



www.pediatric-rheumatology.printo.it

ΡΕΥΜΑΤΙΚΟΣ ΠΥΡΕΤΟΣ ΚΑΙ ΜΕΤΑΣΤΡΕΠΤΟΚΟΚΙΚΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΙΚΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Τι είναι;

Ο Ρευματικός Πυρετός (ΡΠ) είναι ένα νόσημα που εμφανίζεται μετά από λοίμωξη που οφείλεται σε στρεπτόκοκκο. Η νόσος μπορεί να προκαλέσει μόνιμη βλάβη στην καρδιά και παρουσιάζεται με παροδική αρθρίτιδα, καρδίτιδα ή με κινητικές διαταραχές που ονομάζονται χορεία, μαζί με δερματικά εξανθήματα ή δερματικά οζίδια.

Πόσο συχνή είναι;

Στο παρελθόν, προτού να είναι διαθέσιμα τα αντιβιοτικά, οι επιδημίες ΡΠ και τα πολλά κρούσματα σε μία κοινότητα, οδήγησαν στην υπόθεση ότι ο ΡΠ πυροδοτείται από λοίμωξη. Θεαματική πτώση της συχνότητας εμφάνισής του παρατηρήθηκε παγκοσμίως μετά την εκτεταμένη χρήση πενικιλίνης για τη θεραπεία της φαρυγγίτιδας και την πρόληψη νέων εξάρσεων σε ασθενείς με προηγούμενη έξαρση της νόσου. Η πιο συχνή εμφάνιση είναι στην ηλικία μεταξύ 5-15 ετών, με αποκορύφωση της συχνότητας εμφάνισης περίπου στα οχτώ χρόνια. Σε αναπτυσσόμενες χώρες, παραμένει ακόμα απειλή καθώς είναι η κυριότερη αιτία αναπηρίας λόγω καρδιακής νόσου σε νεαρά άτομα, με υποτροπιάζουσες προσβολές που είναι πιθανό να αυξήσουν τον κίνδυνο καρδιακής βλάβης.

Ωστόσο, κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του '80, αναφέρθηκε μία αναζωπύρωση της έξαρσης των κρουσμάτων σε περιοχές οι οποίες θεωρητικά ήταν πληθυσμοί χαμηλού κινδύνου.

Εξαιτίας των αρθρικών της εκδηλώσεων, συμπεριλαμβάνεται στις ρευματικές νόσους των παιδιών και εφήβων.

Ποια είναι τα αίτια της νόσου;

Η νόσος είναι η συνέπεια μιας μη φυσιολογικής απάντησης του ανοσιακού συστήματος σε λοίμωξη του φάρυγγα από στρεπτόκοκκο σε γενετικά προδιατεθειμένα άτομα. Στα άτομα αυτά η ανοσιακή απάντηση στρέφεται όχι μόνο κατά του στρεπτόκοκκου αλλά και κατά ορισμένων συστατικών (ιστών) του ίδιου του οργανισμού του παιδιού. Πράγματι, στις περισσότερες περιπτώσεις ΡΠ προηγείται μια λοίμωξη του αναπνευστικού με μεσολάβηση μιας ασυμπτωματικής περιόδου που μπορεί να ποικίλλει.

Αυτή η μοναδική του σχέση με μία προηγούμενη λοίμωξη αποτελεί τη βάση της θεραπείας και της πρόληψης. Η στρεπτοκοκκική λοίμωξη του φάρυγγα (αμυγδαλίτιδα, φαρυγγίτιδα) είναι συνηθισμένη στο γενικό πληθυσμό, αλλά μόνο μία μικρή μειονότητα ασθενών θα αναπτύξει ΡΠ. Ο κίνδυνος αυξάνεται σε ασθενείς με προηγούμενη προσβολή, κυρίως κατά τα 3 πρώτα χρόνια από την έναρξη της νόσου.

Είναι κληρονομική;

Ο Ρευματικός Πυρετός δεν είναι κληρονομική νόσος, αφού δεν μπορεί να μεταδοθεί άμεσα από τους γονείς στα παιδιά τους. Υπάρχουν όμως γενετικοί παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την ευπάθεια στη νόσο.

