

## DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL FARINGITELOR STREPTOCOCICE

### *Diagnosis and treatment of streptococic pharyngitides*

**Dr. Florentina Mulțescu**

*Medic de familie, Dispensarul „Apusului”, București*

Bacteriile sunt responsabile pentru aproximativ 5-10% dintre cazurile de faringită. Streptococii beta-hemolitici din grupul A sunt cea mai comună etiologie bacteriană.

Un test pozitiv de detectare rapidă a antigenului poate fi considerat definitiv ca dovadă pentru tratament; un test negativ ar trebui să fie urmat de o confirmare a streptococului în cultură, atunci când este puternic suspectat.

Tratamentul include obiective de prevenire a faringitelor purulent nonsupurative și a complicațiilor, de reducere a semnelor clinice și a simptomelor și minimizarea efectelor adverse antimicrobiene. Selecția antibioticelor necesită luarea în considerație a alergiilor pe care le pot prezenta pacienții, a eficacității clinice și bacteriologice, frecvența de administrare, durata tratamentului, reacțiile adverse potențiale, respectarea tratamentului și costul terapiei. Penicilina orală rămâne unul dintre drogurile alese, în cele mai multe situații clinice. Deși mai scumpe, cefalosporine și, poate, amoxicillin-clavulanate potasiu furnizează rezultate superioare bacteriologic și clinic.

Tratamentele alternative trebuie să fie utilizate la pacienții cu alergie la penicilină, sau cu probleme de respectare a tratamentului cu penicilină sau în cazul în care tratamentul a eșuat. Pacienților care nu răspund la tratamentul inițial trebuie să li se acorde antimicrobiene, care nu sunt inactivate de penicillinaza produsă de organisme (de exemplu, amoxicillin-clavulanate de potasiu, un cephalosporin sau un macrolide).

În fiecare zi, ca medic de familie vă puteți aștepta să tratați cel puțin un pacient cu o durere în gât. Aproximativ 30-65% dintre cazuri sunt faringite idiopatice și 30-60% au o etiologie virală (rhinovirus, adenovirus și multe altele).

Numai 5-10% dintre inflamațiile gâtului sunt cauzate de bacterii, streptococul de grupul A beta-hemolitic fiind cea mai comună etiologie bacteriană.

Alte bacterii care pot produce, ocazional, faringită sunt streptococci de grup C și G, Neisseria gonorrhoeae, Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae și Arcanobacterium haemolyticus.

Faringita cauzată de streptococul beta-hemolitic de grup A, are o perioadă de incubație de două până la cinci zile și este cel mai frecvent întâlnită la copiii cu vârsta cuprinsă între 5 și 12 ani. Boala poate să apară în grupuri și este diagnosticată de cele mai multe ori iarna și primăvara.

Streptococii din grupa A beta-hemolitică sunt în mod obișnuit răspândiți direct de la persoană la persoană de contact, cel mai probabil prin intermediul picăturilor de salivă sau secrețiilor nazale. Creșteri de transmisie, precum și izbucniri de faringită streptococică sunt comune în instituții, centre militare, școli și familii. Focare umane care rezultă din contaminarea produselor alimentare în perioada de pregătire au fost, de asemenea raportate.

### SEMNE CLINICE

Faringita streptococică beta-hemolitică de grup A este o boală acută, cu o durere predominantă în gât și o temperatură mai mare de 38,5°C. Simptomele includ febră și frisoane, mialgii, dureri de cap și greață. La examenul clinic se pot evidenția peteșii la nivelul palatului, eritem și exudat faringian și tonsilar, și adenopatie laterocervicală. Cu toate acestea, mulți pacienți nu se potrivesc simptomatologiei clasice. Copiii, de exemplu, se pot prezenta cu dureri abdominale sau vărsături.

Adresă de corespondență:

Dr. Florentina Mulțescu, Dispensarul „Apusului”, Str. Apusului Nr. 63, Sector 6, București

Pacienții cu alte semne respiratorii, cum ar fi tuse sau coriză, sunt mai puțin susceptibili de a avea faringită streptococică.

## DIAGNOSTIC PARACLINIC

Cultura din exudatul faringian rămâne standardul de aur pentru diagnosticul de faringită streptococică.

Potrivit Academiei Americane de Pediatrie și American Heart Association, un rezultat pozitiv la testul de detectare rapidă a antigenului poate fi considerat ca dovadă definitivă pentru tratamentul unei faringite streptococice. O confirmare prin cultură din exudatul faringian ar trebui să urmeze în cazul în care testul de detectare rapidă este negativ și în cazul în care este suspectat diagnosticul faringită streptococică betahemolitică de grup A.

