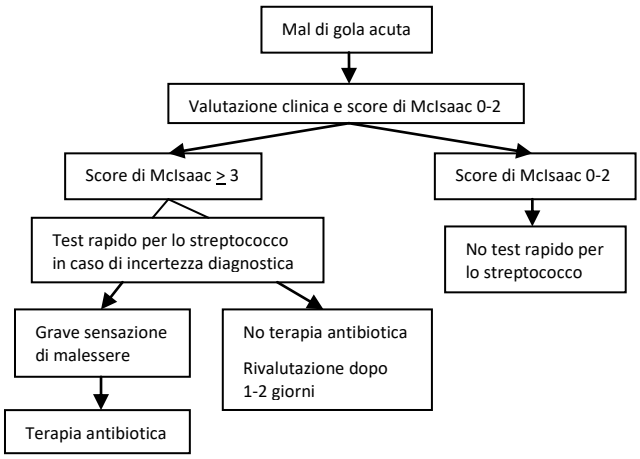
Diagnosi

Diagnosi

Misurazione clinica mediante lo score di McIsaac.[8]

	Criteri	Punteggio
Centor	Essudato / ipertrofia tonsillare	+1
	Febbre > 38°C	+1
	Assenza di tosse	+1
	Linfadenite cervicale	+1
McIsaac	Età < 3 anni o 15-44 anni	0
	Età 3-14 anni	+1
	Età > 44 anni	-1

Punteggio	Probabilità di infezione batterica
≥ 4	51-53 %
3	28-35 %
2	11-17 %
1	5-10 %
0	1-2,5 %



- Se il punteggio è ≥ 3 può rivelarsi utile un test rapido per lo streptococco, per orientarsi sull'origine virale o batterica dell'infezione.
- Dal momento che i mal di gola, di origine virale o batterica, mostrano una forte tendenza alla guarigione spontanea, il test rapido per lo streptococco deve essere considerato solo se il risultato può influenzare la decisione di avviare un trattamento antibiotico.
- La sensibilità del test è dell'86 % e la specificità del 95 %.[9] Il rapporto di verosimiglianza positivo (Likelihood Ratio+, LR+) risulta quindi di 17,2 e il rapporto di verosimiglianza negativo (Likelihood Ratio-, LR-) di 0,15, ovvero la probabilità pre-test è 17 volte superiore in caso di test positivo e 7 volte inferiore in caso di test negativo.
- Se lo score di McIsaac è compreso tra 0 e 2 punti, un test rapido positivo indica verosimilmente lo stato di portatore (il 10-30 % dei bambini e dei giovani adulti è portatore asintomatico di streptococchi).[3,10,11]
- Le altre analisi di laboratorio (PCR, quadro ematologico, leucociti, test rapido per EBV) non sono necessarie per porre diagnosi, né sono utili per prendere decisioni riguardo alla terapia antibiotica.[12-14]
  Fanno eccezione le considerazioni diagnostiche differenziali nei pazienti gravi e in caso di peggioramento o di persistenza dei sintomi.

Opzioni terapeutiche:

Terapia sintomatica

1. Terapia sintomatica

- La terapia analgesica (paracetamolo / ibuprofene) deve essere proposta attivamente a tutti i pazienti
- È possibile utilizzare gli anestetici locali topici (in compresse orodispersibili, soluzione per gargarismi o spray gola).[14-16]

Durata dei sintomi

- Le linee guida sconsigliano la prescrizione di antibiotici allo scopo di ridurre la durata dei sintomi.
- Nei gruppi placebo di studi terapeutici controllati, il 51 % vs il 34 % dei pazienti non riferisce più dolore dopo 3 giorni, rispettivamente con e senza antibiotici. Senza antibiotici, l'85 % dei pazienti non presenta più febbre dopo 3 giorni.[12,14,16]
- Dopo una settimana, l'87 % vs l'82 % dei pazienti non riferisce più disturbi, rispettivamente con e senza antibiotici. La letteratura riporta un beneficio moderato degli antibiotici nei pazienti con test rapido per lo streptococco positivo o con uno score di McIsaac ≥ 3; occorre tuttavia considerare anche gli effetti collaterali degli antibiotici.[12,14,16]

