



<https://printo.it/pediatric-rheumatology/IT/intro>

Febbre Reumatica e Artrite Reattiva Post-Streptococcica

Versione 2016

2. DIAGNOSI E TERAPIA

2.1 Come viene diagnosticata?

L'osservazione delle manifestazioni cliniche (artrite, cardite, corea, manifestazioni cutanee, febbre) alterazioni all'elettrocardiogramma, alterazioni degli esami del sangue e la prova di una precedente infezione da streptococco sono necessari per fare la diagnosi. In tutto il mondo la diagnosi viene formulata dai medici utilizzando i criteri di Jones.

2.2 Quali sono le malattie simili alla febbre reumatica?

Esiste una malattia detta "artrite reattiva post-streptococcica" che si verifica anche in seguito alla faringite streptococcica, ma che presenta una artrite di maggiore durata senza cardite; anche in questo caso può essere indicata una profilassi antibiotica. L'artrite idiopatica giovanile è un'altra malattia che assomiglia alla febbre reumatica, ma la durata dell'artrite è superiore alle 6 settimane. Anche la malattia di Lyme, la leucemia e l'artrite reattiva causata da altri batteri o virus si possono manifestare con l'artrite. Soffi innocenti (soffi al cuore senza malattia cardiaca), malattie cardiache congenite o altre malattie cardiache acquisite possono essere confuse con la febbre reumatica.

2.3 Gli esami sono importanti?

Alcuni esami sono utili per la diagnosi e il follow-up.

Come in molte altre malattie reumatiche, i segni di infiammazione sistemica si riscontrano in quasi tutti i pazienti, salvo quelli con corea. Nella maggior parte dei pazienti, non ci sono segni di infezione della gola perché lo streptococco viene eliminato dal sistema immunitario prima dell'inizio della malattia. Esistono esami del sangue per individuare la presenza di anticorpi contro lo streptococco. L'aumento dei titoli (livelli) di questi anticorpi, noti come Titolo antistreptolisinico (ASO) o DNasi B, possono essere rilevati da esami del sangue eseguiti a 2-4 settimane di distanza. Titoli elevati indicano un'infezione recente, ma non ci sono prove di relazione con la gravità della malattia. Tuttavia, questi esami danno risultati normali nei pazienti affetti solo da corea, rendendo la diagnosi complicata.

Risultati anomali dell'esame ASO o DNasi B indicano esclusivamente una precedente esposizione al batterio che stimola il sistema immunitario a produrre anticorpi. In assenza di segni clinici caratteristici questi esami ematochimici non hanno alcun significato e la terapia antibiotica non è necessaria.

2.4 In che modo si scopre la cardite?

Un nuovo soffio, causato dall'infiammazione della valvola cardiaca, è la caratteristica più comune della cardite e di solito si scopre tramite l'auscultazione del cuore eseguita da un medico. L'elettrocardiogramma è un altro strumento utile nella diagnosi di malattia. In alcuni casi più gravi può essere utile la radiografia del torace per vedere l'allargamento del cuore.

L'ecoDoppler cardiaco è un esame molto sensibile per la diagnosi di cardite, tuttavia, non può essere usato per la diagnosi in assenza di segni clinici suggestivi per malattia reumatica. In tutti i bambini con artrite da malattia reumatica deve essere eseguito un Ecocardiogramma anche in assenza di soffio, perché permette in alcuni casi di evidenziare un ritardo di conduzione dell'impulso elettrico dall'atrio ai ventricoli nel cuore dei bambini affetti. Tutte queste procedure sono assolutamente indolori e l'unico disagio è che il bambino deve essere tenuto fermo durante l'esecuzione dell'esame.

