

MeB – Pagine Elettroniche

Volume II

Novembre 1999

numero 9

PROTOCOLLI IN PEDIATRIA AMBULATORIALE

La tonsillite

Franco Panizon

PREMESSE

Intendiamo per tonsillite una patologia ad evidente ed esclusivo interessamento tonsillare, linfatico, qualitativamente e clinicamente diverso dall'interessamento prevalentemente epiteliale della faringite. In realtà, nella tonsillite, l'interessamento epiteliale è compresente (tonsillofaringite), caratterizzato da eritema, edema, eventualmente essudato, ma l'elemento caratterizzante è la tumefazione-ipertrofia del tessuto linfatico, quasi di regola accompagnato da co-interessamento linfonodale. Satellite. Questo interessamento linfatico è testimone della risposta immune che accompagna e caratterizza queste forme.

L'eziologia di queste forme è ben definita e comprende la mononucleosi infettiva (**infezione da EBV**), le sindromi mononucleosiche (**CMV, altri virus**), la infezione da streptococco beta-emolitico A (**SBA**), la tonsillofaringite da **Adenovirus**.

La cronologia di queste infezioni è la seguente.

Primi 5 anni tonsillite da Adenovirus e sindromi mononucleosiche, 5-15 anni infezione streptococcica, >10 anni infezione da EBV (con larga possibilità di sovrapposizione)

La clinica delle diverse forme è abbastanza tipica:

- Febbre molto alta 39-40, ad esordio esplosivo per 3-7 gg e flogosi locale importante, spesso con essudato semitrasparente, grigiastro e adenomegalia satellite nella infezione da adenovirus;
- Febbre tipicamente >38,5 (ma anche più bassa), tonsillofaringite alquanto più discreta che nelle altre eziologie, con faringodinia e dolorabilità linfonodale nella tonsillite streptococcica.
- Febbre e sintomatologia generale ad esordio relativamente lento, con lunga durata, anche 10 gg, dei sintomi, con quadro locale e linfoghiandolare tanto più severo quanto maggiore è l'età del paziente, spesso con essudato fibrinoso, giallastro, fetido, splenomegalia nella metà dei casi nella infezione da EBV.
- Quadro generale e locale più discreto nella sindrome mononucleosica.

Il laboratorio è anche abbastanza tipico.

- Neutrofilia importante (spesso >10.000), piastrinosi, VES CRP notevolmente aumentati nell'infezione da Adenovirus.

- Neutrofilia moderata (in genere >5000), VES CRP moderatamente aumentate nell'infezione da SBA. Tampone obbligatoriamente positivo.
- Neutropenia, importante linfocitosi assoluta con alto numero di LUC, spesso piastrinopenia nella mononucleosi, VES CRP moderatamente aumentate, transaminasi spesso aumentate, presenza di anticorpi eterofili (Monotest), a partire dal IV g. di malattia nella quasi totalità dei casi di infezione da EBV.
- Linfocitosi assoluta, con moderato aumento di LUC (quadro meno tipico che nelle altre forme) nella sindrome mononucleosica.

RAZIONALE

Delle quattro forme di tonsillite, una sola è suscettibile di trattamento, anzi deve formalmente esser trattata, la **tonsillite da SBA**. La mononucleosi infettiva riceve un notevole vantaggio sintomatico dal trattamento cortisonico 1 mg/Kg/die per pochi giorni, ma giustamente questa terapia viene considerata tabù, perchè può interferire sui meccanismi di clearance virale e con la guarigione definitiva della malattia. La tonsillite da Adenovirus risponde a una singola dose di corticosteroidi 1 mg/Kg, ma questa affermazione ha un sostegno di letteratura ancora insufficiente, ed è comunque autolimitata e senza complicazioni. La sindrome mononucleosica è autolimitata, e non ha indicazioni terapeutiche formali.

La diagnosi differenziale tra le tre forme quindi è facile (e doverosa), con l'aiuto di tre esami: il tampone faringeo, l'esame emocromocitometrico e (non necessario) il monotest. Il trattamento è funzione della diagnosi.

