

ANGINELE ACUTE

Prof. Dr. Valeriu Popescu

Clinica de Pediatrie, Spitalul Clinic de Copii „Dr. Victor Gomoiu“, București

REZUMAT

Articolul prezintă anginele și faringitele acute – infecții ale regiunii orofaringiene – cu: diferențierea (didactică) dintre angine și faringite, clinica [formele clinice ale anginelor: eritematoase, eritemato-pultacee, ulceroase și ulcero-necrotice, flegmonoase, pseudomembranoase, veziculoase (herpangina)], etiologia (bacteriană-predominantă cu streptococul grup A, virale), examenele paraclinice și atitudinea terapeutică.

Cuvinte cheie: Angine acute; faringite; forme clinice; etiologie; tratament

RÉSUMÉ

L'auteur présente: définition; démarche diagnostique [angine streptococcique, angines virales, angine érythémateuse, angine érythémato-pultacée, angine pseudo-membraneuses, angines ulcéro-nécrotiques, angines phlegmoneuses, angines vésiculeuses [herpangine]; l'examen bactériologique; complications des angines streptococciques; traitement.

Mots cléé: Angines et pharyngites; formes cliniques; agents étiologiques; traitement.

Anginele sunt infecții ale regiunii orofaringiene. În mod obișnuit, anginele se diferențiază de faringite, dar această distincție este greu de stabilit la cei mai mulți copii.

În practica pediatrică angina este o infecție predominantă a amigdalelor (amigdalita acută), iar faringita este o infecție mai difuză, extinsă la toată mucoasa faringiană. La un copil amigdalectomizat trebuie să se vorbească numai de faringită.

Anginele se manifestă de la vârsta de 4 luni, frecvența lor maximă fiind la vârsta școlară și la adolescență.

Diagnosticul unei angine este de obicei ușor, fiind sugerat de durerile spontane sau provocate la deglutiție (disfagie). Se asociază: febra, modificarea stării generale, uneori vărsături. La examenul cavității bucale se precizează aspectul anginei, sediul (uni sau bilateral), extensia (pilieri, luetă, vălul palatin, peretele posterior al faringelui), precum și alte semne asociate (gingivită, stomatită, purpură etc).

Examenul regional pune în evidență adenopatii cervicale și subangulomandibulare; se apreciază volumul, fermitatea și mobilitatea ganglionilor afectați. Se cercetează, de asemenea, starea mucoaselor nazale și conjunctivale, aspectul timpanelor.

Examenul general urmărește prezența eventualei a altor adenopatii periferice, a unei hepatosplenomegalii, erupții cutanate, a semnelor meningeale.

În practica pediatrică este obișnuit să se diferențieze anginele asociate cu alte semne ale sferei respiratorii (rinită, bronșită sau pneumonie), care evocă în primul rând o etiologie virală, de anginele izolate, care sunt de obicei de etiologie bacteriană.

După aspectul anatomo-clinic, anginele se clasifică în:

- **Angine eritematoase.** Acestea se caracterizează prin „gât roșu“, intens, uniform, cu amigdale mărite în volum, edem (inconstant) al pilierilor, vălului și luetei.
- **Angine eritemato-pultacee.** Acestea se caracterizează prin prezența pe mucoasa orofaringiană eritematoasă a unui exsudat alb-cremos, cu dispoziție punctiformă pe amigdale; exsudatul este decolat ușor, iar subiacent se remarcă o mucoasă hiperemică.
- **Angine ulceroase și ulcero-necrotice.** Se caracterizează prin ulceratii pe vălul palatin și amigdale, cu un aspect hemoragic și fetiditatea halenei. În acest cadru se disting: angina Vincent, datorită asocierii a doi germeni (*Fusobacterian necrophorum* și un spirochet din genul *Borrelia*) și angina ulcero-necrotică.
- **Angine flegmatoase.** Acestea sunt aspecte înșelătoare ale unor angine bacteriene caracterizate prin amigdale mult hipertrofiat, uneori unilateral și care trebuie diferențiate de flegmonul adevărat al amigdalei, care este o supurație bacteriană.
- **Angine pseudomembranoase.** Se caracterizează prin prezența de false membrane albe, sidefii sau cenușii, foarte aderente, ce invadează rapid amigdalele, pilierii și luetă. Acest aspect este evocator pentru difterie sau mononucleoza infecțioasă.
- **Angine veziculoase.** Sunt mai rare. Herpangina este mai mult o faringită decât o angină; se caracterizează prin prezența de vezicule și ulceratii minime pe pilierii anteriori, văl, luetă, peretele posterior al faringelui și fața internă a amigdalelor. Acest aspect poate fi precedat de prezența de elemente peteșiale ce evocă o infecție virală (diferite tipuri de virus Cocksackie A).

Agenții etiologice principale ai anginelor acute sunt bacteriile (streptococul grup A, streptococul C, G, meningococul, *Hemophilus influenzae*, anaerobi, b. difteric, *Mycoplasma pneumoniae*) și virusurile (rhinovirusurile, coronavirusurile, adenovirusurile, virusurile gripale, virusurile paragripale, virusul sincițial respirator, enterovirusurile - ECHO și Cox-sackie - și virusul herpes simplex).

