www.printo.it/pediatric-rheumatology/BA/intro

Kawasakijeva bolest

Verzija

2. DIJAGNOZA I TERAPIJA

2.1. Kako se dijagnosticira?

Dijagnoza se postavlja na temelju kliničke slike. Ljekar procjenjuje stanje i simptome bolesnika te tako donosi odluku o dijagnozi. Definitivna dijagnoza se postavlja ako postoji neobjašnjena febrilnost 5 ili duže dana uz 4 od slijedećih 5 simpotma: obostrani konjuktivitis (upala očne spojnice), povećani limfni čvorovi, osip po koži, promjene na jeziku i usnicama, rukama i nogama. Ljekar mora isključiti druge uzroke ovakvih simptoma. Neka djeca imaju nepotpuni oblik bolesti što znači da imaju manje od potrebnog broja simptoma što otežava dijagnozu. U tom slučaju govorimo o nepotpunom obliku KB.

2.2. Koliko će dugo boelst trajati?

KB ima tri faze: akutnu, koja traje prva 2 tjedna kada su prisutni febrilnost i drugi simptomi, subakutnu od 2-4 sedmice kada dolazi do porasta broja trombocita u krvnoj slici i kada može doći do nastajanja anuerizme te rekonvalescentna faza, od prvog do trećeg mjeseca kada dolazi do normalizacije laboratorijskih nalaza i kada se na jednom dijelu krvnih sudova smanjuju ili nestaju promjena (npr. AKA) koje su se stvorile tokom prethodnih faza.
Ukoliko se ne liječi bolest se može sama smiriti kroz dvije sedmice, ali će promjene na krvnim sudovima srca ostati.

2.3. Koja je važnost testova?

Trenutno ne postoji laboratorijski test koji bi direktno potvrdio dijagnozu

KB. Postoje laboratorijski testovi koji nam pomažu u postavljanju dijagnoze, a to su ubrzana sedimentacija eritrocita (SE), povišene vrijednosti C-rekativnog proteina (CRP), leukocitoza (povišene vrijednosti leukocita) i povišeni jetreni enzimi. Broj trombocita (krvnih ćelija koje sudjeluju u zgrušavanju) je u prvih par sedmica bolesti normalan , počinje rasti u drugoj sedmici do vrlo visokih vrijednosti. Kontrolni pregledi i laboratorijski testovi bi se trebali raditi dok se vrijednosti trombocita i SE ne vrate na normalu.
Potrebno je učiniti inicijalni elektrokardiogram (EKG) i ehokardiogram. Na ehokardiogramu je moguće detektovati proširenja ili aneurizme koronarnih arterija analizom njihovog oblika i veličine. Ukoliko se takve promjene nađu, potrebni su kontrolni ehokardiogrami i dodatne pretrage za procjenu stanja na krvnih žilama srca.

2.4. Može li se liječiti/izliječiti?

Većinu djece s KB možemo izliječiti, međutim neki bolesnici razvijaju komplikacije na srcu uprkos pravovremenoj terapiji. Bolest se ne može spriječiti, ali je potrebno doći do dijagnoze dovoljno rano da se započne s liječenjem i tako izbjegnu komplikacije na srcu.

2.5. Kako se liječi?

Svako dijete kojem je postavljena sumnja na KB potrebno je primiti na bolničko liječenje zbog praćenja i monitoriranja u svrhu otkrivanja eventualnih komplikacija na srcu.
Da bi se smanjile komplikacije na srcu s liječenjem treba početi čim se postavi dijagnoza.
Liječenje se sastoji od jednokratne primjene intravenskih imunoglobulina (IVIG) i aspirina. Takva terapija će smanjiti upalu i donijeti dramatično olakšanje od akutnih tegoba. Visoke doze IVIG-a su najvažnija terapija jer smanjuju komplikacije na srcu u velikog broja bolesnika. Iako su prilično skupi, za sada su najefikasnija terapijska opcija. Kod bolesnika sa dodatnim faktorima rizika mogu se istovremeno dati i koritkosteroidi. Bolesnici koji ne odgovore na jednu ili dvije doze IVIG imaju druge mogućnosti liječenja koje uključuju visoke doze intravenskih kortikosteroida i biološke lijekove.

2.6. Da li sva djeca odgovore na intravenske imunoglobuline?

Na sreću većina djece odgovori na jednu dozu. Ona koja ne odgovore, ponekad trebaju i drugu ili dodatno kortikosteroide. U rijetkim slučajevima potrebno je liječenje biološkim lijekovima

2.7. Koji su neželjeni efekti terapije?

IVIG su ugalavnom sigurni i dobro se podnose. Rijetko je moguć nastanak aspetičkog meningitisa (upale moždanih ovojnica).
Nakon primjene IVIG-a treba odgoditi vakcinisanje živim ateniurianim vakcinama (svako vakcinisanje treba dogovoriti s nadležnim pedijatrom). Aspirin u visokim dozama može uzrokovati mučninu i povraćanje.

2.8. Koje liječenje se preporučuje nakon imunoglobulina I visokih doza aspirina? Koliko dugo će tretman trajati?

Nakon što se smiri febrilnost (obično u prva 24-48 sati), postupno se smanjuje doza aspirina. Niska doza aspirina se daje zbog toga što sprečava sljepljivanje trombocita. Na taj način se sprečava stvaranje tromba (krvnog ugruška) unutar aneurizmi ili na unutrašnjoj strani zida upaljenog krvnog suda koji mogu dovesti do prekida dotoka krvi u područje koje taj krvni sud opsrkrbljuje (srčani udar najteža je komplikacija KB). S niskim dozama aspirina se nastavlja do normalizacije upalni laboratorijskih nalaza i kontrolnog ehokardiograma koji pokaže uredan nalaz. Djeca kod kojih su ostale aneurizme nastavljaju s niskim dozama aspirina ili drugim lijekovima protiv zgrušavanja uz ljekarski nadzor kroz neko duže vrijeme.

2.9. Moja vjera mi ne dozvoljava upotrebu krvi I krvnih produkata. Šta je sa nekonvencionalnim/alternativnim terapijama?

Nema nekonvencionalnih postupaka u liječenju ove bolesti. IVIG su dokazana terapija izbora. kortikosteroidi mogu biti uspješni ukoliko se ne mogu davati IVIG.

2.10. Ko je uključen u medicinsko liječenje djeteta?

Pedijatar, pedijatrijski kardiolog i pedijatrijski reumatolog su dio tima koji se brine za dijete u aktunoj fazi i kroz kontrolno praćenje. Ukoliko nema pedijatrijskog reumatologa pedijatar i pedijatrijski kardiolog mogu pratiti bolesnika, pogotovo u slučajevima kada je zahvaćeno srce.

2.11. Kakva je dugoročna evolucija (prognoza) bolesti?

Za većinu bolesnika prognoza u smislu normalnog života, rasta i razvoja je odlična.

Prognoza za bolesnike s perzistirajućim promjenama na srcu ovisi najviše o eventualnom razvoju suženja (stenoze) i opstrukcije (začepljenja) na zahvaćenim krvnim sudovima. Mogu se javiti simtpomi od strane srce rano u životu i mogu zahtjevati dugoročno praćenje od strane kardiologa koji ima iskustva sa djecom koja boluju od KB.