

Bibliografie

1. SANDER. R. Diagnosis and treatment of otitis externa – Ann. Otol. Rhinol Laryngol Suppl 1999; 176; 1-23.
2. SHEA Cr. Demuntologic diseases of the external auditive canal. Otolaryngology Clin North Am 1966, 29: 783-94.
3. LUCETE FE. Fungal infection of the external ear. Otolaryngology Clin. North Am 1993;26,995-1006).
4. MIRZA N. Otitis externa. Management in the primary care office. Postgrad med. 1996.99 153-4 157-8.
5. SENTURIA B.H., MARCUS M.D. Diseases of the external ear 2 nd – ed. New York: Grune & Stratton 1980.
6. Selesnick Otitis externa: management of the Recalcitrant case, Am. J. Old 1994, 15; 408.
7. R. SANDER. Otitis externa: A Practical Guide to Treatment and Prevention – An Familiy Physician 2001 vol. 63 No.5 pg. 927-936).
8. KAUR R MITTAL N. Otomycosis; a clinica mycologic study Ear Nose Throat J. 2000, 79, 606-9.
9. ROLAND PS, STROMAN DW. Microbiology of acute otitis externa. Laryngoscope 2002 112 1166-77.

AMIGDALITA CRONICĂ ASOCIATĂ CU ARTRITA REACTIVĂ

THE CHRONIC AMYGDALITE ASSOCIATED WITH REACTIVE ATHRITIS

A. Sandul, L. Groppa, C. Andronachi

Catedra Otorinolaringologie USMF "N.Testemițanu"

Summary

The hystocompatibility system of HLA has an important role in the appearance and the evolution of different pathologies. This data is necessary for elaborating new criteria of diagnosis for determinig the groups of people, who are predisposed to these illnesses and improving the principles of treatment for the patients with different forms of chronic amygdalite associated with the reactive arthritis.

Rezumat

Sistemului de histocompatibilitate HLA are un rol important în apariția și evoluția diferitor patologii. Aceste date sunt necesare pentru elaborarea noilor criterii de diagnostic pentru aprecierea grupelor de persoane predispușe la aceste boli și a perfecționa principiile de tratament ale pacienților cu diferite forme de amigdalită cronică asociată cu artrita reactivă.

Actualitatea temei

Amigdalita cronică și rolul ei în dezvoltarea patologiei diferitor organe și sisteme rămâne o problemă actuală și în ziua de azi. Deseori consecințele amigdalitei cronice sunt numeroasele complicații cardio-vasculare, articulare, renale ș.a., care duc la pierderea de lungă durată a capacității de muncă și invaliditate.

În prezent, necătând la numeroasele examinări, îndreptate spre diagnosticarea formelor de amigdalită , rămân nerezolvate un șir de întrebări cu privire la patogeneza și tratamentul amigdalitei cronice și patologiilor asociate ei.

Insuficiența eficacității măsurilor de tratament este condiționată într-o anumită măsură de subaprecierea rolului imunogenetic al aspectului etiologic și patogenetic al patologiei.

În ultimii ani s-au obținut rezultate evidente în studierea corelației dintre boală și antigenii complexului major de histocompatibilitate – HLA(Human Leucocyte Antigens). Antigenele HLA sunt antigene de suprafață ale celulelor umane, care conferă individualitatea biologică a fiecărui organism, fiind variabile de la un subiect la altul. Ele reprezintă cel mai polimorf sistem genetic al omului, o adevărată „carte de identitate” a individului. Sistemul HLA, fiind situat pe brațul scurt al cromosomului 6 somatic, codifică moleculele ce prezintă antigene pentru receptorul limfocitului T. La baza acestui complex este fenomenul de predispunere la diferite maladii.

În prezent, sunt numeroase lucrări consacrate studierii rolului sistemului HLA în apariția și evoluția diferitor patologii. Aceste date sunt necesare pentru a perfecționa principiile de tratament ale pacienților cu diferite forme de amigdalită cronică asociată cu alte patologii, elaborarea noilor criterii de diagnostic pentru aprecierea grupelor de persoane predispușe la diferite boli.

Așadar, în abordul curativ, prezența genelor complexului HLA sunt un indiciu pentru necesitatea unei terapii agresive cât mai precoce. El se implică major în patogenia bolii, codificând evoluția, pronosticul și efectele terapiei.

Discuții

Problema amigdalitei cronice an de an este tot mai actuală nu doar în domeniul medicinei, dar și în context social. În ultimii ani, datorită studierii diferitor forme de amigdalită cronică au apărut noi metode de diferențiere mai sigură a formei compensate și

decompensate a amigdalitei, de asemenea de a depista forma non-anginoasă, care poate duce la apariția numeroaselor complicații la distanță, cel mai des întâlnită fiind artrita reactivă poststreptococică.

