

IL MAL DI GOLA NEI BAMBINI: COSA FARE?

Il mal di gola (*faringite, faringotonsillite*) è causa frequente di visite pediatriche e di prescrizioni antibiotiche: gola rossa, tonsille e ghiandole linfatiche del collo ingrossate e dolenti, placche, febbre, mal di testa e tosse. Eppure è una malattia benigna, che in genere si risolve da sola in 5-7 giorni e che spesso, nonostante la febbre, non si cura con gli antibiotici, perché è provocata da virus. Si sa, per i virus non abbiamo terapie, possiamo solo affidarci alle capacità di difesa del bambino. La febbre, per esempio, è una delle armi di difesa più efficaci: in un colpo solo fa “arrosto” il virus intruso e trova più in fretta l’anticorpo giusto per eliminarlo (la temperatura elevata accelera tutte le funzioni, anche quella immunitaria).

Quando invece la causa del mal di gola è un batterio, quello più frequentemente isolato è lo *Streptococcus Pyogenes*, altrimenti noto come *Streptococco Beta-emolitico di gruppo A*, il famigerato SBEGA. Capire se un mal di gola è di origine batterica o virale è quindi importante, perché cambia il trattamento; lo SBEGA infatti è l’unico batterio che vale la pena di curare, perché può provocare complicanze, anche se raramente. Tutti gli altri batteri invece guariscono spontaneamente, anche loro come i virus senza complicanze e quindi è inutile somministrare antibiotici. Naturalmente la diagnosi va fatta dal pediatra, che può visitare il bambino e, nel dubbio, effettuare esami di conferma diagnostica, come il tampone; non esiste infatti un segno o un sintomo clinico caratteristico per distinguere con sicurezza le faringotonsilliti batteriche da quelle virali e soprattutto per identificare quelle da SBEGA.

Si è cercato di individuare gruppi di sintomi in grado di aumentare la probabilità della diagnosi, il più usato è il punteggio di McIsaac. Ma anche questo punteggio da solo non dà una diagnosi certa (il pediatra più bravo indovina al massimo nell’80% dei casi); serve ad aumentare il sospetto clinico e a guidare la scelta successiva: fare o meno un tampone, per una diagnosi definitiva. Un tampone faringeo tradizionale richiede almeno 24-48 ore per la risposta, ma oggi abbiamo dei test rapidi (RAD), in grado di identificare la presenza dello SBEGA in pochi minuti: se il test è positivo si può essere sufficientemente sicuri della diagnosi (il rischio di errore è inferiore al 5%); se invece è negativo, il rischio di errore è superiore al 5%: in qualche caso potrebbe essere necessario confermare la diagnosi con un tampone colturale tradizionale.

Come si cura la faringotonsillite?

- Antinfiammatori: Paracetamolo e Ibuprofene riducono i sintomi della faringotonsillite, costano poco e non fanno male: meglio usarli.
- Antibiotici: nei bambini con alto punteggio di McIsaac e RAD positivo gli antibiotici vanno usati per prevenire le pur rare complicanze. Rallentare l’inizio della terapia antibiotica anche di 2 o 3 giorni sembra ridurre la frequenza delle recidive, senza aumentare il rischio di complicanze. Quindi non è necessario essere precipitosi nell’avviare la terapia. D’altra parte è inutile trattare un bambino che sta bene, solo perché ha il tampone positivo (portatore cronico). L’utilizzo inappropriato degli antibiotici fa aumentare i casi di resistenze, di ricorso inappropriato al pediatra, di spese per l’acquisto dei farmaci.
- Tampone a fine terapia: non ci sono ragioni per farlo, sappiamo già che il trattamento antibiotico non elimina il germe dalla gola nel 100% dei trattati, ma ottiene la guarigione clinica, l’unica che conta veramente. Al termine della terapia quindi non è indicato eseguire alcun test di laboratorio: serve solo a generare la prescrizione di ulteriori inutili cure. L’importante è che il bambino stia bene.

Misure di prevenzione

Cosa si può fare per prevenire la faringotonsillite? Evitare di esporre il bambino al fumo di sigaretta, all'inquinamento da gas di scarico delle auto, evitare l'umidità nelle abitazioni. Gli immunostimolanti e i detergenti antibatterici per l'igiene degli ambienti e dei giocattoli invece non servono a niente.

Come si calcola il punteggio di McIsaac

Il punteggio di McIsaac ci consente di distinguere le faringotonsilliti da Streptococco Beta-emolitico di gruppo A che hanno bisogno di una terapia antibiotica da tutte le altre faringotonsilliti che invece guariscono spontaneamente senza alcuna terapia.

temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$	1 punto	temperatura $< 38^{\circ}$	0 punti
assenza di tosse	1 punto	presenza di tosse	0 punti
linfonodi del collo gonfi e dolenti	1 punto	assenza di linfonodi	0 punti
tonsille gonfie con placche	1 punto	assenza di placche	0 punti
età compresa fra 3 e 14 anni	1 punto	età < 3 anni	0 punti

Si assegna un punto per il criterio dell'età e uno a ogni segno e sintomo presentato dal bambino, si sommano tutti i punti e si ottiene un punteggio finale che può variare da 0 a 5. Un punteggio totale di 4 o 5 indica un'elevata probabilità di presenza dello Streptococco Beta-emolitico di gruppo A, viceversa un punteggio più basso significa che probabilmente quella faringotonsillite non è dovuta allo SBEGA.