

## LA FARINGITE STREPTOCOCCICA

### Cosa è?

Con il termine generico di faringite si intende un'infezione acuta della faringe, comprendenti le tonsilliti e le faringotonsilliti. Spesso l'eziologia è virale (65% dei casi), ma nel 35% dei casi l'agente in causa è un batterio, rappresentato per lo più dallo Streptococco  $\beta$ -emolitico di gruppo A (*S. Pyogenes*).

Le stagioni di maggior incidenza dalle infezioni streptococciche sono l'inverno inoltrato e l'inizio della primavera. Ogni anno si ammalano di faringite streptococcica 10 bambini su 100, in età compresa fra 3 e 12 anni; l'incidenza di tale infezione è bassa nel primo anno di vita, grazie alla protezione conferita dagli anticorpi di origine materna.

### Perché è importante?

La faringotonsillite da streptococco è l'unica faringite che richiede un trattamento antibiotico. La sua diagnosi è dunque importante al fine di impostare una corretta terapia che riduca la trasmissione del batterio e prevenga l'insorgenza delle eventuali complicanze.

### Quali sono le cause?

La causa della faringite streptococcica è un batterio, lo *Streptococcus pyogenes* o Streptococco  $\beta$ -emolitico di gruppo A (SBEGA).

Lo SBEGA è un normale abitante delle vie aeree superiori, con una prevalenza tra il 15% ed il 20%. Il periodo di incubazione è compreso tra 2 e 5 giorni. Durante la fase acuta lo SBEGA è altamente trasmissibile attraverso le goccioline di saliva o di muco emesse dal paziente con il parlare, lo starnutire ed il tossire. I bambini non sono più infettanti dopo 24 ore di trattamento antibiotico appropriato.

Vi sono inoltre alcuni soggetti definiti "portatori faringei di SBEGA" poiché hanno il batterio in faringe senza segni di infezione. Lo stato di portatore può persistere per molti mesi a distanza da una faringite streptococcica non trattata. È importante ricordare, d'altra parte, che lo stato di portatore non si associa ad un aumentato rischio di malattia reumatica o di glomerulonefrite acuta.

### Quali sono i sintomi?

I sintomi tipici della faringite streptococcica sono un forte mal di gola con difficoltà alla deglutizione, febbre elevata (spesso anche al di sopra di 38 °C), essudato tonsillare (pus sulle tonsille) e ingrossamento dei linfonodi laterocervicali. Altri sintomi includono: mal di testa, nausea e vomito, dolore addominale, dolore muscolare, una possibile eruzione cutanea scarlattiniforme o petecchie sul palato (molto più raramente). La faringite streptococcica è improbabile quando vi è almeno uno dei seguenti sintomi: occhi rossi, raucedine, rinorrea o ulcere della bocca e se non vi è febbre.

### Sintomi e segni della faringite streptococcica

#### Sintomi e segni classici

Inizio improvviso  
Mal di gola o dolore alla deglutizione  
Febbre  
Cefalea, specialmente nei bambini di età più avanzata  
Nausea, vomito, dolori addominali  
Intenso arrossamento della faringe, dei pilastri e delle tonsille, eventualmente con petecchie  
Presenza o meno di essudato purulento, raccolto in corrispondenza delle cripte (**angina lacunare**)  
Tumefazione dei linfonodi cervicali anteriori e laterali, dolenti  
Eventuale comparsa di esantema scarlattiniforme

### Sintomi e segni rari, più frequenti nelle altre eziologie

Congiuntivite  
Tosse  
Diarrea  
Secrezione nasale  
Dolori muscolari, dolore alla pressione dei bulbi oculari

### Come può essere diagnosticata?

Clinicamente non è possibile distinguere la faringotonsillite da SBEGA da quella di altre cause. La diagnosi di faringite streptococcica deve essere effettuata mediante un esame microbiologico diretto su materiale ottenuto da tampone faringo-tonsillare. L'esame colturale rappresenta l'indagine più accurata per la diagnosi, ma richiede tempi più lunghi rispetto ai test rapidi oggi largamente diffusi, che permettono di avere una risposta in pochi minuti. Nel sospetto di faringite streptococcica è bene dunque eseguire un test rapido, che se positivo conferma la diagnosi.

Gli esami ematici, come ad esempio il titolo antistreptolisinico o il titolo anti-DNAse, non hanno alcun valore per il trattamento in fase acuta.

### Quali sono le complicanze?

Precocemente posso comparire complicanze dette "suppurative" (otite media acuta, sinusite, mastoidite, ascessi peritonsillari, retrofaringei e sottomandibolari) mentre, a distanza di 1-3 settimane dall'infezione, seppur raramente, possono comparire le complicazioni post-streptococciche "non suppurative" (malattia reumatica, glomerulonefrite acuta post-streptococcica, corea di Sydenham, artrite reattiva).

### Come si cura?

Il trattamento della faringite da streptococco ha l'obiettivo di ottenere una rapida guarigione clinica, ridurre il periodo di contagio, evitare le complicanze suppurative precoci e la malattia reumatica.

Deve essere intrapresa entro pochi giorni dall'esordio dei sintomi, ma è sempre bene che prima siano eseguite le prove per identificare lo streptococco.

Il farmaco di scelta è un antibiotico, la amoxicillina, da somministrare per bocca per una durata di 10 giorni. Quando vi è un insufficiente effetto dell'amoxicillina o nel caso di una documentata allergia a questo farmaco, bisogna somministrare al bambino un altro antibiotico, l'eritromicina.

I bambini adeguatamente trattati con terapia antibiotica, quando rimangono asintomatici dopo la sospensione, non devono essere controllati con un nuovo test rapido o una nuova coltura della faringe. Trattare i soggetti che sono portatori del batterio invece non è raccomandato.

### Come si previene?

Al fine di prevenire la faringite da streptococco andrebbero adottate tutte le norme igieniche e comportamentali raccomandate in caso di infezione:

- lavare spesso le mani con acqua calda e sapone;
- non condividere oggetti;
- limitare il contatto ravvicinato con soggetti infetti.

### Consigli per i genitori

1. È molto improbabile che un bambino con un'età inferiore ai 3 anni sviluppi una faringite da Streptococco  $\beta$ -emolitico di gruppo A. Pertanto, di fronte ad una faringite in un bimbo al di sotto di quest'età, soprattutto se concomitano altri sintomi altamente suggestivi di un'infezione virale (come rinite, raucedine, congiuntivite), l'esecuzione del tampone faringeo è sconsigliata.

2. L'antibiotico di prima scelta è sempre l'amoxicillina: è più economico, più facile da somministrare e ad oggi non sono riportati casi di resistenze. Antibiotici alternativi vanno riservati a bambini allergici a questo farmaco o a casi in cui vi sia una dimostrata inefficacia dell'amoxicillina.
3. La terapia antibiotica deve essere continuata per tutti i 10 giorni previsti per il trattamento, anche se il bambino sta meglio dopo le prime somministrazioni.
4. Il bambino con faringite streptococcica può essere riammesso a scuola o all'asilo fino a che non sia stata instaurata un'adeguata terapia antibiotica da almeno 24 ore.
5. La terapia antibiotica non è quasi mai indicata per la maggior parte dei bambini portatori di Streptococco  $\beta$ -emolitico di gruppo A (salvo pochi casi selezionati).
6. La comparsa di artrite o di ematuria (ovvero urine di colore rosso per la presenza di sangue) dopo un episodio di faringite richiedono sempre una valutazione del pediatra.