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

Kawasakijeva bolest

Verzija 2016

2. DIJAGNOZA I LIJEČENJE

2.1 Kako se postavlja dijagnoza?

Dijagnoza se postavlja na temelju kliničke slike. Liječnik procjenjuje stanje i stimpome bolesnika te tako donosi odluku o dijagnozi. Definitivna dijagnoza se postavlja ako postoji neobjašnjena vrućica 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. Liječnik 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 dugo traje bolest?

KB ima tri faze: akutnu, koja traje prva 2 tjedna kada su prisutni vrućica i drugi simtpomi, subakutnu od 2-4 tjedna kada dolazi do porasta broja trombocita u krvnoj slici i kada može doći do nastajanja anuerizama te rekonvalescentna faza, od prvog do trećeg mjeseca kada dolazi do normalizacije laboratorijskih nalaza i kada se na jednom dijelu krvnih žila smanjuju ili nestaju promjena (npr. aneurizme koronarnih arterija) koje su se stvorile tijekom prethodnih faza.
Ukoliko se ne liječi bolest se može sama smiriti kroz dva tjedna, ali će promjene na krvnim žilama srca ostati.

2.3 Koliko su važni laboratorijski nalazi?

Trenutačno ne postoji laboratorijski test koji bi izravno 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 stanica koje sudjeluju u zgrušavanju) je u prvih par tjedana bolesti normalan , počinje rasti u drugom tjednu do vrlo visokih vrijednosti. Kontrolni pregledi i laboratorijski tesovi 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 zamijetit 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 Da li se KB može liječiti/izliječiti?

Većinu djece s KB možemo izliječiti, međutim neki boeelsnici razvijaju komplikacije na srcu unatoč 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 Koje su mogućnosti liječenja?

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 glukokortikoidi. Bolesnici koji ne odgovore na jednu ili dvije doze IVIG imaju druge mogućnosti liječenja koje uključuju visoke doze intravenskih glukokortikoida 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 glukokortikoide. U rijetkim slučajevima potrebno je liječenje biološkim lijekovima.

2.7 Koje su nuspojave lijekova?

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

2.8 Što se preporuča nakon imunoglobulina i visokih doza aspirina? Koliko dugo traje liječenje?

Nakon što se smiri vrućica (obično u prav 24-48 sati), postupno se smanjuje doza aspirina. Niska doza apsirina se daje zbog toga što sprečava sljepljivanje trombocita. Na taj način se sprečava stvaranje tromba (krvnog ugruška) unutar aneurizmi ili na unutarnjoj stijenci upaljene krvne žile koji mogu dovesti do prekida dotoka krvi u područje koje ta krvna žila 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 liječnički nadzor kroz neko duže vrijeme.

2.9 Moja vjera mi zabranjuje liječenje krvlju ili krvnim pripravcima. Koje nekonvencionalne/kmplementarne terapije postoje?

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

2.10 Tko sve sudjeluje u liječenju i njezi 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 reumatolog pedijatar i pedijatrijski karidolog mogu pratiti bolesnika, pogotovo u slučajevima kada je zahvaćeno srce.

2.11 Koja je dugoročna prognoza ove boelsti?

Za većinu bolesnika prognoza u smislu normlanog života, rasta i razvoja je izvrsna.

Prognoza za bolesnike s perzistirajućim promjenama na srcu ovisi najviše o eventualnom razvoju suženja (stenoze) i opstrukcije (začepljenja) na zahvaćenim krvnim žilama. 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.