

FEBBRE REUMATICA

È più frequente nei Paesi in via di sviluppo che non in quelli industrializzati.
L'agente responsabile è lo Streptococco emolitico A e di solito colpisce i bambini fra i 5 e i 15 anni, anche se è presente un secondo picco di incidenza fra i 20 e i 30 anni.

Fattori di rischio:

- sovraffollamento (come nelle case dei Paesi più poveri)
- scarse condizioni economico-sociali
- contatto con ceppi di streptococchi alfa e beta-emolitici
- alterata immunità dell'ospite (immunodepressi, ecc.)

PATOGENESI

Gli anticorpi anti-streptococcici cross-reagiscono con gli antigeni delle strutture cardiache articolari ed encefaliche. La malattia inizia come una faringotonsillite eritematosa più frequente nei periodi invernali, che poi dà latenza ed evolve più tardi in artrite migrante. In seguito, vi è un secondo periodo di latenza dopo il quale si hanno sintomi cardiaci.

DIAGNOSI

CRITERI MAGGIORI

Prove di infezione recente da streptococco A

Pancardite

Corea

Poliartrite migrante (oligoartrite o monoartrite) = gomito, polso, ginocchio, tibia

CRITERI MINORI

Noduli sottocute

Eritema marginale

Presenza di tachicardia sinusale

Soffi da rigurgito mitralico

Ritmo di galoppo di 3° tono

TERAPIA

Materiale del sito <http://www.lezionidimedicina.altervista.org/>

Non dare FANS prima che la diagnosi sia certa (cioè prima della comparsa di disturbi neurologici, noduli sottocutanei ed eritema marginale).

DIAGNOSI

- 2 criteri maggiori
- 1 criterio maggiore + 2 minori

SIEROCONVERSIONE

Il titolo anticorpale più frequentemente valutato è l'antistreptolisinico O ma per migliorare la sensibilità sono utili anche anti-DNA SB e anti-ialuronidasi.

TAMPONE FARINGEO

TERAPIA

Antistreptococcica
Pennicillamina e benzidina per profilassi
+profilassi anti-reinfezioni da streptococco

Da fare minimo 5 anni fino anche a tutta la vita.

Salicilati per l'artrite e glucocorticoidi per la cardite.
Riduzione dell'attività fisica fino alla scomparsa delle manifestazioni infiammatorie.