Începând cu secolul al 18-lea, s-a descoperit o largă varietate de sindroame clinice asociate cu febra scarlet. Crea și Mortimer au descris „artrita scarlatinoasă” în concordanță cu tradițiile lor, ca fiind o artrită asociată cu febra scarlet la copii, majoritatea cărora au fost diagnostica și cu un început de febră reumatică acută sau la care s-a descoperit evoluția patologiei reumatice a cordului pe parcursul anilor. Deci, „artrita scarlatinoasă” a fost plasată în spectrul FRA. Ca entitate clinică homogenă față de febra reumatică acută și de alte forme de artrită reactivă a fost propusă denumirea de artrită reactivă poststreptococică.

Femeile și bărbații, bătrânii și copiii ce suferă de amigdalită cronică și artrită reactivă poststreptococică sunt afectați deopotrivă. Vârsta celor afectați de artrită reactivă poststreptococică tinde să fie una bilunara, cu o maximă în limita vârstei de 8-14 ani și alta în limita vârstei de 21-37 ani. Artrita reactivă are o singură maximă în limita vârstei de 27-34 ani. Distribuția geografică a cazurilor de amigdalită cronică asociată cu artrită reactivă poststreptococică pare a demonstra o prevalență mai mult eronată decât adevărată. Informație insuficientă este prezentă în ceea ce privește complexul de histocompatibilitate - HLA.

Din literatură se poate sublinia posibilitatea ca un set de pacienți cu amigdalită cronică și artrită reactivă poststreptococică care au HLA-B27-pozitiv tind să sufere de sacroileită. Oricum, asociația cu HLA DRB*01, A28, A2,B12, A2B7, B35 Cw4 necesită o analiză mai profundă.

Au fost subliniate cazuri ce asociază artrita reactivă poststreptococică cu amigdalita cronică provocată de streptococii din grupa A, B, C sau G. Proteina-M serologică a fost „non-reumatogenă” determinată în toate cazurile, chiar și la cei la care era depistat streptococul din grupa A. Aceasta, de asemenea, poate fi comparată cu descoperirile unui chestionar referitor la culturile faringiene la copiii cu faringita acută, la care în mai mult de 50% s-a depistat streptococul din grupa A, iar la restul grupa C sau G. Trebuie de accentuat că copiii sănătoși sunt mai des purtători de streptococi hemolitici în faringe, în comparație cu adulții.

Afectarea articulară este de obicei nemigratoare și afectează mai frecvent articulațiile mari, în special cele ale părții inferioare ale corpului. Monoartritele, oligoartritele și poliartritele sunt reprezentate deopotrivă.

Tabel 1. Indicii clinici și de laborator în amigdalita cronică asociată cu artrita reactivă poststreptococică

Caracteristici	Artrita reactivă poststreptococică
Antecedente de amigdalită streptococică gr.A	da
Perioada dintre amigdalită și afectare articulară	<2 săptămâni
Artrita migratoare	nu
Afectarea articulațiilor distale	da
Afectarea articulațiilor axiale	da
Afectarea cordului	da
Pericardită	rar
Miocardită/valvulită	6%
Asociația cu alelele HLA-DRB1	DRB1*01

Concluzii

Analiza imunogenetică are un rol primordial în selectarea tacticii corecte de tratament (chirurgical sau conservativ) a amigdalitei cornice.

Tipizarea bolnavilor după sistemul HLA poate fi utilă în prognozarea eficacității efectuării tratamentului conservativ sau amigdalectomiei la bolnavii cu amigdalită cronică asociată cu sindrom articular.

Bibliografie

- AHMED S, AYOUB EM, SCORNIK JC, WANG C-Y, SHE J-X. Poststreptococcal reactive arthritis. Clinical characteristics and association with HLA-DR alleles. *Arthritis Rheum* 1998;41:1096-102.
- GUNNARSSON RK, HOLM SE, SODERSTROM M. The prevalence of beta-haemolytic streptococci in throat specimens from healthy children and adults. Implications for the clinical value of throat cultures. *Scand J Prim Health Care* 1997;15:149-55.
- HAIDAN A, TALAY SR, ROHDE M, SRIPRAKASH KS, CURRIE BJ, CHHATWAL GS. Pharyngeal carriage of group C and group G streptococci and acute rheumatic fever in an Aboriginal population. *Lancet* 2000;356:1167-9.
- HIGHTON J, PRIEST D. Reactive arthritis: characteristics in southern New Zealand. *NZ Med J* 1996;109:93-5.
- ZAMAN MM, ROUF MA, HAQUE S et al. Does rheumatic fever occur usually between the ages of 5 and 15 years? *Int J Cardiol*.1998;66:17-21.