

STRUCTURA ETIOLOGICĂ
ȘI ASPECTELE DE ANTIBIOREZISTENȚĂ
ÎN AMIGDALITELE BACTERIENE ACUTE LA COPII

Ludmila SERBENCO¹,
Galina RUSU¹, Gabriela DANIF, Diana VLAD²,
Nadejda SENCU¹, Tatiana ALEXEEV¹, Ludmila BIRCA²,
¹Catedra Boli Infecțioase FECMF, USMF N. Testemițanu
²IMSP Spitalul Clinic Municipal de Boli Contagioase de Copii

Summary

Etiological structure and antibacterial resistant aspects in the acute bacterial tonsillitis of children

Acute tonsillitis infection remains an actual problem. In the period of 2010–2011 in Municipal Infectious Hospital 150 cases of tonsillitis infection were studied. In those study were mentioned peculiarities the clinical evolution, diagnosis and antibacterial resistant aspects. Etiological agent predominantly are Streptococcus, Staphylococcus aureus, Haemophilus influenzae.

Key words: bacterial tonsillitis, antibacterial resistant, Streptococcus, Staphylococcus aureus, Haemophilus influenzae.

Резюме

Этиологическая структура и антибактериальная резистентность при бактериальных ангинах у детей

Острые бактериальные ангины продолжают быть одной из проблем здоровья детей в Республике Молдова. Нами проанализировано течение болезни у 150 детей с ангинами. Были выявлены особенности клиники, этиологическая структура и антибактериальная резистентность при бактериальных ангинах у детей, эффективность лечения. Доминирующим этиологическим фактором были Streptococcus, Staphylococcus aureus, Haemophilus influenzae.

Ключевые слова: бактериальная ангина, антибактериальная резистентность, Streptococcus, Staphylococcus aureus, Haemophilus influenzae.

Actualitatea temei

După infecțiile acute ale căilor respiratorii superioare, amigdalitele sunt cele mai frecvente boli infecțioase. Amigdalita reprezintă inflamația de natură infecțioasă a țesutului limfoid al faringelui, care se caracterizează prin modificări de alterare, exudare și proliferare a parenchimului amigdalelor palatine. Inflamația amigdalelor se extinde și, de cele mai multe ori, cuprinde pilierii faringieni producând faringoamigdalita.

În perioada copilăriei faringoamigdalitele sunt afecțiuni foarte frecvente. Se pare ca aproape toți copiii fac cel puțin un episod de faringoamigdalită. Contagiozitatea amigdalitelor este mare, fapt prin care se explică importanța lor epidemiologică. Infecția poate fi transmisă pe cale aeriană, prin picături de salivă expulzate în timpul tusei, strănutului sau chiar vorbirii.

Amigdalitele pot fi provocate de numeroși agenți patogeni, a căror implicare în etiologia amigdalitelor diferă în funcție de vârstă, condiții climaterice, prezența unor epidemii etc. La sugar și copilul mic cauza cea mai frecventă a inflamației faringiene sunt virusurile. La vârsta școlară și la adolescenți peste 30% din amigdalite sunt provocate de streptococul beta-hemolitic grupul A. Mai rar în etiologia amigdalitelor acute sunt implicați alți streptococi (grupele B, C, F și G), stafilococul auriu, pneumococi, meningococi, bacili gramnegativi aerobi și anaerobi, germeni intracelulari (*Mycoplasma spp.*, *Chlamydia spp.*) etc.

Amigdalitele primare pot fi favorizate de o serie de factori locali – leziuni ale mucoasei faringiene (prin ingestii accidentale, badijonări „terapeutice”) – sau generali, care duc la scăderea rezistenței locale. În condițiile depășirii mecanismelor de apărare locală și generală, bacteriile pot disemina fie prin extindere loco-regională a infecției (otita medie, sinuzita, mastoidita, adenita supurată), fie prin trecerea în circulație, realizând bacteriemie și uneori septicemie.

Amigdalita netratată este foarte periculoasă din cauza complicațiilor: celulita periamigdaliană datorată extinderii infecției în afara capsulei amigdalelor; abcese periamigdalice, mediastinite, endocardita bacteriană, în cazul etiologiei pneumococice – artrita septică, glomerulonefrita.

Tabloul clinic al amigdalitelor bacteriene poate avea aspecte diferite, în funcție de etiologia și virulența tulpinilor microbiene implicate, și adenopatie regională submandibulară și latero-cervicală. Examinările de laborator nespecifice evidențiază prezența sindromului inflamator: VSH accelerată, leucocitoza cu neutrofilie, fibrinogen și proteina C-reactivă crescute. Precizarea diagnosticului se face prin evidențierea germenilor microbieni în exsudatul faringian (frotiu și culturi pe medii de cultură).

Scopul studiului: determinarea structurii etiologice și a particularităților clinico-epidemiologice ale amigdalitelor bacteriene acute la copii și aspecte de antibioerezistență.

