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

مرض كاواساكي

نسخة من 2016

2- التشخيص والعلاج

2-1 كيف يتم تشخيصه؟

تشخيص كاواساكي هو تشخيص إكلينيكي أو سريري. هذا يعني أن التشخيص يتم فقط على أساس التقييم السريري بمعرفة الطبيب. ويمكن أداء تشخيص قاطع إذا استمرت الحمى المرتفعة مجهولة السبب لمدة 5 أيام أو أكثر إضافة إلى 4 أو 5 من السمات التالية: التهاب الملتحمة الثنائي (التهاب الغشاء المحيط بمقلة العين)، وتضخم الغدد اللمفاوية، وطفح الجلد، وتأثر الفم واللسان، وتغيرات في الأطراف. ويجب على الطبيب أن يتأكد من عدم وجود دليل على أية أمراض أخرى مما قد يفسر نفس الأعراض. تظهر على بعض الأطفال صور غير مكتملة من المرض بما يعني أنهم يطابقون عدداً أقل من المعايير السريرية الموضوعة بما يصعب من عملية التشخيص. وتُسمى هذه الحالات كاواساكي غير مكتمل.

2-2 إلى متى تدوم الإصابة بالمرض؟

كاواساكي هو مرض ذو ثلاث مراحل: حادة وتشمل الأسبوعين الأولين عند ظهور الحمى وبقية الأعراض، وشبه حادة وهي تبدأ من الأسبوع الثاني حتى الرابع وهي مدة يبدأ فيها تعداد الصفيحات بالارتفاع مع احتمال ظهور تمدد الأوعية الدموية، ومرحلة التعافي وتبدأ من الشهر الأول إلى الثالث عندما تعود الاختبارات المعملية المتغيرة إلى الوضع الطبيعي وتتبدد تشوهات الأوعية الدموية (مثل تمدد الشريان التاجي) أو تتقلص في الحجم.
عند عدم علاج هذا المرض فإنه قد يبدأ في اتخاذ مسارًا محدود ذاتيًا على مدار حوالي أسبوعين بحيث يترك الشرايين التاجية المتأثرة جميعها كما هي.

2-3 ما هي أهمية الاختبارات؟

ليست هناك اختبارات معملية في الوقت الحالي يمكن أن تساعد في تشخيص هذا المرض بشكل قاطع. وقد تساعد مجموعة من الاختبارات في إجراء التشخيص مثل: معدل ترسب الكريات الحمراء المرتفع، وارتفاع مستوى البروتين الارتكاسي C وكثرة الكريات البيض (زيادة عدد كرات الدم البيضاء) والأنيميا (انخفاض عدد خلايا الدم الحمراء) وانخفاض

ألبومين المصل وزيادة إنزيمات الكبد. ويكون عدد الصفيحات (الخلايا المشتركة في تجلط الدم) عادياً بشكل عام خلال الأسابيع الأولى من المرض ولكن يبدأ في الزيادة في الأسبوع الثاني بحيث يصل إلى عدد كبير جداً.
ينبغي أن يخضع الأطفال لفحوصات دورية وتقييم لاختبارات الدم حتى يعود تعداد الصفيحات ومعدل ترسيب الكريات الحمراء إلى الحالة الطبيعية.
ينبغي إجراء مخطط مبدئي لكهربية القلب كما ينبغي إجراء تخطيط صدى القلب. حيث يمكن أن يكتشف تخطيط صدى القلب وجود توسع أو تمدد في الأوعية الدموية عن طريق تقييم شكل الشرايين التاجية وحجمها. وعند إصابة طفل بتشوهات في الشرايين التاجية، فسوف يلزم متابعة إجراء تخطيط صدى القلب والدراسات والتقييمات الأخرى.

4-2 هل يمكن علاجه/الشفاء منه؟

يمكن أن يتعافى غالبية الأطفال من كاواساكي، ولكن بعض المرضى قد تظهر عليهم مضاعفات قلبية رغم اتباع العلاج المناسب. ولا يمكن الوقاية من هذا المرض ولكن أفضل طريقة لتقليل مضاعفات الشرايين التاجية هي إجراء تشخيص مبكر وبدء العلاج في أقرب وقت ممكن.

