

Il test rapido per lo SBEGA

La faringite è una delle più frequenti diagnosi che si presentano nello studio del pediatra di famiglia; l'appropriatezza diagnostica e, di conseguenza, l'uso corretto degli antibiotici sono obiettivi professionali importanti, non solamente per ragioni economiche. Da oltre quindici anni è possibile utilizzare il test rapido per la ricerca dello SBEGA per la diagnosi di faringite streptococcica, che è praticamente l'unica situazione che richiede senza ombra di dubbio una terapia antibiotica mirata. Le faringiti da SBEGA in età pediatrica sono mediamente il 37%, sotto i 5 anni sono il 24% e, seppur meno frequenti, esistono anche sotto i 3 anni di vita; ricordiamo anche che la prevalenza dei portatori di SBEGA in faringe in età pediatrica è il 12%. Esistono Linee Guida nazionali e internazionali che evidenziano il ruolo cardine del test rapido nel processo decisionale della faringite. L'esame dei dati sul Self Help eseguito evidenzia una ampia variabilità nel "consumo" di questo strumento diagnostico, che mal si giustifica con l'aderenza alle linee guida.

Esistono diversi *score* per la diagnosi di faringite da streptococco: il più usato e quello di Mclsaac (vedi tabella sottostante).

Segno/sintomo e età	Punteggio
Temperatura > 38° C	1
Assenza di tosse	1
Linfoadenopatia satellite	1
Essudato o aumento di volume tonsillare	1
Età 3-14 anni	1
Età 15 – 44 anni	0
Età > 44 anni	-1

La diagnosi clinica basata sugli *score* non è però in grado di escludere o confermare in modo certo la presenza dello SBEGA, ma solo di dare un'indicazione di probabilità, come si vede chiaramente dalla tabella qui di seguito.

Score di Mclsaac	SBEGA +
0	7%
1	19%
2	20%
3	29%
4	45%
5	62%

Pertanto la diagnosi di faringotonsillite da SBEGA richiede necessariamente la documentazione della presenza del batterio. Di conseguenza il trattamento antibiotico non deve essere intrapreso senza tale documentazione, anche perché il somministrare antibiotici senza giustificazione porta, come sappiamo, a situazioni potenziali di rischio (quali l'insorgenza delle resistenze) e a spese non giustificate.

I test rapidi di elevata e verificata sensibilità danno sufficienti garanzie tali da poter affermare che **un test rapido positivo è diagnostico per infezione da SBEGA in pazienti con faringotonsillite acuta, e che uno negativo permette di escludere in modo molto ragionevole un'infezione da SBEGA.**

Ricordiamo anche che un test rapido positivo (qualunque sia il livello di positività) non permette di differenziare una faringotonsillite acuta da SBEGA da una faringite da altra causa in un portatore.

In sintesi: **nei casi con punteggi di Mclsaac pari a 0 o 1**, in situazioni di bassa prevalenza di malattia reumatica, **NON è indicata l'esecuzione del test rapido**, vista la scarsa probabilità che si tratti di una infezione streptococcica. **In tutti gli altri casi, il test rapido è indicato** al fine di porre una corretta diagnosi.

Si sottolinea che sotto i 3 anni si può avere infezione da SBEGA, anche con sintomi diversi da quelli del bambino più grande (rinite, anoressia, febbre prolungata, irritabilità). Il punteggio di Mclsaac non è validato in questa fascia di età e quindi, in caso di sospetto clinico, può essere utile eseguire il test rapido.

Inoltre si ricorda che: **NON** è necessario fare il tampone in caso di franca scarlattina, **NON** è necessario ripeterlo alla fine del trattamento antibiotico in assenza del perdurare di sintomi specifici, **NON** è necessario farlo per verificare la cessazione dello stato di portatore.

E' noto che la prevenzione delle complicazioni da infezione streptococcica è efficace quando il trattamento antibiotico viene intrapreso non più tardi di 9 giorni dalla comparsa dei sintomi, la gestione dei tempi diagnostico/terapeutici può essere quindi fatta con ragionevole calma.

Si raccomanda l'utilizzo di Kit per i test rapidi ad elevata sensibilità e specificità.

Proteina C reattiva

La valutazione ambulatoriale della Proteina C Reattiva (CRP) su sangue capillare è un esame semplice, rapido, di minima invasività; è uno degli indici precoci di flogosi della fase acuta: inizia ad aumentare dopo 6-8 ore, raggiunge valori significativi dopo 12-24 ore; ha una breve emivita (8-12 ore): ciò significa che si normalizza rapidamente al venir meno della flogosi. La procalcitonina si eleva più precocemente, ma al momento non esistono kit rapidi per l'uso ambulatoriale.

