https://www.printo.it/pediatric-rheumatology/RO/intro

Reumatismul Articular Acut Și Artrita Reactivă Post-Streptococică

Versiunea 2016

2. DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT

2.1 Cum este diagnosticată?

Semnele clinice și investigațiile au o importanță deosebită, deoarece nu există niciun test sau semn diagnostic specific. Simptomele clinice de artrită, cardită, coree, leziuni cutanate, febră, testele de laborator anormale pentru infecție streptococică și modificări ale activității inimii observate pe o electrocardiogramă, sunt toate elemente care pot ajuta la stabilirea diagnosticului (așa numitele criterii Jones). În general, sunt necesare dovezi ale unei infecții streptococice precedente pentru a stabili diagnosticul.

2.2 Care sunt bolile care seamănă cu reumatismul articular acut?

Există o boală numită „artrita reactivă post-streptococică", care se manifestă, de asemenea, după un episod de faringită streptococică, dar care este caracterizată de artrită de durată mai lungă și prezintă un risc mai mic de cardită. În acest caz poate fi indicată profilaxia cu antibiotice. Artrita idiopatică juvenilă este o altă boală care seamănă cu RAA, dar este caracterizată de o durată a artritei mai mare de 6 săptămâni. Cu artrită se pot de asemenea manifesta și următoarele boli: boala Lyme, leucemia, artrita reactivă cauzată de alte bacterii sau virusuri. Suflul cardiac inocent (suflu inofensiv al inimii fără asocierea de boală cardiacă), bolile cardiace congenitale sau dobândite pot fi diagnosticate în mod eronat ca RAA.

2.3 Care este importanța analizelor?

Anumite analize sunt esenţiale pentru stabilirea diagnosticului şi pentru urmărirea bolii. Analizele de sânge sunt utile în timpul perioadelor de activitate ale bolii pentru a confirma diagnosticul.
Ca şi în multe alte afecţiuni reumatologice, semne ale inflamaţiei sistemice sunt observate la majoritatea pacienţilor, mai puţin în cazul în care coreea este singura manifestare a bolii. La majoritatea pacienților, nu există niciun semn de infecție faringiană și streptococul este eliminat de sistemul imunitar până la debutul bolii. Există, în schimb, anumite analize din sânge care detectează prezenţa anticorpilor antistreptococici, chiar dacă părinții și/sau pacientul nu sunt în măsură să-și amintească semnele infecției streptococice. Nivele crescute ale acestor anticorpi, cunoscuți sub numele de anti-streptolizina O (ASLO) sau DNază B detectate de analize de sânge efectuate la 2-4 săptămâni distanţă, pot indica o infecţie recentă. Nivelele ridicate indică o infecție recentă, dar nu există nici o relație dovedită a acestor titruri cu severitatea bolii. Totuşi, la pacienţii care prezintă numai coree, aceste analize sunt adesea normale, îngreunând diagnosticul.
Valorile anormale de antistreptolizină O (ASLO) sau DNAză B demonstrează expunerea anterioară la streptococ, care a stimulat sistemul imunitar să producă anticorpi. Dacă nu există alte simptome evocatoare, valorile izolate anormale ale ASLO și/sau DNAză B nu pot stabili diagnosticul de RAA. Prin urmare, de obicei, la acești pacienți nu este necesar tratamentul cu antibiotice.

2.4 Cum se diagnostichează cardita?

Apariţia unui suflu cardiac nou, cauzat de inflamaţia valvelor cardiace, este cea mai obişnuită manifestare a carditei şi este sesizată, în general, de medicul care ascultă inima copilului. Electrocardiograma (ECG) reprezintă evaluarea activităţii electrice a inimii, înregistrată pe o bandă de hârtie și este utilă pentru a preciza gradul afectării cardiace. Radiografia toracică este de asemenea importantă pentru vizualizarea anumitor modificări ale inimii.
Ecocardiografia Doppler, sau ecografia cardiacă, este o investigaţie foarte sensibilă pentru detectarea carditei. Toate aceste proceduri sunt absolut nedureroase și singurul disconfort este acela că pacientul

trebuie să stea nemişcat pe durata efectuării lor.

2.5 Boala poate fi tratată/vindecată?

Reumatismul articular acut este o problemă importantă de sănătate în anumite zone ale lumii, dar poate fi prevenit prin tratarea faringitei streptococice, de îndată ce este recunoscută (de ex. prin prevenirea primară). Terapia cu antibiotice începută în termen de 9 zile de la debutul faringitei este eficientă în prevenirea RAA. Simptomele de RAA sunt tratate cu medicamente anti-inflamatoare nesteroidiene.
Există cercetări care urmăresc producerea unui vaccin care să protejeze împotriva streptococului: prevenirea infecției inițiale ar oferi protecție împotriva reacției imune anormale. Această abordare ar putea deveni modalitatea de prevenţie a bolii în viitor.

2.6 În ce constă tratamentul?

