

REUMATISMUL ARTICULAR ACUT



Definitie

📌 RAA este o boala inflamatorie nesupurativa a tesutului conjunctiv, consecinta tardiva a unei infectii faringiene cu streptococ beta hemolitic din grupul A, boala mediata prin mecanisme imunologice complexe. Leziunile inflamatorii intereseaza articulatiile , cordul, sistemul nervos, tesutul subcutanat.

📌 Incidenta RAA in Europa si SUA este de 1 caz/100.000 p/an; incidenta continua sa fie mare 100 cazuri/100.000p/an in Africa subsahariana si regiunile centrale si sudice ale Asiei

📌 **Incidenta** a scazut semnificativ in tarile dezvoltate datorita imbunatatirii conditiilor de viata si a tratamentului antibiotic precoce in infectiile streptococice faringo-amigdalene.

📌 **Factorii favorizanti** ai bolii

-varsta- tipic la copii intre 5-15 ani, rar sub 5 ani si incidenta scade peste 15 ani, exceptional peste 30 de ani

-factori geografici si climaterici- prevalenta mai mare in tarile subdezvoltate unde 25-40% din bolile cardiovasculare sunt legate de RAA; infectia streptococica este frecventa iarna, primavara

-conditii socioeconomice- conditii precare, aglomeratii umane- camine, scoli

Patogenie

✚ **streptococul b- hemolitic grup A** care produce infectie faringiana

-anumite tipuri serologice (in functie de structura proteinei M din capsula bact.) "reumatogene"- serotipuri 1,3,5, 14, 18, 19, 24; au virulenta deosebita, rezistenta la fagocitoza, rezistenta conferita de proteina M si ac. hialuronic din capsula mucopolizaharidica

✚ **raspuns imun umoral si celular intens**

✚ **asemanare antigenica** intre atg streptococ- proteina M, N acetil-glucozamina si atg proprii din miocard (sarcolema, miozina, tropomiozina), valve (laminina), articulatii (vimentina), tesut cel subcutanat (keratina), sistem nervos (lysogangliozide)

✚ **predispozitie genetica** - agregare familiala a bolii, haplotipuri HLA –DR 1,2,3,4, hiperexpresia aloantigenului cel B- D 8/17

Leziuni morfopatologice

Leziuni exsudative

-fragmentarea fibrelor de collagen, edem mucoid, bazofil, ulterior necroza fibrelor de collagen, infiltrat inflamator –ly, plasmocite; persista saptamani , regreseaza lent, adesea fara leziuni restante

Leziuni proliferative (granulomatoase)

-nodul Aschoff- zona centrala de necroza fibrinoida a fibrelor de collagen si infiltrat inflamator cu ly, plasmocite, macrofage, celule gigante Aschoff, fibroblaste, “miocite Anicicov”;

-persista indelungat, dupa cateva luni este inlocuit cu o cicatrice fibroasa



Tabloul clinic

-debut la 3 saptamani dupa o infectie faringoamigdaliana

-**febra**, alterarea starii generale- astenie, inapetenta

-**poliartrita migratorie** - apare in 75-80% din cazurile de RAA ; afecteaza articulatiile mari- tumefiere, eritem, caldura locala, impotenta functionala, inflamatiunea unei articulatii dureaza 7 zile, urmeaza alte prinderi articulare; aspect asimetric si migrator al prinderilor articulare; nu lasa sechele, alteori numai artralгии

-**cardita** – apare in 40-80% din cazurile de RAA;

- endocardita - cel mai frecvent e afectata valva mitrala (50%), aorta (20%), ambele (29%), rar tricuspida, pulmonara (1%)
- apar regurgitari valvulare
- Inflamatia valvei mitrale se traduce clinic prin suflu sistolic mitral, rar suflul diastolic mitral Carey – Coombs (prin debit sanvin crescut prin valva mitrala inflamata)
- Regurgitarile valvulare severe pot duce la insuficienta cardiaca in timpul episodului de RAA
- miocardita (100%)- tulburari de ritm (extrasistole A, V, fibrilatie atriala),tulburari de conducere (BAV grd 1), rar insuficienta cardiaca-cardiomegalie, zg. de galop
- pericardita - durere, frecatura pericardica, cardiomegalie in cazul acumularii unei cantitati mari de lichid
- 40-60% din cazuri vor evolua spre afectare valvulara cronica; acest lucru apare atat in formele silentioase clinic cat si in cele manifeste

-noduli subcutanati Maynet- apar tardiv, dimensi. 0,5- 2cm, fermi, rosii, nedurerosi, in jurul articulatiilor- pe suprafetele de extensie; apar in 20% din cazuri; insotesc cazurile severe de cardita