Γιατί έχει το παιδί μου αυτή τη νόσο; Μπορεί να προληφθεί;

Το περιβάλλον και ο στρεπτόκοκκος είναι σημαντικοί παράγοντες για την ανάπτυξη της νόσου, αλλά στην πράξη είναι δύσκολο να προβλέψουμε ποιος θα νοσήσει. Η νόσος προκαλείται από μία απάντηση του ανοσιακού συστήματος που κατευθύνεται όχι μόνο ενάντια στα συστατικά του στρεπτόκοκκου αλλά και ενάντια στους ανθρώπινους ιστούς. Κάποιοι τύποι στρεπτόκοκκου είναι πιο επιρρεπείς στο να προκαλέσουν ΡΠ. Οι πιθανότητες να αποκτήσει κανείς τη νόσο είναι μεγαλύτερες αν συγκεκριμένοι τύποι στρεπτόκοκκου μολύνουν ένα ευπαθές άτομο. Η πολυκοσμία είναι ένας σημαντικός περιβαλλοντικός παράγοντας επειδή ευνοεί τη μετάδοση της λοίμωξης. Η πρόληψη του ΡΠ βασίζεται στην έγκαιρη αναγνώριση και θεραπεία της στρεπτοκοκκικής λοίμωξης του φάρυγγα με αντιβιοτικά.

Είναι μεταδοτική;

Ο ίδιος ο ΡΠ δεν είναι μεταδοτικός. Αυτό που είναι μεταδοτικό είναι η στρεπτοκοκκική φαρυγγίτιδα. Οι στρεπτόκοκκοι μεταδίδονται από ένα άτομο στο άλλο και για αυτό το λόγο σχετίζεται με την πολυκοσμία στο σπίτι, στο σχολείο, στα μέσα μεταφοράς, στις στρατιωτικές εγκαταστάσεις, κ.λ.π.

Ποια είναι τα κύρια συμπτώματα;

Ο ΡΠ εμφανίζεται συνήθως με ένα συνδυασμό χαρακτηριστικών εκδηλώσεων, που μπορεί να είναι μοναδικός σε κάθε ασθενή. Ακολουθεί τη στρεπτοκοκκική φαρυγγίτιδα ή αμυγδαλίτιδα που δεν θεραπεύθηκε ή που δεν θεραπεύθηκε σωστά.

Η φαρυγγίτιδα ή η αμυγδαλίτιδα μπορεί να αναγνωρισθεί από τον πυρετό, τον πονόλαιμο, τον πονοκέφαλο, την κόκκινη υπερώα και την αμυγδαλίτιδα με πυώδεις εκκρίσεις, με διογκωμένους και επώδυνους τους υπογνάθιους λεμφαδένες. Ωστόσο, αυτά τα συμπτώματα μπορεί να είναι πολύ ήπια ή να λείπουν τελείως σε παιδιά σχολικής ηλικίας και εφήβους.

Μετά από μία ασυμπτωματική περίοδο, το παιδί μπορεί να παρουσιάσει μαζί με τον πυρετό και ορισμένα από τα κύρια ευρήματα της νόσου που είναι:

«Αρθρίτιδα», κυρίως «μεταναστευτική από άρθρωση σε άρθρωση» που συνήθως προσβάλλει πολλές μεγάλες αρθρώσεις (γόνατα, αγκώνες, αστραγάλους ή ώμους), ενώ η προσβολή των χεριών και της σπονδυλικής στήλης είναι λιγότερο συχνή. Ο αρθρικός πόνος μπορεί να είναι σοβαρός, παρόλο που η διόγκωση μπορεί να μην είναι τόσο εμφανής. Θα πρέπει να αναφερθεί ότι ο πόνος συνήθως υποχωρεί αμέσως με την ασπιρίνη ή άλλα παρόμοια φάρμακα (μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη).

