

La malattia reumatica – Linee Guida 2012



Ci sono i criteri minimi di validità interna?



Multidisciplinarieta'



Ricerca evidenze

Grading delle Raccomandazioni

Level of Evidence	Grading Criteria	Grade of Recommendation
1a	Systematic review of RCTs including meta-analysis	A
1b	Individual RCT with narrow confidence interval	A
1c	All and none studies	B
2a	Systematic review of cohort studies	B
2b	Individual cohort study and low quality RCT	B
2c	Outcome research study	C
3a	Systematic review of case-control studies	C
3b	Individual case-control study	C
4	Case-series, poor quality cohort and case-control studies	C
5	Expert opinion	D

Multidisciplinarietà

Endorsing organisations

Australian College of Rural and Remote Medicine (ACRRM)

Australian Indigenous Doctors' Association (AIDA)

Australasian Society for Infectious Diseases (ASID)

Council of Remote Area Nurses (CRANA)

Cardiac Society of Australia and New Zealand (CSANZ)

Internal Medicine Society of Australia and New Zealand (IMSANZ)

National Aboriginal Community Controlled Health Organisation (NACCHO)

National Heart Foundation of Australia

Public Health Association of Australia (PHAA)

Royal Australian College of General Practitioners (RACGP)

Society of Obstetric Medicine of Australia and New Zealand (SOMANZ)

The Australian and New Zealand Society of Cardiac and Thoracic Surgeons (ANZSCTS)

The Royal Australasian College of Physicians (RACP)

Mancano le organizzazioni dei pazienti, non viene specificata l'affiliazione dei componenti del team, nè la presenza di metodologi e manager.

Ricerca delle evidenze

La ricerca è in linea con gli standard internazionali, limitata agli articoli in lingua inglese, condotta con stringhe di ricerca generiche.

Non vengono elencati gli articoli esclusi, né vengono specificati i motivi dell'esclusione.

Appendix 1

Literature Review Process

Databases searched

The following databases were searched:

- The Cochrane Library of Systematic Reviews and Cochrane Databases
- Ovid Medline
- EMBASE
- PUBMED
- PUBMED Clinical trials
- Scirus Search (deep web)
- Public Library of Science (PLoS - free access database)

Search terms

The following search terms were used:

- Acute rheumatic fever
- Rheumatic heart disease
- Diagnosis
- Management
- Treatment
- Acute rheumatic fever AND diagnosis OR management OR treatment
- Rheumatic heart disease AND diagnosis OR management OR treatment
- Chorea

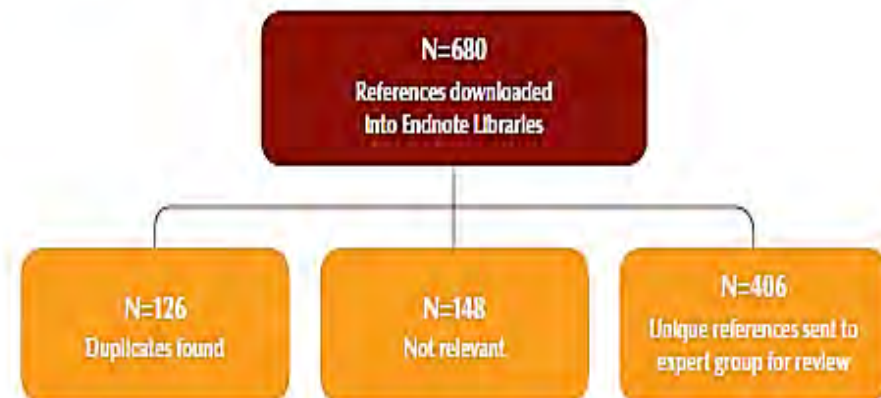
- Rheumatic chorea
 - Sydenham's chorea
 - Mitral stenosis
 - Mitral regurgitation (rheumatic only)
 - Percutaneous mitral valvuloplasty
 - Pregnancy and rheumatic heart disease
 - Pregnancy and valvular heart disease
- Limits
- Date range – 2004 to 'current' (or 31 May 2010)
 - Articles in English
 - Studies with humans

Other searches were run to ensure that all the terms in the 2006 guidelines document and those specifically identified by the expert group were included. These were:

- Echocardiography
- Serology (new data, new ranges)
- Post-streptococcal sequelae
- Post-streptococcal reactive arthritis
- PANDAS
- Subclinical carditis
- Pregnancy

Results by database

Database	Number retrieved
Scirus	129
Ovid Embase	52
PubMed	105
Ovid Medline	391
Cochrane Library of Systematic Reviews and Cochrane Databases	3
Total retrieved	680



Grading delle evidenze

Nello schema, il grading delle evidenze non esplicita chiaramente una raccomandazione.

