

Self help e percorso diagnostico delle faringo-tonsilliti

Antonio e Cleopatra

LAMBERTO REGGIANI

Pediatra di famiglia, Pediatria di Gruppo, Imola

Il test rapido per la ricerca dell'antigene dello streptococco beta-emolitico di gruppo A su tampone faringo-tonsillare è, in Italia, uno dei test di diagnostica rapida più usati a livello ambulatoriale pediatrico. Però, le linee guida di diversi Paesi relative alla gestione della faringo-tonsillite danno messaggi contrastanti sul suo utilizzo. Nonostante la clinica sia sempre stata considerata poco accurata nella diagnostica differenziale fra eziologia streptococcica e virale, è verosimile che una valutazione combinata (epidemiologia-clinica valutata con lo score di McIsaac-test rapido) possa essere l'approccio ambulatoriale obiettivamente più accurato e adeguato alla gestione della faringo-tonsillite in età pediatrica.

ATTO PRIMO

Interno di un ambulatorio pediatrico. La sala d'attesa è affollata. Nella stanza delle visite il medico ascolta la madre di Antonio, di 5 anni, impegnata in una convulsa descrizione dei sintomi.

Madre di Antonio: «Dottore, Antonio ha mal di gola, ha la febbre a 38,5 °C, penso non sia niente, ma sa... con tutto quello che si sente in giro... ha molto mal di gola. Vero che hai molto mal di gola, Antonio? (il bimbo non riesce ad avere il tempo di rispondere)... lo vede, lo vede... non riesce neanche a parlare... non deglutisce, NON MANGIA NIENTE da tre giorni, e poi alla scuola materna hanno scritto che c'è lo streptococco... ma io non vorrei dargli degli antibiotici così... senza sapere, perché gli antibiotici fanno male, vero che fanno male?...E... e...»

Dottore (imponendosi): «Antonio ha tosse?»

DIAGNOSTIC MANAGEMENT OF SORE THROAT IN CHILDREN: TWO EXAMPLES

(Medico e Bambino 2007;26:445-448)

Key words

Pharyngitis, Rapid antigen detection test (RAD), Group A β -hemolytic streptococci, McIsaac score

Summary

Approximately 8% of visits in our practice regards sore throat. Group A β -hemolytic streptococcal (GABHS) pharyngitis is diagnosed from 20-30% of cases up to 50% in the high streptococcal epidemiology time. Clinical examination is of limited value in the diagnosis of GABHS pharyngitis, but the McIsaac scoring system has been shown to be sufficiently reliable in some cases. Rapid antigen detection tests (RAD) for GABHS have been available for over 20 years. Increasing sensitivity of these tests has made the diagnosis of GABHS more straightforward, but at the same time more contentious by questioning whether to perform it or not. Epidemiology, clinical evaluation with McIsaac score and RAD test are perhaps the best mix for the diagnostic management of pharyngitis in children.

Madre di Antonio: «No, no... almeno quella... non ne ha di tosse...»

Dottore: «Dolori addominali?... vomito?»

Madre di Antonio: «Sì, ha vomitato una volta e si lamenta di mal di pancia...»

Dottore: «Visitiamo Antonio, allora... apri la bocca, grande... tonsille

ipertrofiche, un po' di essudato... vediamo sotto il collo... ipertrofia delle linfoghiandole... dolenti... Guardiamo l'addome: è trattabile... Signora, credo che non ci siano dubbi, Antonio ha una grandissima probabilità di avere una faringo-tonsillite streptococcica, gli prescriverò l'antibiotico senza

Self help ambulatoriale

neanche fargli il tampone, del resto siamo anche in un periodo ad alta prevalenza di questo tipo di infezione della gola...»

Madre di Antonio (sorpresa): «Ma come...l'antibiotico...senza neanche fargli il tampone... no, no dottore... preferirei essere sicura...»

Dottore: «Ma ci risparmiamo un esame inutile...»

Madre di Antonio (insistente): «Non voglio dare antibiotici ad Antonio se non è proprio necessario...»

Dottore (poco convinto e soprattutto desideroso di non proseguire la polemica): «D'accordo, vado a prendere l'occorrente per eseguire il test rapido per la ricerca dell'antigene streptococcico su tampone faringo-tonsillare... ma non ho dubbi... Antonio ha uno streptococco...»

A chi dare ragione? Alla madre di Antonio o al medico?