«Καρδίτιδα» σημαίνει φλεγμονή της καρδιάς και είναι η πιο σοβαρή εκδήλωση. Ο αυξημένος παλμός της καρδιάς κατά τη διάρκεια της ξεκούρασης ή του ύπνου μπορεί να προκαλέσει υποψίες για ρευματική καρδίτιδα. Η καρδιολογική εξέταση περιλαμβάνει την ακρόαση της καρδιάς (με ακουστικά και υπερηχογράφημα) για τυχόν φύσημα. Το φύσημα ποικίλει από ήπιο μέχρι δυνατό και μπορεί να υποδηλώνει φλεγμονή των καρδιακών βαλβίδων, μία κατάσταση που ονομάζεται «ενδοκαρδίτιδα». Μπορεί να υπάρχει φλεγμονή που εντοπίζεται στο περικάρδιο και που ονομάζεται «περικαρδίτιδα»,

οπότε μπορεί να έχουμε συλλογή υγρού γύρω από την καρδιά, αλλά αυτό συνήθως είναι ασυμπτωματικό και υποχωρεί από μόνο του. Στις πιο σοβαρές περιπτώσεις προσβάλλεται ο ίδιος ο καρδιακός μυς (μυοκαρδίτιδα), οπότε παραβλάπεται η λειτουργία της καρδιάς. Μπορεί να αναγνωρισθεί από βήχα, πόνο στο στήθος, ταχυκαρδία και αύξηση του αριθμού των αναπνοών (ταχύπνοια). Τότε ο ασθενής πρέπει να παραπέμπεται σε καρδιολογικό τμήμα για ειδικές εξετάσεις.

«Χορεία»-που προέρχεται από την ελληνική λέξη που σημαίνει χορός είναι μια κινητική διαταραχή που οφείλεται σε φλεγμονή των τμημάτων του εγκεφάλου που ελέγχουν το συντονισμό των κινήσεων. Εμφανίζεται περίπου στο 10-30% των ασθενών. Αντίθετα με την αρθρίτιδα και την καρδίτιδα, η χορεία εμφανίζεται αργότερα στην πορεία της νόσου, κατά κύριο λόγο 1-6 μήνες μετά τη λοίμωξη του λαιμού. Τα πρώιμα ευρήματα είναι ο κακός γραφικός χαρακτήρας, οι δυσκολίες στο ντύσιμο και στην αυτοεξυπηρέτηση, ή ακόμα και στο περπάτημα και στο φαγητό, εξ' αιτίας των ακούσιων άσκοπων κινήσεων. Οι κινήσεις μπορεί να καταστέλλονται εκούσια για μικρά χρονικά διαστήματα, μπορεί να εξαφανίζονται κατά τη διάρκεια του ύπνου ή να επιδεινώνονται από το άγχος ή την κούραση. Όσον αφορά τους μαθητές έχει αντίκτυπο στην ακαδημαϊκή τους πρόοδο εξ' αιτίας της αδυναμίας συγκέντρωσης και του άγχους. Αν είναι ήπια, μπορεί να φανεί σαν διαταραχή της συμπεριφοράς. Αυτοπεριορίζεται σε 2-6 μήνες και απαιτείται υποστηρικτική θεραπεία και παρακολούθηση.

Λιγότερο συχνές εκδηλώσεις του ΡΠ είναι τα δερματικά εξανθήματα. Το «γυροειδές (δακτυλιοειδές) ερύθημα» είναι ένα παροδικό εξάνθημα σε όλο τον κορμό με εκτεταμένα στρογγυλά στίγματα, με φυσιολογικό χρώμα στο κέντρο και κόκκινη την περιφέρεια (περίγραμμα). Μερικές φορές μοιάζουν με κουλουριασμένο φίδι. Τα «υποδόρια οζίδια» είναι ανώδυνα κινητά οζίδια σε μέγεθος φασολιού με φυσιολογικό χρώμα επιφανειακού δέρματος που συναντώνται κυρίως πάνω στις αρθρώσεις. Αυτά τα ευρήματα υπάρχουν σε λιγότερο από 5% των περιπτώσεων και μπορεί να μη γίνουν αντιληπτά εξ' αιτίας της διακριτικής και παροδικής εμφάνισής τους. Υπάρχουν άλλες ενδείξεις που μπορεί να παρατηρηθούν πρώτα από τους γονείς, όπως πυρετός, κόπωση, κακουχία, ανορεξία, ωχρότητα, κοιλιακός πόνος και ρινικές αιμορραγίες, που μπορεί να εμφανισθούν στα αρχικά στάδια της νόσου.

Είναι η νόσος η ίδια σε κάθε παιδί;

Η πιο συνηθισμένη μορφή είναι η εμφάνιση φυσήματος στα μεγαλύτερα παιδιά ή στους εφήβους μαζί με αρθρίτιδα και πυρετό. Οι νεότεροι ασθενείς τείνουν να παρουσιάζουν καρδίτιδα και λιγότερο σοβαρές αρθρικές ενοχλήσεις.

