



<https://www.printo.it/pediatric-rheumatology/HU/intro>

Reumás láz és sztreptokokkusz-fertőzés utáni reaktív artritisz

Verzió 2016

2. DIAGNÓZIS ÉS TERÁPIA

2.1 Hogyan diagnosztizálható?

A klinikai jelek és a vizsgálatok különösen fontosak, mivel nincs külön teszt vagy tünet, amely alapján diagnosztizálni lehetne a betegséget. A diagnózis felállításában segíthetnek a következő tünetek: artritisz, karditisz, chorea, bőrelváltozások, láz, sztreptokokkusz-fertőzésre irányuló laborvizsgálatok rendellenes eredményei, a szív ingerületvezető képességének változása az EKG-felvételen. A betegséget megelőző sztreptokokkusz-fertőzés igazolása általában szükséges a diagnózis felállításához.

2.2 Mely betegségek hasonlítanak a reumás lázhoz?

A „sztreptokokkusz-fertőzés utáni reaktív artritisz” nevű betegség szintén a sztreptokokkusz okozta torokgyulladás után alakul ki, de hosszabb ideig tartó ízületi gyulladással és a karditisz kialakulásának kockázatával jár; az antibiotikumos profilaktikus (megelőző) kezelés indokolt lehet. A gyermekkori idiopátiás artritisz egy másik olyan betegség, amely hasonlít a reumás lázra, de az ízületi gyulladás 6 hétnél hosszabb ideig tart. A Lyme-kór, a leukémia, valamint az egyéb baktériumok vagy vírusok által előidézett reaktív artritisz szintén járhat ízületi gyulladással. Előfordulhat, hogy ártalmatlan szívzörejeket (szívbetegség nélküli közönséges szívzörejeket), veleszületett vagy egyéb szerzett szívbetegségeket tévesen reumás lázként diagnosztizálnak.

2.3 Mi a vizsgálatok jelentősége?

Bizonyos vizsgálatok elengedhetetlenek a diagnózis felállításához és az utánpótláshoz. A lázas rohamok ideje alatt végzett vérvizsgálatok segítenek a diagnózis megerősítésében.

Csakúgy mint más reumás betegségeknél, szisztémás gyulladás jelei szinte az összes betegnél megfigyelhetők, kivéve chorea esetén. A betegek többségénél a torokfertőzésnek semmilyen jele nincs, és az immunrendszer elpusztítja a sztreptokokkusz baktériumot, mire a betegség kialakul. Vannak vérvizsgálatok a sztreptokokkusz elleni antitestek kimutatására, még akkor is, ha a beteg és/vagy a szülei nem emlékeznek torokfertőzés jeleire. Ezeknek az antitesteknek – anti-streptolysin O (ASO) vagy DNase B – az emelkedő titereit (szintjeit) ki lehet mutatni 2-4 hét eltéréssel végzett vérvizsgálatokkal. Az antitestek magas szintje közelmúltbeli fertőzésre utal, de nem igazoltak összefüggést a betegség súlyosságával. Ugyanakkor, ezek a tesztek normális eredményeket mutatnak azoknál, akiknél a chorea önmagában van jelen, így megnehezítik a diagnózist.

A rendellenes ASO- vagy DNase B teszteredmények azt jelentik, hogy a szervezetben olyan baktériumok voltak korábban jelen, amelyek az immunrendszert serkentették antitestek termelésére, de ez önmagában nem elégséges a reumás láz diagnózisához a tünetmentes betegeknél. Antibiotikus kezelés ezért általában nem szükséges.

2.4 Hogy lehet kimutatni a karditist?

A szívbillentyű-gyulladás következtében újonnan kialakult szívzöreje a karditisz leggyakoribb jele, és ezt általában a szívhangok meghallgatásával fedezi fel az orvos. Az elektrokardiogram (a szív elektromos aktivitásának mérése és rögzítése egy papírcsíkon) arra szolgál, hogy megerősítse a szív érintettségének mértékét. A mellkasröntgen szintén fontos az esetleges szívnagyobbodás kimutatása érdekében.

