



Protocolul clinic standardizat pentru medicii de familie FEBRA REUMATISMALĂ ACUTĂ LA COPIL

Febra reumatică acută (FRA) - maladie sechelară non-supurativă a faringitei acute cu streptococul β-hemolitic, grupul A, cu afectarea cordului, articulațiilor, sistemului nervos central, tegumentelor și a țesuturilor subcutanate, cu tendință spre evoluție cronică, cu exacerbări și cu consecințe grave din motivele instalării carditei reumatismale sau a cardiopatiei reumatismale.

CIM 10: I00 – Febra reumatică acută fără complicații cardiace; I01 – Febra reumatică acută cu complicații cardiace; I02 – Coreea reumatică; I05 - I09 – Cardiopatia reumatică cronică;

Clasificarea FRA (OMS, 1994)

Sindromul clinic de bază	Sindromul clinic secundar	Gradul de activitate	Evoluția	Consecințele	Stadiul IC (NYHA)
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Reumocardită primară <input type="radio"/> Reumocardită recidivantă: <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> fără valvulopatie; <input checked="" type="checkbox"/> pe fondalul valvulopatiei. <input type="radio"/> Artrită: <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> fără implicarea evidentă a cordului; <input checked="" type="checkbox"/> cu implicarea cordului. <input type="radio"/> Coree: <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> fără implicarea evidentă a cordului; <input checked="" type="checkbox"/> cu implicarea cordului. <input type="radio"/> Valvulopatie reumatică primară depistată. 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Eritem marginal <input type="radio"/> Noduli reumatici subcutanați <input type="radio"/> Artralgi <input type="radio"/> Sindrom abdominal și alte serozite <input type="radio"/> Infecție streptococică precedentă 	<ul style="list-style-type: none"> Maxim Mediu Minim 	<ul style="list-style-type: none"> Acută Trenantă Latentă 	<ul style="list-style-type: none"> Fără valvulopatie Cu valvulopatie 	<ul style="list-style-type: none"> I II III IV

Tratamentul adecvat al faringitei streptococice. **Profilaxia primară** Evidențierea purtătorilor cu streptococul β-hemolitic, grupul A.

Profilaxia secundară în FRA

Antibioticul	Doza	Modul de administrare	Frecvența
I linie			
Benzatin penicilină G	1,200,000 U > 27kg 600,000U < 27kg	BPG este cea mai efektivă injecție administrată intramuscular profund	1 data la 3-4 săptămâni
II linie			
Phenoxymethylpenicilin (Penicilin V)	250 mg	Oral	2 ori pe zi, 10 zile
În alergie la penicilină			
Eritromicină (EES)	40 mg/kg/zi (copii) 400 mg (adolescenți și adulți)	Oral	2-4 doze divizate (max. 1g/zi) 10 zile 2 ori pe zi

Durata profilaxiei secundare



Cardiopatie valvulară cronică

Profilaxia secundară

Factorii de risc

- Nutriția deficitară cu carență de vitamine C, A, D, calciu și fosfor.
- Predispoziția ereditară.
- Condițiile insalubre de viață.
- Colectivitățile aglomerate (școli, familii aglomerate cazate în spații restrînse).
- Infecțiile streptococice repetate.
- Variațiile sezoniere (iarna, primăvara, variațiile sezoniere ale faringitei streptococice).
- Purtătorii de streptococi din grupul A, în căile respiratorii superioare.

Grupurile de risc

- Copiii cu carență de vitamine C, A, D, calciu și fosfor.
- Copiii cu predispoziție ereditară.
- Copiii din colectivități aglomerate (școli, familii aglomerate cazate pe spații restrînse).
- Copiii cu infecții streptococice repetate.
- Copiii purtători de streptococi din grupul A, în căile respiratorii superioare.

Manifestările clinice

Sindroamele clinice de bază – criterii majore ale FRA

Artrita

- Afectare mai frecventă a articulațiilor mari/medii (genunchi, talocrurale, coate, radiocarpene).
- Inflamație articulară, de regulă, persistentă 7 zile (rareori, pînă la 2-3 săptămîni).
- Caracter migrator.
- Răspuns rapid la medicația salicilică.
- Lipsă a sechelor anatomice sau funcționale.

