



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

Ρευματικός Πυρετός και Μεταστρεπτοκοκκική Αντιδραστική Αρθρίτιδα

Έκδοση από 2016

2. Διάγνωση και Θεραπεία

2.1 Πώς μπαίνει η διάγνωση;

Τα κλινικά ευρήματα και του συνόλου των εργαστηριακών εξετάσεων έχουν ιδιαίτερη σημασία, επειδή δεν υπάρχει συγκεκριμένη εξέταση ή ένδειξη για τη διάγνωση. Τα κλινικά συμπτώματα της αρθρίτιδας, η καρδίτιδα, η χορεία, οι δερματικές αλλοιώσεις, ο πυρετός, τα μη φυσιολογικά αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων για στρεπτοκοκκική λοίμωξη και οι αλλαγές στην αγωγιμότητα του καρδιακού παλμού, όπως αυτές φαίνονται σε ηλεκτροκαρδιογράφημα, μπορούν να επιβεβαιώσουν τη διάγνωση. Η ένδειξη προηγούμενης στρεπτοκοκκικής λοίμωξης είναι γενικά απαραίτητη για να μπει η διάγνωση.

2.2 Ποια νοσήματα μοιάζουν με το ρευματικό πυρετό;

Υπάρχει ένα νόσημα που ονομάζεται μεταστρεπτοκοκκική αντιδραστική αρθρίτιδα. Αυτή όμως εμφανίζεται μετά από στρεπτοκοκκική φαρυγγίτιδα αλλά χαρακτηρίζεται από αρθρίτιδα μεγαλύτερης διάρκειας και από μικρότερο κίνδυνο καρδίτιδας. Το νόσημα αυτό, μπορεί να έχει ένδειξη για προφυλακτική χορήγηση αντιβιοτικών. Η νεανική ιδιοπαθής αρθρίτιδα είναι άλλο ένα νόσημα που μοιάζει με το ρευματικό πυρετό αλλά η διάρκεια της αρθρίτιδάς της είναι μεγαλύτερη των 6 εβδομάδων. Η νόσος του Lyme, η λευχαιμία, η αντιδραστική αρθρίτιδα που προκαλείται από μικρόβια ή ιούς μπορεί επίσης να εμφανιστούν με αρθρίτιδα. Αθώα φυσήματα (συνήθη

φυσήματα καρδιάς χωρίς καρδιακή νόσο), καρδιακά νοσήματα από τη γέννηση ή που εκδηλώθηκαν αργότερα (συγγενή και επίκτητα) μπορεί να παρερμηνευτούν και να διαγνωστούν ως ρευματικός πυρετός.

2.3 Ποια είναι η σημασία των εξετάσεων;

Μερικές εξετάσεις είναι απαραίτητες για τη διάγνωση και τον επανέλεγχο. Οι εξετάσεις αίματος είναι χρήσιμες κατά την διάρκεια των κρίσεων για να επιβεβαιώνουν τη διάγνωση.

Όπως και σε πολλά άλλα ρευματικά νοσήματα, ευρήματα συστηματικής φλεγμονής παρατηρούνται σχεδόν σε όλους τους ασθενείς, εκτός και αν η χορεία είναι το μόνο εύρημα. Στους περισσότερους ασθενείς δεν υπάρχουν ενδείξεις λοίμωξης του λαιμού, καθώς το ανοσιακό σύστημα έχει καθαρίσει το στρεπτόκοκκο του φάρυγγα πολύ νωρίς, ήδη στην έναρξη του νοσήματος. Υπάρχουν κάποιες εξετάσεις αίματος που ανιχνεύουν στρεπτοκοκκικά αντισώματα ακόμα και αν οι γονείς και/ή ο ασθενής δεν μπορούν να θυμηθούν αν υπήρχαν ενδείξεις λοίμωξης του λαιμού. Οι αυξανόμενοι τίτλοι (επίπεδα) αυτών των αντισωμάτων που είναι γνωστά ως αντιστρεπτολυσίνη O (ASTO) ή DNase B μπορούν να ανιχνευθούν στις εξετάσεις αίματος που γίνονται με απόσταση 2-4 εβδομάδων. Υψηλοί τίτλοι υποδηλώνουν πρόσφατη λοίμωξη χωρίς να αποδεικνύουν κάποια σχέση με τη βαρύτητα του νοσήματος. Ωστόσο, αυτές οι εξετάσεις δίνουν φυσιολογικά αποτελέσματα σε ασθενείς που έχουν μόνο χορεία, καθιστώντας έτσι τη διάγνωση λίγο πιο δύσκολη. Μη φυσιολογικά αποτελέσματα στην ASTO ή στη DNase B, σημαίνουν παλαιότερη έκθεση σε μικρόβια που προκαλούν το ανοσιακό σύστημα να δημιουργήσει αντισώματα, τα οποία από μόνα τους δε δίνουν τη διάγνωση του ρευματικού πυρετού σε ασθενείς χωρίς άλλα συμπτώματα. Επομένως η θεραπεία με αντιβιοτικά όλων όσων έχουν αυξημένες αυτές τις εξετάσεις, δεν είναι απαραίτητη.

