

تب روماتیسمی و آرتریت واکنشی پس از ابتلا به استریتوکوک

نسخه 2016

2. تشخیص و درمان

1.2 این بیماری چگونه تشخیص داده می شود؟

نشانه های بالینی و تحقیقات از اهمیت بسیار خاصی در تشخیص بیماری برخوردار هستند زیرا هیچ تست اختصاصی یا علامت مشخصه ای برای تشخیص وجود ندارد. علائم بالینی آرتریت، کاردیت، کره، ضایعات پوستی، تب، تست های آزمایشگاهی غیر طبیعی برای عفونت استریتوکوکی و تغییرات هدایتی ضربان قلبی در الکتروکاردیوگرام "کرایتریای جونز" می تواند به تشخیص کمک کند. شواهد عفونت اخیر استریتوکوکی معمولاً لازم تشخیص است.

2.2 چه بیماریهایی به تب روماتیسمی شباهت دارند؟

نوعی بیماری به نام (آرتریت واکنشی پس از ابتلا به استریتوکوک) وجود دارد که اغلب پس از فارنژیت استریتوکوکی رخ می دهد و تظاهراتش به صورت آرتریت طولانی تر نسبت به تب روماتیسمی و با ریسک کمتر ابتلا به کاردیت نسبت به تب روماتیسمی می باشد. پیشگیری آنتی بیوتیکی ممکن است لازم شود. آرتریت ایدیوپاتیک جوانان -JIA- بیماری دیگری است که شباهتهایی به تب روماتیسمی دارد، اما مدت زمان درگیری مفاصل در آن بیش از 6 هفته است. بیماری لایم، لوسمی و آرتریت واکنشی به علت سایر باکتریها و ویروسها هم ممکن است خود را با آرتریت نشان دهند. سوفلهای بی گناه (سوفل های شایع قلبی بدون بیماری قلبی) و بیماریهای مادرزادی یا اکتسابی قلبی هم می توانند با تب روماتیسمی اشتباه شوند.

3.2 اهمیت تست های آزمایشگاهی چیست؟

بعضی از تست ها برای تشخیص و پیگیری اساسی هستند. تست های خونی در حین حمله برای تأیید تشخیص کمک کننده اند.

به مانند بسیاری از بیماریهای روماتیسمی، نشانه های التهاب سیستمیک تقریباً در تمام بیماران بجز آنهایی که کره دارند، دیده می شوند. در اغلب بیماران نشانه ای از عفونت حلق وجود ندارد و عفونت استرپتوکوکی حلق توسط سیستم ایمنی در زمان شروع بیماری از بین رفته است. اما تست های خونی وجود دارند که آنتی بادی ضد استرپتوکوک را شناسایی کنند حتی اگر والدین و یا بیمار عفونت حلقی اخیر را به یاد نیاورند. افزایش تیتراژ آنتی بادی های مثل آنتی "استرپتولیزین" ASO O و یا DNase در تست های خونی به فاصله 2-4 هفته از عفونت حلق دیده می شود. تیتراژهای بالا نشانگر عفونت اخیر هستند اما هیچ ارتباطی بین تیتراژ و شدت بیماری وجود ندارد. از آنجایی که این تست ها در بیماری که تنها با علائم کره تظاهر کرده است، نرمال هستند، رسیدن به تشخیص، نیازمند مهارت ویژه پزشک مربوطه است.

نتایج غیر طبیعی تست های ASO یا DNase یعنی تماس اخیر با باکتری که سیستم ایمنی را تحریک و تولید آنتی بادی کرده و به خودی خود در بیماری بدون علامت، نشانگر تشخیص تب روماتیسمی نیست و به همین خاطر درمان آنتی بیوتیکی به صورت جنرال لزومی ندارد.

4.2 چگونه کاردیت را تشخیص دهیم؟

وجود یک سوفل جدید قلبی ناشی از التهاب درجه قلبی، شایعترین خصوصیت کاردیت است که معمولاً توسط پزشک در حین سمع صداهای قلب کشف می شود. یک الکتروکاردیوگرام (ارزیابی فعالیت الکتریکی قلبی که روی نوار کاغذی ثبت می شود) برای اطمینان از میزان گستردگی درگیری قلبی مفید است. همچنین رادیوگرافی قفسه سینه از نظر بررسی بزرگی قلب اهمیت دارد.

