

## Lettere

Le lettere sono sempre gradite, e vengono sempre pubblicate. Si prega solo una ragionevole concisione, cercando di non superare le 3000 battute. Qualche taglio editoriale e qualche intervento di editing che non alteri il senso della lettera saranno, a volte, inevitabili.

### Tonsillite streptococcica: non trattare?

Nel numero di giugno di *Medico e Bambino* è apparsa una lettera del dott. Auro Della Giustina sulle indicazioni alla terapia antibiotica nelle faringiti da streptococco beta-emolitico di gruppo A. In quella lettera mi viene attribuita la frase: "lo SBEA in gola che dà sintomi va inevitabilmente trattato", che non corrisponde esattamente al mio pensiero sull'argomento. Il dott. Giorgio Longo aveva risposto manifestando le sue perplessità su un eventuale cambio di rotta nella strategia terapeutica per quella patologia, ovvero sulla ventilata ipotesi di rinunciare al trattamento antibiotico nei casi di faringite con diagnosi positiva per infezione da SBEA, in virtù della bassa incidenza di malattia reumatica nel nostro, come in tutti gli altri Paesi industrializzati.

Vorrei, a questo punto, porre l'accento su alcuni punti rilevanti e definire attraverso una breve valutazione delle linee guida e delle evidenze, alla quale ha collaborato il dott. Giovanni Simeone, pediatra di famiglia a Mesagne (BR), entro quali binari sarebbe giusto incanalare la discussione su tale problema.

Il *Red Book 2003* (diretta emanazione dell'Accademia Americana di Pediatria) e le tre più importanti linee guida rintracciabili in letteratura (*University of Michigan 2000*; *Infectious Disease Society 2002*; *Institute for Clinical Systems Improvement 2003*)<sup>1,3</sup> pongono una ferma indicazione alla terapia antibiotica per ogni diagnosi di faringite da SBEA, con il fine prioritario di prevenirne le complicanze, suppurative e non, prima fra tutte la malattia reumatica (MR). Le linee guida scozzesi invece (*Scottish Intercollegiate Guidelines Network 2003*)<sup>4</sup> non raccomandano alcun trattamento, precisando che non esistono criteri sicuri per riconoscere l'eziologia streptococcica, che l'incidenza della malattia reumatica nel Regno Unito è estremamente bassa e che non ci sono elementi sufficienti per poter trasferire i vecchi risultati positivi degli antibiotici (nella prevenzione della MR) all'attuale realtà britannica.

Nel secondo numero della *Cochrane Library 2005* è apparso un aggiornamento della Revisione Sistemica, RS (con meta-analisi) di Del Mar e collaboratori<sup>5</sup>, già citata dal dott. Longo nella sua risposta: sulla base dei dati relativi alle popolazioni facenti parte dei lavori selezionati, l'aver eseguito la terapia antibiotica è sembrato ridurre le complicanze suppurative del 78% circa, e

la complicità reumatica del 70% circa (Odds Ratio per i due outcome = 0,22 e 0,30). Dall'analisi della RS emerge però che il numero di pazienti da trattare con antibiotici (*Number Needed to Treat*) per prevenire 1 caso di malattia reumatica variava da 50 a 100 (è evidente che si tratta di numeri molto elevati). D'altro canto l'esame dei singoli lavori evidenzia come nessun caso di malattia reumatica vi fosse documentato dal 1975 in poi. Lo stesso dott. Longo ci ricordava, a questo proposito, come l'incidenza della malattia sia al massimo di 1 caso/100.000 bambini dai 5 ai 18 anni/anno.

Perciò, un pediatra operante in un Paese industrializzato, che si trovi di fronte a casi di faringite acuta con accertata diagnosi di eziologia streptococcica, potrebbe d'ora in avanti nutrire incertezza di fronte alle due opzioni (tralascio il problema delle complicanze suppurative):

1. non curare la patologia con antibiotici, con la consapevolezza che in questo modo sta rinunciando a prevenire la maggioranza dei rari casi di potenziale malattia reumatica, ma anche con la consapevolezza che, a causa del seppur piccolo aumento di complicanze, potrà avere in futuro maggiori problemi medico-legali;
2. curare la patologia con antibiotici in accordo con la maggior parte delle linee guida e con i sacri testi, con la consapevolezza di averli prescritti inutilmente a circa 49-99 bambini su 50-100, di aver in questo modo determinato nei propri pazienti un incremento potenziale degli effetti avversi legati a quella categoria di farmaci e di aver determinato un incremento sicuro della spesa sanitaria globale, pur non riuscendo a prevenire tutti i casi, in ogni modo rarissimi, di malattia reumatica che gli sarebbero capitati.