Al contrario, nelle LG dell'E.R. 2007 sulla faringotonsillite

Le componenti che hanno portato al giudizio finale sono (Guyatt et al., 2006):

- *livello delle prove di efficacia (disegno dello studio, coerenza dei risultati, validità esterna, forza dell'associazione, gradiente dose-risposta, previsione della presenza e direzione di eventuali bias, numerosità delle osservazioni)*
- *rilevanza clinica dell'esito considerato*
- *bilancio rischi/benefici*
- *fattibilità della raccomandazione*

Viene inoltre riportato il risultato della votazione relativa ad ogni raccomandazione

Le raccomandazioni sono riportate nel testo senza essere, graficamente, sufficientemente evidenziate

Table 1.1 Levels of evidence for clinical interventions, and grades of recommendation

Level of evidence	Study design	Grade of recommendation	
I	Evidence obtained from a systematic review of all relevant RCT	A	Rich body of high quality RCT data
II	Evidence obtained from at least one properly-designed RCT	B	Limited body of RCT data or high-quality non-RCT data
III-1	Evidence obtained from well-designed pseudo RCT (alternate allocation or some other method)	C	Limited evidence
III-2	Evidence obtained from comparative studies, with concurrent controls and allocation not randomised (cohort studies), case-control studies, or interrupted time series with a control group	D	No evidence available; panel consensus judgement
III-3	Evidence obtained from comparative studies with historical control, two or more single-arm studies or interrupted time series without a parallel control group		
IV	Evidence obtained from case series, either post-test or pretest and post-test		

The levels of evidence and grades of recommendations are adapted from the National Health and Medical Research Council levels of evidence for clinical interventions and the US National Institutes of Health clinical guidelines (details can be found at www.nhbm.nih.gov/guidelines/obesity/ob_home.html).

RCT, randomised, controlled trial.

Box 1. Definizione dei livelli di prova e della forza delle raccomandazioni.

LIVELLI DI PROVA

- I** = Prove ottenute da più studi clinici controllati randomizzati e/o da revisioni sistematiche di studi randomizzati
- II** = prove ottenute da un solo studio randomizzato di disegno adeguato
- III** = prove ottenute da studi di coorte con controlli concorrenti o storici o loro metanalisi
- IV** = prove ottenute da studi retrospettivi tipo caso-controllo o loro metanalisi
- V** = prove ottenute da studi di casistica (serie di casi) senza gruppo di controllo
- VI** = prove basate sull'opinione di esperti autorevoli o di comitati di esperti come indicato in linee guida o in *Consensus conference*, o basata su opinioni dei membri del gruppo di lavoro responsabile di questa linea guida

FORZA DELLE RACCOMANDAZIONI

- A** = l'esecuzione di quella particolare procedura o test diagnostico è fortemente raccomandata (indica una particolare raccomandazione sostenuta da prove scientifiche di buona qualità, anche se non necessariamente di tipo I o II)
- B** = si nutrono dei dubbi sul fatto che quella particolare procedura/intervento debba sempre essere raccomandata/o, ma si ritiene che la sua esecuzione debba essere attentamente considerata
- C** = esiste una sostanziale incertezza a favore o contro la raccomandazione di eseguire la procedura o l'intervento
- D** = l'esecuzione della procedura non è raccomandata
- E** = si sconsiglia fortemente l'esecuzione della procedura

