



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

Νόσος Kawasaki

Έκδοση από 2016

1. ΤΙ ΕΙΝΑΙ KAWASAKI

1.1 Τι είναι αυτό;

Η νόσος αυτή περιγράφηκε για πρώτη φορά στην αγγλόφωνη ιατρική βιβλιογραφία το 1967 από έναν Ιάπωνα παιδίατρο, τον Tomisaku Kawasaki (η νόσος πήρε το όνομά του). Αναγνώρισε μία ομάδα παιδιών με πυρετό, δερματικό εξάνθημα, επιπεφυκίτιδα (κόκκινα μάτια), ενάνθημα (ερυθρότητα του στόματος και του φάρυγγα), διόγκωση των χεριών, των ποδιών και των τραχηλικών λεμφαδένων. Αρχικά η νόσος ονομάστηκε "βλεννογονοδερματικό λεμφαδενικό σύνδρομο". Λίγα χρόνια αργότερα, αναφέρθηκαν καρδιακές επιπλοκές, όπως ανευρύσματα (μεγάλη διάταση των αγγείων) των στεφανιαίων αρτηριών.

Η νόσος Kawasaki είναι μία οξεία συστηματική αγγειίτιδα, πράγμα που σημαίνει ότι υπάρχει φλεγμονή του τοιχώματος των αγγείων, που μπορεί να εξελιχθεί σε διατάσεις (ανευρύσματα) οποιασδήποτε αρτηρίας μεσαίου μεγέθους, κυρίως των στεφανιαίων αρτηριών. Ωστόσο, η πλειοψηφία των παιδιών θα παρουσιάσει μόνο οξεία συμπτώματα χωρίς καρδιακές επιπλοκές.

1.2 Πόσο συνηθισμένη είναι;

Η νόσος Kawasaki είναι μια σπάνια νόσος, αλλά μία από τις πιο συνήθεις αγγειίτιδες στην παιδική ηλικία, μαζί με την πορφύρα Henoch-Schonlein. Η νόσος Kawasaki έχει περιγραφεί σε όλον τον κόσμο, παρόλο που είναι πιο συχνή στα παιδιά των Γιαπωνέζων. Είναι σχεδόν αποκλειστικά νόσος των μικρών παιδιών. Περίπου το 85% των παιδιών με νόσο Kawasaki είναι κάτω των 5 ετών, με συχνότερη εμφάνιση στην

ηλικία των 18-24 μηνών. Τα παιδιά ηλικίας κάτω των 3 μηνών ή πάνω των 5 ετών προσβάλλονται σπανιότερα, αλλά έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανευρυσμάτων στεφανιαίων αρτηριών. Είναι πιο συνηθισμένη στα αγόρια από ότι στα κορίτσια. Παρόλο που οι περιπτώσεις της νόσου Kawasaki μπορούν να διαγνωσθούν οποιαδήποτε στιγμή του χρόνου, μπορεί να εμφανιστεί κατά εποχές αυξημένος αριθμός περιπτώσεων, όπως στο τέλος του χειμώνα και την άνοιξη.

1.3 Ποια είναι τα αίτια της νόσου;

Η αιτία της νόσου Kawasaki παραμένει αδιευκρίνιστη, παρόλα αυτά υπάρχουν υποψίες ότι λοιμογόνοι παράγοντες μπορούν να αποτελέσουν εκλυτικό παράγοντα. Μια υπερευαίσθησία ή μια διαταραγμένη ανοσολογική απάντηση, η οποία πιθανώς προκαλείται από έναν λοιμώδη παράγοντα (συγκεκριμένους ιούς ή βακτήρια), μπορεί να ξεκινήσει μια φλεγμονή με αποτέλεσμα φλεγμονή και βλάβη των αγγείων σε ορισμένα άτομα που έχουν γενετική προδιάθεση.

1.4 Είναι κληρονομική; Γιατί το παιδί μου έχει αυτή τη νόσο; Μπορεί να προληφθεί; Είναι μεταδοτική;

Η νόσος Kawasaki δεν είναι κληρονομική, όμως υπάρχει υποψία για γενετική προδιάθεση. Είναι πολύ σπάνιο να πάσχουν από αυτή τη νόσο περισσότερα από ένα μέλος μιας οικογένειας. Δεν είναι λοιμώδης και δεν μπορεί να μεταδοθεί από ένα παιδί στο άλλο. Μέχρι στιγμής, δεν υπάρχει καμία γνωστή πρόληψη. Είναι πιθανό, αλλά πολύ σπάνιο, να εμφανισθεί δεύτερο επεισόδιο της νόσου στο ίδιο παιδί.