2.4 Πως εντοπίζεται η καρδίτιδα;

Η εμφάνιση ενός νέου φυσήματος που προκύπτει από φλεγμονή των βαλβίδων της καρδιάς, είναι η πιο συχνή εκδήλωση της καρδίτιδας και εντοπίζεται συνήθως με την ακρόαση της καρδιάς από το γιατρό. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα, δηλαδή η αξιολόγηση της ηλεκτρικής δραστηριότητας της καρδιάς που καταγράφεται σε χάρτινη ταινία, είναι χρήσιμο για να επιβεβαιώσει το μέγεθος της προσβολής της

καρδιάς. Επίσης, οι ακτινογραφίες θώρακος είναι σημαντικές για τον έλεγχο της καρδιακής διόγκωσης.

Το υπερηχοκαρδιογράφημα Doppler ή καρδιακό υπέρηχο είναι μια πολύ ευαίσθητη εξέταση για την καρδίτιδα. Παρόλα αυτά, δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί από μόνο του ως διαγνωστικό κριτήριο, όταν δεν συνυπάρχουν κλινικά ευρήματα. Όλες αυτές οι ιατρικές εξετάσεις είναι τελείως ανώδυνες και η μόνη τους δυσκολία είναι, ότι το παιδί κατά τη διάρκεια της εκτέλεσής τους πρέπει να μείνει για λίγο ακίνητο.

2.5 Μπορεί να αντιμετωπιστεί ή να θεραπευτεί;

Ο ρευματικός πυρετός είναι ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας σε συγκεκριμένες περιοχές του κόσμου αλλά μπορεί να προληφθεί, αντιμετωπίζοντας τη στρεπτοκοκκική φαρυγγίτιδα μόλις διαγνωστεί (πρώιμη πρόληψη). Η αντιβιοτική θεραπεία που θα ξεκινήσει μέσα στις 9 πρώτες μέρες από την έναρξη της φαρυγγίτιδας είναι αποτελεσματική για να προλάβει τον οξύ ρευματικό πυρετό. Τα συμπτώματα του ρευματικού πυρετού αντιμετωπίζονται με μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα.

Υπάρχει συνεχής έρευνα για την παραγωγή εμβολίου που μπορεί να προστατεύει από το στρεπτόκοκκο. Το εμβόλιο, αποτρέποντας την αρχική λοίμωξη θα προλαμβάνει τη μη φυσιολογική ανοσιακή απάντηση. Αυτή η προσέγγιση μπορεί στο μέλλον να αποτελέσει την πρόληψη του Ρευματικού Πυρετού.

2.6 Ποιες είναι οι θεραπείες;

Κατά την διάρκεια των προηγούμενων χρόνων δεν προέκυψαν νεότερες συστάσεις για τη θεραπεία. Ενώ η ασπιρίνη παραμένει η βασική θεραπεία, δεν έχει διευκρινιστεί ο τρόπος δράσης της και μάλλον σχετίζεται με τις αντιφλεγμονώδεις ιδιότητές της. Άλλα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ) συστήνονται για την αρθρίτιδα για 6-8 εβδομάδες ή μέχρι αυτή να εξαφανιστεί.

