

Pratiche a rischio d'inappropriatezza di cui medici e pazienti dovrebbero parlare

Le cinque raccomandazioni della Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale (SIPPS)

Faringotonsillite acuta del bambino

1	<p>Non richiedere indagini ematochimiche nei bambini con faringotonsillite acuta.</p> <p>Gli indici di flogosi non sono utili perché non differenziano con sicurezza le forme batteriche da quelle virali, in quanto possono essere incrementati anche in alcune infezioni provocate da virus. La determinazione del titolo anti-streptolisinico e degli anticorpi anti-DNA-asi sono utili per la diagnosi di complicanze post-streptococciche non suppurative, come la malattia reumatica e la glomerulonefrite, che si verificano a distanza di settimane dall'infezione acuta da <i>Streptococcus pyogenes</i>, ma non sono di alcuna utilità al momento della faringotonsillite acuta.</p>
2	<p>Non somministrare terapia antibiotica ai bambini con faringotonsillite acuta in assenza di conferma microbiologica di infezione da <i>Streptococcus pyogenes</i> a seguito di test rapido o esame colturale.</p> <p>La maggior parte delle faringotonsilliti sono di origine virale e non richiedono terapia antibiotica. Clinicamente non è possibile distinguere le forme virali dalle altre. È pertanto necessaria un'indagine microbiologica (test rapido o coltura) per selezionare i bambini con infezione streptococcica, che sono gli unici a necessitare di terapia antibiotica. L'esame deve essere effettuato solo nei bambini con sintomi suggestivi di malattia da streptococco Beta emolitico di Gruppo A, in accordo con le raccomandazioni delle Linee Guida italiane e internazionali, al fine di evitare di trattare i portatori sani. Il test rapido o l'esame colturale non devono essere ripetuti alla fine del ciclo terapeutico.</p>
3	<p>Nel caso in cui venga effettuato un esame colturale nei bambini con faringotonsillite acuta, l'antibiogramma non deve essere eseguito.</p> <p>A oggi in tutto il mondo lo <i>Streptococcus pyogenes</i> è sempre risultato sensibile alla penicillina e ai suoi derivati. L'esame di sensibilità agli antibiotici nei bambini con faringotonsillite acuta incrementa i costi senza fornire benefici in termini di scelta di terapia antibiotica.</p>
4	<p>Nei bambini con faringotonsillite acuta e conferma microbiologica di infezione da <i>Streptococcus pyogenes</i>, non ridurre la durata della terapia antibiotica al di sotto dei 10 giorni.</p> <p>In base ai dati della letteratura la terapia di prima scelta rimane amoxicillina 50 mg/kg/die in 2 o 3 somministrazioni per 10 giorni. Soltanto una terapia di 10 giorni è associata con sicurezza ad una effettiva riduzione del rischio di malattia reumatica. In caso di problemi di aderenza alla terapia per 10 giorni è utilizzabile la penicillina benzatina per via intramuscolare.</p>
5	<p>Non somministrare steroidi ai bambini con faringotonsillite acuta.</p> <p>La somministrazione di steroidi ai bambini con faringotonsillite acuta, mascherando alcuni segni o sintomi, potrebbe portare a un ritardo nella diagnosi di patologie che, seppur rare, possono essere molto gravi, quali linfomi e altre neoplasie.</p>

Attenzione: le informazioni sopra riportate non sostituiscono la valutazione e il giudizio del medico. Per ogni quesito relativo alle pratiche sopra individuate, con riferimento alla propria specifica situazione clinica è necessario rivolgersi al medico curante.

Come si è giunti alla creazione della lista

Il presidente del Pannello italiano per la gestione della faringotonsillite in età pediatrica ha nominato un apposito gruppo di lavoro per identificare le 5 pratiche a rischio di inappropriatelyzza. Ogni componente della task force ha identificato 5 pratiche sulla base della revisione della letteratura. In una riunione collegiale le pratiche individuate sono state condivise e dopo confronto ed eliminazione delle proposte sovrapponibili, sono state sottoposte ad una selezione per votazione. Una volta ottenuto il consenso sulla lista finale dei 5 items, sono state formulate le raccomandazioni.