1.5 Ποια είναι τα κύρια συμπτώματα;

Η νόσος ξεκινάει με ανεξήγητα υψηλό πυρετό. Το παιδί είναι συνήθως πολύ ευερέθιστο. Ο πυρετός μπορεί να συνοδεύεται ή να ακολουθείται από επιπεφυκίτιδα (κοκκίνισμα των οφθαλμών) χωρίς πύον ή εκκρίσεις. Το παιδί μπορεί να παρουσιάσει διάφορους τύπους δερματικού εξανθήματος, όπως της ιλαράς ή της οστρακιάς, ή σαν αλλεργικό εξάνθημα (κνίδωση), βλατίδες, κ.α. Το δερματικό εξάνθημα εμφανίζεται κυρίως στον κορμό και στα άκρα και συχνά στην περιοχή των σπαργάνων (της πάνας), οδηγώντας στο κοκκίνισμα και την απολέπιση (ξεφλούδισμα) του δέρματος.

Οι στοματικές αλλοιώσεις μπορεί να περιλαμβάνουν έντονα κόκκινα, σκασμένα χείλη, κόκκινη γλώσσα (συνήθως αποκαλείται γλώσσα «φράουλα») και κοκκίνισμα του φάρυγγα. Τα χέρια και τα πόδια μπορεί επίσης να προσβληθούν με διόγκωση και κοκκίνισμα των παλαμών και των πελμάτων. Τα δάκτυλα των χεριών και των ποδιών μπορούν να είναι φουσκωμένα και πρησμένα. Αυτές οι εκδηλώσεις συνοδεύονται από μια χαρακτηριστική απολέπιση του δέρματος γύρω από τις άκρες των δαχτύλων των χεριών και των ποδιών (περίπου κατά τη δεύτερη με τρίτη εβδομάδα). Πάνω από τους μισούς ασθενείς θα παρουσιάσουν διόγκωση των τραχηλικών λεμφαδένων. Συχνά διογκώνεται ένας μόνο λεμφαδένας (τουλάχιστον 1,5 εκατοστό).

Μερικές φορές μπορεί να εμφανισθούν άλλα συμπτώματα, όπως αρθραλγίες και/ή διογκωμένες αρθρώσεις, κοιλιακό άλγος, διάρροια, νευρικότητα, πονοκέφαλοι. Στις χώρες όπου χορηγείται ο εμβολιασμός κατά της φυματίωσης (BCG), τα μικρότερα παιδιά μπορεί να παρουσιάσουν κοκκίνισμα στην περιοχή της ουλής.

Η προσβολή της καρδιάς είναι η πιο σοβαρή εκδήλωση της νόσου Kawasaki, εξαιτίας της πιθανότητας μακροχρόνιων επιπλοκών. Μπορεί να εντοπιστούν καρδιακά φυσήματα, αρρυθμίες και ανωμαλίες στην εξέταση με υπερήχους. Όλα τα διαφορετικά στρώματα της καρδιάς μπορούν να παρουσιάσουν κάποιο βαθμό φλεγμονής, με αποτέλεσμα πιθανής εμφάνισης περικαρδίτιδας (φλεγμονή του περιβλήματος της καρδιάς), μυοκαρδίτιδας (φλεγμονή του καρδιακού μυός) και επίσης προσβολής των βαλβίδων. Ωστόσο, το κύριο χαρακτηριστικό αυτής της νόσου είναι η ανάπτυξη ανευρυσμάτων στα στεφανιαία αγγεία.

1.6 Είναι η νόσος η ίδια σε κάθε παιδί;

Η βαρύτητα της νόσου ποικίλει από παιδί σε παιδί. Δεν έχει κάθε ασθενής όλες τις κλινικές εκδηλώσεις που περιγράφηκαν και οι περισσότεροι ασθενείς δεν θα αναπτύξουν προσβολή της καρδιάς. Τα ανευρύσματα παρουσιάζονται μόνο σε 2 με 6 από τα 100 παιδιά στα οποία αρχίζει έγκαιρα η θεραπευτική αγωγή. Μερικά παιδιά (κυρίως κάτω του 1 έτους) παρουσιάζουν συχνά άτυπες μορφές της νόσου, που σημαίνει ότι δεν εμφανίζουν όλες τις χαρακτηριστικές κλινικές εκδηλώσεις, καθιστώντας έτσι πιο δύσκολη τη διάγνωση. Μερικά από αυτά τα μικρά παιδιά μπορεί να αναπτύξουν ανευρύσματα. Στα παιδιά αυτά η νόσος διαγιγνώσκεται ως άτυπη νόσος Kawasaki.