Η «χορεία» μπορεί να εμφανίζεται μόνη της ή σε συνδυασμό με καρδίτιδα, αλλά σε όλες τις περιπτώσεις συνιστάται στενή παρακολούθηση για τυχόν καρδίτιδα.

Η έναρξη της νόσου και η πορεία της ποίκιλλουν επίσης αρκετά, ανεξάρτητα από τη θεραπεία.

Διαφέρει η νόσος στα παιδιά από ότι στους ενήλικες;

Ο ΡΠ είναι μία νόσος των παιδιών σχολικής ηλικίας και των νέων μέχρι 25 ετών. Είναι σπάνια πριν την ηλικία των 3 ετών και περισσότερο από το 80% των ασθενών είναι μεταξύ 5-19 ετών. Παρόλα αυτά, υποτροπές μπορούν να εμφανισθούν και αργότερα στη ζωή, αν δεν υπάρξει υποχώρηση με μόνιμη αντιβιοτική προστασία (χημειοπροφύλαξη).

Πως μπαίνει η διάγνωση;

Η προσεκτική ανάλυση του συνόλου των κλινικών ευρημάτων και εξετάσεων έχει ιδιαίτερη σημασία, επειδή δεν υπάρχει συγκεκριμένη εξέταση ή εύρημα για τη διάγνωση. Οι κατευθυντήριες γραμμές των κλινικών κριτηρίων πήραν το όνομά τους από ένα γιατρό και ονομάστηκαν «κριτήρια Jones» και είναι το κύριο στοιχείο για τη διάγνωση. Οι παιδορευματολόγοι σε όλο τον κόσμο γνωρίζουν τη νόσο με όλα της τα χαρακτηριστικά. Ένα παιδί με υποψία ΡΠ πρέπει να είναι σε στενή ιατρική παρακολούθηση και να πληρεί τα κριτήρια για τη σωστή διάγνωση. Μπορεί να είναι απαραίτητη η παραπομπή σε άλλους ειδικούς, όπως καρδιολόγο σε περιπτώσεις καρδίτιδας.

Ποιες νόσοι μοιάζουν με το Ρευματικό Πυρετό;

Υπάρχει μία νόσος που συνήθως ονομάζεται Μεταστρεπτοκοκκική Αντιδραστική Αρθρίτιδα, που σημαίνει ότι μόνο η αρθρίτιδα ακολουθεί τη στρεπτοκοκκική λοίμωξη. Αυτό μπορεί να αποτελεί μέρος των πολλών κλινικών χαρακτηριστικών του ΡΠ.

Ποια είναι η σημασία των εξετάσεων;

Μερικές εξετάσεις είναι απαραίτητες για τη διάγνωση και την παρακολούθηση. Οι εξετάσεις αίματος είναι χρήσιμες κατά τη διάρκεια των προσβολών ή υποτροπών, επειδή συμβάλλουν στη διάγνωση.

Όπως και σε πολλές άλλες ρευματικές νόσους, ευρήματα συστηματικής φλεγμονής συναντώνται σχεδόν σε όλους τους ασθενείς, εκτός και αν η χορεία είναι το μόνο εύρημα που παρουσιάζεται.

Η ένδειξη προηγούμενης στρεπτοκοκκικής λοίμωξης είναι πολύ σημαντική για τη διάγνωση. Ωστόσο, η στρεπτοκοκκική καλλιέργεια χρησιμοποιώντας επίχρισμα του φάρυγγα δεν είναι η ιδανική εξέταση, καθώς στους περισσότερους ασθενείς έχει ήδη καθαρίσει ο λαιμός από το στρεπτόκοκκο τη στιγμή έναρξης της νόσου. Υπάρχουν κάποιες εξετάσεις αίματος για τον εντοπισμό των στρεπτοκοκκικών αντισωμάτων, ακόμα και αν οι γονείς και/ή ο ασθενής δεν είναι σε θέση να θυμηθούν τη λοίμωξη. Οι αυξανόμενοι τίτλοι (επίπεδα) αυτών των αντισωμάτων που εντοπίζονται με εξετάσεις αίματος που γίνονται ανά 2-4 εβδομάδες μπορεί να υποδείξουν πρόσφατη λοίμωξη. Αυτές οι εξετάσεις, όμως, είναι συνήθως φυσιολογικές σε άτομα, στα οποία εμφανίζεται μεμονωμένη χορεία, καθιστώντας έτσι τη διάγνωση δύσκολη. Οι μεμονωμένες, μη φυσιολογικές τιμές της ASTO (τίτλος αντιστρεπτολυσίνης) σημαίνουν ότι προηγούμενη έκθεση στο στρεπτόκοκκο έχει ενεργοποιήσει το ανοσιακό σύστημα για να παράγει αντισώματα και δε σημαίνει από μόνο του ότι υπάρχει Ρευματικός Πυρετός.