Obiettivi ed ambito di applicazione

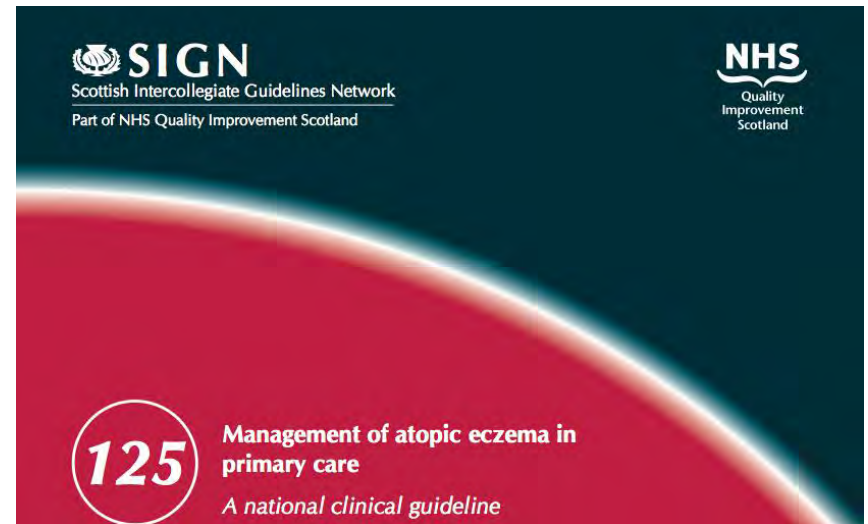
1. Gli obiettivi generali della linea guida sono descritti in maniera specifica
2. I quesiti sanitari della LG sono descritti in maniera specifica
3. La popolazione target a cui applicare la LG è descritta in modo specifico

The key aims of this document are to:

- *identify the standard of care, including preventive care, which should be available to all people*
- *identify areas where current management strategies may not be in line with available evidence*
- *in the interests of equity, ensure that high-risk populations (n.d.r. Aboriginal and Torres Strait Islander children.) receive the same standard of care as that available to other Australians.*

Obiettivi generali, quesiti sanitari e popolazione target sono descritti in modo generico, essendo, di fatto, un documento onnicomprensivo sulla gestione della malattia reumatica

I primi della classe...secondo AGREE



i.....P.I.C.O.s



Summary of key questions used to develop the guideline

This guideline is based on a series of structured key questions that, where possible, define the population concerned, the intervention (or diagnostic test) under investigation, the type of comparison used, and the outcomes used to measure the effectiveness of the interventions. These questions form the basis of the systematic literature search.

THE KEY QUESTIONS USED TO DEVELOP THE GUIDELINE

Key question	See guideline section
1. Which diagnostic criteria and scoring tools are most useful in the diagnosis and assessment of severity of atopic eczema in primary care?	3
2. What factors influence the effectiveness of emollient therapy in reducing the symptoms of atopic eczema?	4
3. What factors should be considered in order to maximise benefit from the use of topical corticosteroids in patients with atopic eczema?	5
4. What is the most appropriate usage of topical calcineurin inhibitors (tacrolimus/pimecrolimus) in the management of patients with atopic eczema?	6
5. What is the evidence that occlusive dressings are beneficial in the treatment of patients with atopic eczema?	7
6. What is the evidence that antimicrobial measures are beneficial in the treatment of patients with atopic eczema?	8
7. What is the evidence that systemic antihistamines are beneficial in the treatment of patients with atopic eczema?	9
8. What is the evidence for the management of environmental factors in the control of atopic eczema symptoms?	10
9. What is the evidence for the influence of dietary factors in the management of patients with atopic eczema?	11
10. What is the evidence for the safety and efficacy of complementary and/or alternative or adjuvant therapies in the management of patients with atopic eczema?	12

Coinvolgimento dei soggetti portatori di interesse (stakeholders)

4. Il gruppo che ha elaborato la linea guida include tutte le categorie professionali rilevanti
5. Sono stati presi in considerazione i punti di vista e le preferenze della popolazione target (pazienti, cittadini, etc.)
6. La linea guida identifica con chiarezza gli utenti target

Mancano le organizzazioni dei pazienti, non viene specificata l'affiliazione dei componenti del team, nè la presenza di metodologi e manager.

