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

Kavasakijeva bolest

Verzija 2016

2. DIJAGNOZA I TERAPIJA

2.1. Kako se postavlja dijagnoza?

Dijagnoza KB je klinička. To znači da se dijagnoza postavlja samo na osnovu kliničke procene od strane lekara. Definitivna dijagnoza može da se postavi ukoliko temperatura nejasnog porekla traje 5 ili više dana i ukoliko su prisutna 4 od sledećih 5 simptoma: obostrani konjuktivitis (tj. upala membrane koja pokriva očne jabučice), uvećanje limfnih čvorova, ospa na koži, promene u ustima i jeziku i promene na ekstremitetima. Lekar mora da utvrdi da se ne radi o nekoj drugoj bolesti kod koje se javljaju isti simptomi. Kod neke dece javljaju se nepotpune forme bolesti, što znači da je kod njih prisutno manje kliničkih kriterijuma, što značajno otežava postavljanje dijagnoze. Takvi slučajevi zovu se nepotpuna KB.

2.2 Koliko će dugo trajati bolest?

KB ima tri faze: akutnu, koja obuhvata prve 2 nedelje kada je prisutna povišena temperatura i drugi simptomi; subakutnu fazu, od druge do četvrte nedelje, period kada raste broj trombocita i mogu da se pojave anuurizme; i fazu oporavka, od kraja prvog do trećeg meseca, kada se normalizuju svi laboratorijski testovi i potpuno povlače ili smanjuju neke od promena na krvnim sudovima (kao što su ASA).
Ako se ne leči, bolest može imati samograničavajući tok nakon oko 2 nedelje, a ostaje oštećenje srčanih krvnih sudova.

2.3 Kakav je značaj testova?

Trenutno ne postoje laboratorijski testovi koji omogućavaju definitivno postavljanje dijagnoze. Testovi kao što su povišena SE (sedimentacija eritrocita), visok CRP, leukocitoza (povećan broj belih krvnih ćelija), anemija (smanjen broj crvenih krvnih ćelija), snižene vrednosti albumina u krvi i povećani jetreni enzimi, mogu samo da pomognu u postavljanju dijagnoze. Broj trombocita (ćelije važne u zgrušavanju krvi) je obično normalan u prvoj nedelji bolesti, ali počinje da raste u drugoj nedelji, dostižući vrlo visoke vrednosti.
Kod dece bi trebalo da se sprovode periodični pregledi i analize krvi dok se broj trombocita i SE ne normalizuju.
U početku bolesti treba uraditi elektrokardiogram (EKG) i ehokardiogram. Ehokardiogram može da otkrije dilataciju (proširenje) ili aneurizme na osnovu oblika i veličine srčanih arterija. Kod deteta sa prisutnim anomalijama srčanih arterija potrebno je sprovoditi ehokardiografske kontrole i uraditi dopunska ispitivanja.

2.4. Može li bolest da se leči/izleči?

Većina deca sa KB može da se izleči; međutim, neki pacijenti razvijaju komplikacije na srcu i pored primene odgovarajućeg lečenja. Ne postoje mere koje bi sprečile pojavu bolesti, ali najbolji način da se spreči pojava komplikacija na srcu je rano postavljanje dijagnoze i rano započinjanje terapije.

2.5. Kako se bolest leči?

Dete sa definitivnom ili verovatnom KB mora da se leči u bolnici radi stalnog posmatranja i praćenja i uočavanja pojave mogućih komplikacija na srcu.
Da bi se smanjila učestalost srčanih komplikacija, lečenje mora da se otpočne odmah po postavljanju dijagnoze.
Lečenje se sastoji od primene jedne visoke doze intravenskih imunoglobulina (IVIG) i aspirina. Ova terapija smanjuje zapaljenjski proces i otklanja akutne simptome bolesti. Visoka doza IVIG je od najveće važnosti jer može da spreči pojavu srčanih komplikacija kod velikog broja bolesnika. Iako je lek vrlo skup, za sada je najefikasnija terapijska opcija. Kod pacijenata sa posebnim faktorima rizika, mogu se istovremeno primeniti kortikosteroidi. Kod pacijenata kod kojih nije došlo do odgovarajućeg odgovora na jednu ili dve doze IVIG primenjuju

se drugi lekovi, kao što su visoke doze intravenskih kortikosteroida i biološki lekovi.

2.6. Da li sva deca reaguju na terapiju intravenskim imunoglobulinima?

Kod većine dece dovoljna je jedna doza. Ukoliko ne reaguju, može se primeniti druga doza IVIG ili uvesti kortikosteroidi. U retkim slučajevima mogu se primeniti novi lekovi koji se nazivaju biološki lekovi.

2.7. Koji su neželjeni efekti lekova?

Terapija IVIG obično je bezbedna i dobro se podnosi. Retko se može javiti zapaljenje moždanih ovojnica (aseptični meningitis).
Nakon terapije IVIG, treba odložiti primenu živih vakcina (razgovarati o svakoj vakcini sa svojim pedijatrom). Visoke doze aspirina mogu da izazovu mučninu i stomačne tegobe.

2.8. Koja se terapija preporučuje posle imunoglobulina i visokih doza aspirina? Koliko dugo treba da traje lečenje?

Nakon što padne temperatura (obično u 24-48h) doza aspirina treba da se smanji. Niske doze aspirina primenjuju se zbog uticaja na trombocite; neće doći do međusobnog slepljivanje trombocita. Ova terapija primenjuje se u cilju sprečavanja formiranja tromba (zgrušavanja krvi) unutar aneurizmi ili na unutrašnjem zidu krvnih sudova koji su u zapaljenju, jer tromb unutar aneurizme ili krvnog suda dovodi do prestanka snabdevanja krvlju određenih delova tela (infarkt srca, najopasnija komplikacija KB). Male doze aspirina primenjuju se dok se ne normalizuju pokazatelji zapaljenja i dok ehokardiogram ne bude uredan. Deca sa aneurizmama koje se održavaju treba da dobijaju aspirin ili druge lekove protiv zgrušavanja krvi, pod nadzorom lekara u dužem vremenskom periodu.

2.9. Moja religija mi ne dozvoljava da dobijam krv ili produkte krvi. Da li postoje nezvanične/dopunske metode lečenja?

U ovoj bolesti ne mogu se primenjivati nikakve nezvanične metode lečenja. Kortikosteroidi mogu biti efikasni u slučaju kada se IVIG ne

može primeniti.

2.10 Ko je uključen u medicinsko praćenje deteta?

Pedijatar, pedijatar – kardiolog i pedijatar – reumatolog učestvuju u lečenju akutne faze bolesti i praćenju dece sa KB. Ukoliko pedijatar – reumatolog nije dostupan, pedijatar zajedno sa kardiologom treba da prati pacijente, posebno one sa srčanim komplikacijama.

2.11 Kakav je dugoročni tok (prognoza) bolesti?

Kod većine pacijenata prognoza je odlična i oni mogu da vode normalan život, da normalno rastu i razvijaju se.

Prognoza pacijenata sa trajnim promenama na srčanim arterijama uglavnom zavisi od razvoja suženja krvnog suda (stenoza) i začepljenja krvnog suda (okluzija). Ovi pacijenti mogu da imaju tegobe od strane srca ranije u životu i trebalo bi da budu pod nadzorom kardiologa koji ima iskustva u dugoročnom praćenju dece sa KB.