الکتروکاردیوگرافی داپلر یا اولتراسوند قلبی یک تست بسیار حساس برای کاردیت است. تمام این روش های تشخیصی کاملاً بدون درد هستند و فقط مختصر ناراحتی حین انجام تست را خواهند داشت.

5.2 آیا این بیماری قابل درمان و شفا است؟

تب روماتیسمی یکی از معضلات مهم سلامت در مناطق خاصی از دنیا است، اما با تشخیص سریع و درمان آنتی بیوتیکی فارنژیت استرپتوکوکی به محض تشخیص (پیشگیری اولیه) میتوان از آن پیشگیری نمود. شروع درمان آنتی بیوتیکی در عرض 9 روز از شروع فارنژیت در جلوگیری از تب روماتیسمی موثر است. علائم تب روماتیسمی توسط داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی قابل درمان می باشد.

اخیراً تحقیقاتی برای ساخت واکسنی که بتواند بر علیه استرپتوکوک عمل کند، انجام شده است: پیشگیری از عفونت اولیه می تواند از واکنش غیر طبیعی ایمنی جلوگیری کند. این روش ممکن است راهی برای پیشگیری تب روماتیسمی در آینده باشد.

6.2 این بیماری چه درمانهایی دارد؟

در طی چندین سال گذشته هیچ درمان جدیدی برای تب روماتیسمی پیشنهاد نشده است. آسپیرین اساس درمان است ولی مکانیسم دقیق اثر آن مشخص نیست و احتمالاً مرتبط با اثرات ضد التهابی این دارو می باشد. سایر داروهای ضد التهابی غیر استروئیدی. شود می پیشنهاد شوند ناپدید بیماری علائم که زمانی تا یا هفته 6-8 برای NSAID- برای موارد شدید کاردیت، استراحت در بستر و در بعضی موارد کورتیکواستروئید خوراکی (پردنیزولون) برای 2-3 هفته پیشنهاد می شود تا زمانی که علائم التهاب کنترل شود (با بررسی علائم و تست های خونی). سپس دوز دارو بتدریج کاهش داده میشود در موارد کره ، حمایت خانواده برای مراقبت های شخصی و کارهای مدرسه ممکن است ضرورت پیدا کند. درمان دارویی برای کنترل حرکات غیر عادی در کره با استروئید، هالوپریدول یا والپریک اسید با کنترل دقیق عوارض جانبی انجام می شود. عوارض جانبی شایع شامل بی خوابی و لرزش می باشد که به راحتی با تنظیم دوز دارویی قابل کنترل می باشند. در موارد کمی علی رغم درمان کافی ممکن است کره برای چندین ماه به طول بیانجامد.

بعد از اینکه تشخیص قطعی شد، مصرف دراز مدت آنتی بیوتیکی جهت جلوگیری از تکرار حمله تب روماتیسمی توصیه می شود.

7.2 عوارض جانبی داروها چیست؟

از نظر درمان کوتاه مدت علامتی، سالیسیلات ها و سایر NSAID ها معمولاً به خوبی تحمل می شوند. ریسک آلرژی به پنی سیلین بسیار کم است، اما در طی تزریقهای اولیه بهتر است مونیتور شود. مشکل عمده تزریق دردناک و احتمال عدم قبول بیمار به علت ترس از درد می باشد. بنابراین توصیه می شود قبل از تزریق اطلاعات لازم به بیمار و خانواده داده شود و از ضددردهای موضعی و تکنیک های آرامشی استفاده شود.

8.2 پیشگیری ثانویه تا چه زمانی توصیه می شود؟

ریسک ابتلای مجدد به بیماری در 3-5 سال ابتلای اولیه بالاتر است و ریسک ایجاد کاردیت با حمله جدید افزایش می یابد. در طی این مدت، درمان آنتی بیوتیکی منظم برای جلوگیری از عفونت استرپتوکوکی برای تمام بیمارانی که تب روماتیسمی داشته اند بدون توجه به شدت بیماری پیشنهاد می شود. چرا که در آینده امکان شعله ور شدن در اشکال خفیف بیماری هم وجود دارد.