Dimensione 3

RIGORE METODOLOGICO I

7. Sono stati utilizzati metodi sistematici per ricercare le evidenze scientifiche
8. La linea guida descrive con chiarezza i criteri utilizzati per selezionare le evidenze scientifiche

Non sono esplicitati metodi e criteri

Dimensione 3

RIGORE METODOLOGICO I

9. La linea guida descrive con chiarezza i punti di forza e i limiti delle evidenze scientifiche
10. La linea guida descrive con chiarezza i metodi utilizzati per formulare le raccomandazioni

Sono riportati punti di forza e limiti delle evidenze, ma la LG non descrive i metodi utilizzati per formulare le raccomandazioni

Preventing group A streptococcus colonisation

There are at least two possible approaches to potentially pre-empt the acquisition of GAS in the pharynx: prophylactic antibiotics and vaccination. A third possibility – the use of probiotics in the primary prevention of GAS – has been raised, but research in this area remains at the exploratory phase.^{47, 48}

Prophylactic antibiotics to prevent the acquisition of GAS employ the same rationale that is used in the secondary prevention of ARF/RHD.^{49, 50} The most compelling evidence for the effectiveness of this approach comes from the US military, where recruit camps have historically seen high rates of GAS and ARF infection.⁵¹ After a significant rise in GAS infections and ARF during World War II, GAS-prevention programs, based on intramuscular BPG prophylaxis, were implemented within US navy and marine corps recruit camps.^{51, 52} Large-scale, mass prophylaxis campaigns in military training centres^{53, 54} saw the incidence of ARF in the US military fall dramatically in the 1960s and 1970s.⁵¹ However, in the 1980s, when routine prophylaxis in some military centres was replaced by prevention programs designed on the basis of local surveillance for GAS infection, further ARF outbreaks were reported.⁵⁵ To combat this 're-emergence' of ARF, prophylaxis with BPG, given as a single dose at the beginning of each training cycle, was re-implemented in 1987 at naval recruit training centres, and was in turn associated with a reduction in ARF.⁵⁶ In one study, navy recruits were studied to determine the prevalence of GAS pharyngeal colonisation cultures before, and 2, 4

and 7 weeks after, receiving BPG prophylaxis.⁵⁷ The prevalence of GAS carriage fell by 75% at 4 weeks, but by 7 weeks, had returned to preprophylaxis levels.

While the evidence is restricted to cohort studies, antibiotic prophylaxis does appear to be effective in reducing GAS pharyngeal colonisation and associated ARF. Nonetheless, the benefits of a single dose of BPG are not sustained beyond 4 weeks. The use of regular prophylactic antibiotics to prevent GAS colonisation in otherwise healthy individuals is unlikely to be sustainable or cost-effective, except in small, defined, static populations that are temporarily at elevated risk of ARF/RHD. Such a strategy would also entail risks for the individual receiving prophylaxis and the potential for antibiotic resistance.

Vaccination against GAS presents an ideal solution for the primary prevention of ARF/RHD. An effective vaccine would provide ongoing protection against GAS colonisation and infection, as opposed to the 4-week protection afforded by a single dose of BPG. Vaccines have been in development since early last century,⁵⁸ but a number of scientific and regulatory obstacles have prevented a GAS vaccine being readily available, including concerns regarding potentially cross-reactive epitopes.^{57, 59} Only one vaccine has entered clinical trials in the past 30 years. However, there has been increasing international interest in the development of GAS vaccines in the past decade,⁶⁰ including from the WHO.⁶¹

Modern vaccines can be categorised into two groups: those that focus on the M protein (the major GAS virulence determinant), and those that focus on



GRADE(isca).....

Table 1. Strength of Recommendations and Quality of Evidence

Strength of recommendation and quality of evidence	Clarity of balance between desirable and undesirable effects	Methodologic quality of supporting evidence (examples)	Implications
Strong recommendation			
High-quality evidence	Desirable effects clearly outweigh undesirable effects, or vice versa	Consistent evidence from well-performed RCTs ^a or exceptionally strong evidence from unbiased observational studies	Recommendation can apply to most patients in most circumstances; further research is unlikely to change our confidence in the estimate of effect.
Moderate-quality evidence	Desirable effects clearly outweigh undesirable effects, or vice versa	Evidence from RCTs with important limitations (inconsistent results, methodologic flaws, indirect, or imprecise) or exceptionally strong evidence from unbiased observational studies	Recommendation can apply to most patients in most circumstances; further research (if performed) is likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and may change the estimate.
Low-quality evidence	Desirable effects clearly outweigh undesirable effects, or vice versa	Evidence for ≥ 1 critical outcome from observational studies, RCTs with serious flaws or indirect evidence	Recommendation may change when higher quality evidence becomes available; further research (if performed) is likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and is likely to change the estimate.
Very low-quality evidence (rarely applicable)	Desirable effects clearly outweigh undesirable effects, or vice versa	Evidence for ≥ 1 critical outcome from unsystematic clinical observations or very indirect evidence	Recommendation may change when higher quality evidence becomes available; any estimate of effect for ≥ 1 critical outcome is very uncertain.

