



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

Reumatska groznica i post-streptokokni reaktivni artritis

Verzija 2016

2. DIJAGNOZA I TERAPIJA

2.1 Kako se postavlja dijagnoza?

Za sada ne postoji ni jedan karakterističan test za dijagnozu RG. Zato je brižljiva analiza svih kliničkih znakova i laboratorijskih pokazatelja od strane lekara od izuzetnog značaja. Klinički simptomi: artritis, karditis, horea, kožne promene, povišena temperatura i patološki laboratorijski testovi koji dokazuju streptokoknu infekciju i promene u sprovođenju srčanog ritma koje se uočavaju na elektrokardiogramu, mogu pomoći u postavljanju dijagnoze (tzv. Jones-ovi kriterijumi). Generalno, neophodna je potvrda o prethodnoj streptokoknoj infekciji da bi se postavila dijagnoza.

2.2 Koje bolesti liče na reumatsku groznicu?

Postoji bolest koja se zove "poststreptokokni reaktivni artritis" koji se takođe javlja posle streptokokne infekcije, ali je karakteristično da artritis duže traje i da je rizik za nastanak karditisa manji. Nekad je potrebna antibiotska terapija. Od drugih bolesti treba spomenuti juvenilni idiopatski artritis (vidi JIA) koji može da liči na RG, ali artritis traje duže do 6 nedelja. Lajmski artritis, leukemija, reaktivni artritis uzrokovani drugim bakterijama i virusima takođe se klinički manifestuju upalom zglobova. Fiziološki šum (čest šum na srcu koji nije povezan sa srčanim oboljenjem), urođena ili druga stečena srčana obolenja, mogu se pogrešno dijagnostikovati kao reumatska groznica.

2.3 Zašto su testovi važni?

Analize krvi su važne za dijagnozu, ali i za praćenje bolesnika. Analize krvi su korisne tokom napada za potvrdu dijagnoze.

Kao i u drugim reumatskim bolestima, znaci sistemske upale se sreću kod skoro svih bolesnika, izuzev onih sa horeom. Kod većine bolesnika znaci infekcije ždrela nisu prisutni, a bakterija iz grla je eliminisana aktivacijom imunskog sistema u vreme početka bolesti. Postoje analize krvi koje otkrivaju antitela na streptokok, čak iako roditelji i/ili bolesnik ne mogu da se sete da je infekcija grla bila prisutna. Povišen titar (nivo u krvi) tih antitela, poznat kao antistreptolizin O (ASO) ili DNA-aza B, dokazuju se analizom krvi. Važno je da se test ponovi posle 2-4 nedelje. Visok titar ukazuje na skoriju infekciju, ali uzročna povezanost sa težinom bolesti nije dokazana. Međutim, ovi testovi su normlani kod bolesnika sa horeom, što dijagnozu ovog stanja čini intrigantnom. Patološke vrednosti ASO ili DNA -se B ukazuju na prethodni kontakt sa bakterijom koja je stimulisala imunski sistem da produkuje antitela i samo po sebi ne znači da je neko oboleo od RG, ako nema nikakvih kliničkim simptoma. Antibiotiska terapija u ovom slučaju nije potrebna.

2.4 Kako se otkriva karditis?

Pojava novog šuma, koji se javlja kao posledica upale srčanih zalistaka, je najčešća manifestacija karditisa i lekar ga obično otkriva auskultacijom (slušanjem) srčanog rada. Elektrokardiogram predstavlja električnu aktivnost srca zabeleženu na traci. On takođe služi da se otkriju nepravilnosti srčanog rada. Ponekad je potrebno uraditi i rentdgenско snimanje srca, kojim se procenjuje veličina srca.

Mnogo preciznija metoda za dijagnozu karditisa je ultrazvučno snimanje koje prikazuje građu srca i kretanje krvi. Metode su potpuno bezbolne, a snimanje neškodljivo. Jedino je potrebno da dete bude mirno tokom izvođenja ovih procedura.

2.5 Da li može da se leči/izleči?

RG je veoma značajan zdravstveni problem u zemljama u razvoju. Važno je istaći da njena pojava može da se spreči odgovarajućim lečenjem infekcije ždrela, čim se ona prepozna. To se zove primarna prevencija. Antibiotiska terapija čija se primena započne unutar 9 dana

od početka upale grla, je efikasna u prevenciji pojave RG. Simptomi RG se leče nesteroidnim antireumatskim lekovima.

Danas se radi na otkriću i razvoju vakcine kojom će se postići trajna zaštita od streptokoka. Prevencija početne infekcije bi obezbedila zaštitu protiv patološke reakcije imunskog sistema. To bi trebalo da bude značajan napredak koji bi doveo do smanjenja broja obolelih od RG.

2.6 Kako se leči?

Tokom poslednjih nekoliko godina nije bilo novih preporuka za lečenje RG. Mada aspirin zauzima centralno mesto u lečenju, mehanizam njegovog dejstva ostaje nejasan, verovatno da ima protivupalno dejstvo. Drugi nesteroidni antireumatski lekovi (NSAIL) se preporučuju za upalu zglobova tokom 6-8 nedelja, ili dok se simptomi artrtisa ne smire.

Za teže slučajeve karditisa, mirovanje i u nekim situacijama oralni kortikosteroidi (prednizon) se preporučuju 2-3 nedelje, uz postepeno snižavanje doze kada se ustanovi da je upala pod kontrolom, uzimajući u obzir kliničku sliku i laboratorijske analize.

