

L'angina e le sue complicanze

V. Couloigner, M. Graber

Con circa 9 milioni di casi per anno in Francia, le angine acute rappresentano una patologia estremamente frequente nella pratica quotidiana. Le angine eritematose o eritematopoltacee sono di origine virale nel 60-80% dei casi. Le eziologie batteriche sono dominate dallo streptococco β -emolitico di gruppo A (SBGA). Le angine da SBGA sono rapidamente rilevabili in visita con l'utilizzo del test di diagnosi rapida (TDR) delle infezioni da streptococchi e richiedono una terapia antibiotica per evitare le complicanze poststreptococciche, principalmente il reumatismo articolare acuto (RAA). La terapia antibiotica non ha alcun ruolo preventivo dimostrato sulla comparsa di suppurazioni perifarinee (flemmoni peritonsillari, ascessi prestiloidei e celluliti cervicali). Le angine pseudomembranose e ulceronecrotiche presentano diverse eziologie e gestioni.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: TDR; Streptococco A; Tonsillectomia; Reumatismo articolare acuto; Flemmone peritonsillare; Infezione prestiloidea; Cellulite cervicale; Sindrome di Kawasaki; Gengivostomatite erpetica; Difterite; Sindrome di Marshall; PFAPA

Struttura dell'articolo

■ Definizione	1	■ Angine pseudomembranose	10
■ Angine eritematose o eritematopoltacee	2	Mononucleosi infettiva	10
Dati epidemiologici generali	2	Angina difterica	11
Epidemiologia	2	■ Angine ulcerose e necrotiche	11
■ Sintomatologia ed esame clinico	2	Angina di Vincent	12
■ Ruolo degli esami complementari	2	Angina sifilitica	12
■ Diagnosi differenziale	2	Faringite gonococcica	12
Rinofaringiti	2	Infezione da virus dell'immunodeficienza umana	12
Faringiti vescicolose	3	Cancro della tonsilla	12
Sindrome di Kawasaki	3		
■ Gestione	4		
Trattamento sintomatico	4		
Trattamento antibiotico	4		
■ Angine a ripetizione	4		
Angine a ripetizione e tonsillectomia	4		
Sindrome «periodic fever, aphthous stomatitis, pharyngitis, cervical adenitis» o sindrome di Marshall	5		
■ Tonsilliti croniche	5		
■ Complicanze delle angine acute batteriche	5		
Complicanze autoimmuni legate alle tonsilliti da streptococco del gruppo A	5		
Complicanze tossiniche anch'esse associate alle angine da streptococco	5		
Sindrome di Lemierre	5		
Suppurazioni perifarinee	5		

Definizione

Angina proviene dal latino *angere*, «stringere, strangolare». Questo termine esprimeva, quindi, in origine, una sensazione di costrizione faringea osservabile in ogni infiammazione faringea. Attualmente, secondo l'American Academy of Otolaryngology–Head and Neck Surgery^[1], esso indica un'infiammazione acuta di origine virale o batterica delle tonsille palatine o della mucosa faringea. Anche le tonsille faringee (vegetazioni adenoidi) e linguali possono essere interessate. Le altre denominazioni possibili sono quelle di tonsilliti, adenoidotonsilliti, faringiti o faringotonsilliti (in inglese, *strep throat*, *acute tonsillitis*, *pharyngitis*, *adenotonsillitis* o *tonsillopharyngitis*)^[1].

La classificazione delle angine prende in considerazione l'aspetto dell'orofaringe all'esame clinico, senza giudicare l'eziologia virale o batterica. Si distinguono, così, le angine

eritematose ed eritematopoltacee, che rappresentano circa il 90% delle forme macroscopiche di angine, pseudomembranose e ulcerose o ulceronecrotiche.

■ Angine eritematose o eritematopoltacee

Dati epidemiologici generali

L'angina acuta è una patologia estremamente frequente nella pratica quotidiana. Il numero annuale di visite per angina è di circa 9 milioni in Francia^[2] e di 40 milioni di persone negli Stati Uniti^[3].

Epidemiologia

Angine virali

Il 50-90% delle angine è di origine virale^[4].

I virus implicati sono numerosi, in particolare il virus di Epstein-Barr (EBV, quello più frequentemente responsabile), l'herpes simplex, il virus influenzale, il virus parainfluenzale, il coxsackie e l'adenovirus^[3,5].

Angine batteriche

Il 10-50% delle angine è di origine batterica. Il 25-40% delle angine del bambino e il 10-25% delle angine dell'adulto sono di origine streptococcica. Lo streptococco β -emolitico del gruppo A (SBGA) è il batterio più frequentemente coinvolto, che rappresenta il 10-25% delle angine nell'adulto e il 25-40% dei casi nel bambino^[4]. Le angine da SBGA si manifestano tipicamente dopo l'età di 3 anni, con un picco di frequenza tra i 5 e i 15 anni^[6]. Esse guariscono spontaneamente in 3 o 4 giorni, ma possono provocare delle complicanze poststreptococciche, principalmente il reumatismo articolare acuto (RAA) e la glomerulonefrite acuta (GNA). L'interesse della terapia antibiotica è dimostrato nell'accorciamento della durata dei sintomi, nella riduzione della contaminazione batterica alle persone vicine e nella prevenzione del RAA, ma non in quella della GNA, che ha raramente un punto di partenza faringeo, né in quella delle complicanze suppurative locoregionali delle angine^[4,7,8].