Dimensione 3

Rigore metodologico II

11. Nella formulazione delle raccomandazioni sono stati presi in considerazione benefici e rischi conseguenti alla loro applicazione
12. Esiste un legame esplicito tra le raccomandazioni e le evidenze scientifiche che le supportano

Given the limited evidence, it is difficult to advocate for the identification and eradication of GAS colonisation as a mechanism for reducing ARF incidence. Even if such an approach were effective in reducing ARF rates, the use of regular antibiotics to eradicate GAS colonisation in otherwise healthy individuals with no history of ARF/RHD poses issues associated with cost, client inconvenience and risk, and the development of antibiotic resistance.

Entrambi i criteri sono soddisfatti

Dimensione 3

Rigore metodologico II

13. Prima della pubblicazione la linea guida è stata valutata da esperti esterni

selected reviewers with clinical and public health experience in ARF and RHD then reviewed each chapter, and their suggestions were incorporated into a second draft



14. È descritta la procedura per l'aggiornamento della linea guida

Revision process

This document was developed by Rheumatic Heart Disease Australia (RHDAustralia), in collaboration with the Heart Foundation of Australia and the CSANZ. A revision of the original evidence-based review was undertaken by a core multidisciplinary writing group (listed on p. 2). The following systematic, rigorous and iterative process was used:

- a comprehensive and systematic literature review of all publications in ARF and RHD since 2004 was undertaken (Appendix 1). The titles and abstracts of these articles were scanned to select those that might offer new information around the four sections in these guidelines (primordial and primary prevention, ARF diagnosis and management, secondary prevention and control programs and management of RHD), and the full text of relevant articles was reviewed by members of the writing group for the relevant section*
- the core writing group prepared an updated version of the existing content, including the new evidence, and an additional, new section on primordial and primary prevention was developed*

CHIAREZZA ESPOSITIVA

15. Le raccomandazioni sono specifiche e non ambigue
16. La linea guida descrive con chiarezza le diverse opzioni per gestire la condizione clinica o la problematica sanitaria
17. Le raccomandazioni principali sono facilmente identificabili

Le raccomandazioni sono specifiche e chiare; sono anche riportate le diverse opzioni.

Antibiotic regimens for secondary prophylaxis

Despite international acceptance of antibiotic prophylaxis as the principal target for the secondary prevention of RHD, significant heterogeneity exists in the recommended dosages, intervals and duration of secondary prophylaxis.²⁴⁵ The internationally-accepted standard dose of BPG for the secondary prevention of ARF in adults is 900 mg (1,200,000 U).^{125, 126} The dose

*for children is less clear, with significant variations across international guidelines.^{92, 125} Until recently, the AHA and the Australian Antibiotic Guidelines have recommended 900 mg (1,200,000 U), regardless of weight or age.²⁵¹⁻²⁵³ Some authorities recommend that the dose be reduced for children; for example, WHO recommends a dose of 450 mg (600,000 U) for children weighing less than 30 kg.¹²⁵ More recently, the AHA has recommended a lower dose of 450 mg (600,000 U) in children less than or equal to 27 kg.⁹² Studies of BPG pharmacokinetics in children suggest that higher per kg doses are required to achieve sustained penicillin concentrations in serum and urine, and that 600,000 U is insufficient for most children weighing less than 27 kg.^{254, 255} In New Zealand, the 600,000 U dose is used only for children weighing less than 20 kg. The ARF recurrence rate in this group is only 0.6 per 100 patient-years.²⁵⁶ Therefore, it is recommended that 1,200,000 U of BPG should be used for secondary prophylaxis for all persons weighing 20 kg or more, and 600,000 U for those weighing less than 20 kg (**level III-2, Grade B**).*

CHIAREZZA ESPOSITIVA

17. Le raccomandazioni principali sono facilmente identificabili

Sono identificabili nel testo con il carattere in corsivo o riportate con schemi

Investigations

The recommended investigations in ARF are listed in Table 3.10.