اغلب پزشکان بر این باورند که پیشگیری آنتی بیوتیکی باید برای حداقل 5 سال پس از آخرین حمله و یا تا زمانی که کودک به سن 21 سالگی برسد، ادامه یابد. در صورت وجود کاردیت بدون تخریب قلبی، پروفیلاکسی ثانویه برای 10 سال و یا تا وقتی کودک به سن 21 سالگی برسد (هرکدام که طولانی تر باشد) پیشنهاد می شود. در صورت وجود تخریب قلبی، پروفیلاکسی برای 10 سال پیشنهاد میشود و در صورتیکه بیماری منجر به تعویض دریچه قلبی شده باشد. تا زمانی که بیمار به سن 40 سالگی (و یا حتی طولانی تر) برسد. پیشگیری از آندوکاردیت عفونی در تمام بیمارانی که تخریب دریچه قلبی داشته اند و تحت جراحی و یا درمانهای دندانپزشکی قرار می گیرند، توصیه میشود. انجام این کار الزامی

است چراکه باکتری قادر است از سایر قسمت های بدن من جمله دهان حرکت کرده و باعث عفونت دریچه قلبی شود.

9.2 درمانهای غیر متعارف و مکمل کدامند؟

درمانهای مکمل و غیر متعارف زیادی وجود دارند که ممکن است بیمار و خانواده اش را دچار سردرگمی کند. باید به معایب و فواید این درمانها به دقت فکر کرد، زیرا اغلب آنها به لحاظ هزینه و زمان بری برای بیمار فایده قابل ملاحظه ای ندارند. اگر می خواهید این درمانها را پیدا کنید بهتر است با روماتولوژیست کودکان خود تماس بگیرید. بعضی از این درمانها ممکن است با داروهای مصرفی واکنش بدهد. این نکته حائز اهمیت فراوان است که به هیچ وجه داروهای تجویزی پزشک را قطع نکنید. بعضی از داروها مثل کورتیکواستروئید ها برای تحت کنترل نگهداشتن بیماری لازم است و قطع کردن سرخود آنها در حالی که بیماری فعال است، بسیار خطرناک می باشد. لطفا با پزشک خود در تماس باشید.

10.2 چه نوع معاینات دوره ای لازم است؟

چک آپ مرتب و تست های دوره ای ممکن است به مدت زمان طولانی برای بیمار لازم باشد. پیگیری های دقیق تر و با فواصل کمتر در موارد کاردیت و کره پیشنهاد می شود. بعد از اینکه علائم بیماری خاموش شد، یک برنامه منظم درمانی پیشگیری کننده و پیگیری دراز مدت زیر نظر کاردیولوژیست برای تشخیص احتمالی تخریب قلبی دیررس قلبی توصیه می شود.

11.2 بیماری چه مدت طول خواهد کشید؟

علائم حاد بیماری ظرف چند روز تا چند هفته فروکش میکند. اگرچه ریسک حملات تب حاد روماتیسمی همچنان وجود دارد و علائم درگیری قلبی می تواند برای تمامی عمر وجود داشته باشد. درمان دراز مدت آنتی بیوتیکی جهت جلوگیری از فارتزیت استرپتوکوکی برای سالها لازم است.

12.2. نتایج دراز مدت (پیش آگهی) این بیماری چیست؟

تکرار علائم در آینده از لحاظ زمانی و شدت غیر قابل پیش بینی است. وجود کاردیت در اولین حمله، ریسک آسیب را افزایش میدهد، هرچند بهبود کامل به دنبال کاردیت در بعضی بیماران دیده می شود. تخریب شدید قلبی خیلی از اوقات نیازمند جراحی قلب و تعبیه دریچه مصنوعی است.

13.2 آیا بهبودی کامل امکان پذیر است؟

بهبود کامل این بیماری جز در مواردی که کاردیت منجر به تخریب شدید دریچه قلبی شده باشد امکان پذیر است.