2.5 Può essere trattata/curata?

La febbre reumatica è un importante problema di salute in alcune aree

del mondo, ma può essere prevenuta trattando le tonsilliti streptococciche appena diagnosticate (prevenzione primaria). La terapia antibiotica iniziata entro 9 giorni dall'insorgere della tonsillite riduce l'incidenza di malattia reumatica. I sintomi della febbre reumatica sono trattati con farmaci antinfiammatori non steroidei. Attualmente si stanno svolgendo ricerche per la produzione di un vaccino contro lo streptococco: la prevenzione dell'infezione iniziale potrebbe proteggere dalla reazione immunitaria anomala. In futuro, questo approccio potrebbe rappresentare una prevenzione efficace della febbre reumatica.

2.6 Quali sono i trattamenti?

Durante gli anni passati, non ci sono state nuove raccomandazioni di trattamento. Anche se l'aspirina è rimasta il pilastro della terapia, l'azione esatta dell'effetto non è chiara e pare che sia legata alle proprietà antinfiammatorie. Altri farmaci antinfiammatori non steroidei (FANS) sono consigliati al posto dell'aspirina per la terapia dell'artrite per un migliore profilo di sicurezza e pari efficacia. La terapia con FANS nelle forme di artrite è protratta per 6-8 settimane.

Per le carditi gravi, viene raccomandato il riposo a letto e l'uso di corticosteroidi orali (prednisone) per 2-3 settimane, riducendo il farmaco gradualmente dopo aver controllato l'infiammazione osservando i sintomi e gli esami del sangue.

In caso di corea, può essere necessario il supporto dei genitori per la cura personale e le attività scolastiche. Potrebbe essere prescritto un trattamento farmacologico per il controllo dei movimenti con steroidi, aloperidolo o acido valproico con attento monitoraggio degli effetti collaterali. Gli effetti collaterali comuni sono sonnolenza e tremore facilmente controllabili tramite regolazione del dosaggio. In pochi casi, la corea può durare per diversi mesi nonostante il trattamento adeguato.

In seguito alla diagnosi, si raccomanda la protezione a lungo termine con antibiotici per evitare la ricomparsa della febbre reumatica acuta.

2.7 Quali sono gli effetti collaterali della terapia farmacologica?

In termini di trattamento sintomatico a breve termine, i salicilati e altri

FANS sono solitamente ben tollerati. Il rischio di allergia alla penicillina è piuttosto basso. Le principali considerazioni riguardano il dolore per le iniezioni e il possibile rifiuto da parte dei pazienti che temono il dolore; quindi, si consiglia di informare il paziente sulla malattia, gli anestetici topici e il rilassamento prima di effettuare le iniezioni.

2.8 Quanto deve durare la prevenzione secondaria?

Il rischio di ricaduta è maggiore nei 3-5 anni dopo l'inizio della malattia, e il rischio di sviluppare danni da cardite aumenta ad ogni recidiva. Durante questo periodo, si raccomanda il regolare trattamento con antibiotici per la prevenzione di nuove infezioni da streptococco a tutti i pazienti che hanno avuto febbre reumatica, indipendentemente dalla gravità.

La maggior parte dei medici concorda che la prevenzione antibiotica debba continuare per almeno 5 anni dopo l'ultimo attacco o fino al compimento di 21 anni d'età, si consiglia una profilassi secondaria per 10 anni o finché il paziente non abbia compiuto 21 anni (a seconda di quale ipotesi sia più lunga). In presenza di danni cardiaci, si raccomandano 10 anni di profilassi o fino all'età di 40 anni - o più tardi se la malattia è complicata da sostituzione della valvola.

La prevenzione dell'endocardite batterica con antibiotici è raccomandata a tutti i pazienti con danni alla valvola cardiaca che si sottopongono a interventi dentali o chirurgici. Questa misura è necessaria perché i batteri possono spostarsi da altri siti del corpo, soprattutto dalla bocca e causare infezione della valvola cardiaca.