Πως εντοπίζουμε την καρδίτιδα;

Η εμφάνιση ενός νέου φύσηματος που προκύπτει από φλεγμονή της καρδιάς είναι το πιο συνηθισμένο χαρακτηριστικό της καρδίτιδας και εντοπίζεται συνήθως με ακρόαση της καρδιάς από το γιατρό. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα, δηλαδή ο υπολογισμός της ηλεκτρικής δραστηριότητας της καρδιάς που καταγράφεται σε χάρτινη ταινία, είναι χρήσιμο για να επιβεβαιώσει το μέγεθος της προσβολής της καρδιάς, καθώς επίσης οι ακτινογραφίες θώρακος είναι χρήσιμες για τον έλεγχο της καρδιακής διόγκωσης.

Το υπερηχοκαρδιογράφημα Doppler ή ο καρδιακός υπέρηχος είναι μια πολύ ευαίσθητη εξέταση για την καρδίτιδα αλλά χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση, μόνο όταν δεν υπάρχουν κλινικά ευρήματα που βάζουν ένδειξη για την εξέταση.

Όλες αυτές οι εξετάσεις είναι τελείως ανώδυνες και η μόνη δυσκολία είναι ότι το παιδί πρέπει να μείνει ακίνητο για λίγο κατά τη διάρκειά τους.

Μπορεί να θεραπευθεί/ιαθεί;

Αυτή η κατάσταση είναι ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας σε συγκεκριμένες περιοχές του κόσμου, που μπορεί να προληφθεί. Το να θεραπεύσουμε τη στρεπτοκοκκική φαρυγγίτιδα μόλις διαγνωσθεί μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη της νόσου. Υπάρχει συνεχής έρευνα για την παραγωγή ενός εμβολίου που μπορεί να προστατεύει από το στρεπτόκοκκο ώστε να μην προκαλείται η μη φυσιολογική αντίδραση που παρατηρείται στο ΡΠ. Αυτή η προσέγγιση μπορεί στο μέλλον να αποτελέσει την πρόληψη.

Ποιες είναι οι θεραπείες;

Κατά την πρώτη έξαρση, αφού επιβεβαιωθεί η διάγνωση, συνιστάται πλήρης θεραπεία με αντιβιοτικά. Είναι απαραίτητο να θεραπεύσουμε τις λοιμώξεις του φάρυγγα, επειδή ο στρεπτόκοκκος μπορεί να υπάρχει ακόμα μέσα στις αμυγδαλές και να ενεργοποιεί το ανοσιακό σύστημα.

Μία δόση 1.200.000 μονάδων βενζαθινικής πενικιλίνης σκοτώνει τα μικρόβια και παρέχει προστασία για 3-4 εβδομάδες. Σε ασθενείς που είχαν ήδη ΡΠ, η μακροχρόνια χρήση βενζαθινικής πενικιλίνης κάθε 3-4 εβδομάδες είναι απαραίτητη για την πρόληψη περαιτέρω εξάρσεων.

Η ασπιρίνη ή άλλα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ) συνιστώνται για την αρθρίτιδα για περίοδο 6-8 εβδομάδων ή μέχρι να εξαφανισθεί. Για σοβαρή καρδίτιδα συνιστώνται ξεκούραση στο κρεβάτι και υψηλή δόση στεροειδών (πρεδνιζόνης) από του στόματος για 2-3 εβδομάδες, μειώνοντάς την σταδιακά.