I TEMPI DELLA DIAGNOSI E DELLA TERAPIA

L'inizio della terapia della tonsillite da SBA, (quindi anche la diagnosi eziologica) in linea di principio, può essere rimandata (si dice che il rischio di RAA, comunque basso, dell'ordine di un caso ogni 3000, non sia aumentato da un ritardo terapeutico, fino a 9 gg dopo l'esordio; ma si tratta di letteratura ormai lontana nel tempo, e insufficientemente documentata). Il buon senso comunque suggerisce di non ritardare, anche solo per ridurre i tempi di malattia, che è caratterizzata, in genere, da un malessere consistente.

Anche l'eventuale trattamento della tonsillite da Adenovirus può attendere almeno 3 gg, eccetto che nelle forme altamente ricorrenti (vedi sopra), in cui la diagnosi di alta probabilità si fa già al primo giorno.

CRITERI DIAGNOSTICI

L'unico modo certo per porre o escludere la diagnosi di infezione da SBA è quello del tampone faringeo. crediamo senz'altro i dover scegliere il test rapido, con risposta al letto del malato. Il test non è completamente popolare, per il costo (relativo) del kit, che non può essere scaricato sul SSN; ma ancor meno popolare, più indaginoso (per la necessità di invio al laboratorio, oltre che per il tempo d'attesa di 24-48 ore).

SCELTE TERAPEUTICHE

Tonsillite da SBA

La scelta terapeutica migliore per la tonsillite da SBA è stata oggetto di molti dibattiti negli ultimi 10 anni. In sostanza i beta-lattamici costituiscono la scelta indiscutibile, attesa la assenza di resistenza dello SBA, e l'elevata proporzione di ceppi resistenti, fino al 40%, a quelle che erano state considerate alternative ragionevoli, il trimetoprim sulfamide (ormai da tempo obsoleto) e i macrolidi. Tra i diversi trattamenti sperimentati e proposti ricordiamo il ceftriaxone 50 mg/Kg in una sola dose e le diverse cefalosporine orali, in particolare la cefprozina 50 mg/Kg per 6 giorni.

La terapia classica e meglio sperimentata è la fenossimetilpenicillina (Fenospin) 5000 /Kg/die, in 2 somministrazioni x 10 gg (in pratica Fenospin, 1/2 c al di sotto i 6 anni, 1 c/die sopra i 6 anni) o, in alternativa, la Benzatina-Penicillina (Diaminocillina) 600.000 sotto i 6 anni, 1.200.000 U sopra i 6 anni. Entrambi i tipi di somministrazione hanno i loro svantaggi: la confezione poco adatta all'uso pediatrico e difficile da reperire in farmacia per la fenossimetilpenicillina, e la via parenterale, comunque sgradita, anche se in singola somministrazione, per la benzatina-penicillina. L'alternativa più comoda, che ci sentiamo di proporre è quella della Amoxicillina, 50 mg/die: in due dosi, per 6 gg, o in singola dose giornaliera, per 10 gg

(NB: alcuni ceppi di streptococco hanno la capacità, geneticamente controllata, di penetrare nella cellula. Sono quasi certamente i responsabili della situazione di portatore sano, e/o di non eradicazione dopo 10 gg di terapia. Non bisogna preoccuparsene. Recidive di malattia dopo un ciclo terapeutico tradizionale sono molto rare, ma esistono e richiedono un secondo ciclo rafforzato (vedi)

Tonsillite da Adenovirus

Esistono forti indicazioni indirette (terapia della FPFAFA) e una singola indicazione diretta (terapia della tonsillite da Adenovirus) che attestano l'efficacia del cortisone in singola dose nel trattamento della tonsillite non da SBA, con alti indici di flogosi (FPFAFA e/o da adenovirus). E' ragionevole che il trattamento venga fatto dopo esclusione della infezione da SBA e da EBV, dunque non prima del terzo-quarto giorno di malattia

Altre tonsilliti

Non vi sono indicazioni terapeutiche

IL PROTOCOLLO

Il paziente

Bambino febbrile con scarsi o assenti segni di flogosi mucosa nasale o bronchiale, con arcata faringea eritematosa, con tonsille ipertrofiche, turgide, eventualmente con follicoli rilevati o essudanti, eventualmente con pseudomembrane o con chiazze di essudato da mucoso a purulento, e con ipertrofia, da moderata a marcata dei linfonodi laterocervicali, usualmente dolenti alla pressione.