Ako bolesnik ima horeu, uglavnom se lečenje svodi na psihološku podršku detetu oko školskih aktivnosti i roditeljima. Ponekad se primenjuju lekovi koji treba da kontrolišu nevoljne pokrete, kao što su kortikosteroidi, haloperidol, valproična kiselina. Potrebno je brižljivo voditi računa o mogućim neželjenim efektima. Česti neželjeni efekti su pospanost i drhtavica koji mogu lako da se kontrolišu prilagođavanjem doze. U nekim slučajevima horea može da traje i nekoliko meseci i pored adekvatnog lečenja.

Nakon potvrde dijagnoze, preporučuje se dugotrajna profilaksa (zaštita) antibioticima da bi se sprečili ponovni napadi RG.

2.7 Koji su neželjeni efekti lekova?

Ukoliko se aspirin i drugi antireumatici kratko koriste, praktično nema neželjenjih efekata i obično se dobro podnose. Rizik od alergije na penicilin je mali, ali se mora misliti i na ovu komplikaciju tokom prvih injekcija. Glavni problem za dete su bolne injekcije penicilina i otpor bolesnika zbog straha od bola. Preporučuju se lokalni anestetici i opušten položaj tokom injekcija i edukacija o bolesti.

2.8 Koliko dugo bi trebalo da se sprovodi sekundarna prevencija?

Rizik od ponovljenih epizoda bolesti je veći tokom 3-5 godina od početka. Takođe rizik od oštećenja srca raste sa svakim recidivom, tj. novom epizodom bolesti. Iz tih razloga, sekundarna profilaksa je obavezna za sve bolesnike koji su imali RG, bez obzira na težinu kliničke slike, pošto i blagi oblici RG mogu dati.

Većina lekara se slaže da zaštita antibioticima treba da traje najmanje 5 godina ili do 21. godine života. U slučaju upale srčanog mišića bez oštećenja srca, sekundarna zaštita se preporučuje 10 godina ili dok bolesnik ne napuni 21. godinu (ponekad i duže). Ako je upalom bio zahvaćen srčani mišić, preporuka je da se zaštita sprovodi 10 godina ili do 40. godine života, ili duže, ako je bolesnik operisao srčane zalistke. Svim bolesnicima koji imaju oštećenje srčanih zalistaka, ukoliko je neophodna stomatološka ili druga hirurška intervencija, preporučuje se antibiotska zaštita u cilju prevencije bakterijskog endokarditisa. To je neophodno jer bakterija može da se pokrene iz drugih delova tela, napr. iz usta, sa ždrela, da dospe do zalistaka i da izazove upalu i novo oštećenje.

2.9 Da li pomaže nekonvencionalna/komplemenrana terapija?

Postoje mnoge metode komplementarne i alternativne medicine koje su dostupne za lečenje, što može da zbuni bolesnike i njihove roditelje. Dobro razmislite o riziku i koristi od primene ovih metoda, pošto postoji malo dokaza o njihovoj efikasnosti, a istovremeno to može mnogo da košta i u novčanom smislu, ali i u pogledu izgubljenog vremena za pravo lečenje. Ako ipak želite da pokušate sa ovim vidom terapije, obavezno se posavetujte sa svojim dečjim reumatologom. Neki vidovi ove terapije mogu da deluju interaktivno sa konvencionalnim lekovima. Većina lekara se neće protiviti komplementarnoj terapiji, ukoliko se pridržavate njihovih saveta. Veoma je važno da ne prekidate lečenje koje je odredio Vaš lekar. Nagli prekid lečenja lekovima, kao što su kortikosteroidi, koji su neophodni da se bolest drži pod kontrolom, može dovesti do ponovnog aktiviranja bolesti. Obavezno se konsultujte sa svojim lekarom ako imate bilo kakvu nedoumicu oko terapije.

2.10 Koje vrste periodičnih testova su potrebne?

Redovne kontrole i periodični laboratorijske analize su neophodni u slučaju dugotrajne bolesti. Brižljivo praćenje se preporučuje kod bolesnika koji su imali karditis i horeu. Nakon smirivanja aktivne bolesti, preporučuje se redovno praćenje od strane kardiologa zbog preventivnog lečenja i nadzora zbog mogućeg kasnog oštećenja srca.

2.11 Koliko dugo će bolest da traje?

Akutni simptomi bolesti prolaze tokom nekoliko dana ili nedelja. Međutim rizik od ponovnog ataka RG je prisutan i oštećenje srca može izazvati dugotrajne simptome. Sprovođenje kontinuirane antibiotske terapije tokom više godina je neophodno da bi se sprečila ponovna pojava streptokoknog faringitisa.

2.12 Kakva je dugoročna prognoza bolesti?

Relapsi (ponovna pojava bolesti) mogu biti nepredvidivi u pogledu vremena i težine. Karditis u prvom ataku povećava rizik od oštećenja srca, mada u nekim slučajevima može doći i do kompletnog izlečenja. U težim slučajevima srčanog oštećenja neophodna je hirurška intervencija- zamena srčanih zalistaka.

2.13 Da li je moguć potpuni oporavak?

Kompletan oporavak je moguć, osim u slučaju kada je karditis doveo do teškog oštećenja zalistaka.