### Obiective ale tratamentului la pacienții cu faringită streptococică betahemolitică Grupa A

- Prevenirea complicațiilor purulente
- Abatere de semne și simptome clinice
- Reducerea transmiterii bacteriene la contact
- Minimizarea efectelor adverse ale tratamentului antimicrobian

### Complicațiile faringitei cu streptococ betahemolitic

#### *Complicații nonsupurative:*

Reumatice; Glomerulonefrită poststreptococică.

#### *Complicații supurative:*

Limfadenopatie; Abcesul peritonsilar sau retrofaringian; Sinuzită; Mastoidită; Otită medie; Meningită; Bacteriemie; Endocardită; Pneumonie.

## TRATAMENTUL CU ANTIBIOTICE

Mai mulți factori ar trebui să fie luați în considerare în selectarea unui antibiotic pentru a trata faringita streptococică, și anume:

- eficacitatea clinică și bacteriologică;
- eventuale alergii ale pacientului;
- frecvența de administrare;
- costul tratamentului;
- spectrul de acțiune al antibioticului;
- potențialele efecte secundare.

### Penicilina

Timp de aproape cinci decenii, penicilina a fost medicamentul de elecție pentru tratamentul faringitei streptococice. Acest antibiotic a dovedit eficacitate și siguranță, un spectru îngust de activitate și costuri reduse.

De la începutul anilor '50 până în anii '70, pacienții cu faringită streptococică au fost tratați cu o singură

injecție intramusculară de penicilină G benzathine. Studii de mai târziu din anii '60-'70 au arătat că rata de eradicare a streptococului a fost egală la administrarea de penicilină intramuscular sau oral. Astfel, de la începutul anilor '80, a fost preferat tratamentul folosind penicilină V pe cale orală.

Deși penicilina este eficientă, aceasta are dezavantaje. Aproximativ 10% dintre pacienți sunt alergici la penicilină, și administrarea de patru ori pe zi este dificilă. Din fericire, prețurile sunt similare pentru 250 mg de penicilină V administrată de două, trei sau patru ori pe zi. Utilizarea administrării intramusculare a penicilinei permite respectarea schemei terapeutice, dar injectarea este dureroasă.

Tratamentul cu penicilină poate duce la eșec bacteriologic sau clinic, cu toate că schema de tratament cu antibiotice a fost respectată.

„Eșecul bacteriologic“ este eșecul de a eradica streptococul responsabil pentru infecția originală. Pacienții cu acest tip de eșec de tratament pot sau nu să rămână simptomatici. Unii pacienți infectați sunt asimptomatici, dar pot fi transportatori. Pacienții care rămân, în ciuda tratamentului, simptomatici sunt considerați „eșecuri clinice“. La aceștia, tratamentul cu penicilină trebuie oprit și reevaluată schema terapeutică. Studii efectuate în ultimii 40 de ani au raportat rate de eșec bacteriologic la penicilina V variind de la 10 la 30% și rate de eșec clinic variind de la 5 la 15%.

## ALTERNATIVE LA PENICILINĂ

**Amoxicilina.** La copii, amoxicilina administrată o dată pe zi, timp de 10 zile are efecte similare cu cele pentru penicilină V. Absorbția amoxicilinei nu este afectată de ingestia de alimente, iar timpul de înjumătățire la copii este mai lung decât cel al penicilinei V.

Amoxicilina este mai puțin costisitoare și are un spectru restrâns de activitate antimicrobiană. Suspensiile acestui drog au gust mai bun decât penicilina V în suspensii, iar recent sunt disponibile și comprimate masticabile. Cu toate acestea, reacțiile adverse gastro-intestinale și erupția cutanată pot fi mai comune la amoxicilină.

### Macrolide

**Eritromicina,** se recomandă ca o primă alternativă la pacienții cu alergii la penicilină. Deoarece eritromicina estolată este hepatotoxică la adulți, poate fi utilizată eritromicina ethylsuccinate. Eritromicina este absorbită mai bine atunci când este administrată cu alimente.

Deși acest antibiotic este la fel de eficient ca penicilina, 15-20% dintre pacienți nu pot tolera efectele sale secundare gastro-intestinale.

**Azitromicina**, datorită spectrului său extins și a timpului de înjumătățire mare, permite o doză administrată o dată pe zi și are eficacitate în terapia de scurtă durată. The US Food and Drug Administration (FDA) a numit tratamentul cu azitromicină în doză unică timp de cinci zile ca o a doua linie de tratament pentru faringita streptococică. Azitromicina este asociată cu o incidență scăzută a efectelor secundare gastro-intestinale. Azitromicina administrată trei sau patru zile s-a dovedit a fi la fel de eficientă ca penicilina V administrată timp de 10 zile. Cu toate acestea, azitromicina este scumpă, și eficiența sa în prevenirea reumatismului articular acut nu este cunoscută.