Table 3.10 Investigations in suspected ARF recommended for all cases

Recommended for all cases

White blood cell count

Erythrocyte sedimentation rate (ESR)

C-reactive protein (CRP)

Blood cultures, if febrile

Electrocardiogram (if prolonged P-R interval or other rhythm abnormality, repeat in 2 weeks and again at 2 months, if still abnormal)

Chest X-ray, if clinical or echocardiographic evidence of carditis

Echocardiogram (consider repeating after 1 month, if negative)

Throat swab (preferably before giving antibiotics): culture for group A streptococcus

Antistreptococcal serology: both ASO and anti-DNase B titres, if available (repeat 10–14 days later if first test not confirmatory)

Tests for alternative diagnoses, depending on clinical features

Repeated blood cultures, if possible endocarditis

Joint aspirate (microscopy and culture) for possible septic arthritis

Copper, ceruloplasmin, antinuclear antibody, drug screen for choreiform movements

Serology and autoimmune markers for arboviral, autoimmune or reactive arthritis

APPLICABILITA'

18. La linea guida descrive i fattori facilitanti e gli ostacoli per l'applicazione delle raccomandazioni

19. La linea guida fornisce suggerimenti e/o strumenti per facilitare l'applicazione delle raccomandazioni

20. Sono state considerate le potenziali implicazioni sulle risorse conseguenti all'applicazione delle raccomandazioni

Le potenziali implicazioni sulle risorse sono considerate nelle valutazioni costo/beneficio

Target audience

This document provides a detailed discussion of the evidence in regard to ARF and RHD. It is envisaged that this will be of assistance to health professionals with a specific interest in the area (although the framework it provides should not override good clinical judgement).

Quick reference guides for health professionals — medical, nursing, allied health and Aboriginal health workers — have been developed, with the aim of providing an easy form of reference for health professionals who practise in settings where ARF and RHD are encountered, or who plan to work in such regions. **In addition, new modes of dissemination of these guidelines, including applications for smart phones and tablet computers, will be made available.**

APPLICABILITA'

21. La linea guida fornisce gli indicatori per il suo monitoraggio (audit)

[GPG](#)
[Print](#)
[Close](#)
[Basic search](#)
[Advanced search](#)
[Previous page](#)
[Next page](#)

Appendix 3

Key Performance Indicators for ARF/RHD

1 Epidemiology	
1.1	<p>Yearly age-specific incidence rates of all episodes, and of first episodes of ARF according to sex (refer to 1.1.1) and ethnicity (refer to 1.1.2)</p> <ul style="list-style-type: none"> 0-4 5-14 15-24 25-34 35-44 >44yrs <p>1.1.1 sex</p> <ul style="list-style-type: none"> Male Female Indeterminate Not stated/inadequately described <p>1.1.2 ethnicity</p> <ul style="list-style-type: none"> Aboriginal but not Torres Strait Islander origin Torres Strait Islander, but not Aboriginal origin both Aboriginal and Torres Strait Islander origins Maori other Pacific Islanders other unknown
1.2	Proportion of all recorded ARF episodes classified as recurrences
1.3	Rates of ARF recurrences per 100 patient-years
1.4	Number of deaths and age-standardised rates of mortality due to ARF and RHD in the previous calendar year by ethnicity (refer to 1.1.2)
1.5	<p>Yearly age-specific (refer to 1.1) and overall incidence of RHD by ethnicity (refer to 1.1.2) and broken down by method found and presented</p> <ul style="list-style-type: none"> all recorded RHD cases cases classified as mild cases classified as moderate cases classified as severe
1.6	<p>Yearly age-specific (refer to 1.1) prevalence of RHD, by ethnicity (refer to 1.1.2)</p> <ul style="list-style-type: none"> all recorded RHD cases cases classified as mild cases classified as moderate cases classified as severe
1.7	Proportion of newly registered cases of ARF or RHD with an initial recorded diagnosis being established RHD (rather than ARF)

[GPG](#)
[Print](#)
[Close](#)
[Basic search](#)
[Advanced search](#)
[Previous page](#)
[Next page](#)