Για τη χορεία μπορεί να χρειασθεί η βοήθεια των γονέων για την προσωπική φροντίδα του παιδιού και τα σχολικά καθήκοντα. Η θεραπευτική αγωγή για τον έλεγχο των κινήσεων (της χορείας) με Αλοπεριδόλη ή Βαλπροϊκό οξύ μπορεί να χορηγηθεί υπό στενή παρακολούθηση για τον έλεγχο των ανεπιθύμητων ενεργειών. Συνήθεις ανεπιθύμητες ενέργειες είναι η υπνηλία και ο τρόμος, που είναι δυνατό να ελεγχθούν εύκολα με ελάττωση και προσαρμογή της δόσης. Σε μερικές περιπτώσεις η χορεία μπορεί να διαρκεί για αρκετούς μήνες παρά την επαρκή θεραπεία.

Ποιες είναι οι ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής;

Επειδή η συμπτωματική θεραπεία είναι σύντομη, η ασπιρίνη και άλλα ΜΣΑΦ είναι συνήθως καλά ανεκτά. Οι πιο ορατές ανεπιθύμητες ενέργειες των στεροειδών είναι η αύξηση του βάρους, το οίδημα του προσώπου, η ακμή, οι ραγάδες (επιμήκειες ραβδώσεις) και η αύξηση της τριχοφυΐας του σώματος (υπερτρίχωση).

Για προληπτικούς λόγους, αν και ο κίνδυνος για αλλεργία στην πενικιλίνη είναι αρκετά χαμηλός, πρέπει να τον προσέξουμε. Η κύρια δυσκολία είναι οι ενέσεις πενικιλίνης και ένας σημαντικός λόγος μη συμμόρφωσης με τη θεραπεία, είναι ο πόνος. Αυτός μπορεί να ξεπεραστεί με τοπική αναισθητική αλοιφή.

Πόσο πρέπει να διαρκεί η δευτερογενής πρόληψη;

Το φυσικό ιστορικό της νόσου στο παρελθόν έχει δείξει ότι ο κίνδυνος των εξάρσεων (που σημαίνει την εμφάνιση ενός δεύτερου επεισοδίου), είναι υψηλότερος κατά τη διάρκεια των 3-5 ετών μετά την έναρξη και ο κίνδυνος ανάπτυξης καρδίτιδας αυξάνεται με τις νέες εξάρσεις.

Για όλους αυτούς τους λόγους, η δευτερογενής πρόληψη της στρεπτοκοκκικής λοίμωξης συνιστάται σε όλους τους ασθενείς που έχουν ΡΠ, ανεξάρτητα από τη σοβαρότητα της εκδήλωσης της νόσου, καθώς και οι ήπιες μορφές μπορεί να έχουν έξαρση.

Οι περισσότεροι γιατροί συμφωνούν ότι η πρόληψη με αντιβιοτικά θα πρέπει να διαρκεί για 5 χρόνια τουλάχιστον ή μέχρι το παιδί να γίνει 18 ετών, η οποία είναι μεγαλύτερη για αυτούς που δεν έχουν προσβολή της καρδιάς. Σε περιπτώσεις προσβολής της καρδιάς, συνιστάται μέχρι την ηλικία των 40 ετών. Η πρόληψη της μικροβιακής ενδοκαρδίτιδας με αντιβιοτικά συνιστάται σε όλους τους ασθενείς με βλάβη καρδιακής βαλβίδας που υποβάλλονται σε οδοντιατρικές και χειρουργικές επεμβάσεις. Είναι απαραίτητη γιατί τα μικρόβια μπορεί να μετακινηθούν από άλλα μέρη του σώματος, ειδικά από το στόμα, και να προκαλέσουν λοίμωξη της καρδιακής βαλβίδας.

Τι είδους περιοδικές εξετάσεις απαιτούνται;

Τακτικές και περιοδικές εξετάσεις μπορεί να απαιτούνται πιο συχνά κατά τη διάρκεια της έξαρσης. Σε περιπτώσεις καρδίτιδας και χορείας συνιστάται στενότερη παρακολούθηση. Μετά την υποχώρηση των συμπτωμάτων, συνιστάται ένα ελεγχόμενο πρόγραμμα προληπτικής θεραπείας και μακροχρόνια παρακολούθησης για την έγκαιρη εντόπιση μετέπειτα (όψιμης) καρδιακής βλάβης.