5-2 ما هي العلاجات؟

عند تحديد إصابة الطفل بكاواساكي أو الاشتباه في ذلك، يلزم إدخاله المستشفى للملاحظة والرصد وينبغي تقييمه لاكتشاف تأثر القلب المحتمل.
من أجل إنقاص وتيرة مضاعفات القلب، فإنه يلزم بدء العلاج في أقرب وقت ممكن بعد التشخيص.
يتركب العلاج من جرعة واحدة عالية من الغلوبولين المناعي الوريدي (IVIG) والأسبرين. وسوف يقلص هذا العلاج من الالتهاب، بحيث يخفف الأعراض الحادة بشكل هائل. وتعد الجرعة العالية من الغلوبولين المناعي الوريدي جزءًا جوهريًا من العلاج حيث إنها قادرة على تقليص فرصة وقوع تشوهات الشرايين التاجية عند قطاع كبير من المرضى. ورغم أن هذا العلاج باهظ الثمن، إلا أنه يبقى أكثر صورة فعالة من صور العلاج. وبالنسبة للمرضى المعرضين لعوامل خطر خاصة، قد تُعطى لهم الكورتيكوستيرويدات بالتزامن. وللمرضى الذين لا يستجيبون بعد جرعة أو جرعتين من الغلوبولين المناعي الوريدي بدائل علاجية أخرى منها جرعة عالية من الكورتيكوستيرويدات الوريدية والعلاج بالأدوية البيولوجية.

6-2 هل يستجيب جميع الأطفال للغلوبولين المناعي الوريدي؟

لحسن الحظ، يحتاج معظم الأطفال جرعة واحدة فقط. أما من لا يستجيبون فقد يحتاجون جرعة أخرى أو جرعات من الكورتيكوستيرويدات. وفي حالات نادرة، تُقدَم جزيئات جديدة تُسمى بالأدوية البيولوجية.

7-2 ما هي الآثار الجانبية للعلاج بالأدوية؟
عادة ما يكون الغلوبولين المناعي الوريدي آمناً ويتحمله الجسم بشكل جيد. ونادراً ما يحدث التهاب السحايا (العقيم).
بعد العلاج بالغلوبولين المناعي الوريدي IVIG، يجب إرجاء تقديم التطعيمات الموهنة الحية. (تناقش حول كل لقاح مع طبيب الأطفال). يمكن أن ينتج عن زيادة جرعة الأسبرين غثيان أو اضطراب في المعدة.

8-2 ما العلاج الموصى به بعد الغلوبولين المناعي والجرعة العالية من الأسبرين؟ وما طول المدة التي ينبغي فيها المداومة على العلاج؟
بعد هدوء الحمى (عادة خلال 48-24 ساعة)، يتم تخفيف جرعة الأسبرين. وتتم المداومة على جرعة منخفضة من الأسبرين بسبب أثره على الصفيحات وهذا يعني أن الصفيحات لن تتماسك. ويُعد هذا العلاج مفيدًا للوقاية من تكون الخثرات (جلطات الدم) داخل أمهات الدم أو أو البطانة الداخلية للأوعية الدموية الملتهبة، حيث قد يؤدي تكون الخثرات داخل إحدى أمهات الدم أو الأوعية الدموية إلى انقطاع وصول الدم إلى المناطق التي تعد هذه الأوعية مسؤولة عن توصيل الدم لها (احتشاء القلب: أخطر مضاعفات كاواساكي). وتتم المداومة على إعطاء جرعة منخفضة من الأسبرين لحين عودة علامات الالتهاب إلى الوضع الطبيعي ويكون تخطيط صدى القلب عادياً في المتابعة. ينبغي إعطاء الأسبرين للأطفال الذين عندهم تمدد مستمر للأوعية الدموية أو أي دواء آخر مضاد للجلطة تحت إشراف الطبيب ولفترات أطول.

9-2 عقيدتي تحظر علي الاستطباب بالدم ومنتجاته، فماذا عن العلاجات التكميلية / غير التقليدية؟
ليس هناك مجال للعلاجات غير التقليدية بالنسبة لهذا المرض. الغلوبولين المناعي الوريدي هو العلاج المفضل الذي ثبتت نجاعته. وقد تكون الكورتيكوستيرويدات ناجعة عند عدم التمكن من استخدام الغلوبولين المناعي الوريدي.

10-2 من هو المعنيّ بالرعاية الطبية للطفل؟
قد يتولى طبيب الأطفال أو أخصائي أمراض قلب الأطفال وأخصائي روماتيزم الأطفال الرعاية في المرحلة الحادة ومتابعة الأطفال المصابين بكاواساكي. وفي الأماكن التي لا يتوفر فيها أخصائي روماتيزم الأطفال، فإنه على طبيب الأطفال وأخصائي القلب معاً مراقبة المرضى وبخاصة تلك الحالات التي يكون القلب فيها متأثراً بالمرض.
11-2 ما هو التطور على المدى الطويل (المآل) لهذا المرض؟
بالنسبة لمعظم المرضى، المآل ممتاز وستسير حياتهم بشكل طبيعي وتكون لديهم القدرة على النمو والتطور بشكل طبيعي.
يعتمد مآل المرضى المصابين بتشوهات مستمرة في الشرايين التاجية في المقام الأول على تطور التضيق الوعائي والانسدادات. فقد يكونوا عرضةً لأعراض القلب في وقت مبكر

من الحياة وهم بحاجة للخضوع تحت رعاية أخصائي قلب متمرس في الرعاية طويلة المدى للأطفال المصابين بمرض كاواساكي.