Concludo, prendendo spunto dall'ultimo passaggio concernente i costi: sui database di *Technology Assessment* e analisi economiche si può trovare un'importante, recente e ben congegnata analisi di costo-efficacia sui diversi metodi di prevenzione della malattia reumatica post-faringite da SBEA<sup>6</sup>. Ehrlich conclude che la spesa sanitaria calcolabile per una strategia del tipo "test and treat" (fai il tampone rapido e tratta), adottata per un'intera popolazione, verrebbe a comportare, nel futuro per la società, una spesa di poco superiore al doppio rispetto a una strategia del tipo "treat none" (non trattare nessuno). Come vedete, né 49 volte né 99 volte superiore. Solo a titolo personale, esprimo il parere che que-

sto ipotetico sovrapprezzo è giustificato, in considerazione delle maggiori garanzie medico-legali, date dalla strategia "test and treat" e dal beneficio che potrei fornire al mio paziente, il quale, con una terapia antibiotica tempestiva e ragionata, sarà in grado di guarire in un tempo sensibilmente inferiore per la felicità sua, dei suoi genitori e del suo pediatra. Aggiungo che le strategie "coltura a tutti" e "test rapido più coltura" prevedevano, in quell'analisi, un costo di altre due volte e mezzo superiore.

In conclusione, i dubbi sulla mandatorietà della terapia antibiotica nelle faringiti streptococciche sono, nella nostra realtà e nel nostro tempo, legittimi. Conservo la fiducia nel fatto che ogni pediatra continui a prendere le sue decisioni secondo scienza (e lo stato attuale delle conoscenze è quello sopra descritto) e coscienza (e, per fortuna, possiamo e dobbiamo continuare ad averne una).

**Marcello Bergamini**  
Pediatra di famiglia, Ferrara

### Bibliografia

1. Pharyngitis. Guidelines for clinical care. Ann Arbor (MI): University of Michigan Health System; 2000 Dec. 8 p. <http://cme.med.umich.edu/pdf/guideline/phrngts.pdf>.
2. Bisno AL, Gerber MA, Gwaltney JM, Kaplan EL, Schwartz RH. Practice guidelines for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis. *Clin Infect Dis* 2002;35(2):113-25.
3. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Acute pharyngitis. Bloomington (MN): Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI); 2003 May 27 p. [www.icsi.org](http://www.icsi.org).
4. Management of sore throat and indications for tonsillectomy. SIGN publication n° 34. Jan 1999. [www.sign.ac.uk](http://www.sign.ac.uk)
5. Del Mar CB, Glasziou PP, Spinks AB. Antibiotics for sore throat (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 2, 2005.
6. Ehrlich JE, Demopoulos BP, Daniel KR, Ricarte MC, Glied S. Cost-effectiveness of treatment options for prevention of rheumatic heart disease from group A streptococcal pharyngitis in a pediatric population. *Prev Med* 2002;35:250-57.

*Non posso che congratularmi per la chiarezza dell'impostazione. Personalmente, condivido le conclusioni del dott. Bergamini, che, se ho bene inteso, sono quelle del "test and treat" (anche in accordo con l'articolo, allora in odore di eresia, che ho scritto con Valentina Leone nel 2002, pag. 377, da Medico e Bambino). Credo che per il pediatra di famiglia di buon senso, di buoni senti-*

menti, ragionevolmente disciplinato e di media cultura, oggi, la scelta sia semplice, pulita, ragionevolmente economica, intermedia rispetto alle posizioni estreme ("lasciamo perdere lo streptococco e le sue improbabili sequele", oppure, "sterminiamolo senza pietà e a tutti i costi, e inseguiamolo dovunque si nasconda"). In altre parole, credo che il pediatra di famiglia (o di pronto soccorso o di ospedale) debba: a) avere a disposizione il test rapido; b) usarlo dove è ragionevole usarlo (non, per intenderci, nel raffreddore con la gola leggermente arrossata); c) trattare secondo le regole i bambini con test positivo.