2.9 Quali sono le terapie complementari/non convenzionali?

Esistono molte terapie complementari e alternative e ciò potrebbe confondere i pazienti e le loro famiglie. Pensate bene ai rischi e ai vantaggi derivanti da queste terapie poiché esistono pochi vantaggi comprovati e possono essere costose sia in termini di tempo e denaro, sia di rischio per il bambino. Se intendete considerare terapie complementari e alternative, è buona cosa parlare di tali opzioni con il vostro reumatologo pediatrico. Alcune terapie possono interagire con i farmaci convenzionali. La maggior parte dei medici non sarà contraria alle terapie complementari, a condizione che seguitate i loro consigli. È molto importante non interrompere in nessun momento la profilassi

antibiotica in quanto è l'unica misura che si è dimostrata ad oggi efficace per prevenire i gravi danni cardiaci della malattia reumatica. Quando i farmaci, come i corticosteroidi, sono necessari a mantenere la malattia sotto controllo, può essere molto pericoloso interromperne l'assunzione se la malattia è ancora attiva. Parlate dei vostri dubbi con il medico del bambino.

2.10 Che tipo di check-up periodici è necessario effettuare?

Durante la fase acuta sono necessari check-up ed esami periodici. Si consigliano follow-up scrupolosi in caso di cardite e corea. Dopo la remissione dei sintomi, si raccomanda un programma controllato per il trattamento preventivo e il follow-up a lungo termine sotto la supervisione di un cardiologo per la ricerca di danni cardiaci tardivi.

2.11 Quanto dura la malattia?

I sintomi acuti della malattia recedono dopo diversi giorni o settimane. Tuttavia, persiste il rischio di attacchi ricorrenti di febbre reumatica acuta e l'interessamento cardiaco può causare sintomi per tutta la vita. Il trattamento antibiotico continuo per prevenire la ricomparsa della faringite streptococcica è necessario per molti anni.

2.12 Qual è l'evoluzione a lungo termine (prognosi) della malattia?

Le ricadute dei sintomi tendono a essere imprevedibili per tempi e gravità. La cardite nel primo attacco aumenta il rischio di danni, in caso di recidiva il coinvolgimento cardiaco è quasi sempre severo comportando in molti casi la necessità di un intervento chirurgico per la sostituzione della valvola.

2.13 È possibile guarire completamente?

La completa guarigione è possibile, a meno che la cardite non comporti danni duraturi alle valvole cardiache.

4.1 Che cos'è? I casi di artrite associata a streptococco sono stati riscontrati sia nei bambini, sia nei giovani adulti. Di solito viene detta

"artrite reattiva" o "artrite reattiva post-streptococcica" (ARPS).

L'ARPS comunemente colpisce i bambini di età compresa tra gli 8 e i 14 anni e i giovani adulti tra i 21 e i 27 anni. Di solito si sviluppa entro i 10 giorni successivi all'infezione alla gola. È diversa dall'artrite da febbre reumatica acuta (ARF) che interessa principalmente le grandi articolazioni. Nell'ARPS, sono coinvolti le grandi e le piccole articolazioni e lo scheletro assiale. Inoltre l'artrite dell'ARPS è tipicamente fissa, dura di più di quella dell'ARF (circa 2 mesi, a volte di più) ed è poco responsiva alla somministrazione di FANS.

Potrebbe presentarsi febbre bassa con esami di laboratorio anomali indicanti infiammazione (proteina C-reattiva e/o velocità di eritrosedimentazione). I marcatori dell'infiammazione sono più bassi rispetto all'ARF. La diagnosi di ARPS si basa sull'artrite con prove di recente infezione streptococcica, esami anomali degli anticorpi dello streptococco (ASO, DNasi B) e assenza di segnali e sintomi in una diagnosi di ARF in conformità ai "criteri di Jones".

L'ARPS è diversa dall'ARF. I pazienti ARPS probabilmente non svilupperanno la cardite. Attualmente, l'American Heart Association consiglia antibiotici profilattici per un anno dall'inizio dei sintomi. Inoltre, questi pazienti devono essere seguiti attentamente per prove ecocardiografiche e cliniche della presenza di cardite. In presenza di malattia cardiaca, il paziente deve essere trattato come con l'ARF, altrimenti la profilassi potrebbe essere interrotta. Si raccomanda il follow-up con un cardiologo.