La valutazione della CRP quale indice di flogosi nello studio del pediatra di famiglia è un fattore importante nel discriminare se alcune infezioni sono di origine probabilmente batterica o virale, meglio se integrata da una conta dei bianchi e dei neutrofili. Da sola non ha un valore assoluto, ma deve essere valutata insieme agli aspetti clinici. Quindi il suo dosaggio è utile in caso di:

- febbre del lattante
- infezione delle vie urinarie per ipotizzare una infezione "alta"
- sospetto di infezione batterica grave

In caso di polmonite, ad esempio, la radiografia del torace non è indicativa dell'eziologia. Valori elevati di CRP correlano invece con una eziologia batterica. In linea di massima si può affermare che, ad eccezione di alcuni virus (soprattutto adenovirus), valori di CRP superiori a 60-80 mg/L sono predittivi di eziologia batterica, sotto i 20 mg/L di eziologia virale.

L'importanza di una valutazione eziologica di una infezione è particolarmente importante nelle febbri dei neonati e lattanti, e nelle flogosi delle basse vie respiratorie.

Il dosaggio della CRP può essere utile inoltre per valutare l'effetto di un trattamento antibiotico, per la sua rapida caduta in caso di effetto positivo del farmaco... .

Otoscopia pneumatica

Le linee guida dell'otite media acuta raccomandano che per la diagnosi siano presenti contemporaneamente tre rilievi clinici:

1. sintomatologia insorta acutamente;
2. membrana timpanica con segni evidenti di flogosi
3. presenza di essudato nella cassa timpanica.

A meno che non vi sia una chiara perforazione, diviene indispensabile l'uso dell'impedenziometro o del più economico **otoscopio pneumatico**. Sono da considerare segni insufficienti per una diagnosi di OMA certa: la semplice iperemia della membrana, la semplice perdita dei punti di reperi tradizionali (triangolo luminoso), la retrazione della membrana timpanica, l'evidenza di livelli idro-aerei nell'orecchio medio.

Agency for Health-care Research and Quality:

otite media acuta del bambino: criteri di definizione
effusione nell' orecchio medio
 dimostrata con: 1] timpanocentesi, oppure
 2] perforazione della membrana timpanica e liquido nel condotto uditivo esterno, oppure
 3] ridotta mobilità della membrana timpanica rilevata con:
 - otoscopia pneumatica oppure
 - timpanogramma oppure
 - reflectometria acustica

con o senza: opacità della membrana timpanica
 membrana timpanica bombata
 riduzione dell' udito

esordio acuto entro 48 ore di:
 1] otalgia e/o
 2] otorrea e/o
 3] febbre

con o senza: anoressia, nausea, vomito

Department of Health Sciences
 University of Florence



Pulsiossimetria

Il saturimetro misura la SpO₂, ed è considerato elemento determinante, in aggiunta ai dati clinici, per valutare lo stato ipossico, e quindi la gravità, in tutta una serie di patologie respiratorie sia per valutare il risultato di un eventuale trattamento (ad esempio nell'attacco acuto di asma).

La pulsiossimetria non è utile in corso di tracheolaringite, laringite ipoglottica, inalazione corpo estraneo, disfunzione delle corde vocali.

Da ricordare che alcune situazioni sono fonte di errore nella misurazione della SpO₂:

- **Intossicazione da monossido di carbonio**
- Vasocostrizione importante
- Emoglobine anomale
- Una grave ipovolemia o anemia
- Smalto delle unghie
- Le interferenze elettromagnetiche
- Anomalie del ritmo cardiaco
- Il bambino si muove troppo durante la rilevazione
- La mano nella quale è applicato il saturimetro viene stretta troppo ...
- La sonda non aderisce bene ...

E' importante avere un saturimetro dotato di sonde di misura diversa, adatte alle varie età; la misurazione nel lattante può essere molto difficile ed imprecisa con le sonde da adulti.

I criteri per l'indicazione all'ospedalizzazione delle polmoniti, bronchioliti ed asma fanno riferimento allo stato ipossico, indicatore prognostico negativo che richiama la necessità di somministrare ossigeno, sospettato su base clinica (tachipnea, tachicardia, episodi di apnea, cianosi) e confermato dalla saturimetria (**SpO₂ <92% in aria ambiente**).

Le Linee Guida della Regione Toscana **prevedono l'opportunità che ogni Pediatra di Famiglia abbia un saturimetro per valutare la SpO₂**. I criteri dell'indicazione al ricovero sono i seguenti:

- bambino febbrile di età < 4 mesi;
- frequenza respiratoria >70 respiri/minuto nel primo anno di vita;
- frequenza respiratoria >50 respiri/minuto dopo il primo anno di vita;
- **SpO₂ <92% in aria ambiente;**

- tachicardia significativa, tenuto conto della febbre;
- quadro settico o di shock (*refill time* > 2 secondi);
- incapacità ad assumere liquidi per bocca e/o presenza di vomito, con necessità di garantire un equilibrio idrico ed un regime terapeutico appropriato;
- patologie aggiunte
- non affidabilità parentale.