A Doppler-echokardiogram vagy szívultrahang egy nagyon érzékeny vizsgálati módszer a karditisz kimutatására. Ezek az eljárások mind teljesen fájdalommentesek, az egyetlen kényelmetlenség az lehet, hogy a gyermeknek egy bizonyos ideig nyugton kell maradnia a vizsgálat alatt.

2.5 Kezelhető-e, van-e rá gyógymód?

A reumás láz jelentős egészségügyi probléma a világ bizonyos vidékein, de megelőzhető, ha a sztreptokokkusz okozta torokgyulladást a felismerése után azonnal kezelik (elsődleges megelőzés). A torokgyulladás kialakulása után legkésőbb 9 nappal elkezdett antibiotikumos kezeléssel hatásosan megelőzhető az akut reumás láz. Tüneteit nem szteroid gyulladáscsökkentő gyógyszerekkel kezelik. Jelenleg is zajlik a kutatás egy olyan védőoltás kifejlesztésére, amely védelmet nyújthat a sztreptokokkusz ellen: a kezdeti fertőzés megelőzésével kivédhető lenne a rendellenes immunreakció. Ez a megközelítés vezethet a reumás láz megelőzéséhez a jövőben.

2.6 Milyen kezelések léteznek?

Az elmúlt néhány évben nem születtek újabb kezelési javaslatok. Miközben továbbra is az aszpirint alkalmazzák elsődlegesen, a pontos hatásmechanizmusa nem egyértelmű; látszólag a gyulladáscsökkentő tulajdonságaival függ össze. Egyéb nem szteroid gyulladáscsökkentő szerek (NSAID) adása is ajánlott az artritiszre 6-8 hétig, illetve a betegség megszűnéséig.

Súlyos karditisz esetén ágyynyugalom, bizonyos esetekben szájon át szedendő kortikoszteroidok (prednizon) alkalmazása javasolt 2-3 hétig, és a gyógyszer adagját fokozatosan csökkenteni kell addig, amíg a gyulladás kontroll alá nem kerül, a tünetek megfigyelése és vérvizsgálatok mellett.

Chorea esetén szülői segítségre lehet szükség a tisztálkodás és az iskolai feladatok végzése során. A chorea okozta mozgászavarokra gyógyszeres kezelést – haloperidolt vagy valproátsavat – is felírhatnak, az esetleges mellékhatások szoros ellenőrzése mellett. Gyakori mellékhatások az álmoság és a remegés, amelyek a dózis módosításával könnyen kontrollálhatók. Néhány esetben a chorea több hónapig eltarthat a megfelelő kezelés ellenére is.

A diagnózis megerősítése után hosszú távú antibiotikus kezelés javasolt az akut reumás láz kiújulásának elkerülése érdekében.

2.7 Melyek a gyógyszeres kezelés mellékhatásai?

A rövid távú tüneti kezelésként adott szalicilátok és egyéb NSAID szerek általában jól tolerálhatóak. A penicillinallergia kockázata meglehetősen kicsi, de a használatát folyamatosan ellenőrizni kell az első injekciók ideje alatt. A leginkább megfontolandó szempontok az injekció okozta fájdalom, valamint az injekció elutasítása a fájdalomtól félő betegek részéről; ezért a betegséggel kapcsolatos tájékoztatás, valamint az injekciók előtt helyi érzéstelenítés és lazítás javasolt.

2.8 Mennyi ideig tartson a másodlagos megelőzés?

A relapszus (visszaesés) kockázata magasabb a betegség kialakulását követő 3-5 évben, a karditisz okozta károsodás veszélye pedig a betegség újabb fellángolásaival együtt nő. Ez idő alatt, az újabb sztreptokokkusz-fertőzések megelőzésére alkalmazott rendszeres antibiotikus kezelés ajánlott minden olyan betegnél, akinek reumás láza volt, függetlenül annak súlyosságától, mivel az enyhe reumás láznak is lehetnek fellobbanásai.