Altre angine batteriche che coinvolgono *Corynebacteria diphteriae*, il gonococco o degli anaerobi (sindrome di Lemierre, angina di Vincent) possono richiedere una terapia antibiotica, ma danno dei quadri clinici specifici che fanno sospettare il coinvolgimento di questi microrganismi^[4] (cfr. infra).

Il ruolo di altri batteri (*Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis*, *Arcanobacterium haemolyticum*, *Chlamydia trachomatis*, *Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, ecc.) nelle angine è controverso^[9].

■ Sintomatologia ed esame clinico

L'angina associa in modo variabile febbre, dolori faringei, costrittivi o tipo bruciore,otalgie riflesse e odinofagia. Possono anche essere presenti sintomi digestivi, dolori addominali, vomito e diarrea, soprattutto nel bambino. Sono possibili anche delle eruzioni cutanee.

Al momento dell'esame con l'abbassalingua, le tonsille e i loro pilastri, ma anche spesso altre aree mucose faringee, sono eritematose. La presenza addizionale di patine biancastre sulle tonsille definisce l'angina eritematopoltacea.

Sono abituali delle adenopatie cervicali satelliti, sottomandibolari o sottodigastriche.

Gli argomenti a favore di un'etiologia virale sono una febbre moderata, una tosse, una rinorrea e un'ostruzione nasale, una congiuntivite, delle vescicole faringee e l'assenza di adenopatie o,

Tabella 1.

Punteggio di Mac Isaac (valido solo nell'adulto).

Febbre > 38 °C: 1 punto
Assenza di tosse: 1 punto
Adenopatie cervicali sensibili: 1 punto
Lesione tonsillare (incremento di volume o essudato): 1 punto
Età di 15-44 anni: 0 punti; \geq 45 anni: -1 punto

al contrario, delle adenopatie diffuse. Il punteggio di Mac Isaac, validato unicamente nell'adulto e basato sui segni clinici, fornisce degli argomenti a favore di un'etiologia batterica o virale e permette, così, di mirare le indicazioni dei test di diagnosi rapida delle angine streptococciche^[10] (Tabella 1) (cfr. infra). Notiamo, d'altra parte, che le angine batteriche sono eccezionali prima dell'età di 3 anni.

Il solo quadro clinico specifico di un'etiologia batterica è la scarlattina, legata allo streptococco del gruppo A. L'angina, in questo caso, è associata a un esantema che compare dopo 1 o 2 giorni, che perdura 5 o 6 giorni e la cui caratteristica è la seguente: eritema diffuso, senza intervallo di cute sana, che esordisce alle pliche flessorie e risparmia il mento e la regione periorale. La cute è ruvida al tatto e, talvolta, moderatamente pruriginosa. L'eruzione termina con una desquamazione in lembi che può durare per diverse settimane. L'enantema comporta una faringite e una lingua mobile di color rosso lampone.

■ Ruolo degli esami complementari

Il bilancio laboratoristico infiammatorio e infettivo (emocromo con formula [EMS], proteina C reattiva [PCR]) come anche le sierologie virali e la titolazione di anticorpi antistreptococcici (antistreptolisina O [ASLO], antistreptodornasi, antistreptochinasi e anti-ialuronidasi) non hanno alcuna indicazione nelle angine non specifiche^[10]. A titolo informativo, nel corso delle angine, le ASLO aumentano alla fine della prima settimana, raggiungendo il loro tasso massimo in 3-5 settimane, quindi decrescono progressivamente in un periodo che va dai 6 mesi a 1 anno^[11,12].

Il test di diagnosi rapida dello streptococco A è indicato in ogni bambino di età superiore ai 3 anni e nell'adulto con un punteggio di Mac Isaac superiore o uguale a 2 (Tabella 1)^[10]. Realizzabile in modo semplice in alcuni minuti in visita, questo esame ha lo scopo di diagnosticare le angine da SBGA, al fine di prendere in considerazione una terapia antibiotica mirata e di evitare, così, un consumo eccessivo di antibiotici. Il principio del test di diagnosi rapida (TDR) si basa sull'evidenziazione di un antigene specifico dello SBGA, il più delle volte un polisaccaride della parete batterica, con tecnica immunoenzimatica (immunocromatografia, immunoprecipitazione) o immuno-ottica. Paragonato ai prelievi batteriologici, il TDR ha una specificità di circa il 95% e una sensibilità del 90%^[13,14].

La coltura del prelievo faringeo è, in pratica, poco realizzata in Francia; il suo risultato è ottenuto in un periodo di 1 o 2 giorni^[10].

■ Diagnosi differenziale

Rinofaringiti

Occorre distinguere bene le angine eritematose dalle rinofaringiti (*upper respiratory tract infection* [URI]), infezioni virali della mucosa delle vie aeree superiori estese dalle fosse nasali alla laringe e che determinano, oltre ai segni di faringite (dolori, eritema diffuso), dei sintomi nasali (ostruzione nasale, rinorrea) e laringei (tosse) e anche, spesso, un'otite congestizia.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4109398>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4109398>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)