2 Requirement and uptake of secondary prophylaxis		
2.1	Proportion of all people indicated for secondary prophylaxis* who are registered to receive benzathine penicillin G (BPG)	
2.2	Median percentage of all scheduled BPG doses actually delivered	
2.3	Proportion of people indicated for BPG secondary prophylaxis who received <50%, 50-79%, and ≥80% of scheduled doses in the previous calendar year	
3 Quality of management		
3.1	Proportion of all registered ARF and RHD cases classified as mild, moderate, severe and inactive	
3.2	Proportion of people classified as moderate or severe RHD who had an echocardiogram within the previous 6 months, 1 year, and 1-2 years	
3.3	Number of cases, and proportion of total cases indicated for cardiac surgery, who have been waiting <6 months, 6-11 months, 12-23 months, or 24+ months	
3.4	<p>Number and type of surgical procedures performed during the previous calendar year by the following:</p> <p>3.4.1 age group</p> <p>3.4.2 ethnicity</p>	(refer to 1.1) (refer to 1.1.2)
3.5	<p>Number (and proportion) of people who died in the previous calendar year within 28 days and 1 year of undergoing rheumatic cardiac surgery by the following:</p> <p>3.5.1 age group</p> <p>3.5.2 ethnicity</p>	(refer to 1.1) (refer to 1.1.2)

* If denominator of those indicated for prophylaxis not known, use people with a history of ARF within the last 10 years OR ARF and RHD and aged < 21 years OR aged ≥21 years with moderate or severe RHD

INDIPENDENZA EDITORIALE

22. I contenuti della linea guida non sono stati influenzati dagli eventuali sponsor istituzionali o commerciali

23. Gli eventuali conflitti di interesse dei componenti del gruppo che ha elaborato la linea guida sono stati esplicitamente dichiarati e adeguatamente governati

Non riportati

Ben specificati:

Copyright

Suggested citation

RHDAustralia (ARF/RHD writing group), National Heart Foundation of Australia and the Cardiac Society of Australia and New Zealand.

Australian guideline for prevention, diagnosis and management of acute rheumatic fever and rheumatic heart disease (2nd edition). 2012

Disclaimer

IL GIUDIZIO FINALE

VALUTAZIONE COMPLESSIVA DELLA LINEA GUIDA

Per ogni domanda scegliere la risposta che meglio caratterizza la linea guida valutata

1. Qualità complessiva della linea guida

1 Qualità più bassa possibile	2	3	4	5	6	7 Qualità più elevata possibile
--------------------------------------------	----------	----------	----------	----------	----------	----------------------------------------------

2. Raccomanderel l'utilizzo di questa linea guida

Si	
Si, con modifiche	
No	

NOTE

Descrizione

La valutazione complessiva richiede all'utente di AGREE II di esprimere un giudizio sulla qualità della LG, tenendo in considerazione i 23 item esaminati nel processo di valutazione.

per continuare...

Scopo



Scopo di questa linea guida è ridurre l'uso eccessivo e inappropriato degli antibiotici in età pediatrica attraverso il miglioramento della gestione dei casi di faringotonsillite, e aumentare le conoscenze delle famiglie nella gestione dei bambini con mal di gola.

In particolare questo documento intende affrontare i seguenti quesiti clinici:

1. quali misure preventive possono essere implementate per ridurre l'incidenza di faringotonsillite streptococcica nella popolazione pediatrica?
2. in un bambino con mal di gola, quale supporto alla diagnosi di faringotonsillite streptococcica può derivare dal solo esame clinico anamnestico?
3. in un bambino con mal di gola, quale supporto alla diagnosi di faringotonsillite streptococcica può derivare dall'utilizzo di un test rapido (RAD)?
4. quando è necessario l'esame colturale in un bambino con mal di gola?
5. quando è necessario trattare con antibiotico un bambino con mal di gola?
6. in un bambino con faringotonsillite streptococcica, qual è la molecola di prima scelta da utilizzare?
7. in un bambino con faringotonsillite streptococcica, quale deve essere il dosaggio, il numero di somministrazioni e la durata della terapia antibiotica?
8. quali terapie di supporto possono essere utili nella gestione di un bambino con mal di gola?
9. quando è necessario inviare in ospedale un bambino con mal di gola?
10. quando sospettare che un bambino è portatore cronico di *S. pyogenes*?
11. quando trattare il portatore cronico?
12. è necessario eradicare il piogene nel portatore cronico?
13. le complicanze reumatiche: quanto sono frequenti? come prevenirle?
14. come e cosa comunicare ai genitori di un bambino con mal di gola?