Principali fonti bibliografiche

1	<ol style="list-style-type: none">1. Chiappini E et al. Management of acute pharyngitis in children: summary of the Italian National Institute of Health guidelines. Clin Ther. 2012;34:1442-58.2. Choby BA. Diagnosis and treatment of streptococcal pharyngitis. Am Fam Physician. 2009;79:383-90.
2	<ol style="list-style-type: none">1. Lean WL et al. Rapid diagnostic tests for group A streptococcal pharyngitis: a meta-analysis. Pediatrics. 2014;134:771-812. Gunnarsson MS et al. In primary health care, never prescribe antibiotics to patients suspected of having an uncomplicated sore throat caused by group A beta-haemolytic streptococci without first confirming the presence of this bacterium. Scand J Infect Dis. 2012;44:915-21.3. Kose E, Sirin Kose S, Akca D, Yildiz K, Elmas C, Baris M, Anil M J. The Effect of Rapid Antigen Detection Test on Antibiotic Prescription Decision of Clinicians and Reducing Antibiotic Costs in Children with Acute Pharyngitis. Trop Pediatr. 2016. 62:308-15.
3	<ol style="list-style-type: none">1. Van Driel ML et al. Different antibiotic treatments for group A streptococcal pharyngitis. Cochrane Database Syst Rev. 2013;30:CD0044062. Chazan B et al. Susceptibility of Group A Streptococcus to Antimicrobial Agents in Northern Israel: A Surveillance Study. Microb Drug Resist. 2015;21:551-5.3. Sayyahfar S, Fahimzad A, Naddaf A, Tavassoli S. Antibiotic Susceptibility Evaluation of Group A Streptococcus Isolated from Children with Pharyngitis: A Study from Iran. Infect Chemother. 2015.47:225-30
4	<ol style="list-style-type: none">1. Chiappini E et al. Management of acute pharyngitis in children: summary of the Italian National Institute of Health guidelines. Clin Ther. 2012;34:1442-58.2. Altamimi S, Khalil A, Khalaiwi KA, Milner RA, Pusic MV, Al Othman MA. Short-term late-generation antibiotics versus longer term penicillin for acute streptococcal pharyngitis in children. Cochrane Database Syst Rev. 2012:CD004872.3. Falagas ME. Effectiveness and safety of short-course vs long-course antibiotic therapy for group a beta hemolytic streptococcal tonsillopharyngitis: a meta-analysis of randomized trials. Mayo Clin Proc. 2008. 82:880-9.
5	<ol style="list-style-type: none">1. Sadowitz PD et al. Adverse effects of steroid therapy in children with pharyngitis with unsuspected malignancy. Pediatr Emerg Care. 2012. 28:807-92. Korb K, Scherer M, Chenot JF. Steroids as adjuvant therapy for acute pharyngitis in ambulatory patients: a systematic review. Ann Fam Med. 2010:58-63.

Slow Medicine, rete di professionisti e cittadini per una cura sobria, rispettosa e giusta, ha lanciato in Italia nel dicembre 2012 il progetto **“Fare di più non significa fare meglio- Choosing Wisely Italy”** in analogia all’iniziativa Choosing Wisely già in atto negli Stati Uniti. Il progetto ha l’obiettivo di favorire il dialogo dei medici e degli altri professionisti della salute con i pazienti e i cittadini su esami diagnostici, trattamenti e procedure a rischio di inappropriatelyzza in Italia, per giungere a scelte informate e condivise. Il progetto italiano è inserito nel movimento Choosing Wisely International. Sono partner del progetto: FNOMCeO, IPASVI, Change, Altroconsumo, Partecipasalute, Federazione per il Sociale e la Sanità della provincia autonoma di Bolzano. Per ulteriori dettagli: www.choosingwiselyitaly.org; www.slowmedicine.it

La Società Italiana di Pediatria Preventiva e Sociale (SIPPS) affonda le sue radici nella Fondazione di Nipiologia e si è sviluppata autonomamente come società scientifica circa 70 anni fa, collegando la sua storia a quella della Società Italiana di Pediatria. Si pone come principale obiettivo quello di promuovere il progresso culturale e scientifico dando impulso a studi, a ricerche interdisciplinari e ad iniziative pratiche nel campo della prevenzione e della medicina sociale relativamente all’età evolutiva. www.sipps.it/