1.7 Η νόσος είναι διαφορετική σε παιδιά από ότι σε ενήλικες;
Αυτή είναι μία νόσος κατ' εξοχήν της παιδικής ηλικίας, παρόλο που υπάρχουν σπάνιες αναφορές της νόσου Kawasaki σε ενήλικες.

2. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

2.1 Πως μπαίνει η διάγνωση;

Η διάγνωση της νόσου Kawasaki είναι κλινική. Αυτό σημαίνει ότι η διάγνωση γίνεται αποκλειστικά με βάση την κλινική εκτίμηση του ιατρού. Η οριστική διάγνωση τίθεται αν ο ανεξήγητα υψηλός πυρετός που διαρκεί για 5 ή παραπάνω ημέρες συνδυάζεται με 4 από τα 5 παρακάτω χαρακτηριστικά: αμφοτερόπλευρη επιπεφυκίτιδα (φλεγμονή της μεμβράνης που καλύπτει την επιφάνεια του ματιού), διογκωμένοι λεμφαδένες, δερματικό εξάνθημα, ερυθρότητα του στόματος και της γλώσσας και οι χαρακτηριστικές αλλοιώσεις που περιγράφηκαν στα άκρα. Ο ιατρός πρέπει να ελέγξει αν υπάρχει ένδειξη για κάποια άλλη νόσο που θα μπορούσε να δικαιολογήσει τα ίδια συμπτώματα. Μερικά παιδιά παρουσιάζουν ατελείς μορφές της νόσου, πράγμα που σημαίνει ότι πληρούν λιγότερα κλινικά κριτήρια, κάνοντας την διάγνωση πιο δύσκολη. Αυτές οι περιπτώσεις χαρακτηρίζονται ως ατελής νόσος Kawasaki.

2.2. Πόσο θα διαρκέσει η νόσος;

Η νόσος Kawasaki είναι μια νόσος με τρία στάδια: 1) οξύ, που περιλαμβάνει τις πρώτες 2 εβδομάδες, όταν είναι παρόντες ο πυρετός και τα άλλα συμπτώματα, 2) υποξύ, από τη δεύτερη έως την τέταρτη εβδομάδα, μια περίοδος κατά την οποία ο αριθμός των αιμοπεταλίων αρχίζει να αυξάνεται και μπορεί να εμφανιστούν ανευρύσματα, 3) ύφεσης, από τον πρώτο έως τον τρίτο μήνα, όταν όλα τα διαταραγμένα εργαστηριακά ευρήματα επιστρέφουν στα φυσιολογικά επίπεδα και μερικές από τις ανωμαλίες των αγγείων, όπως τα ανευρύσματα των στεφανιαίων αρτηριών, υποχωρούν ή μειώνονται σε μέγεθος. Χωρίς θεραπεία, η νόσος μπορεί να παρουσιάσει μια αυτοπεριοριζόμενη πορεία για περίπου 2 εβδομάδες, χωρίς βελτίωση των προσβεβλημένων αγγείων.

2.3 Ποια είναι η σημασία των εξετάσεων;

Προς το παρόν, δεν υπάρχει μια εργαστηριακή εξέταση που μπορεί να βοηθήσει οριστικά στην διάγνωση της νόσου. Μια ομάδα εξετάσεων, όπως η αυξημένη ΤΚΕ (Ταχύτητα Καθιζήσεως Ερυθρών), τα αυξημένα επίπεδα CRP, η λευκοκυττάρωση (αυξημένος αριθμός λευκών αιμοσφαιρίων), η αναιμία (χαμηλός αριθμός ερυθρών αιμοσφαιρίων), τα χαμηλά επίπεδα αλβουμίνης και τα αυξημένα επίπεδα ηπατικών ενζύμων μπορεί να βοηθήσουν στην διάγνωση. Ο αριθμός των αιμοπεταλίων (τα κύτταρα με ρόλο στην πήξη του αίματος) είναι γενικά φυσιολογικός την πρώτη εβδομάδα αλλά αρχίζει να αυξάνεται στην δεύτερη εβδομάδα, φθάνοντας σε πολύ υψηλά επίπεδα.