Az orvosok többsége egyetért abban, hogy az antibiotikus megelőzést legalább 5 évig folytatni kell az utolsó roham után, vagy addig, amíg a gyermek be nem tölti a 21. életévét. Szívkárosodás nélküli karditisz esetén másodlagos megelőzés ajánlott 10 évig, vagy addig, amíg a beteg be nem tölti a 21. életévét (a hosszabbik időtartamot kell figyelembe venni). Szívkárosodás esetén a megelőzés 10 évig vagy a beteg 40 éves koráig javasolt, illetve később is, ha a betegség szövődményeként szívbillentyűpótlásra van szükség.

A baktérium okozta endokarditisz (szívbelhártya-gyulladás) megelőző antibiotikus kezelés minden olyan betegnél ajánlott, akinél szívbillentyű-károsodás lépett fel, és fogorvosi vagy sebészi beavatkozásnak veti alá magát. Ez az intézkedés azért fontos, mert a baktériumok a test más részeiből, főleg a szájból átvándorolhatnak, és szívbillentyű-fertőzést okozhatnak.

2.9 Mi a helyzet a nem konvencionális (nem szokványos), illetve kiegészítő terápiákkal?

Számos kiegészítő és alternatív terápia létezik, ami összezavarhatja a betegeket és családtagjaikat. Körültekintően gondolja át e terápiák kipróbálásának kockázatait és előnyeit, mivel a jótékony hatás nem kellően igazolt, és ezek a kezelések megterhelők lehetnek időben,

anyagilag és a gyermek számára is. Ha kiegészítő vagy alternatív terápiákat szeretne kipróbálni, érdemes megbeszélni ezeket a lehetőségeket a gyermekreumatológussal. Bizonyos terápiák és a hagyományos gyógyszerek között kölcsönhatások léphetnek fel. A legtöbb orvosnak nincs ellenvetése a kiegészítő terápiákkal szemben, feltéve ha továbbra is követik a szakmai tanácsaikat. Nagyon fontos, hogy nem szabad abbahagyni az orvos által felírt gyógyszerek szedését. Amennyiben bizonyos gyógyszerek, mint például kortikoszteroidok szükségesek a betegség ellenőrzés alatt tartásához, nagyon veszélyes lehet hirtelen leállni ezekkel, amíg a betegség még aktív. Ha bármilyen aggálya van a gyógyszerekkel kapcsolatban, beszélje meg gyermeke kezelőorvosával.

2.10 Milyen időszakos vizsgálatok, ellenőrzések szükségesek?

A betegség hosszú távú lefolyásának ideje alatt rendszeres kontrollvizsgálatokra és időszakos ellenőrzésekre lehet szükség. Karditisz és chorea fennállása esetén szorosabb utánkövetés javasolt. A tünetek átmeneti enyhülése után felügyelet alatt végzett megelőző kezelés és hosszú távú kardiológusi utánkövetés ajánlott az esetleges késői szívkárosodás kiszűrése érdekében.

2.11 Mennyi ideig tart a betegség?

A betegség akut tünetei néhány nap vagy hét alatt megszűnnek. Az akut reumás lázrohamok kiújulásának kockázata azonban fennmarad, és a szív érintettsége miatt élethosszig tartó tünetek léphetnek fel. A sztreptokokkusz okozta torokgyulladás kiújulásának megelőzése céljából folyamatos antibiotikumos kezelés szükséges sok éven keresztül.

2.12 Hogyan alakul hosszú távon a betegség (milyen a prognóza)?

A tünetek kiújulása általában megjósolhatatlan az időtartamuk és súlyosságuk tekintetében. Az első rohamkor fellépő karditisz fokozza a károsodás kockázatát, noha bizonyos esetekben teljes felépülés is lehetséges a karditisz után. A legsúlyosabb szívkárosodás esetében szívbillentyűpótló műtétre van szükség.

2.13 Lehetséges-e a teljes felépülés?

Teljes felépülés lehetséges, kivéve abban az esetben, ha a karditisz következtében súlyos szívbillentyű-károsodás lépett fel.