L'utilizzo del **test rapido per la ricerca dell'antigene streptococcico su tampone faringo-tonsillare (RAD test)** ha sicuramente modificato l'approccio al percorso diagnostico delle infezioni della gola. Essendo un test diagnostico, presenta comunque dei limiti, che ne devono imporre una razionalizzazione dell'uso. Se scorriamo alcune linee guida sulla gestione della faringo-tonsillite, troviamo indicazioni completamente discordanti sull'utilizzo proprio del RAD test.

I *Finlandesi*¹ affermano che, di fronte ai segni evocativi di una angina, è necessario FARE IL TEST RAPIDO: se POSITIVO trattare con antibiotico, se NEGATIVO e il bambino ha **meno di 3 anni** si può trattare solo con sintomatici, ma se il bambino ha **più di 3 anni** è necessario eseguire una coltura di conferma.

Gli *Scozzesi*², invece, ci dicono che nella diagnosi di faringite acuta il test rapido, per la sua bassa sensibilità, NON È RACCOMANDATO.

Dagli *Stati Uniti*³ le indicazioni sono di: fare il test rapido, ma se NEGATIVO, fare obbligatoriamente la coltura.

Come comportarsi, quindi? Forse, anche in questo caso, la migliore inte-

grazione fra clinica e test diagnostico (come abbiamo visto nel caso della gestione della febbre da causa sconosciuta) è il risultato più auspicabile. È sempre stato affermato, però, che la valutazione clinica di una faringo-tonsillite (nella necessità di distinguere streptococcica da virale) è decisamente poco attendibile e che i vari punteggi clinici proposti non abbiano mai mostrato una affidabilità sufficiente.

Recentemente, però, i dati di McIsaac⁴ hanno dimostrato una correlazione sufficientemente buona fra il punteggio clinico da lui proposto e la possibilità di distinguere fra faringite virale e streptococcica. L'Autore considera pochi parametri: a) la temperatura oltre 38 °C; b) l'assenza di tosse; c) l'adenopatia cervicale dolorabile; d) la tumefazione o l'essudato tonsillare; l'età tra 3 e 14 anni, attribuendo 1 punto se presenti e 0 punti se assenti. Complessivamente risulterebbe un 26% di rischio di eziologia streptococcica per i punteggi 2-3 e un 68% per i punteggi 4-5. Consideriamo inoltre il periodo stagionale particolare (alta prevalenza di infezione streptococcica: 50%); questo permette di incrementare il rischio reale di streptococco per la tonsillite di Antonio fino a circa l'80%. Ma vediamo il risultato del test rapido di Antonio...

Dottore (scoraggiato): «Ecco... signora... non so come possa essere possibile... ero sicuro... ma il test rapido è NEGATIVO...»

Madre di Antonio: «Ha visto che ho fatto bene a insistere...»

Aveva proprio ragione la madre di Antonio? Proviamo a riportare i dati sul diagramma di Fagan, dopo aver calcolato il rapporto di verosimiglianza, conoscendo sensibilità e specificità del test rapido usato e applicando la probabilità pre-test specifica di Antonio (i suoi sintomi) e la percentuale di rischio streptococcico basati sul punteggio di McIsaac e sulla prevalenza stagionale.

Come si può vedere (*Figura 1*), nonostante il test rapido negativo, abbiamo ancora un 30% di rischio di eziologia streptococcica. In questo caso, se si decide di eseguire il RAD test, è indispensabile, se negativo, eseguire la

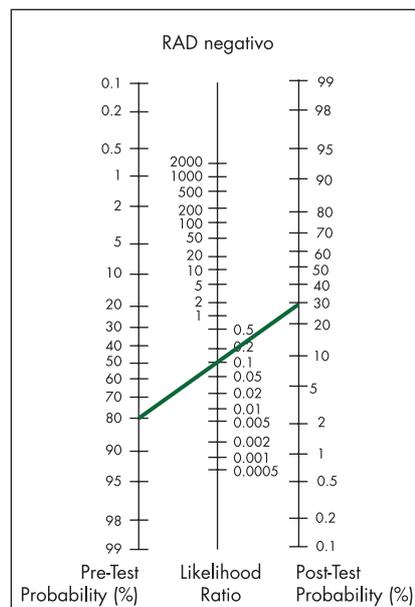


Figura 1. Il rapporto di verosimiglianza (RV) per il RAD test negativo di Antonio rappresentato nel diagramma di Fagan. Partendo da una probabilità pre-test di faringotonsillite streptococcica per Antonio stimata (su epidemiologia e sintomi) all'80% e considerando un RV di 0,1 per RAD test negativo (sensibilità 91%, specificità 98%), si arriva a una probabilità post-test ancora del 30% di rischio di presenza di streptococco, pur con un esito negativo dell'esame.

coltura. Era davvero così impensabile trattare subito senza eseguire il tampone?