Dimensione 1

OBIETTIVI ED AMBITI DI APPLICAZIONE

1. Gli **obiettivi generali** della linea guida sono descritti in maniera specifica
2. I **quesiti sanitari** della LG sono descritti in maniera specifica

Faringotonsillite in età pediatrica

Linea guida regionale

A chi si rivolge la linea guida

Questa linea guida si rivolge ai professionisti che assistono i bambini con mal di gola, quindi ai pediatri ospedalieri, in particolare quelli che operano nei dipartimenti di emergenza, ai pediatri di libera scelta, ai pediatri di comunità, ai medici di medicina generale che assistono pazienti in età pediatrica, ai medici di guardia medica, agli specialisti in otorinolaringoiatria.

Un documento divulgativo contenente le stesse informazioni della linea guida ma specificatamente realizzato per un utilizzatore non medico, è stato predisposto per essere distribuito tramite i professionisti ai genitori o a chi si prende cura del bambino (Moro *et al.*, 2007; vedi anche *Allegato 2*).

Popolazione target



In questa linea guida vengono fornite indicazioni basate su prove di efficacia per la gestione dei casi di mal di gola in pazienti di età compresa fra i 3 e i 14 anni (al di fuori di questa fascia d'età l'infezione da *S. pyogenes* è rara) senza altre patologie di base severe e senza precedenti episodi di malattia reumatica.

Questa linea guida non affronta il problema della gestione delle faringotonsilliti ricorrenti né dell'indicazione alla tonsillectomia.

Dimensione 1 OBIETTIVI ED AMBITI DI APPLICAZIONE

3. La popolazione target a cui applicare la LG è descritta in modo specifico

Faringotonsillite in età pediatrica

Linea guida regionale

2. Metodologia

La linea guida è stata sviluppata da un gruppo di professionisti (clinici ed epidemiologi) della Regione Emilia-Romagna, che hanno identificato una serie di quesiti clinici relativi alla diagnosi e trattamento del mal di gola in età pediatrica. La linea guida elaborata sulla base di prove di efficacia è stata poi sottoposta a un gruppo multidisciplinare di revisori esterni.

L'elaborazione della linea guida è uno dei risultati del progetto ProBA per indagare sui determinanti di prescrizione in età pediatrica e di migliorare l'appropriatezza nell'uso degli antibiotici nelle più comuni infezioni delle alte vie respiratorie in questa fascia di età (Milandri *et al.*, 2005). Il progetto, iniziato nel 2003 con un'indagine conoscitiva svolta presso i pediatri e i genitori, ha determinato nel 2006 la costituzione di un *panel* di lavoro regionale composto da pediatri di famiglia, ospedalieri e di comunità la cui attività si è concentrata su tre temi identificati come prioritari dallo stesso *panel*: la gestione del bambino con otite media acuta, la gestione del bambino con faringotonsillite, la comunicazione con le famiglie. In relazione a questa ultima area il *panel* ha lavorato, in collaborazione con un gruppo di genitori, all'elaborazione di materiale informativo per un pubblico non medico.

Conflitto di interessi: formalmente interpellati (modulo della dichiarazione in Allegato 3), i componenti del gruppo di lavoro hanno dichiarato l'assenza di conflitto d'interessi.

Strategia di ricerca delle prove di efficacia

La linea guida si basa su una revisione sistematica delle prove di efficacia per fornire risposte ai quesiti clinici individuati dal gruppo di lavoro.

Il processo della ricerca delle prove di efficacia ha seguito una strategia di selezione gerarchica, secondo il principio di saturazione teoretica (Khan, 2004; Lilford, 2001): è partita cioè dall'identificazione di linee guida (studi terziari) pubblicate su questo

Dimensione 2
Coinvolgimento dei soggetti portatori di interesse (stakeholders)

5. Sono stati presi in considerazione i **punti di vista e le preferenze** della popolazione target (pazienti, cittadini, etc.)

Dimensione 6
INDIPENDENZA EDITORIALE

22. I contenuti della linea guida non sono stati influenzati dagli eventuali **sponsor istituzionali o commerciali**

23. Gli eventuali **conflitti di interesse** dei componenti del gruppo che ha elaborato la linea guida sono stati esplicitamente dichiarati e adeguatamente governati

Dimensione 3
RIGORE METODOLOGICO I

7. Sono stati utilizzati **metodi sistematici** per ricercare le evidenze scientifiche





Grazie