Για τη σοβαρή καρδίτιδα, συστήνεται ανάπαυση στο κρεβάτι και σε μερικές περιπτώσεις κορτικοστεροειδή από το στόμα (πρεδνιζόνη) για 2-3 εβδομάδες. Το φάρμακο μειώνεται σταδιακά αφού έχει ελεγχθεί η φλεγμονή, αξιολογώντας τα συμπτώματα και τις εξετάσεις αίματος.

Στην περίπτωση της χορείας, μπορεί να απαιτείται η βοήθεια των γονέων για την ατομική φροντίδα του ασθενή και τα σχολικά του

καθήκοντα. Η φαρμακευτική θεραπεία για τον έλεγχο των κινήσεων της χορείας περιλαμβάνει τα κορτικοστεροειδή, την αλοπεριδόλη ή το βαλπροϊκό οξύ. Αυτή μπορεί να χορηγηθεί υπό στενή παρακολούθηση για τυχόν ανεπιθύμητες ενέργειες. Οι συνήθεις ανεπιθύμητες ενέργειες είναι η υπνηλία και ο τρόμος, οι οποίες εύκολα μπορούν να ανασταλούν με κατάλληλη προσαρμογή της δόσης. Σε μερικές περιπτώσεις η χορεία μπορεί να διαρκέσει αρκετούς μήνες παρά την επαρκή θεραπεία. Μετά την επιβεβαίωση της διάγνωσης, συστήνεται μακροχρόνια προστασία με αντιβιοτικά, ώστε να αποτραπεί τυχόν υποτροπή του οξέος ρευματικού πυρετού.

2.7 Ποιες είναι οι ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής;

Η σύντομη συμπτωματική θεραπεία με σαλικυλικά και άλλα ΜΣΑΦ είναι γενικά καλά ανεκτή. Ο κίνδυνος αλλεργίας στην πενικιλίνη είναι πολύ μικρός, ωστόσο ο ασθενής παρακολουθείται για το ενδεχόμενο αυτό κατά τις πρώτες ενέσεις. Το βασικότερο πρόβλημα είναι το επώδυνο των ενέσεων και η πιθανή άρνηση από τους γονείς που φοβούνται τον πόνο. Επομένως προτείνονται: η επιμόρφωση για το νόσημα, τα τοπικά αναισθητικά και η χαλάρωση πριν από τις ενέσεις .

2.8 Πόσο πρέπει να διαρκέσει η δευτερογενής πρόληψη;

Ο κίνδυνος μιας υποτροπής είναι μεγαλύτερος τα πρώτα 3-5 χρόνια μετά την έναρξη και ο κίνδυνος ανάπτυξης μόνιμης βλάβης λόγω της καρδίτιδας αυξάνεται με κάθε νέα φλεγμονή. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου συστήνεται αντιβιοτική θεραπεία σε τακτά διαστήματα για όλους τους ασθενείς που είχαν ρευματικό πυρετό, προς αποφυγή νέων στρεπτοκοκκικών λοιμώξεων, ανεξάρτητα από τη βαρύτητα του νοσήματος, επειδή ακόμη και οι ήπιες μορφές μπορεί να υποτροπιάσουν.

Οι περισσότεροι γιατροί συμφωνούν ότι η πρόληψη με αντιβιοτικά θα πρέπει να διαρκέσει για 5 τουλάχιστον χρόνια μετά την τελευταία υποτροπή ή έως το παιδί γίνει 21 χρονών. Στην περίπτωση της καρδίτιδας χωρίς καρδιακή βλάβη, η δευτεροπαθής προφύλαξη συστήνεται είτε για 10 χρόνια είτε έως ο ασθενής γίνει 21 χρονών (ανάλογα από το ποιο από τα δύο είναι το μεγαλύτερο διάστημα). Αν υπάρχει καρδιακή βλάβη, συστήνονται 10 χρόνια προφύλαξης ή μέχρι

την ηλικία των 40, ή και για περισσότερο χρόνο εφόσον το νόσημα είχε επιπλοκές και χρειάστηκε αντικατάσταση καρδιακής βαλβίδας. Η πρόληψη της βακτηριακής (μικροβιακής) ενδοκαρδίτιδας με αντιβιοτικά συνιστάται για όλους τους ασθενείς με βλάβη καρδιακής βαλβίδας που υποβάλλονται σε οδοντιατρικές εργασίες ή χειρουργική επέμβαση. Αυτό το μέτρο είναι απαραίτητο επειδή τα μικρόβια μπορούν να μετακινηθούν από άλλες περιοχές του σώματος, ειδικά από το στόμα, και να προκαλέσουν λοίμωξη στην καρδιακή βαλβίδα.