Agenții patogeni ai anginelor acute se asociază cu manifestări evocatoare astfel:

• **bacteriile:**

- streptococul grup A se asociază cu angină eritemato-pultacee sau angină eritematoasă, totdeauna cu disfagie; streptococii C și G cu angină eritematoasă; meningococul cu faringită; *Hemophilus influenzae* cu faringită; anaerobii (asociația fuso-spirilară) cu angina Vincent, ulcerosă, unilaterală; bacilul difteric cu angină pseudomembranoasă; *Mycoplasma pneumoniae* cu asociere de semne bronșice și/sau pulmonare;

• **virusurile:**

- rhinovirusurile cu rinită asociată frecvent cu alte semne respiratorii; coronavirusurile cu rinită asociată frecvent cu alte semne respiratorii; adenovirusurile cu conjunctivită evocatoare; virusurile gripale cu mialgii, tuse; virusurile paragripale cu faringită, rinită, tuse (pneumopatie); virusul sincițial respirator cu rinofaringită; enterovirusurile (ECHO, Cox-sackie) cu herpangină, virusul *herpes simplex* cu leziuni de gingivo-stomatită.

Anginele ulcerosase și/sau necrotice se constată mai ales la debutul leucemiilor limfoblastice acute.

Problema principală în practica pediatrică este de a diferenția anginele de cauză virală de cele streptococice.

Anginele virale sunt mult mai frecvente, dar importanța lor epidemiologică este minoră, deoarece consecințele terapeutice sunt nule.

Anginele streptococice constituie una din infecțiile bacteriene cele mai frecvente ale copilului. Incidența anginei streptococice este maximă iarna și la începutul primăverii; vârsta de elecție este între 3 și 18 ani. După o incubatie scurtă de 2-4 zile,

angina streptococică debutează, de obicei, brusc, cu febră mare, disfagie și cefalee, vărsături, dureri abdominale. Amigdalele sunt mărite în volum, congestionate sau eritemato-pultacee.

Vălul palatin și lueta sunt hiperemice și edemate, cu elemente peteșiale purpurice. În mod tipic, angina streptococică nu se însoțește de coriză, nici de conjunctivită, nici de tuse, nici de laringită. În absența complicațiilor, angina streptococică se vindecă spontan în 4-6 zile, iar amigdalele și ganglionii cervicali și subangulomandibulari rămân măriți în volum timp de încă câteva săptămâni.

Angina este însoțită de leucocitoză cu polinucleoză. Originea streptococică este afirmată prin examenul exsudatului faringian. Răspunsul imunitar serologic se dezvoltă în următoarele 2 săptămâni ce urmează anginei streptococice; concentrația ASLO (antistreptolizinelor O) crește peste 300 u.i./ml la 50-60% dintre bolnavi.

Tratamentul anginei streptococice vizează eradicarea streptococului din faringe, în scopul limitării riscurilor de contaminare a anturajului și mai ales a prevenirii, la bolnavii în vârstă de peste 3 ani, a RAA (reumatismului articular acut), din fericire cu totul excepțional în prezent. Prevenirea RAA este asigurată dacă tratamentul antibiotic este întreprins în primele 7-8 zile ale infecției faringiene și dacă se obține eradicarea germenului cauzal. Se va institui un tratament cu penicilină timp de 10 zile; se utilizează fie penicilină V 100.000 u.i./kg, în trei prize pe zi, pe cale orală, cu eficacitate însă nesigură, fie penicilină G 50.000 - 100.000 u.i./kg, în 3 prize pe zi, pe cale intramusculară, fie o singură injecție intramusculară de benzathin penicilină (Extencilline), 600.000 u.i. la copiii cu greutate sub 30 kg și 1.200.000 u.i. la copiii peste 30 kg. În caz de alergie la penicilină se administrează eritromicină per os, 50 mg/kg/zi, în 2 prize, în cursul meselor.

Tratamentul corect al anginelor streptococice a fost urmat de diminuarea marcată a complicațiilor nesupurative (reumatismul articular acut, glomerulonefrita acută poststreptococică) și a complicațiilor supurative (flegmonul periamigdalian, abcesul retrofaringian, sinuzita acută, otita medie supurată, otomastoidita acută, meningita acută).

BIBLIOGRAFIE

1. **Arion C** - Anginele acute (faringite, amigdalite). În: Popescu V (ed); *Algoritm diagnostic și terapeutic*, vol 1, secțiunea a III-a, p. 177-183, Ed. Amaltea, București, 1999.
2. **Bégué P** - Angines et pharyngitis. În: Bégué P, Astruc J (eds); *Pathologie infectieuse de l'enfant*, ch. 38, pp. 303-304, Médecine-Sciences, Flammarion, Paris, 1998.
3. **Bégué P** - Angines non streptococciques. În: Bégué P, Astruc J (eds); *Pathologie infectieuse de l'enfant*, ch. 38, pp. 304-305, Médecine-Science, Flammarion, Paris, 1998.
4. **Bégué P** - Angines non streptococciques. În: Bégué P, Astruc J (eds); *Pathologie infectieuse de l'enfant*, ch.38, pp. 306, Médecine-Science, Flammarion, Paris, 1998.
5. **Bass J et al** - Streptococcal pharyngitis in children. *J Am Ped Dis*, 1976, 235, 1112.
6. **Glezen PW et al** - Group A streptococci, Mycoplasma and virus associated with acute pharyngitis. *J Am Med Ass*, 1997, 262, 455.
7. **Popescu V** - Anginele. În: Popescu V.(ed): *Patologia aparatului respirator la copil*, cap. 9.6, pp 139-142, Ed Teora, Bucuresti, 1999.
8. **Voiculescu M** - Angine. În: Voiculescu M. (ed): *Boli infectioase*, vol I, cap.16, pp 311-323, Editura Medicală, București, 1989.