Τα παιδιά πρέπει να υποβάλλονται σε περιοδικές εξετάσεις αίματος και να γίνεται αξιολόγηση των αποτελεσμάτων μέχρι την στιγμή που ο αριθμός των αιμοπεταλίων και η ΤΚΕ επιστρέψουν στα φυσιολογικά επίπεδα.

Ένα ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) και ένα υπερηχοκαρδιογράφημα πρέπει να γίνονται στην αρχή της νόσου. Το υπερηχοκαρδιογράφημα μπορεί να εντοπίσει διάταση (διαπλάτυνση) ή ανευρύσματα με την αξιολόγηση του σχήματος και του μεγέθους των στεφανιαίων αρτηριών. Στην περίπτωση κάποιου παιδιού με βλάβες των στεφανιαίων, θα χρειαστούν υπερηχοκαρδιογραφήματα για παρακολούθηση και περαιτέρω μελέτες και εκτιμήσεις.

2.4 Μπορεί να θεραπευθεί/ιαθεί;

Η πλειοψηφία των παιδιών με νόσο Kawasaki μπορεί να ιαθεί, όμως, κάποιοι ασθενείς αναπτύσσουν καρδιακές επιπλοκές παρά την κατάλληλη θεραπεία. Η νόσος δεν μπορεί να προληφθεί, αλλά ο καλύτερος τρόπος για να μειώσουμε τις στεφανιαίες επιπλοκές είναι να γίνει έγκαιρη διάγνωση και να αρχίσει αμέσως η θεραπεία.

2.5 Ποιές είναι οι θεραπείες;

Ένα παιδί με οριστική διάγνωση ή με υποψία νόσου Kawasaki πρέπει να νοσηλευθεί για παρακολούθηση και διερεύνηση για πιθανή προσβολή της καρδιάς.

Για να μειωθούν οι καρδιακές επιπλοκές, η θεραπεία πρέπει να ξεκινήσει μόλις τεθεί η διάγνωση.

Η θεραπευτική αγωγή περιλαμβάνει μία υψηλή ενδοφλέβια δόση γάμμα σφαιρίνης και ασπιρίνη. Ο συνδυασμός αυτός θα μειώσει τη φλεγμονή, εξαλείφοντας εντυπωσιακά τα οξεία συμπτώματα. Η υψηλή δόση γάμμα σφαιρίνης αποτελεί το βασικό κομμάτι της θεραπείας, καθώς μπορεί να αποτρέψει την εμφάνιση στεφανιαίων ανωμαλιών σε ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών. Αν και πολύ ακριβή, για την ώρα παραμένει η πιο αποτελεσματική μορφή θεραπείας. Σε ασθενείς με ειδικούς παράγοντες κινδύνου, μπορεί να δοθούν ταυτόχρονα κορτικοστεροειδή. Οι ασθενείς οι οποίοι δεν ανταποκρίνονται σε μία ή δύο δόσεις ενδοφλέβιας γάμμα σφαιρίνης έχουν και άλλες θεραπευτικές εναλλακτικές λύσεις, συμπεριλαμβανομένων των υψηλών δόσεων κορτικοστεροειδών ενδοφλέβια και θεραπείας με βιολογικούς παράγοντες.

2.6 Ανταποκρίνονται όλα τα παιδιά στην χορήγηση ενδοφλέβιας γάμμα σφαιρίνης;

Ευτυχώς η πλειοψηφία των ασθενών χρειάζονται μία και μόνο δόση. Εκείνοι που δεν ανταποκρίνονται μπορεί να χρειαστούν μια δεύτερη δόση, ή δόσεις κορτικοστεροειδών. Σε σπάνιες περιπτώσεις, μπορεί να χορηγηθούν νέα μόρια τα οποία ονομάζονται βιολογικοί παράγοντες.

2.7 Ποιες είναι οι ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής;

Η θεραπεία με ενδοφλέβια γάμμα σφαιρίνη είναι συνήθως ασφαλής και καλά ανεκτή. Σπάνια, μπορεί να εμφανιστεί φλεγμονή των μηνίγγων (άσηπτη μηνιγγίτιδα).

Μετά την θεραπεία με ενδοφλέβια γάμμα σφαιρίνη, ο εμβολιασμός με με ζωντανούς εξασθενημένους ιούς πρέπει να αναβληθεί. (Να συζητηθεί κάθε εμβόλιο με τον παιδίατρο σας). Η ασπιρίνη σε υψηλές δόσεις μπορεί να προκαλέσει ναυτία ή γαστρικές διαταραχές.