### Cefalosporine

Tratamentul cu cefalosporine pe o perioadă de 10 zile s-a dovedit a fi superior celui cu penicilină în eradicarea streptococilor beta-hemolitici grup A. O meta-analiză cu studii comparative a constatat că eficiența în eradicarea bacteriologică după tratamentul cu cefalosporine a fost de 92%, comparativ cu 84% pentru penicilină ( $p < 0,0001$ ).

Cefalosporinele au un spectru mai larg de activitate decât penicilina V. Spre deosebire de penicilină, cefalosporinele sunt rezistente la degradarea de beta-lactamază produsă de copatogeni. Sunt de preferat agenți din a doua sau a treia generație față de prima generație de agenți, cum ar fi cefadroxil (Duricef) și cephalexin (Keflex, Keftab), deoarece oferă un spectru restrâns de activitate.

Pentru că există posibilitatea de reactivitate încrucișată, pacienții cu hipersensibilitate imediată la penicilină nu ar trebui să fie tratați cu cefalosporine. Cefalosporinele sunt, de asemenea, scumpe. De aceea, utilizarea acestor agenți este adesea rezervată pacienților cu recidivă sau cu risc de reapariție a faringitei streptococice.

**Amoxicillin-clavulanate de potasiu.** Combinația de droguri amoxicillin-clavulanate de potasiu este rezistentă la degradarea de beta-lactamază produsă de copatogeni care pot coloniza zona tonsilofaringiană. Amoxicillin-clavulanate este adesea utilizat pentru a trata faringitele streptococice recurente. Principalul său efect advers este diareea.

Amoxicillin-clavulanate este, de asemenea, destul de costisitoare.

## PROBLEME DE MANAGEMENT

### Imposibilitatea de tratament și reinfecția

Un studiu recent retrospectiv a constatat că recurențele infecțiilor cu streptococul beta-hemolitic grup A au fost mai frecvente în 1990 decât în anii

'70. În decurs de câteva zile după terminarea tratamentului antimicrobian, un procent redus de pacienți dezvoltă simptome acute de faringită, cu infecție confirmată prin teste de laborator.

Teoriile care explică eșecurile aparente ale tratamentului antibiotic includ lipsa complianței din partea pacientului, expunere repetată, copatogeni producători de betalactamază, eradicarea microflorei faringiene protectoare, suprimarea imunității și rezistența la penicilină.

Nu toate eșecurile de tratament ar trebui să fie considerate în același mod. Episoadele repetate la un pacient trebuie să ducă la căutarea, în cadrul familiei pacientului, a unei persoane purtătoare asimptomatică, care, dacă este găsită, poate fi tratată. Pacienților care nu pot urma o cură de 10 zile de penicilină ar trebui să li se ofere o alternativă, cum ar fi penicilina administrată o dată pe zi intramuscular, sau un macrolidic, o cefalosporină administrată oral. Pacienții cu insuficiență clinică ar trebui să fie tratați cu un agent antimicrobian, care nu este inactivat de organismele producătoare de penicilază. Amoxicillin-clavulanate de potasiu, cefalosporinele și macrolidele se încadrează în această categorie.

Streptococii beta-hemolitici Grupa A persistă o perioadă de până la 15 zile pe perișta de dinți și pe protezele ortodontice amovibile. Pacienții ar trebui informați că a clăti bine periștele de dinți și aparatele ortodontice amovibile poate ajuta la prevenirea infecțiilor recurente.

**Contacte strânse.** În timpul epidemiilor, 50% dintre frații și 20% dintre părinții de copii infectați dezvoltă faringite streptococice. Contactele asimptomatice nu au nevoie de culturi sau de profilaxie. Contactii simptomatici pot fi tratați cu sau fără culturi.

**Contagiune.** Pacienții cu faringită streptococică sunt considerați contagioși până la 24 de ore de la administrarea unui antibiotic. Copiii nu ar trebui să se întoarcă la centrul de îngrijire de zi sau la școală, până când își revine la temperatura normală la minim 24 de ore de la administrarea antibioticului.

**Tratamentul simptomatic.** Terapia cu antibiotice pentru faringita streptococică scurtează durata simptomelor la mai puțin de o zi. De aceea, măsurile pentru a diminua simptomele sunt importante. De la gargara cu apă sărată, antiinflamatorii, antiseptice locale, toate pot fi folosite. Nu există nici o dovadă care confirmă sau neagă utilitatea acestor măsuri. Antitermicele pot fi administrate pentru a reduce temperatura. Copiii și adolescenții nu trebuie să ia aspirină.