Cardita

- Disconfort ușor/moderat în regiunea precardiacă.
- Semne de miocardită, endocardită, pericardită, pancardită (~ 40%).
- Cardiomegalie.
- Insuficiență cardiacă.
- Diminuare a zgomotelor cardiace.
- Apariție a suflurilor (holosistolic apical, diastolic mitral/aortal, tahicardie sinuzală persistentă).
- Evoluție a endocarditei reumatice în 3 faze: infiltrație, organizare, cicatrizare.
- Instalare a leziunilor valvulare în: insuficiența mitrală timp de 2-3 săptămîni, în insuficiența aortală – 6 luni și în stenoza mitrală > 6 luni.
- Prezentare a pericarditei reumatice sub 2 forme: pericardită acută fibrinoasă/exsudativă.

Notă: Pentru cardita reumatică se recomandă utilizarea criteriilor de diagnosticare după Friedberg-Stoelerman: apariția suflurilor organice, constatarea cardiomegaliei în puseu de FRA, apariția frecăturii pericardice/exsudatului pericardic, semnelor de insuficiență cardiacă.

Coreea minor

- Mișcări coreiforme, dezorganizate, distale.
- Frecvent unilaterale, cu o durată de 2-3 săptămîni, în cazuri grave 3-4 luni.
- Hipotonie musculară.
- Vorbire sacadată.
- Dereglare a scrisului.
- Instabilitate psihică și fizică.
- Grimase, zîmbet „mască de piatră”, limbă cu aspect de „sac de vierni”.
- Manifestările coreiforme dispar în somn.
- Perioadă de latență mai prelungită după o faringită streptococică, aproximativ 8 luni, mai frecvent la fetițe în vîrsta de 7-12 ani.
- Pot apărea acutizări ale semnelor clinice ale coreei.

Eritemul inelar (marginat, Leiner)

- Apare rar, în 3-5% din cazuri și este specific pentru FRA.
- Prezintă eritem evanescent, non-pruritic, roz, frecvent pe trunchi, părțile proximale și niciodată pe față, cu diametrul de 1-3 cm, cu margini serpiginoase.
- Apare în perioada de debut a bolii și este prezent numai la pacienții cu cardită.

Manifestări clinice

Nodulii subcutanați

- Apar pe suprafața extensoară a articulațiilor coartelor, genunchilor, interfalangiene, scalp, procesus spinosus al vertebrelor lombare sau toracice.
- Sunt consistenți, nedueroși, cu diametrul în jur de 2 cm.
- Apar frecvent peste 2 sau 3 săptămâni de la debutul febrei.
- Se consideră markerul severității carditei.

Sindroamele clinice de bază – criterii minore ale FRA

Febra

- Este prezentă în 90% din cazuri.
- Este mai înaltă de 39°C și se menține aproximativ 1 săptămână.
- În coree febra poate absentă.

Artralgia

- Nu se va lua în considerare în prezența artritei.

Mărirea duratei intervalului PQ

- Nu se va lua în considerare în prezența carditei.

Durerile abdominale

- Sunt notate în perioada de debut a FRA.
- Sunt rezultatul inflamației vaselor mezenteriale (vasculita mezenterială).
- Pot mima clinica apendicitei acute.

Epistaxisul

Examenul paraclinic

- Analiza generală a sîngelui + VSH.
- Determinarea proteinei C reactive, antistreptolizinei O.
- Radiografia cutiei toracice.
- Analiza generală a urinei.
- Culturi din exsudatul faringian – înainte de tratament cu antibiotice.
- Ecocardiografia bidimensională completată cu examenul Doppler.
- ECG.

La necesitate:

Criteriile de diagnostic ale FRA (criterii OMS 2002-2003)

CATEGORIILE DE DIAGNOSTICARE	CRITERIILE
Episod primar de FRA	2 majore sau unul major și 2 minore plus depistare de infecție streptococică din grupul A
Recurență de FRA, la pacientul fără cardiopatie reumatică cronică	2 majore sau unul major și 2 minore plus depistare de infecție streptococică din grupul A
Recurență de FRA, la pacientul cu cardiopatie reumatică cronică	2 minore plus depistare de infecție streptococică din grupul A
Coree reumatică. Debut insidios al carditei reumatice	Alte criterii majore sau fără depistare de infecție streptococică din grupul A
Cardiopatie reumatică cronică (pacient primar prezentat cu stenoză mitrală sau cu boală mixtă mitrală sau/și boală aortală)	Nu sunt necesare alte criterii pentru diagnosticare

Notă: Evidență de infecție streptococică în ultimele 45 de zile – majorare a titrului de ASL-O sau a altor anticorpi antistreptococi, sau cultură faringiană pozitivă, sau scarlatină recent suportată.