Materiale și metode

Studiul a fost realizat în perioada 2010-2011. Au fost examinați bolnavi și fișele medicale a 150 de copii tratați în SCBCC, cu vârstă cuprinsă între 9 luni și 17 ani, dintre care 78 de băieți și 72 fete. Majoritatea copiilor (98%) erau din mediul urban și frecventau o colectivitate pentru copii (71,3%). Din examenele paraclinice s-au efectuat: analiza generală a sângelui, a urinei, examene biochimice, la necesitate, și consultul medicului ORL. La toți pacienții s-au cercetat frotiurile din orofaringe pentru depistarea florei bacteriene. Prin metoda difuzimetrică s-a determinat sensibilitatea microbilor la antibiotice.

Rezultate și discuții

Studiul a inclus 150 de pacienți cu amigdalită bacteriană confirmată prin depistarea florei bacteriene acute în frotiul din orofaringe. Pacienții au fost repartizați pe grupe de vârstă: până la 1 an – 3 copii (2%), 1-2 ani – 21 (14%), 3-5 ani – 71 (43,7%), 7-10 ani – 2 (14,7%), 11-14 ani – 10 (8,6%) și 16-17 ani – 20 copii (13,3%). Se observă o creștere a numărului de cazuri în grupa de vârstă de la 3 la 5 ani (47,3%).

Majoritatea bolnavilor (65%) s-au internat în spital în primele zile de boală, dar în 35% din cazuri – după a 4-6-a zi de la debut.

Diagnosticul de trimitere în 54 cazuri a fost amigdalita foliculară, în 24 (16%) – amigdalită lacunară (37,3%). Amigdalita asociată cu IRA – 28 (18%) cazuri, cu gripa – în 4 (3%) și cu amigdalita catarală – la 8 (5,3%) copii. Diagnosticul de trimitere a mai inclus: mononucleoza infecțioasă – 2 cazuri, rubeola, scarlatina – 2, parotidită epidemică – 1, limfadenită cervicală – 2.

Debutul maladiei la pacienții din studiu a fost acut, cu semne generale de intoxicație: febra în 100% cazuri, cu valori de la 37,8°C până la 40°C, care s-a menținut 3-5 zile; cefalee – 22% cazuri, vome – 10%, dureri la deglutiție – 79%; hiporexie – 66%; respirație îngreunată – 18%, slăbiciune generală – 69%, tuse – la 35% copii. Tumefierea ganglionilor limfatici cervicali submandibulari a fost depistată în 88% din cazuri, fiind dureroși sau sensibili la palpare la 28% bolnavi. Boli concomitente au avut 86% din pacienți: IRA – 54%, bronșită acută – 8%, dermatită alergică – 5,8%, hipertrofie adenoidală – 5%, anemie – 32%, herpes labial – 3,5%.

În funcție de forma clinică a bolii, amigdalita lacunară a fost diagnosticată la 109 (72,6%) bolnavi, amigdalită foliculară – la 38 (25,4%) și amigdalita necrotică – la 3 copii (2%).

În conformitate cu criteriile de severitate (semnele de intoxicație, caracterul depunerilor pe amigdale, intensitatea poliadenopatiei), starea generală a pacienților în momentul spitalizării a fost apreciată

ca gravă în 30% din cazuri și de gravitate medie – în 70%. Hiperemie difuză a mucoasei orofaringiene, edem și hipertrofia amigdalelor palatine au fost determinate la toți bolnavii; hipertrofie evidentă (gr. II-III) a amigdalelor s-a observat la copiii de toate vârstele, dar preponderent la școlari. Depuneri purulente în lacune s-au atestat în 72% din cazuri, în foliculi – 25%, necroze superficiale s-au vizualizat la 3 bolnavi.

La momentul spitalizării hemoleucograma prezenta anemie de diferit grad în 66% din cazuri, mai frecvent la copii până la 5 ani. În 60% cazuri s-a atestat leucocitoză, în 80% – neutrofilie și VSH accelerat (43,3%). Diagnosticul s-a confirmat bacteriologic la toți bolnavii din studiu prin examinarea frotiurilor din orofaringe (tabelele 1, 2).

Tabelul 1

Structura etiologică a amigdalitelor bacteriene cu implicarea unui singur agent patogen

N/o	Agenti patogeni depistați	nr.	%
1.	Streptococcus pyogenes	23	20,3
2.	Streptococcus gr. G	22	19,4
3.	Streptococcus pneumoniae	21	18,5
4.	Streptococcus grup C	13	11,5
5.	Streptococcus salivaris	7	6,2
6.	Staphylococcus aureus	15	13,4
7.	Haemophilus influenzae	12	10,6
8.	Total	113	100,0

Tabelul 2

Structura etiologică a amigdalitelor bacteriene cu implicarea mai multor agenți patogeni

