

## SINDROMUL POSTSTREPTOCOCIC MINOR, CAUZA FRECVENŢA DE EROARE DE DIAGNOSTIC CU REUMATISMUL ARTICULAR ACUT\*

C. Rusnac, Catrinel Rusnac-Stan, Martha Adler, Lucia Horga, Ana Gâbos

După cum se ştie erorile de diagnostic în reumatismul articular acut (R.A.A.) sînt de două categorii: 1. erori prin exces, în care se afirmă diagnosticul de R.A.A. în absenţa unor criterii majore care să-l motiveze, şi 2. erori prin insuficienţă, care constau din ignorarea bolii la copii la care diagnosticul de R.A.A. este perfect motivabil (7). În lucrarea de faţă, ne vom referi numai la prima categorie şi, în mod special, la eroarea cea mai des întîlnită în prezent, şi anume, afirmarea diagnosticului de R.A.A. într-un caz de sindrom poststreptococic minor (S.P.S.M.). Această eroare angajează nu numai responsabilitatea profesională a medicului, dar şi pe cea socială, deoarece supune, în mod nejustificat, un copil la un tratament curativ agresiv şi unul profilactic de lungă durată, pe deasupra şi foarte costisitor.

### *Material şi metodă*

Am analizat cazurile de S.P.S.M. internate în clinică cu diagnosticul de trimitere R.A.A., între anii 1975—1980, cu intenţia de a descoperi greşeala de interpretare diagnostică, adică acele elemente anamnestice, clinice şi de laborator care au condus la confundarea S.P.S.M. (manifestare minoră a sindromului poststreptococic) cu R.A.A. (una dintre manifestările sale majore).

### *Rezultate şi discuţii*

Între 1 ianuarie 1975 şi 31 decembrie 1980 s-au internat în clinică 46 copii care au pus probleme de diagnostic diferenţial între R.A.A. (diagnostic de trimitere) şi S.P.S.M. (diagnostic la externare), copii a căror vîrstă a variat între 3 şi 12 ani, dintre care 17 erau băieţi şi 29 fete.

\* Lucrare comunicată la Consfătuirea de pediatrie cu tema: Sindromul poststreptococic minor. Botoşan, 15 XI 1980.

Înainte de a trece la analiza propriu-zisă a cazurilor, vom face o scurtă prezentare a S.P.S.M., așa cum a fost el definit în 1968 de *Fidelle* (1) și *Stollerman* (9) și reactualizat de aceiași autori în 1971 (2) și, respectiv 1975 (10).

Diagnosticul de S.P.S.M. se bazează pe asocierea următoarelor semne clinice și de laborator:

1. Proba unei infecții streptococice recente: angină în antecedentele imediate cu exudat faringian pozitiv pentru streptococul beta-hemolitic grup A; creșterea semnificativă a titrului A.S.L.O.; scarlatină recentă.

2. Accelerarea V.S.H. (peste 50 mm/oră) persistând 2—3 săptămâni după stingerea infecției faringiene și/sau prezența proteinei C reactive.

3. Existența a încă cel puțin două semne minore dintre criteriile lui *Jones* (febră, artralgii, alungirea intervalului P—R sau alt semn electric); modificare a stării generale (anorexie, astenie, indispoziție); prezența în antecedente a unei alte crize de S.P.S.M.

4. Absența oricărui criteriu major de R.A.A.

Luând drept bază a discuțiilor diferențial-diagnostice acest tablou clinico-biologic al S.P.S.M., precum și bine cunoscutele criterii ale lui *Jones* (3, 7), în stabilirea diagnosticului de R.A.A., am împărțit cele 46 cazuri analizate în următoarele grupe, în funcție de eroarea comisă:

Prima grupă, și cea mai numeroasă, a cuprins 12 copii care au prezentat la examenul clinic poliartralgii cu caracter migrator (în 9 cazuri asociate și cu febră), iar la investigațiile de laborator V.S.H. accelerat și A.S.L.O. ridicat; în schimb, cordul a fost găsit normal, atât clinic cât și radiologic și electrocardiografic. Fără îndoială că acest tablou mimează la prima vedere simptomatologia unui R.A.A., dar lipsea pentru acest diagnostic, prezența a cel puțin unul dintre criteriile majore ale lui *Jones* (cardită, poliartrită, coree, eritem marginat și noduli subcutanați).

Al doilea grup a fost constituit din 7 copii care au prezentat sufluri cardiace funcționale (în patru cazuri) sau modificări electrocardiografice izolate (interval P—R alungit, bloc minor de ramură, aritmie extrasistolice), în trei cazuri, plus dovada serologică a infecției streptococice recente (A.S.L.O. crescut). Eroarea în aceste cazuri a constat din lipsa de discernământ în interpretarea unor sufluri sistolice apicale (în cazurile de față funcționale), ca și a unor semne electrice izolate, care în afara unui context revelator de cardită nu au valoare diagnostică (5). Se știe că astfel de semne se pot întâlni într-o serie de stări infecțioase sau postinfecțioase inclusiv cele poststreptococice, ca o manifestare funcțională de răspuns la agresiunea infecțioasă.

Al treilea grup mult mai eterogen — a fost alcătuit din 5 copii, prezentând: în 2 cazuri paloare, astenie, inapetență, V.S.H. moderat accelerat și A.S.L.O. crescut, după o angină streptococică în urmă cu 2 și respectiv, 3 săptămâni; febră prelungită, V.S.H. și A.S.L.O. crescute în alte 2 cazuri și o monoartrită cu V.S.H. normal dar A.S.L.O. ridicat, monoartrită care a dispărut după 2 săptămâni de repaos la pat și antialgice. În consecință, și acești copii prezentau numai semne minore de sindrom poststreptococic și nici un semn major de R.A.A., chiar și artrita monoarticulară fiind considerată de unii autori criteriu minor (implicarea a cel puțin două articulații și cu caracter migrator fiind obligatorii pentru a constitui un semn major de boală poststreptococică reumatismală (3).