2.8 Τι θεραπεία συνιστάται μετά την ενδοφλέβια γάμμα σφαιρίνη και την υψηλή δόση ασπιρίνης; Πόσο πρέπει να διαρκέσει η θεραπεία;

Μετά τη υποχώρηση του πυρετού (συνήθως σε 24-48 ώρες), η δόση της ασπιρίνης μειώνεται. Η χορήγηση της χαμηλής δόση ασπιρίνης συνεχίζεται λόγω της επίδρασης της στα αιμοπετάλια, τα οποία με τον

τρόπο αυτό εμποδίζονται να συγκολληθούν. Αυτή η θεραπεία είναι χρήσιμη για την πρόληψη του σχηματισμού θρόμβων (πήγματα αίματος) μέσα στα ανευρύσματα ή στην φλεγμένους εσωτερική επένδυση των αιμοφόρων αγγείων, επειδή ο σχηματισμός θρόμβου εντός ενός ανευρύσματος ή αιμοφόρου αγγείου μπορεί να οδηγήσει στην διακοπή παροχής αίματος προς τις περιοχές που τροφοδοτούνται από τα αιμοφόρα αγγεία (καρδιακό έμφραγμα, η πιο επικίνδυνη επιπλοκή της νόσου Kawasaki). Η χαμηλή δόση ασπιρίνης συνεχίζεται μέχρι την ομαλοποίηση των δεικτών φλεγμονής και ένα φυσιολογικό υπερηχοκαρδιογράφημα. Τα παιδιά με επίμονα ανευρύσματα θα πρέπει να λαμβάνουν ασπιρίνη ή άλλα αντιπηκτικά φάρμακα για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, υπό την επίβλεψη γιατρού.

2.9 Η θρησκεία μου δεν μου επιτρέπει να χρησιμοποιήσω αίμα και προϊόντα αίματος. Τι γίνεται με τις μη συμβατικές / συμπληρωματικές θεραπείες;

Δεν υπάρχει χώρος για τις μη συμβατικές θεραπείες για την νόσο αυτή. Η ενδοφλέβια γάμμα σφαιρίνη είναι η αποδεδειγμένη θεραπεία επιλογής. Τα κορτικοστεροειδή μπορεί να είναι αποτελεσματικά στην περίπτωση που η ενδοφλέβια γάμμα σφαιρίνη δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί.

2.10 Ποιός ασχολείται με την ιατρική φροντίδα του παιδιού;

Ο παιδίατρος, ο παιδοκαρδιολόγος και ο παιδορευματολόγος μπορούν να αναλαμβάνουν το οξύ στάδιο και την παρακολούθηση των παιδιών με την νόσο Kawasaki. Στην περίπτωση που δεν είναι διαθέσιμος ένας παιδορευματολόγος, ο παιδίατρος μαζί με τον καρδιολόγο θα πρέπει να παρακολουθήσουν αυτούς τους ασθενείς, ειδικά εκείνους που είχαν προσβολή της καρδιάς.

2.11 Ποια είναι η μακροχρόνια εξέλιξη (πρόγνωση) της νόσου;

Για την πλειοψηφία των ασθενών η πρόγνωση είναι εξαιρετική, καθώς θα έχουν μία φυσιολογική ζωή, με φυσιολογική αύξηση και ανάπτυξη. Η πρόγνωση των ασθενών με επίμονες ανωμαλίες στεφανιαίων αρτηριών εξαρτάται κυρίως από την εμφάνιση μείωσης του εύρους του αγγειακού αυλού (στένωσης) και κωλύματος (απόφραξης). Μπορεί να παρουσιάσουν καρδιακά συμπτώματα νωρίς στη ζωή και μπορεί να χρειαστεί να μείνουν υπό την παρακολούθηση ενός καρδιολόγου με

εμπειρία στη μακροχρόνια φροντίδα των παιδιών με νόσο Kawasaki.

3. Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΖΩΗ

3.1 Πώς θα μπορούσε η νόσος να επηρεάσει το παιδί και την καθημερινή ζωή της οικογένειας;

Αν η νόσος δεν προσβάλει την καρδιά, το παιδί και η οικογένεια ζούν συνήθως μια φυσιολογική ζωή. Παρόλο που τα περισσότερα παιδιά με νόσο Kawasaki αναρρώνουν πλήρως, μπορεί να χρειαστεί λίγος χρόνος μέχρι το παιδί να σταματήσει να νιώθει κόπωση και να είναι ευερέθιστο.