Nu există noi recomandări de tratament formulate în ultimii ani. În timp ce aspirina a rămas medicamentul principal al terapiei, acțiunea sa exactă este neclară, posibil legată de proprietățile anti-inflamatorii. Alte medicamente anti-inflamatoare nesteroidiene (AINS) sunt recomandate pentru artrită timp de 6-8 săptămâni sau până când aceasta dispare.
Pentru cardita severă, se recomandă repausul la pat şi, în unele cazuri, tratamentul cu corticosteroizi pe cale orală (prednison) în doze mari pentru 2-3 săptămâni, urmând ca doza să fie apoi redusă treptat după ce inflamația este controlată, prin observarea simptomelor și prin teste de sânge.
Pentru coree, poate fi necesar ajutorul părinţilor pentru activităţile de îngrijire personală şi pentru activităţile şcolare. Tratamentul medicamentos pentru controlul mișcărilor (steroizi, haloperidol sau acid valproic), va fi efectuat sub supraveghere atentă pentru a observa eventualele efecte secundare. Reacțiile adverse frecvente sunt somnolență și tremurături, care pot fi ușor controlate prin ajustarea dozei. Rareori, coreea poate dura câteva luni în ciuda tratamentului corect condus.
După confirmarea diagnosticului, se recomandă protecția pe termen lung cu antibiotice, pentru a evita reapariția RAA.

2.7 Care sunt efectele secundare ale tratamentului medicamentos?

Tratamentul de scurtă durată cu aspirină sau alte AINS este de obicei bine tolerat. Riscul de alergie la penicilină este destul de scăzut, dar utilizarea sa trebuie să fie monitorizată la primele injecții. Principalele probleme sunt injecțiile dureroase și posibilul refuz al pacienților care se tem de durere; prin urmare, se recomandă instruirea cu privire la boală, utilizarea de anestezice topice și relaxarea înainte de administrarea preparatelor injectabile.

2.8 Cât de mult trebuie să dureze prevenţia recăderilor?

Riscul de recidivă este mai mare în primii 3-5 ani de la debutul bolii, iar riscul apariţiei leziunilor cardiace creşte cu fiecare nouă reactivare a bolii. În acest timp, prevenţia secundară a infecţiei streptococice cu tratament periodic cu antibiotice este recomandată pentru toţi pacienţii care au avut RAA, indiferent de severitatea bolii, deoarece şi formele medii pot prezenta reactivări.

Cei mai mulți medici sunt de acord că profilaxia antibiotică ar trebui să continue timp de cel puțin 5 ani de la ultimul atac sau până când copilul împlinește 21 de ani. În caz de cardită fără leziuni cardiace permanente, profilaxia secundară este recomandată timp de 10 ani sau până când pacientul împlinește 21 de ani (se alege perioada cea mai lungă). Dacă leziunile cardiace sunt instituite, se recomandă 10 ani de profilaxie sau până la vârsta de 40 ani- sau mai târziu, dacă boala este complicată de înlocuirea valvei afectate.

Profilaxia cu antibiotice a endocarditei bacteriene este recomandată pentru toţi pacienţii cu leziuni ale valvelor inimii, dacă sunt supuşi unor intervenţii stomatologice sau chirurgicale. Această măsură este necesară, deoarece, în timpul acestor intervenţii invazive, bacteriile pot trece din diferite părți ale corpului, mai ales din cavitatea bucală, la valvele cardiace, cauzând infecţia acestora.

2.9 Care sunt terapiile neconvenționale/complementare?

Există multe terapii complementare și alternative disponibile, iar acest lucru poate crea confuzie în rândul pacienților și familiilor. Meditați cu atenție la riscurile și avantajele acestor terapii, deoarece există puține beneficii dovedite și tratamentele pot fi costisitoare atât în termeni de

timp și bani, cât și ca dificultate pentru copil. Dacă doriți să încercați terapii complementare și alternative, vă rugăm să discutați aceste opțiuni cu un specialist reumatolog pediatru. Unele terapii pot interacționa cu medicamentele convenționale. Majoritatea medicilor nu se vor opune terapiilor alternative, cu condiția să urmați sfatul medical. Este foarte important să nu opriți administrarea medicamentelor prescrise. Atunci când unele medicamente, cum ar fi corticosteroizii, sunt necesare pentru a menține boala sub control poate fi foarte periculos să întrerupeți administrarea lor în cazul în care boala este încă activă. Vă rugăm să discutați preocupările dumneavoastră privind administrarea medicamentelor cu medicul copilului dumneavoastră.

2.10 Ce fel de controale periodice sunt necesare?

Controalele şi analizele periodice pot fi necesare mai ales în timpul unei evoluții pe termen lung a bolii. Monitorizarea mai atentă este recomandată în cazurile cu cardită şi coree. După dispariţia simptomelor, va fi stabilit un orar strict de tratament preventiv şi urmărire pe termen lung sub supravegherea unui cardiolog, pentru decelarea eventualelor complicaţii cardiace.

2.11 Cât timp va dura boala?

Simptomele acute ale bolii dispar pe parcursul mai multor zile sau săptămâni. Cu toate acestea, riscul de atacuri recurente de RAA persistă și afectarea inimii poate cauza simptome care să dureze toată viața. Continuarea tratamentului profilactic timp de mai mulți ani este obligatorie, pentru a reduce riscul reactivărilor.

2.12 Care este prognosticul (evoluția pe termen lung a bolii) ?

Reactivările sunt imprevizibile în ceea ce priveşte durata şi severitatea. Prezenţa carditei la primul atac al bolii este un factor de risc crescut pentru apariţia de leziuni ale inimii, însă vindecarea completă este posibilă în unele cazuri. Cele mai severe leziuni cardiace pot necesita înlocuire valvulară (protezare) prin chirurgie cardiacă.

2.13 Este posibilă vindecarea completă?

Vindecarea completă este posibilă doar la cazurile la care cardita nu a cauzat leziuni severe ale inimii.