Pe scurt, dacă încercăm să recapitulăm și, totodată, să sintetizăm cele de mai sus, se pare că la baza acestor erori de diagnostic a stat o greșeală de interpretare a noțiunii de sindrom poststreptococic. Atita vreme cât un copil de vîrstă școlară, care a trecut peste o infecție streptococică (cel mai ades angină), nu prezintă nici o simptomatologie clinică manifestă, ci numai modificări imunobiologice de tip A.S.L.O. crescut, nimeni nu se gîndește la R.A.A., etapa cînd un A.S.L.O. ridicat era considerat egal cu reumatism acut, fiind de mult depășită (5). Dar, în momentul cînd apar și unele manifestări clinice sau electrocardiografice, chiar minore (de tip S.P.S.M.), atunci apar și dificultățile de încadrare — uneori reale — unui medicu practicieni fiind tentați să afirme, fără prea mult discernămint, existența unui R.A.A. Or, pentru a tranșa corect această problemă, esențial mi se pare a cunoaște bine, în primul rînd conținutul noțiunii de sindrom poststreptococic (S.P.S.) și, în al doilea rînd, semnificația minoră sau majoră ce se acordă manifestărilor sale clinice și de laborator, cu alte cuvinte de a ști pînă unde este S.P.S.M. și de unde începe R.A.A. Aceasta deoarece, în timp ce diminuarea incidenței R.A.A. este evidentă în ultimii 10—15 ani, ca și atenuarea formelor sale severe, incidența S.P.S.M. este în net progres la ora actuală, iar potențialul său evolutiv încă greu de apreciat. Studii longitudinale, pe loturi mari de copii cu forme minore de S.P.S., au arătat totuși că numai dispensarizarea și aplicarea corectă a profilaxiei antistreptococice sînt în măsură să împiedice evoluția acestor cazuri spre un R.A.A. (4).

### Concluzii

1. S.P.S.M. este o entitate autonomă în cadrul sindroamelor poststreptococice, din ce în ce mai frecvent întîlnit la ora actuală.
2. Diagnosticul de S.P.S.M. trebuie pus cu discernămint, deoarece tendința de exagerare este la fel de dăunătoare, ca și cea de minimalizare.
3. Experiența clinică arată că în practica de ambulator, S.P.S.M. este foarte ades confundat cu R.A.A., eroarea de diagnostic constînd în interpretarea greșită a manifestărilor articulare, a suflurilor cardiace și/sau a unor modificări electrocardiografice izolate.
4. Tratamentul, mai puțin codificat decît în R.A.A., are la bază profilaxia antistreptococică de 1—2 ani de zile, care să împiedice evoluția spre o formă majoră a bolii poststreptococice.

### Bibliografie

1. *Fidelle J. E.*: Medicorama (1968), 51, 52; 2. *Fidelle J. E.*: *Méd. infant.* (1971), 8, 537; 3. *Geormăneanu M., Walter Anneliese*: *Pediatria* (1976), 2, 99; 4. *Goldiș Gh., Caimacan D., Ionescu Titica, Oprea Ioana, Struhl I., Tocineanu Eugenia*: *Pediatria* (1973), 4, 339; 5. *Manicatlde Elena, Horhogeia Gita*: *Viața medicală* (1976), 9, 271; 6. *Popescu O.*: De la simptom la sindrom în patologia pediatrică. Ed. med. București, 1980; 7. *Priscu R., Măiorescu M.*: *Bolile reumatismale la copil*. Ed. med. București, 1970; 8. *Rusnac-Stan Catrinel, Rusnac C., Csidey J., Lengyel Zsuzsanna, Hompoth Eva*: *Contribuții la studiul profilaxiei primare a reumatismului articular acut prin controlul activității infecției streptococice la copii cu sindrom*

poststreptococic minor. Lucrare comunicată la Sesiunea anuală a Centrului de cercetări medicale Tîrgu Mureş, 27 aprilie 1980; 9. *Stollerman G. H., Pearce A. Iris: Adv. intern. med. (1968), XIV, 201*; 10. *Stollerman G. H.: Rheumatic fever and streptococcal infection. Grune and Stratton, New York—San Francisco—London, 1975.*

*Sosit la redacție: 3 februarie 1981*

*C. Rusnac, Martha Adler, Lucia Horga, Ana Găbos*

**MINOR POSTSTREPTOCOCCIC SYNDROME, THE FREQUENT CAUSE OF  
DIAGNOSTIC ERROR IN ACUTE ARTICULAR RHEUMATISM  
(CONSIDERATIONS ON THE CASES HOSPITALIZED IN THE CLINIC  
OF PAEDIATRICS)**

The authors have analysed the diagnostic errors made in 46 children having minor poststreptococic syndrome and sent for hospitalization to the clinic with the diagnosis of acute articular rheumatism. All the children showed an increased A.S.L.O., and besides that, there were only minor signs of poststreptococic syndrome, lacking any major criterion for the diagnosis of acute articular rheumatism. The diagnostic error was due to the wrong interpretation of the significance of articular manifestations, of some electrocardiographic modifications and of certain general signs of illness. In conclusion, the authors insist upon some more knowledge about poststreptococic syndrome in general, and about the minor manifestations of this syndrome in particular.

---