Sfuggiranno infezioni streptococciche oligosintomatiche (nella metà dei casi di reumatismo articolare acuto non c'è ricordo di un precedente episodio clinico di tonsillite); si curerà qualche portatore positivo-per-sbaglio-anche-al-test-rapido; si farà una medicina professionalmente corretta, ragionevole e difendibile; si faranno star meglio i bambini in tempo rapido; si ridurranno i contagi.

PS. In realtà, credo di dover fare un piccolo appunto alla lettera. A mio (antico e forse smarrito) sapere, il rischio "classico" di malattia reumatica è di 1/300 tonsilliti streptococciche, dunque lo NNT dovrebbe essere pari, almeno, a 300 (Danny DW, et al. JAMA 1952;143:151).

Franco Panizon

### Promozione dell'allattamento al seno

La lettera del dott. Ferrari, pubblicata sul numero di aprile 2005 di *Medico e Bambino* (pag. 220), affronta un argomento importante, la promozione dell'allattamento al seno, sul quale bisogna avere le idee chiare al fine di non incorrere in errori di interpretazione. Decenni di favoreggiamento da parte della classe medica e paramedica dell'allattamento artificiale hanno condotto purtroppo a una cultura che contiene ancora oggi molte convinzioni inesatte. Intanto dobbiamo dire subito che l'ipogalattia primitiva è un evento raro. Si tratta molto frequentemente di pseudo-ipogalattie, di situazioni cioè in cui la mancanza di informazioni, di sostegno e di autostima conducono le mamme a una visione distorta delle loro capacità di accudimento che, se persiste, può condurre a una condizione di scarsa produzione di latte. Questo è un fenomeno presente soprattutto nei Paesi industrializzati, dove c'è più isolamento, più stress, più disponibilità di latte artificiale ed è pressoché assente nei Paesi in via di sviluppo, anche dove ci sono ignoranza e carenze alimentari. È un po' come l'anorexia nervosa, disturbo alimentare delle adolescenti dei Paesi industrializzati, pratica-

P

## Lettere

mente inesistente da noi cinquant'anni fa e praticamente inesistente oggi nei Paesi in via di sviluppo. Il pianto del neonato affamato di cui parla il dott. Ferrari è un fenomeno importante del "cucciolo d'uomo"; è un richiamo importante, uguale a quello degli altri cuccioli del regno animale, che serve a richiamare l'attenzione della mamma quando egli ha fame, quando ha un disturbo o quando è in difficoltà. Il pianto attiva fisicamente la mamma, anche quella del "cucciolo d'uomo", innesca meccanismi neuroendocrini che fanno aumentare l'attenzione, la temperatura corporea, la secrezione latte. Quindi facciamolo piangere il nostro neonato! Anche perché, almeno nelle prime settimane di vita, egli non ha una "coscienza di sé", non ha l'angoscia di esse-

re stato abbandonato. Questo può accadere nei mesi successivi, ma qui siamo in presenza di situazioni di cattivo rapporto madre-bambino per problemi soprattutto di salute mentale materna, situazioni che fortunatamente si verificano molto raramente.

**Angelo Spataro**  
Pediatra di famiglia, Palermo

### Penicillina per os

Qualche giorno fa la casa farmaceutica produttrice della penicillina sodica (per uso iniettivo) ha annunciato che ne sospenderà la produzione, resa antieconomica dal basso costo e dalla scarsa utilizzazione nel

nostro Paese. In altri Paesi, USA compresi, questo e altri antibiotici indispensabili, seppure di uso insolito, continuano a essere prodotti.

Ciò che mi sorprende di più è che in Italia non sia mai stata resa disponibile la sospensione orale di penicillina, eppure questo farmaco avrebbe un'utilizzazione ampia, visto che ancora oggi è ritenuto l'antibiotico di prima scelta per la tonsillite streptococcica. Considerato che questo batterio è sempre sensibile alla penicillina, mentre può essere resistente ai macrolidi, antibiotici molto più costosi e a sproposito promossi come un'alternativa preferibile.