Terapia antibiotica

2. Terapia antibiotica

- **Vantaggi:** riduzione della durata dei sintomi di circa 1-2 giorni (secondo Cochrane, mediamente di 16 ore su 7 giorni).[12]
- **Svantaggi / rischi**: gli effetti collaterali quali diarrea, vomito, eruzioni cutanee e reazioni allergiche si verificano nel 27 % e nel 20 % dei casi, rispettivamente con e senza antibiotici[17]; sviluppo di resistenze.

L'avvio immediato di un trattamento antibiotico non è indicato in caso di mal di gola con uno score di McIsaac < 3.
Attualmente la prevenzione delle complicanze quali peritonsillite, ascesso, glomerulonefrite post-streptococcica e febbre reumatica acuta non costituisce indicazione alla terapia antibiotica in Europa.

Influsso della terapia antibiotica sulle complicanze

- **Ascesso peritonsillare:** attualmente gli ascessi peritonsillari sono rari. La loro incidenza è di 8 vs 10 su 10 000 episodi, rispettivamente con e senza antibiotici. Ne deriva un «number needed to treat» (NNT) di 4300, che mette in dubbio l'appropriatezza di una prevenzione primaria mediante terapia antibiotica.[18]
  È difficile prevedere l'insorgenza di complicanze locali sulla base della presentazione clinica: per esempio, il 60 % dei casi di ascesso peritonsillare si verifica in persone con uno score di McIsaac iniziale di 0-2 o che non si sono mai presentate per una visita per mal di gola.[19]
- **Scarlattina:** la scarlattina è un'infezione benigna come un'angina streptococcica comune. L'incidenza della «Streptococcal Toxic Shock Syndrome» («sindrome da shock tossico da streptococco») è di 4 su 100 000 abitanti negli Stati Uniti.[20] Non sono Disponibili dati precisi sull'incidenza della scarlattina, che comunque attualmente non rappresenta un'indicazione obbligatoria alla terapia antibiotica.[1]
- **Febbre reumatica acuta:** la febbre reumatica ha un'incidenza di 3 vs 2 casi su 100 000 episodi, rispettivamente con e senza antibiotici. Di fatto, è diventata così rara che è quasi impossibile calcolare l'NNT (NNT circa 200 000).[21]
- **Glomerulonefrite post-streptococcica:** il rischio di una glomerulonefrite dopo un'angina streptococcica è basso. L'incidenza è di 8 vs 6 casi su 100 000 episodi, rispettivamente con e senza antibiotici, che non possono quindi essere usati per ridurla (NNT circa 55 250).[22]

Posologia degli antibiotici[23]

Gli streptococchi di gruppo A sono sempre sensibili alle penicilline.
Prima scelta: **penicillina V** (1 MUI/12 ore) / **amoxicillina** (1 g/12 ore) per 6 giorni (bambini: 25 mg/kg/12 ore per 6 giorni)
Seconda scelta (allergia alla penicillina): **cefuroxima** 500 mg/12 ore per 6 giorni (bambini: 15 mg/kg/12 h per 6 giorni) /
claritromicina 500 mg/12 ore per 6 giorni /
clindamicina (bambini: 7 mg/kg/8 ore per 6 giorni)

Vantaggi di una somministrazione ridotta di antibiotici

- Riduzione della diffusione dell'antibiotico-resistenza nei batteri e degli effetti collaterali causati dalla prescrizione di antibiotici.
- Possibile sviluppo di un'immunità agli streptococchi in grado di proteggere dalle recidive.[24]
- La terapia antibiotica immediata alimenta l'aspettativa, in caso di nuova malattia, di potersi recare dal medico e di poter ottenere una nuova prescrizione di antibiotici.[25]

References: see https://www.biham.unibe.ch/research/tools_to_facilitate_shared_decision_making/index_eng.html