N/o	Agenti patogeni	Nr. abs.	%
1.	Streptococcus pyogenes+Staphylococcus aureus	5	13,5
2.	Streptococcus pyogenes+Haemophilus influenzae	4	10,8
3.	Streptococcus pneumoniae+Haemophilus influenzae	6	16,2
4.	Streptococcus grup C+Staphylococcus aureus	3	8,1
5.	Streptococcus grup G+Staphylococcus aureus	6	16,2
6.	Streptococcus grup G+Haemophilus influenzae	3	8,1
7.	Streptococcus pneumoniae+Haemophilus influenzae+Staphylococcus aureus+Candida tropical	3	8,1
8.	Streptococcus pyogenes+Haemophilus influenzae+Staphylococcus aureus	3	8,1
9.	Streptococcus pyogenes+Candida albicans+aspergillus	2	5,4
10.	Candida tropical+Streptococcus agalactic	2	5,4
11.	Total	37	100

Etiologia amigdalitelor a fost dominată de *Streptococcus pyogenes* (20%), *Streptococcus pneumoniae* (18%), *Staphylococcus aureus* (13%), *Haemophilus influenzae* (10%). În 37 cazuri structura etiologică a amigdalitelor consta din 2 sau 3 agenți cauzali (tabelul 2).

A fost analizată sensibilitatea agenților cauzali ai amigdalitelor acute la antibiotice. Din datele obținute reiese că majoritatea germenilor păstrează sensibilitatea la penicilină, inclusiv la aminopenicilină și macrolide, cloramfenicol, de asemenea la antibioticele de rezervă (ceftriaxon, cefatoxim, vancomicină).

Tratamentul antibacterian inițiat empiric a inclus antibiotice din grupa penicilinei (52,6%), cefalosporine (cefuroxim – 18%, cefazolină – 6%, cefotaxima – 3,3%, ceftriaxon – 4%), macrolide (macropen – 2%). Conform rezultatelor antibiogrammei și din cauza ineficienței antibioterapiei inițiale, s-a schimbat antibioticul. Durata antibioterapiei a fost în medie de 8-10 zile. Copiii externați devreme au primit la externare o doză de bicilină i/m conform vârstei. Evoluția bolii a fost benignă la toți pacienții. Dintre complicații mai frecvent s-au înregistrat infecția căilor urinare (13%) și candidoza mucoaselor bucale (10%)

Concluzii

1. Amigdalitele bacteriene acute s-au înregistrat preponderent la copiii în vârstă de la 1 la 5 ani (62,6%) în perioada rece a anului.
2. Amigdalitele bacteriene acute au evaluat cu tablou clinic tipic: febră, disfagie, depuneri albicioase în lacune (72%) sau în foliculi (25%) și tumefierea ganglionilor limfatici submandibulari.
3. În structura etiologică a amigdalitelor bacteriene acute predomină *Streptococcus pyogenes* (20%), *Streptococcus* grupele G și C (19,3% și 12,7% corespunzător), *Streptococcus pneumoniae* (18,6%), urmat de *Staphylococcus aureus* (13%)

- și *Haemophilus influenzae* (10,7%). În 24% din cazuri s-au depistați asocieri de germeni.
4. Sensibilitatea microbilor depistați la antibiotice se manifestă prin păstrarea sensibilității streptococilor la grupa penicilinei, inclusiv la aminopenicilină (46%), macrolide (20%), cefalosporine de generațiile II-III (54%); stafilococul rămâne sensibil la oxacilină (58%). *Haemophilus influenzae* prezintă sensibilitatea la cloramfenicol; s-a modificat sensibilitatea microbilor la cotrimoxazol.
5. Majoritatea agenților cauzali ai amigdalitelor bacteriene acute păstrează sensibilitatea la peniciline, inclusiv aminopeniciline și macrolide. Sunt sensibile la antibioticele de rezervă (cefalosporine, generația III, vancomicină), ultimii însă pot servi numai ca tratament alternativ.

Bibliografie selectivă

1. Augustin Cupșa, *Boli infecțioase transmisibile*. Curs universitar, Craiova, 2007.
2. Ileana Rebera, *Boli infecțioase*, București: Editura medicală, 2000.
3. Rusu G. și coaut., *Boli infecțioase la copii*. Manual, Chișinău, 2012, p. 6-8.
4. Pilly E., *Maladies Infectieuses et Tropicales* (20-e edition), 2006.
5. Red Book Report of the Committee on Infections Diseases, American Academy of Pediatrics, 2003.
6. Victoria Zanc, *Boli infecțioase*, Cluj-Napoca, 2011.
7. Иванова В.В., *Инфекционные болезни у детей*, Москва, 2002.
8. Покровский В.И., Пак С.Г., *Инфекционные болезни и эпидемиология*, Москва, 2004.
9. Тимченко В.Н. с соавт., *Диагностика, дифференциальная диагностика и лечение детских инфекций*, Санкт-Петербург, 2005.
10. Учайкин В.Ф., *Руководство по инфекционным болезням у детей*, Москва, 1998
11. Учайкин В.Ф., Нисевич Н. И., Шамшева О. В., *Инфекционные болезни у детей*, Москва, 2011.