ATTO SECONDO

Interno dello stesso ambulatorio pediatrico, ma è sicuramente più caldo. I pochi presenti nella sala d'aspetto sono vestiti decisamente leggeri; un piccolo ventilatore muove un po' l'aria e una madre si affretta ad allontanare il bambino dal getto, come se si trattasse di una nube velenosa...

Dottore: «Ah, la mamma di Antonio...»

Buongiorno, signora, come sta Antonio? e chi è quella bella bambina?»

Madre di Antonio: «"...Antonio sta benissimo, grazie... dopo quella brutta tonsillite, ora sta bene, ma le ho portato Cleopatra, la figlia di mia sorella... adesso le spiega tutto lei...»

Madre di Cleopatra: «...ecco vede, dottore, Cleopatra, che proprio oggi ha 9 anni, ha mal di gola... ha molto mal di gola... vero che hai molto mal di gola Cleopatra? (la bimba non riesce ad avere il tempo di rispondere)... lo vede, lo vede... non riesce neanche a parlare... non deglutisce, non mangia niente da tre giorni...»

Dottore (pensa fra sé e sé): ... sono proprio sorelle, parlano persino uguali...

Madre di Cleopatra: «... Ah, dimenticavo, ha anche 37,5 °C di febbre e qualche colpo di tosse...»

Dottore: «Vieni Cleopatra... diamo un'occhiata alla tua gola... sì, le tonsille sono solo leggermente iperemiche...non c'è essudato, le linfoghiandole laterocervicali e sottomandibolari non sono ingrossate... Signora, credo si tratti solo di una forma virale... non farei nulla se non un antinfiammatorio se si lamenta di dolore intenso...»

Madre di Cleopatra: «... Ma come, dottore, non le fa il tampono? E se fosse uno streptococco? E se le viene il reumatismo, sa... con tutto quello che si sente in giro...»

Dottore: «Ma, signora, siamo in luglio, non è frequente la patologia tonsillare da streptococco in questa stagione... le scuole sono finite...»

Madre di Cleopatra: «Non si sa mai... (guarda la madre di Antonio)... e poi mi sembra di ricordare che l'altra volta, se non insisteva mia sorella...»

Dottore: «D'accordo, d'accordo... le faremo il test rapido, ma sono sicuro che sarà negativo.»

A chi dare ragione? Alla madre di Cleopatra o al medico?

Possiamo applicare lo stesso ragionamento già visto per Antonio. Il rischio di tonsillite streptococcica per Cleopatra, considerando il punteggio di McIsaac e la bassa prevalenza legata al periodo stagionale, è basso: 8%.

Il medico quindi sembra ben motivato nella sua decisione di non eseguire il test e di considerare virale la ton-

sillite di Cleopatra. Ma vediamo l'esito del test rapido di Cleopatra.

Dottore: «Ecco... non so come dire... ma il test rapido è venuto POSITIVO... Cleopatra ha uno streptococco in gola...»

Madre di Cleopatra (scambiando un sorriso d'intesa con la madre di Antonio): «Ha visto, dottore, che le mamme hanno sempre ragione...?»

Proviamo quindi, dopo aver calcolato il rapporto di verosimiglianza per un RAD test positivo, a interpolare i nostri ultimi dati nel diagramma di Fagan, considerando la bassa prevalenza (cioè probabilità pre-test) relativa alla situazione clinica di Cleopatra.

Come si può vedere (*Figura 2*), sembra avere ragione la madre di Cleopatra: dopo aver eseguito il test rapido, se positivo, nonostante la situazione clinica epidemiologica, abbiamo ancora ben quasi l'80% di probabilità post-test di tonsillite streptococcica.

Non abbiamo considerato però che la sua probabilità pre-test è paragonabile alla percentuale di "portatori sani di streptococco" in faringe che, per alcuni Autori, si può stimare intorno all'8-11% e più. Cleopatra potrebbe appartenere proprio a quella categoria.