Tratamentul

Principiile tratamentului

- Repaus la pat: în cardită severă și IC - pînă la compensarea cardiacă; în artrită, fără cardită - pînă la ameliorarea simptomelor, apoi repaus relativ pînă la dispariția semnelor de activitate a procesului reumatic. După procesul acut, nivelul activității fizice va depinde de starea cordului.
- Dietă cu restricții în lichide și hiposodată (în IC), aport sporit de potasiu și microelemente, conținut proteic normal. În febră - lichid 2500 – 3000 ml/zi, pentru acoperirea pierderilor.
- Tratament medicamentos, eradicarea infecției streptococice și profilaxia ei.
- Tratament de reabilitare, balneosanatorial, sanarea focarelor cronice de infecție (ORL, stomatolog).

Tratamentul medicamentos

Inițial cu:

Benzatin penicilină G - copii < 20 kg - 600.000, copii > 20 kg - 1.200.000 i.m., de 2 - 3 ori/zi, 10 zile sau

Fenoximetilpenicilină - 250 mg, de 2-3 ori pe zi, 10 zile, per os, sau

Amoxicilină - copii 5 - 12 ani — 500 - 750 mg în 24 de ore și copii > 12 ani — 1 - 1,5 g, în 24 de ore, 10 zile, per os, apoi profilaxia secundară.

La copiii cu alergii la Penicilină:

Eritromicină 20 mg/kg (maxim 1000 mg), în 2-3 prize pe zi, per os.

Antibacterial

Antiinflamator

Acid acetilsalicilic 80-100 mg/kg/zi, per os, timp de 6-8 săptămâni sau pînă la normalizarea indicilor clinici și paraclinici. Concentrația serică a acidului acetilsalicilic va fi în jur de 20-30 mg/dl.

În grad de activitate maxim, cardită severă:

Prednisolon: inițial 1 - 2 mg/kg/zi, per os, cu reducerea treptată a dozei inițiale după obținerea răspunsului clinic și celui paraclinic (descreșterea dozei < 0,2 mg/kg/zi, imediat cum este posibil); de regulă ≈ 3 săptămâni.

Managementul coreei

Benzodiazepine – *Diazepam*: pentru copiii mici pînă la 0,5 mg/kg, în 1-2 prize/zi, per os.

pentru copiii mari - 2-5 mg, în 1-2 prize/zi, per os;

Carbamazepină – în indicații speciale, pentru copiii > 6 ani, 7 – 10 mg/kg, sub supravegherea neurologului.

Acid valproic – 15 - 20 mg/kg/zi.

Referirea la specialist

- Necesitatea confirmării diagnosticului.

- Necesitatea ajustării tratamentului medicamentos.

Criteriile de spitalizare

- Adresarea primară, cu semne clinice sau suspjecție de FRA.
- Adresarea repetată, cu semne clinice de recădere a bolii (reaparție a febrei, intensificare a sindromului articular, cardită, coree, semne de IC).
- Prezența comorbidităților importante (deficit ponderal marcant, stări cu imunitate compromisă).

Supravegherea

- Supraveghere permanentă pînă la vârsta de 18 ani.
- Cooperare cu reumatologul-pediatru, balneofizeoterapeutul, ORL, neurologul, stomatologul.

Regimul de supraveghere:

- În primul an de supraveghere – o dată la 3 luni.
- În următorii ani (în caz de evoluție stabilă) – o dată la 12 luni.

Volumul cercetărilor:

- Analiza generală a sîngelui.
- ECG.
- Ecocardiografia.
- Analiza generală a urinei.
- Determinarea Proteinei C reactive, antistreptolizinei O.
- Radiografia cardiopulmonară – o dată în an.

Abrevierile folosite în document:

ASL-O – antistreptolizina O

ECG – electrocardiografia

FRA – febra reumatică acută

IC – insuficiența cardiacă

i.m. – intramuscular

VSH – viteza de sedimentare a hematiilor

Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății nr. 886 din 08.08.2013 cu privire la aprobarea Protocolului clinic standardizat pentru medicii de familie „Febra reumatică acută la copii”

Implementat de Ministerul Sănătății în cadrul Proiectului „Servicii de Sănătate și Asistență Socială” cu suportul Băncii Mondiale și Centrului Strategii și Politici de Sănătate

Elaborat în baza Protocolului Clinic Național „Febra reumatică acută la copii” (PCN -53) Elaborat: august 2013