Ora è facile dedurre i vantaggi che, oltre alla maggiore efficacia, si otterrebbero con l'uso della sospensione orale della pe-

## Congresso Nazionale Associazione Culturale Pediatri IL PEDIATRA NELLA COMUNITÀ

Napoli, 20-21-22 ottobre 2005 - Castel dell'Ovo, Sala Italia

**Giovedì 20 ottobre** Moderatori: G. Tamburlini, A. Ponticelli

- 15.30 **Apertura del congresso** (M. Gangemi, M. Grimaldi, L. de Seta)
- 16.00 **L'integrazione delle politiche per la promozione della salute e per lo sviluppo locale** (M. Petrella)
- 16.15 **Letture** - Chi sostiene l'infanzia nel mondo? (A. Zanotelli)
- 17.00 **Aggiornamento avanzato** - Le frontiere della ricerca genetica (A. Ballabio)
- 17.30 **Discussione**
- 18.00 **Nati per leggere** - Un intervento di comunità che riguarda tutti: a che punto siamo? (S. Manetti, L. Mottola)
- 18.30 **Discussione**
- 20.30 **Film** "Ribelli per caso" di V. Terracciano al cinema Ambasciatori  
Commento di I. Spada

**Venerdì 21 ottobre** Moderatori: F. Panizon, G. Andria

- 9.0 **La copertina di Quaderni acp** (L. Mauri)
- 9.15 **Editoriale** - La comunità e la salute del bambino (G. Biasini)
- 9.30 **Aggiornamento avanzato** - Nuova classificazione dei disturbi funzionali dell'intestino: come cambia il lavoro del pediatra (S. Auricchio)
- 10.00 **Discussione**
- 10.30 **Scenario di comunità** - La valutazione degli interventi per il controllo del sovrappeso (S. Conti Nibali)
- 11.00 **Discussione**
- 12.00 **Ricerche** - Il grado di sensibilità dei pediatri ospedalieri e delle infermiere sulla prevenzione e la terapia del dolore: indagine conoscitiva (Gruppo ospedaliero ACP: L. de Seta e G. De Rinaldi)
- 12.30 **Proposta di ricerca: un'assistenza integrata per la cronicità in pediatria** (G. La Gamba)
- 13.00 **Discussione**
- 14.00 **Attualità - Quale informazione scientifica per il miglioramento della salute di tutti?** Moderatori: A. Pisacane, M. Orfeo
- 14.30 **Libertà e indipendenza: variabili primarie o secondarie della professione medica?** (M. Bobbio)
- 15.00 **L'informazione scientifica è condizionata da interferenze economiche?** (L. De Fiore)

- 15.15 **Comunicazione e marketing: quale relazione fra aziende farmaceutiche e medici?** (D. Zacchetti)

- 15.30 **La visita dell'informatore scientifico** (F. Dessi, M. Narducci)
- 15.45 **Intervento preordinato del gruppo "No, grazie, pago io"**

Conclusioni: M. Bonati

- 16.30 **ASSEMBLEA NAZIONALE SOCI ACP**  
Elezione di 4 consiglieri e di un revisore
- 22.30 **Un po' per gioco** (G. Biasini, A. Brunelli, F. Dessi, L. Piermarini)