3.2 Τι γίνεται με το σχολείο;

Μόλις η νόσος ελέγχεται καλά, όπως συμβαίνει γενικά με τη χρήση των διαθέσιμων αυτήν την στιγμή φαρμάκων, και η οξεία φάση έχει τελειώσει, το παιδί δεν θα πρέπει να έχει κανένα πρόβλημα να συμμετέχει σε όλες τις δραστηριότητες των υγιών συνομηλίκων του. Το σχολείο είναι για τα παιδιά ότι είναι η δουλειά για τους ενήλικες: ένα μέρος όπου μαθαίνουν πώς να γίνουν ανεξάρτητα και παραγωγικά άτομα. Οι γονείς και οι δάσκαλοι πρέπει να κάνουν ό,τι μπορούν για να επιτραπεί στο παιδί να συμμετέχει στις σχολικές δραστηριότητες με έναν κανονικό τρόπο, έτσι ώστε το παιδί όχι μόνο να είναι επιτυχημένο στις σπουδές, αλλά και να γίνει αποδεκτό και να εκτιμάται τόσο από τους συνομήλικούς του όσο και τους ενήλικες.

3.3 Τι γίνεται με τα αθλήματα;

Η άθληση είναι ένα βασικό στοιχείο της καθημερινής ζωής του κάθε παιδιού. Ένας από τους στόχους της θεραπείας είναι να επιτρέψει στα παιδιά να έχουν μια κανονική ζωή όσο το δυνατόν περισσότερο και να μην θεωρούν τους εαυτούς τους διαφορετικούς από τους συνομήλικούς τους. Επομένως, τα παιδιά που δεν παρουσίασαν προσβολή της καρδιάς δεν έχουν περιορισμούς στην αθλητική ή σε κάποια άλλη καθημερινή δραστηριότητα. Ωστόσο, τα παιδιά με στεφανιαία ανευρύσματα θα πρέπει να συμβουλευθούν έναν καρδιολόγο σχετικά με τη συμμετοχή τους σε αγωνιστικές δραστηριότητες, κυρίως κατά την εφηβεία.

3.4 Τι γίνεται με τη διατροφή;

Δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι η διατροφή μπορεί να επηρεάσει τη νόσο. Σε γενικές γραμμές, το παιδί θα πρέπει να έχει μια ισορροπημένη, κανονική διατροφή για την ηλικία του/της. Μια υγιεινή και ισορροπημένη διατροφή με επαρκή πρωτεΐνη, ασβέστιο και βιταμίνες συνιστάται για το παιδί που βρίσκεται σε ανάπτυξη. Η υπερφαγία θα πρέπει να αποφεύγεται σε ασθενείς που λαμβάνουν κορτικοστεροειδή διότι αυτά τα φάρμακα μπορεί να αυξήσουν την όρεξη.

3.5 Μπορεί το παιδί να εμβολιασθεί;

Μετά από θεραπεία με ενδοφλέβια γάμμα σφαιρίνη, ο εμβολιασμός με ζωντανούς εξασθενημένους ιούς πρέπει να αναβάλλεται. Ο γιατρός θα πρέπει να αποφασίσει ποια εμβόλια μπορεί να λαμβάνει το παιδί, ανάλογα με την κάθε περίπτωση. Γενικά, οι εμβολιασμοί δεν φαίνεται να αυξάνουν τη δραστηριότητα της νόσου και δεν προκαλούν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες στους ασθενείς με νόσο Kawasaki. Τα σύνθετα εμβόλια με νεκρούς μικροοργανισμούς φαίνεται να είναι ασφαλή σε ασθενείς με νόσο Kawasaki, ακόμα και σε εκείνους που λαμβάνουν ανοσοκατασταλτικά φάρμακα, παρόλο που οι περισσότερες μελέτες δεν είναι σε θέση να αξιολογήσουν πλήρως τις σπάνιες βλάβες που προκαλούνται από τον εμβολιασμό. Οι ασθενείς που λαμβάνουν υψηλή δόση ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων θα πρέπει να συμβουλευούνται από τον ιατρό τους για την μέτρηση, μετά τον εμβολιασμό, των επιπέδων των αντισωμάτων ενάντια στα συγκεκριμένα παθογόνα.