

EFFICACIA DEL DESAMETASONE ORALE NEL TRATTAMENTO DELLA FARINGITE DA MODERATA A GRAVE

EFFECTIVENESS OF ORAL DEXAMETHASONE
IN THE TREATMENT OF MODERATE TO SEVERE
PHARYNGITIS IN CHILDREN

OLYMPIA RP, KHINE H, AVNEY JE

Arch Pediatr Adolesc Med 2005;159:278

Centocinquanta bambini con faringite dolorosa, classificata come da moderata a grave, caratterizzata, oltre che dalla odinofagia, da tumefazione locale e da alterazione della scala affettiva facciale di Mc Grath, con score superiore a 75, sono stati presi in considerazione per valutare l'effetto sintomatico di un corticosteroide.

Sono stati divisi in due gruppi: 25 pazienti sono stati perduti al follow-up e, dei restanti, 57 hanno ricevuto desametasone 0,6 mg/kg e 68 un placebo. La metà circa dei pazienti di entrambi i gruppi erano positivi per lo streptococco emolitico A, e la temperatura media era dell'ordine di 38° C.

I risultati sono stati positivi e abbastanza chiari. Il miglioramento del sintomo dolore, sia riferito sia valutato in base allo score, è stato in media di 9 contro 18 ore; questo effetto è stato più marcato nei soggetti SBA-negativi. Sono bastate 8,7 ore nei bambini trattati con desametasone contro 24 ore nei bambini trattati con placebo, per registrare un inizio di miglioramento ($p < 0,001$); sono occorse 37,9 ore per ottenere la totale risoluzione del quadro nel gruppo trattato, contro le 70,8 ore nel gruppo placebo; infine, il miglioramento dello score facciale è stato più netto (-0,50 contro -0,21; $p < 0,001$).

L'osservazione si allinea ai risultati di ricerche analoghe in adulti (nei quali il desametasone veniva in genere somministrato in singola dose per iniezione) e in bambini con sospetta mononucleosi. Gli effetti registrati sono sempre stati nella stessa direzione, solo con qualche differenza (i risultati sono stati mediamente meno netti; in alcune ricerche l'effetto è risultato più netto nei soggetti SBA-positivi). Queste differenze vengono spiegate dagli Autori sulla base della selezione dei pazienti (che nella casistica qui censita presentavano tutti tonsillofaringiti clinicamente importanti e francamente dolorose, mentre altre casistiche comprendevano bambini con forme troppo leggere per permettere di valutare appieno l'efficacia del farmaco); un altro fattore confondente è dato dall'uso dell'antibiotico nella tonsillite SBA-positiva, che di per sé accorcia significativamente i tempi della sintomatologia.

Commento

L'avanzata della cura del nulla, o del poco, continua. Queste ricerche di trattamento con desametasone della tonsillofaringite, i cui risultati sono peraltro significativi, sono il passo successivo rispetto a quelle (con effetti assai meno netti) condotte con i FANS, ricerche che avevano il difetto di

essere estese a pazienti con flogosi respiratoria di tipo più generico rispetto alla tonsillofaringite. A sua volta, la terapia con FANS era solo un passetto in più rispetto alla terapia con antifebbrili (paracetamolo, ibuprofene), che bene o male posseggono un'azione antinfiammatoria intrinseca e che nessuno più pensa di poter contestare.

*Non possiamo d'altra parte considerare questi risultati separandoli da quelli, assai più antichi e ben noti, dei corticosteroidi nella mononucleosi, nella PFAPA (Periodic Fever Aphthae AdenoPharyngitis) e nella tonsillite da Adenovirus (Panizon F, Medico e Bambino 2001;20:259; Mendoza A, Panizon F. *ibid* 1998;17:378).*

*Potremmo senz'altro ragionevolmente (e non da ora) concludere che la tonsillite è una malattia non identica alla rinofaringite, in cui un processo infiammatorio specifico, di reazione immunologica complessa, e non del tutto benigna e utile, si sovrappone alla colonizzazione dell'uno o dell'altro dei tre agenti patogeni maggiori: streptococco, virus di Epstein-Barr, Adenovirus (Mitani T, Tomoda K, Maeda M, et al. *Acta Otolaryngol* 1990;475:1). Nel caso della PFAPA (forse non c'è bisogno di un patogeno esterno, o forse sì) prevale quel fenomeno che è stato chiamato auto-infiammatorio. Comunque, si tratta di una reazione che richiede una base costituzionale, e che, sebbene finalizzata, non è totalmente benigna. Gli effetti di questa risposta sono locali, istologici (iperplasia dei follicoli linfatici, necrosi epiteliale), ma anche a distanza (produzione di anticorpi policlonali, patologia autoimmune, nefrite post-streptococcica, nefrite IgA, reumatismo, sindrome di Schoenlein-Henoch, sindrome mononucleosica).*

*L'uso sintomatico del cortisone, in questo senso, era già noto sia nella mononucleosi sia nell'infezione da Adenovirus sia nella PFAPA (D'Agaro P, Panizon F, et al. *Medico e Bambino* 2001;20:231; Tommasini A, Neri E. *ibid* 2001;20:225; Besoli G, et al. *ibid* 2001;20:234) e veniva sempre presentato con qualche cautela, per i possibili effetti indesiderati (possibilità di ricaduta e di recidiva per la tonsillite streptococcica, più frequenti recidive nella PFAPA, possibilità di incompleta o ritardata guarigione o addirittura di evoluzione neoplastica nella mononucleosi). Ora i passi si sono fatti progressivamente più audaci, o più incauti; la malattia viene sempre meno e per meno ore accettata; gli effetti negativi, d'altronde, non saltano fuori. Non si può negare una certa razionalità in tutto questo, e registrarne ancora con qualche prudenza e con qualche distacco i sia pur modesti, ma tangibili, risultati pratici.*

Il discorso non può essere separato, a nostro modo di vedere, da quello della diagnosi eziologica e della terapia antibiotica della tonsillite streptococcica (vedi anche Lettere). La tonsillite moderata e moderata-grave richiede l'uso del test rapido e, in caso di positività, un trattamento antibiotico adeguato, di efficacia clinica altrettanto rapida di quella riportata utilizzando gli steroidi. Per gli SBA-negativi è ragionevole escludere anche la mononucleosi e lasciare gli steroidi ai casi SBA e EBV-negativi (che saranno poi tutti, o quasi, da Adenovirus).