2.9 Τι γίνεται με τις εναλλακτικές/συμπληρωματικές θεραπείες;

Υπάρχουν πολλές συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες που είναι διαθέσιμες κάτι που μπορεί να προκαλέσει σύγχυση στους ασθενείς και στις οικογένειές τους. Σκεφτείτε προσεκτικά τους κινδύνους και τα οφέλη πριν τη δοκιμή τέτοιων θεραπειών, δεδομένου ότι τα αποδεδειγμένα οφέλη είναι πολύ λίγα και μπορεί να είναι δαπανηρές από την άποψη χρόνου και χρήματος και επιβαρυντικές για το παιδί. Αν θέλετε να πειραματιστείτε με συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες είναι προτιμότερο να συζητήσετε πρώτα αυτές τις επιλογές με τον παιδορευματολόγο σας. Μερικές απ' αυτές τις θεραπείες μπορεί να αλληλεπιδράσουν με τα συμβατικά φάρμακα. Οι περισσότεροι γιατροί δεν θα είναι αντίθετοι με τις συμπληρωματικές θεραπείες, αρκεί να ακολουθείτε τις ιατρικές οδηγίες. Είναι πολύ σημαντικό να μη σταματήσετε να παίρνετε τα φάρμακα που σας έχουν συνταγογραφηθεί. Όταν φάρμακα, όπως τα κορτικοστεροειδή, είναι απαραίτητα για να διατηρούν το νόσημα υπό έλεγχο, είναι πολύ επικίνδυνο να σταματήσει η χορήγησή τους όσο το νόσημα είναι ακόμη σε ενεργό φάση. Παρακαλούμε να συζητάτε τις ανησυχίες σας σχετικά με τα φάρμακα με τον γιατρό του παιδιού σας.

2.10 Τι είδους περιοδικές εξετάσεις απαιτούνται;

Κατά την μακροχρόνια πορεία του νοσήματος ενδέχεται να απαιτηθούν πιο τακτικοί επανέλεγχοι και περιοδικές εξετάσεις. Για τις περιπτώσεις μάλιστα καρδίτιδας και χορείας, συστήνεται στενότερη παρακολούθηση. Μετά την υποχώρηση των συμπτωμάτων συνιστάται ένα πρόγραμμα προληπτικής θεραπείας υπό επιτήρηση και μακροχρόνια παρακολούθηση με την επίβλεψη καρδιολόγου, για την έγκαιρη

εντόπιση μετέπειτα (όψιμης) καρδιακής βλάβης.

2.11 Πόσο θα διαρκέσει το νόσημα;

Τα οξέα συμπτώματα του νοσήματος υποχωρούν μετά από αρκετές ημέρες ως και εβδομάδες. Ωστόσο, ο κίνδυνος επεισοδίων με υποτροπές οξέος ρευματικού πυρετού παραμένει και η προσβολή της καρδιάς μπορεί να προκαλεί συμπτώματα σε όλη τη ζωή. Είναι λοιπόν απαραίτητη η μακροχρόνια συνέχιση της θεραπείας με αντιβιοτικά για την προφύλαξη από επανεμφάνιση στρεπτοκοκκικής φαρυγγίτιδας.

2.12 Ποια είναι η μακροχρόνια εξέλιξη (πρόγνωση) του νοσήματος;

Οι υποτροπές των συμπτωμάτων δεν μπορούν να προβλεφθούν τόσο ως προς τον χρόνο όσο και ως προς τη βαρύτητα. Η εμφάνιση καρδίτιδας στο πρώτο επεισόδιο αυξάνει τον κίνδυνο για ανάπτυξη βλάβης, παρόλο που σε μερικές περιπτώσεις καρδίτιδας μπορεί να ακολουθήσει πλήρης αποκατάσταση. Οι περισσότεροι σοβαρές καρδιακές βλάβες απαιτούν εγχείρηση για αντικατάσταση καρδιακής βαλβίδας.

2.13 Είναι δυνατή η πλήρης ανάρρωση πιθανή τέλεια αποθεραπεία;

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