**Sabato 22 ottobre** Moderatori: P. Siani, M.F. Incostante

- 9.0 **La newsletter** - Uno strumento di formazione. I lavori che cambiano la pratica clinica (F. Zanetto, D. Dragovich)
- 9.30 **Discussione**
- 10.0 **Il progetto WEBM** - Esempi clinici di formazione sul campo (S. Fedele)
- 10.30 **Discussione**
- 11.30 **Organizzazione sanitaria** - L'integrazione delle politiche per la salute dei bambini e delle famiglie (G. Cirillo, C. Di Maio)
- 12.00 **Discussione**
- 12.30 **Saper fare** - Percorsi di cure e "care" del bambino alla luce della classificazione ICF dell'OMS (M. Leonardi)
- 13.00 **Discussione**  
Moderatori: N. D'Andrea, M.F. Siracusano
- 14.30 **Vaccini acp** - Strumenti per conoscere, strumenti per decidere, tutto a tutti? (L. Grandori)
- 15.00 **Discussione**
- 15.30 **Esperienze** - La prevenzione della malattia emorragica del neonato da deficit della vitamina K (P. Causa)
- 16.00 **Discussione**
- 16.30 **Sessione poster** - Casi clinici, ricerche, programmi di comunità  
coordina N. Gasparini
- 17.30 **Elaborazione e consegna dei quiz di verifica ECM**
- 18.00 **Cosa abbiamo imparato e commento finale** (M. Bonati, L. Piermarini)
- 18.30 **Arrivederci ad Asolo** (G. Toffol)

**Comitato organizzatore e segreteria scientifica:** P. Siani, G. Cirillo, M. Grimaldi, S. Manetti, P. Causa, N. Gasparini, C. Di Maio, L. de Seta  
e-mail: paolo.siani@ospedaledcardarelli.it; acpcampania@tin.it

**Consiglio direttivo ACP Campania:** M. Grimaldi, I. Andreozzi, L. Barruffo, C. Casullo, N. Cicchella, G. Mazzarella, T. Montini, E. Trifuoggi, L. Mottola, A. Di Costanzo, C. Franzese, C. Mandato, G. Rivezzi

**Consiglio direttivo ACP Nazionale:** M. Gangemi, S. Manetti, PP. Mastroiacovo, AM. Moschetti, G. Toffol, P. Fiammengo, L. Grandori, L. Reali, F. Zanetto, F. Dessi  
**Segreteria organizzativa:** DEFLA organizzazione eventi, 80121 Napoli, Via dei Mille 16, tel /fax 081 402093; e-mail: congressi@defla.it; http: www.defla.it

nicillina. Ci sarebbe un risparmio nella spesa sanitaria (quando si parla di risparmio...) e con la minore utilizzazione dei macrolidi si ritarderebbe l'insorgenza e la diffusione delle resistenze dei batteri a tali farmaci.

Sarebbe opportuno che i comitati scientifici delle associazioni pediatriche, i sindacati dei pediatri ospedalieri e non le riviste pediatriche convincessero il Ministero della Salute e le industrie farmaceutiche a introdurre il farmaco nella nostra farmacopea e dessero linee guida appropriate a tutti i pediatri. Mi illudo?

**Francesco Alibrandi**  
Feltre (BL)

*Sì, temo di sì. Come penicillina orale, si intende evidentemente la fenossi-metil-penicillina (Fenospen) già in commercio in grosse compresse (ma divisibili, rompiabili, masticabili, di gusto accettabile e correggibile); e credo di essere stato uno dei pochi che la prescrivevano: in sostanza tra il basso costo e il basso indice di prescrizione non è più presente in farmacia. L'amoxicillina, farmaco più popolare, anche se meno specifico, funziona molto bene nella faringotonsillite, a due dosi al giorno, anche se somministrato per soli 6 giorni. Nell'insieme, credo che sia molto difficile forzare il mercato; è più facile che il mercato forzi noi.*

**Franco Panizon**

## Bioarginina

In relazione alla sua risposta sul numero di marzo 2005 di *Medico e Bambino* (pag. 152), mi permetto di ricordare la pubblicazione di Saggese, Cesaretti, apparsa su *Minerva Pediatrica* (1990;42(11):449-59) dal titolo "Impiego dell'arginina cloridrato nei deficit staturali di natura endocrina". Gli Autori concludono affermando che la somministrazione di arginina cloridrato (*Bioarginina*) in soggetti di bassa statura non endocrina con velocità di crescita ridotta, sebbene in una componente ristretta e relativamente a un periodo di tempo limitato, sembra in grado di determinare effetti benefici sulla velocità di crescita.

**Nicola Sacino**  
Barletta (BA)

*Grazie. Ma in un'epoca EBM mi sembra che l'osservazione da Lei riportata, con tutto il rispetto per gli Autori e con gli stessi limiti che gli Autori indicano, non possa essere tenuta in considerazione per alcun tipo di decisione operativa.*

**Federico Marchetti**

P