Πόσο θα διαρκέσει η νόσος;

Τα κύρια συμπτώματα της νόσου είναι αυτοπεριοριζόμενα, ωστόσο ο κίνδυνος νέων εξάρσεων παραμένει και γίνεται υψηλότερος κατά τα πέντε πρώτα χρόνια της νόσου. Το να συνεχίσουμε με προληπτική θεραπεία είναι απαραίτητο, για να μειώσουμε τις πιθανότητες νέων εξάρσεων.

Ποια είναι η μακροχρόνια εξέλιξη (πρόγνωση) της νόσου;

Οι εξάρσεις είναι απρόβλεπτες στο χρόνο και τη βαρύτητά τους. Το να έχει ένας ασθενής Καρδίτιδα κατά την πρώτη προσβολή είναι ένας δυνητικά υψηλός κίνδυνος βλάβης, παρόλα αυτά σε μερικές περιπτώσεις, την καρδίτιδα μπορεί να ακολουθήσει πλήρης αποκατάσταση. Η πιο σοβαρή βλάβη της καρδιάς μπορεί να απαιτήσει εγχείριση για αντικατάσταση της βαλβίδας.

Είναι δυνατό να αναρρώσει κανείς τελείως;

Η πλήρης ανάρρωση είναι δυνατή, εκτός και αν η καρδίτιδα έχει οδηγήσει σε σοβαρή βλάβη της καρδιακής βαλβίδας.

Πώς είναι η καθημερινή ζωή;

Η υποστήριξη της οικογένειας κατά την περίοδο των εξάρσεων συνιστάται σε ασθενείς με καρδίτιδα και χορεία. Η αρθρίτιδα είναι συνήθως αυτοπεριοριζόμενη και απαντά καλά στα ΜΣΑΦ. Όταν υποχωρούν τα κύρια συμπτώματα, στους περιοδικούς ελέγχους δεν υπάρχει υπόλειμμα καρδιακής βλάβης, δε γίνονται ιδιαίτερες συστάσεις για τις καθημερινές δραστηριότητες και τη ζωή, το σχολείο, τα αθλήματα ή τα εμβόλια.

Επειδή τα κύρια συμπτώματα είναι αυτοπεριοριζόμενα, η μεγαλύτερη ανησυχία είναι η μακροχρόνια συμμόρφωση με την προληπτική θεραπεία με πενικιλίνη και γι' αυτό το λόγο θα πρέπει υπεύθυνα να αναλάβουν τον έλεγχο οι υγειονομικές υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Η εκπαίδευση χρειάζεται για να βελτιώσουμε τη συμμόρφωση με τη φαρμακευτική αγωγή, ειδικά για τους εφήβους που μάχονται για την ανεξαρτησία τους και η παρέμβαση των γονέων πρέπει να γίνεται με περίσκεψη και σωστό τρόπο προσέγγισης.

ΜΕΤΑΣΤΡΕΠΤΟΚΟΚΚΙΚΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Τι είναι;

Σε εφήβους και ενήλικες, ως περιπτώσεις στρεπτόκοκκου που σχετίζονται με αρθρίτιδα περιγράφονται αυτές που δεν πληρούν τα κριτήρια του ρευματικού πυρετού. Η αρθρίτιδα αναπτύσσεται στην πρώιμη φάση της νόσου και μπορεί να προσβάλλει τις αρθρώσεις των χεριών, απαντά ανεπαρκώς στη θεραπεία με αντιφλεγμονώδη και συνήθως διαρκεί για μήνες. Εξ' αιτίας αυτών των χαρακτηριστικών, μοιάζει με άλλες μορφές αρθρίτιδας. Η διάγνωση βασίζεται στα κλινικά ευρήματα σε συνδυασμό με ένδειξη πρόσφατης στρεπτοκοκκικής λοίμωξης.

Έχει παρατηρηθεί ότι μερικοί από τους ασθενείς αυτούς αναπτύσσουν αργότερα καρδίτιδα. Οι περισσότεροι γιατροί συμφωνούν ότι η μεταστρεπτοκοκκική αρθρίτιδα είναι μία παραλλαγή του ρευματικού πυρετού. Για αυτό το λόγο, συνιστάται η πρόληψη με αντιβιοτικά καθώς και η αξιολόγηση της καρδιάς για την έγκαιρη εντόπιση καρδίτιδας.