-eritem marginat Leiner- inelar, nepruriginos, pe trunchi si zonele proximale ale membrelor, durata scurta; apare in 5-10 % din cazuri

-coreea Sydenham- apare tardiv la 3 luni, miscari involuntare, hipotonie musculara, labilitate emotionala; persista saptamani, luni si se vindeca fara sechele neurologice

Explorari paraclinice

-Markeri serici de inflamatie crescuti (VSH, PCR, fibrinogen, leucocitoza, α 1+2 globuline) + anemie normocroma

-Exsudat faringian- prezenta streptococ grup A

-Atc antistreptococici- ASLO, antistreptokinaza, antistreptodornaza, antihialuronidaza, anti DNA aza

-EKG

-Rx cord pulmon

-Ecocardiografie

EKG- tulburari de ritm sau de conducere (BAV grd 1)
- modificari de segment ST si unda T

Ecocardiografie- modificari morfologice valvulare (ex. alungirea cordajelor valvei mitrale, prolaps al cuspei mitrale anterioare sau miscare restrictionata)

- rezena regurgitarilor valvulare mitrala si aortica
- tulburari de contractilitate segmentare (in miocardita)
- ingrosare pericard si acumulare de lichid in pericard (in pericardita)

Rx cord pulmon- cardiomegalie



Criteriile Jones de diagnostic ale RAA

Criterii majore

Poliartrita

Cardita

Coree

Noduli subcutanati

Eritem marginat

Criterii minore

Antecedente de RAA sau boala cardiaca reumatica

Febra

Poliartralgii

Interval PR prelungit

Reactanti de faza acuta crescuti

Dovada unei infectii streptocice recente

Crestere titrului atc antistreptococici

Izolarea strepto grup A in culturile din secretii faringiene

Pentru dg de RAA este nevoie de

- 2 criterii majore
- 1 criteriu major + 2 minore

Tratamentul episodului acut

✚ Eradicarea infectiei streptococice

Benzatinpenicilina G– 600.000 u im – copii G <27kg

- 1.200.000 u im – adulti, copii G> 27kg

Penicilina V– 250.000 U de 3 ori/24h po – copii -10zile

- 500.000 U de 3 ori/ 24h po- adulti- 10 zile

Amoxicilina - 50mg/kg/24h (max 1g/zi) po- 10 zile

Azitromicina – 12mg/kg/24h – 1 doza (max 500 mg/zi) po - 5 zile

Claritromicina- 15 mg/kg/24h – 2 doze (max 250 mg de 2 ori /zi) po - 10 zile

Clindamicina -20mg/kg/24h in 3 doze (max 1,8 g/zi) po - 10 zile

Cefalosporina – cefalexin, cefadroxil

Eritromicina- 20-40 mg/kg/24 h in 2 -4 doze (max 1g/zi la adult) po- 10 zile

Tratamentul episodului acut

Artrita

Raspunde prompt la salicilati

Aspirina 100mg/kg/zi – in 4- 5 doze, se mentine 2 saptamani pana la disparitia manifestarilor articulare si scaderea reactantilor de faza acuta, apoi se reduce doza la $\frac{1}{2}$ si se va scadea progresiv; durata terapiei 6-12 saptamani

Cardita

Corticoterapie- prednison 1- 2 mg/kg/zi (maxim 60 mg/zi), dupa 2 saptamani se scade doza cu 5 mg la 3-4 zile, pentru evitare rebound se asociaza salicilati; durata terapiei – 8-12 saptamani

Controleaza simptomele, nu sunt curative, nu scurteaza episodul de boala, nu au efect asupra evolutiei valvulopatiilor spre boala reumatismala cronica

Profilaxia secundara a RAA

Benzatin penicilina G 600.000 u im – copii G <27kg la 3-4 saptamani
- 1.200.000 u im – adulti, copii G > 27kg

Penicilina V– 250.000U de 2ori/ 24h po

Sulfadiazina – 0,5 g/24h la G < 27 kg po
- 1g/ 24h la G >27 kg po

Macrolide- Eritromicina 0,5 g /zi la copii si 1g/zi la adulti

Profilaxia secundara se indica:

Pacientilor cu RAA fara afectare cardica- 5 ani de la ultimul episod sau pana la 21 ani

Pacientilor cu RAA si cardita dar fara boala valvulara reziduala- 10 ani sau pana la 21 ani

Pacientilor cu cardita si boala valvulara reziduala- pana la 40 ani sau indefinit