Vediamo dunque come poter razionalizzare l'utilizzo del test rapido per la ricerca dell'antigene dello streptococco beta-emolitico di gruppo A su tampone faringo-tonsillare in un percorso diagnostico clinico-epidemiologico delle faringo-tonsilliti.

- PUNTO 1: la clinica con l'applicazione del punteggio di McIsaac.
- PUNTO 2: la valutazione epidemiologica locale e stagionale sull'andamento della faringo-tonsillite streptococcica.
- PUNTO 3: la valutazione di quei sintomi che non rientrano nel punteggio di McIsaac, ma che concorrono ad aumentare quello che può essere chiamato "il sospetto streptococcico": la comparsa improvvisa del mal di gola, i dolori addominali, la cefalea, il vomito, l'assenza di rinite, il rash scarlattiniforme, le petecchie

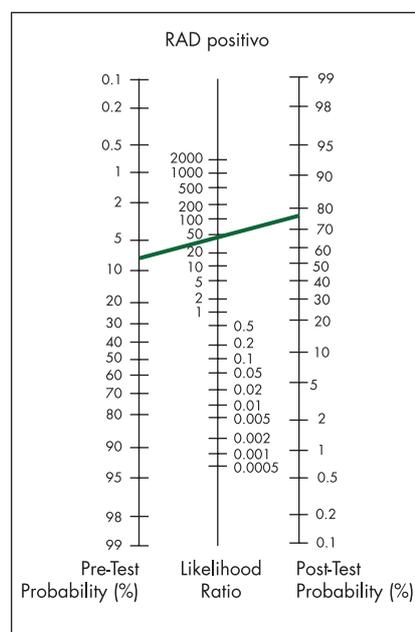


Figura 2. Il rapporto di verosimiglianza (RV) per il RAD test positivo di Cleopatra rappresentato nel diagramma di Fagan. Partendo da una probabilità pre-test di faringotonsillite streptococcica per Cleopatra stimata (su epidemiologia e sintomi) all'8% e considerando un RV di 45 per RAD test positivo (sensibilità 91%, specificità 98%), si arriva a una probabilità post-test di quasi l'80% di eziologia streptococcica che, se da un lato fa onore alla specificità del test, dall'altro si correla difficilmente alla povertà dei sintomi della bambina. E se fosse una portatrice sana?

al cavo orale, l'uvulite, il malessere e l'anoressia (anche se la letteratura enfatizza, sulla base degli studi sull'argomento, solo il contatto con persona affetta da tonsillite streptococcica e il rash scarlattiniforme).

- PUNTO 4: se necessario, eseguire il tampono; è importante la sua corretta esecuzione toccando energeticamente le due tonsille e la parete posteriore del faringe, escludendo la lingua durante il passaggio.

Sulla base di queste considerazioni può essere proposto l'algoritmo della *Figura 3*, ovviamente passibile di critiche e osservazioni (RAD test).

Non dovremo dimenticare che **alcune patologie aggravanti** richiedono un approccio diagnostico più "aggressivo". In questi casi: storia di reumatismo articolare acuto, varicella, HIV, diabete mellito, valvulopatie cardiache, deficit immunologici severi,