LA DIAGNOSI

SBA Il tampone faringeo (possibilmente con test rapido è formalmente d'obbligo, in tutti i casi, all'esordio. In via subordinata si può considerare molto probabile l'eziologia da SBA in caso di sfebbramento e chiaro miglioramento della cenestesi entro 24 ore dall'inizio di una specifica terapia anti-SBA ex juvantibus, e si dovrà considerare esclusa l'eziologia in caso di mancato sfebbramento completo entro 48 ore NB: la positività del tampone non garantisce che la tonsillite sia dovuta allo SBA: potrebbe trattarsi di portatore; solo il rapido sfebbramento dopo terapia specifica, con tampone positivo, è garante di questa eziologia

Nel caso di ricaduta febbrile entro una settimana dopo la sospensione della terapia antibiotica per precedente tonsillite streptococcica, si considererà l'eziologia streptococcica come quasi certa e si effettuerà un ciclo terapeutico rinforzato (vedi sotto); la ripetizione del tampone è opportuna

Adenovirus La diagnosi di tonsillite da Adenovirus può esser fatta in Ospedale (e con qualche difficoltà anche ambulatoriamente) con tampone specifico, dopo l'esclusione dell'infezione da SBA (NB: esiste il test rapido per adenovirus, ma è di difficile reperimento).

L'emocromo da solo dà la quasi certezza diagnostica (vedi). Sembra ragionevole rimandare questi accertamenti (e l'eventuale terapia) a dopo il terzo giorno di malattia

EBV La diagnosi non è indispensabile (non c'è terapia) ma è opportuna. Può essere ragionevolmente rimandata al IV-V giorno, dopo esclusione dell'infezione da SBA. La diagnosi di quasi certezza può essere fatta con la clinica e l'emocromo.

La presenza di anticorpi eterofili (reazione di Paul-Bunnell, Monotest) fa fare la diagnosi di sicurezza (elevata specificità), ma, specie nel bambino piccolo, la negatività non la esclude (incompleta sensibilità). La diagnosi sierologica si fa col dosaggio degli anticorpi IgM anti-capside virale (VCA). la diagnosi di guarigione è data dalla scomparsa degli anticorpi anti VCA IgM con persistenza degli IgG, e meglio ancora dalla comparsa degli anticorpi anti EBV Nuclear Antigen (EBNA)

Sindrome mononucleosica. E' una diagnosi di esclusione.

TERAPIA

SBA La terapia con amoxicillina 50 mg/Kg in 2 dosi x6 gg sembra la più semplice e consigliabile, a tutte le età, ma specialmente (sospensione) nel bambino della scuola materna e delle elementari.

In caso di ricaduta (vedi), conviene ripetere un ciclo di 10 gg con **fenossimetilpenicillina** (1/2c o 500mgX2 sotto i 6 anni, 1c o 1.000 mgx2 sopra i 6 anni), rafforzato da **rifampicina** 30 mg/Kg dal VI giorno del ciclo in poi (4 gg in tutto) Il significato della rifampicina è quello della maggiore penetrazione intracellulare

Adenovirus. Escluse l'infezione da SBA e da EBV (tampone, emocromo) dare unba singola dose di betametassone (Bentelan) 0,1 mg/Kg. Ci si attende lo sfebbramento nel giro di 24 ore. In caso di ripresa dei sintomi, ripetere la monodose.

(NB: nella sindrome delle tonsilliti ricorrenti non streptococciche con alti indici di flogosi, FPAFA, attribuibile all'Adenovirus, il trattamento potrà esser fatto, su semplice indicazione clinica, già al primo giorno di malattia).

TONSILLECTOMIA

E' indicata nelle tonsilliti ad alta ricorrenza (almeno 6/anno), streptococciche o no. In realtà, sono quasi tutte da Adenovirus. Le tonsilliti ricorrenti rispondono alla tonsillectomia, molto probabilmente perchè si toglie il tessuto immunocompetente a cui è da attribuire la (iper)risposta all'infezione (o, forse) perchè con la tonsilla si toglie anche il virus indocato nel tessuto linfatico.