



Streptococco, dai test rapidi agli antibiotici, dalle allergie al rientro a scuola: ecco la guida della SIP

Dopo il periodo di restrizioni, dovuto alla pandemia da SARS-CoV-2, alla ripresa della normale attività di vita e di relazioni sociali si sono verificati una maggiore circolazione e contagio da virus e batteri respiratori in tutte le fasce di età, compresa quella pediatrica.

In particolare, vi è stato un incremento di episodi infettivi causati dallo Streptococco beta emolitico di gruppo A (SBEA). Allo stesso tempo si è ridotta, sia in Italia sia in Europa, la produzione e distribuzione dell'antibiotico più utilizzato in questi casi, l'amoxicillina.

Partendo da queste premesse il Tavolo Tecnico Malattie Infettive e Vaccinazioni della Società Italiana di Pediatria, guidato dalla Prof.ssa Susanna Esposito, ha redatto un documento finalizzato a favorire una maggiore adesione alle linee guida nazionali per un uso appropriato degli antibiotici.

“Lo scopo di questo documento è fornire ai genitori alcune risposte ai più comuni dubbi in merito allo Streptococco beta emolitico di gruppo A. Il consiglio principale è quello di rivolgersi sempre al pediatra per evitare un uso inappropriato degli antibiotici e garantire ai bambini i migliori percorsi per la tutela della loro salute sulla base delle evidenze scientifiche” afferma la Presidente SIP Annamaria Staiano.

Lo SBEA (Streptococco beta emolitico di gruppo A) è sempre responsabile di faringotonsilliti?

La faringotonsillite è una patologia comune in età pediatrica, di origine prevalentemente virale. **Lo SBEA è responsabile di circa 1 caso su 4 di faringotonsillite** e interessa principalmente i bambini in età scolare e gli adolescenti, con una prevalenza che va dal 19% al 30% tra i 5 e i 19 anni. Lo SBEA che causa la faringotonsillite streptococcica è il medesimo che causa la scarlattina; questo si verifica quando lo SBEA produce alcune sostanze dette esotossine.

Quali sono le complicanze della faringotonsillite da SBEA?

La faringotonsillite da SBEA presenta un decorso benigno, con risoluzione del quadro entro 3-7 giorni. Tuttavia, in una minoranza di casi, l'infezione streptococcica può associarsi a complicanze conseguenti a un'estensione dell'infezione nei tessuti vicini, come ascessi peritonsillari, parafaringei o retrofaringei, otite media, sinusite, mastoidite. Esistono poi altre complicanze come la malattia reumatica e la glomerulonefrite acuta post-streptococcica.

Il tampone faringeo è sempre attendibile?

L'attendibilità del tampone faringeo dipende dall'**adeguatezza della raccolta del campione** che deve essere prelevato dalla parete posteriore dell'orofaringe e dalla superficie di entrambe le tonsille, da parte di **personale sanitario adeguatamente formato**. Occorre evitare il contatto con altre zone del cavo orale e con la saliva, anche per questo è essenziale l'uso dell'abbassalingua. Il campione raccolto può essere analizzato mediante test antigenico rapido, esame colturale o test molecolari.

I test rapidi sono sufficienti per la diagnosi o bisogna fare altri esami?

Un esito positivo o negativo al test antigenico rapido è sufficiente per la diagnosi nella maggior parte dei casi, senza necessità di eseguire un esame colturale di conferma, a meno di una forte discordanza con il quadro clinico. Non sono raccomandati esami ematici (tasso antistreptolisinico, proteina C reattiva e conta leucocitaria) per la diagnosi di faringotonsillite da SBEA o di scarlattina; la diagnosi di quest'ultima è clinica in presenza della positività del tampone faringeo per SBEA.

Quando occorre fare il tampone?

L'esecuzione del tampone deve avvenire su indicazione del pediatra curante per evitare diagnosi errate e un utilizzo inappropriato della terapia antibiotica.

Chi risulta positivo al tampone deve sempre fare la terapia antibiotica?

Una percentuale di bambini, dal 10 al 25%, che risultano positivi al tampone sono in realtà portatori di SBEA. Lo stato di portatore può perdurare da settimane a mesi, ma è associato a un rischio minimo di complicanze e a basso rischio di trasmissione. **Non è raccomandato il trattamento antibiotico nei soggetti portatori di SBEA.** I test rapidi e gli altri esami microbiologici non sono in grado di distinguere un soggetto affetto da faringotonsillite da SBEA da un portatore di SBEA che ha una faringite intercorrente causata da altro agente infettivo. Per questo motivo, in assenza di sintomi acuti, o alla fine della terapia antibiotica, non deve essere eseguito il test rapido per l'identificazione della presenza di SBEA nella faringe.

In quali casi è raccomandata la terapia antibiotica?

Nei pazienti in età pediatrica affetti da faringotonsillite da SBEA o da scarlattina è raccomandata la terapia antibiotica per la rapida riduzione dei sintomi e per evitare il rischio di complicanze. Se la faringotonsillite non è da SBEA la terapia antibiotica non è raccomandata.

L'antibiotico raccomandato di prima scelta è l'amoxicillina. In assenza di altre indicazioni (recidive, fallimento terapeutico) o in assenza di controindicazioni all'amoxicillina, non è raccomandata la terapia antibiotica con amoxicillina-acido clavulanico, cefalosporine o macrolidi.

Cosa fare se il mio bambino è allergico all'amoxicillina?

In caso di allergia, sospetta o confermata, si può optare per i macrolidi (in particolare, azitromicina alla dose di 20 mg/kg/die per 3 giorni in mono-somministrazione giornaliera per superare la resistenza di SBEA ai macrolidi). Le cefalosporine di 2° e 3° generazione non dovrebbero essere raccomandate.

Cosa fare se il mio bambino ha faringotonsilliti ricorrenti da SBEA dopo trattamento antibiotico?

Allo stato attuale, sulla base delle evidenze disponibili in letteratura non è possibile stabilire una raccomandazione in merito alla terapia antibiotica delle faringotonsilliti ricorrenti da SBEA dopo trattamento con amoxicillina. Solo nei casi in cui è programmata la tonsillectomia potrebbe essere tentata, in alternativa, la terapia con amoxicillina-acido clavulanico o con clindamicina.

Quando può tornare a scuola il bambino?

La ripresa scolastica in caso di faringotonsillite streptococcica o scarlattina può avvenire a distanza di **almeno 24 ore dall'inizio della terapia antibiotica** e non richiede né il certificato medico né la documentazione del tampone negativo.

Quali sono le misure di prevenzione?

Importanti misure di prevenzione della trasmissione e diffusione delle infezioni da SBEA sono un'adeguata **igiene delle mani**, una congrua areazione degli ambienti interni e l'eliminazione di possibili comportamenti promiscui (ad esempio, condividere utensili, bicchieri e oggetti personali, ecc.).

Ufficio stampa

Cinthia Caruso 333-7902660

ufficiostampasip@gmail.com