Self help ambulatoriale

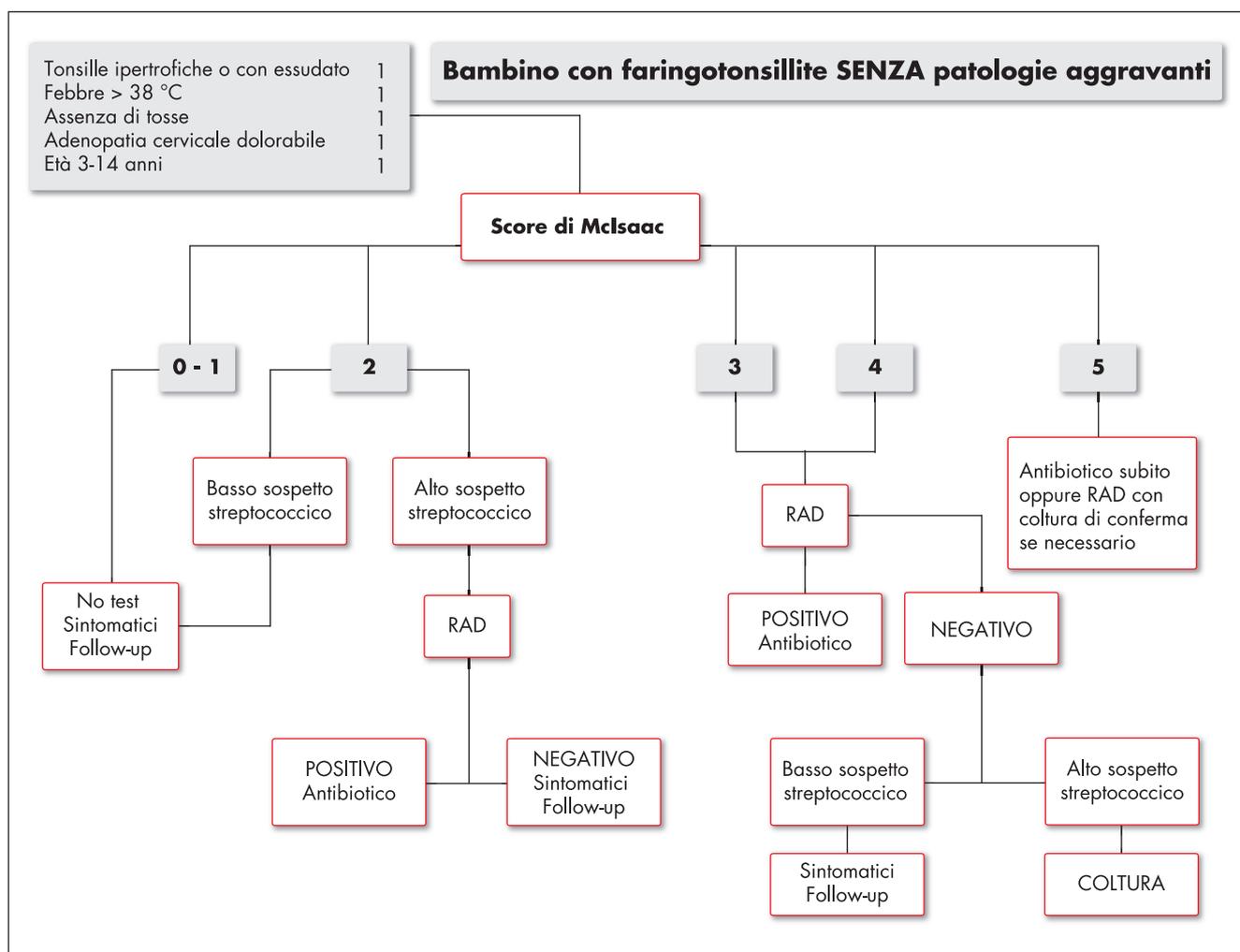


Figura 3. Proposta di un algoritmo diagnostico sulla base della valutazione del bambino attraverso lo score di McIsaac, l'esecuzione del RAD test ed eventualmente della coltura.

immunosoppressione farmacologica, che riguardino il paziente o qualche convivente, o la conoscenza di ceppi

MESSAGGI CHIAVE

- ❑ Non esiste un accordo internazionale di comportamento di fronte a una tonsillite con tampone rapido negativo.
- ❑ È quindi opportuno, in questo caso, inserire nella decisione terapeutica anche il criterio del sospetto clinico.
- ❑ Quest'ultimo si basa su criteri obiettivi, sull'età e sulla stagionalità (punteggio di McIsaac, modificato).

streptococcici reumatogeni o nefritogeni in circolazione (se fosse possibile saperlo), si ricorrerà sempre al test rapido e, se negativo, sarà obbligatoria la coltura.

Grazie al dottor Luca Brivio per l'idea originale dei casi.

Indirizzo per corrispondenza:
Lamberto Reggiani
e-mail: pegaso@fastmail.it

Bibliografia

1. Finnish Medical Society Duodecim. Sore throat and tonsillitis. In: EBM Guidelines. Evidence-Based Medicine. Helsinki, Finland: Duodecim Medical Publications Ltd., 2004.
2. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of Sore Throat and Indications for Tonsillectomy. A National Clinical Guideline. Edimburgh (Scotland); 1999 SIGN publication n.34. Disponibile al sito: <http://www.sign.ac.uk/>
3. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Acute pharyngitis. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI), 2005:33.
4. McIsaac WJ, Kellner JD, Aufricht P, et al. Empirical validation of guidelines for the management of pharyngitis in children and adults. JAMA 2004;291:1587-95.