



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

Revmatická horečka a post-streptokoková reaktivní artritida

Verze č 2016

2. DIAGNOSA A TERAPIE

2.1 Jak se revmatická horečka diagnostikuje?

Žádný konkrétní test ani příznak sám o sobě nemůže potvrdit diagnózu revmatické horečky. Záleží zejména na pečlivém rozboru anamnézy předchorobí (předcházející streptokoková infekce) a vlastních projevů nemoci spolu s výsledky různých testů. Hlavní klinické projevy, artritida, karditida, chorea, kožní změny, změny na EKG, horečka a abnormální výsledky laboratorního vyšetření, jsou současně i tzv. diagnostickými kritérii revmatické horečky, pojmenovanými podle jejich autora jako Jonesova kritéria.

2.2 Existují onemocnění podobná revmatické horečce?

Po prodělané streptokokové infekci se může rozvinout poststreptokoková reaktivní artritida, což je akutní kloubní onemocnění, které narozdíl od revmatické horečky nemá projevy postižení jiných orgánů. Svým průběhem může revmatickou horečku připomínat i juvenilní idiopatická artritida (JIA), u které ale doba trvání kloubního postižení přesahuje 6 týdnů. Artritida může být dále projevem lymeské choroby (boreliózy), leukemie, reaktivní artritidy způsobená bakteriemi nebo viry. S revmatickou horečkou lze zaměnit rovněž náhodně zachycené (akcidentální) šelesty, které nemají klinický význam, a vrozené či získané srdeční vady.

2.3 Jaký je význam vyšetření?

Některá vyšetření jsou pro diagnózu a další sledování velmi důležitá. Krevní testy jsou nezbytné zejména v průběhu atak onemocnění a také pro potvrzení diagnózy.

U většiny pacientů, stejně jako v případě jiných revmatických onemocnění, jsou přítomny zvýšené zánětlivé parametry: sedimentace erytrocytů (FW) a C-reaktivní protein (CRP). V případě samostatných neurologických projevů (chorea) mohou být krevní testy zcela negativní. U většiny pacientů v době propuknutí choroby již nejsou známky streptokokové infekce v krku, ale existuje vyšetření schopné zjistit protilátky proti streptokokům i v případě, že si rodič a/nebo dítě nejsou vědomi ždáné předcházející infekce. Zvýšené titry (hladiny) těchto protilátek, označovaných jako anti-streptolysin O, (ASO) nebo DNAsa B, mohou být v krvi zjištěny v odstupu 2-4 týdnů. Vysoké hladiny protilátek potvrzují nedávnou infekci. Nebyl ale prokázán vztah mezi závažností choroby a vyšší hladiny těchto protilátek.

Samostatný průkaz ASO a DNase B protilátek u dětí bez klinických projevů (asymptomatických pacientů) nemá žádný praktický význam, pouze svědčí o setkání imunitního systému s bakterií a léčba antibiotiky se v takovém případě neprovádí.

2.4 Jak se diagnostikuje zánět srdce (karditida)?

Nově vzniklý šelest na srdci způsobený zánětem srdečních chlopní bývá obvykle zachycen při poslechu srdce lékařem. Elektrokardiogram (EKG) hodnotí případně změněnou elektrickou aktivitu srdečního svalu a zapisuje ji v podobě křivky. Rentgen hrudníku může zachytit zvětšení srdce.

Ultrazvukové vyšetření srdce (echokardiografie) je velmi citlivým vyšetřením, které zaznamená projevy postižení různých částí srdce. Všechna tato vyšetření jsou zcela bezbolestná, jediným nepohodlím pro dítě je nutnost vydržet při vyšetření v klidu.

2.5 Může být revmatická horečka (vy)léčena?

V některých částech světa představuje revmatická horečka významný zdravotní problém, ale včasná antibiotická léčba (do 9 dnů od počátku streptokokové infekce) dokáže onemocnění předejít. Samotné projevy nemoci lze léčit protizánětlivými léky (nesteroidní antiflogistika).

Vědci pracují na vývoji očkovací látky, která by dokázala zabránit infekci streptokokem a tudíž předejít abnormální imunitní reakci vzniklé v souvislosti s infekcí.

2.6 Jaká je léčba?

Po stanovení diagnózy revmatické horečky je doporučována kompletní kúra antibiotiky, protože streptokok může přežívat v tkáni mandlí a podněcovat tak imunitní reakci i v nepřítomnosti projevů angíny.

Nesteroidní antirevmatika nebo kyselina acetylosalicylová (aspirin, acylpyrin) se doporučují v průběhu prvních 6-8 týdnů onemocnění, dokud nevyjmizí kloubní projevy.

Při závažném postižení srdce je třeba klid na lůžku a někdy i podávání kortikosteroidů (prednison) po dobu 2-3 týdnů s následným postupným vysazením při ústupu zánětlivých projevů.

V případě chorey je důležitá podpora rodiny a školy. K medikamentózní léčbě chorey se kromě kortikosteroidů používají léky ovlivňující změněnou funkci mozku (např. haloperidol nebo kyselina valproová).

během léčby je vhodné monitorovat případné nežádoucí účinky. Patří k nim spavost a třes, které obvykle ustoupí po úpravě dávky léku.

Navzdory léčbě může chorea někdy přetrvávat i několik měsíců.

Po potvrzení diagnózy se doporučuje dlouhodobá zajišťovací léčba antibiotiky, aby se předešlo nové infekci streptokokem a opakované epizodě revmatické horečky.

Jaké jsou vedlejší účinky léčby?

Při krátkodobém používání u revmatické horečky jsou obvykle nesteroidní antirevmatika i salicyláty dobře tolerovány. Vedlejší účinky kortikosteroidů záleží na dávkách a době podávání, jsou podrobně popsány v samostatné kapitole (Léková terapie). Při preventivní léčbě penicilinem může hrát roli rozvoj alergie na penicilin. Problémem může být bolestivost aplikace injekcí, které se musejí podávat do svalu. Lze použít místní znecitlivění. Někdy je nutné uchýlit se k dlouhodobému podávání perorálního penicilinu, které však nemusí být tak spolehlivé.

2.8 Jak dlouho má léčba trvat?

Riziko návratu choroby (relapsu) je nejčastější v průběhu prvních 3-5 let

od první epizody revmatické horečky. Riziko rozvoje zánětu srdce stoupá s přibývajícím počtem recidiv. Z tohoto důvodu se u všech pacientů, kteří prodělali revmatickou horečku bez ohledu na její závažnost doporučuje dlouhodobá (sekundární) prevence recidiv pomocí antibiotik.

Většina lékařů doporučuje pokračovat v antibiotické prevenci po dobu alespoň 5 let (v případě karditidy bez poškození chlopní 10 let) od posledního vzplanutí choroby, nebo do dosažení 21 let věku. V případě rozvoje srdečního poškození (chlopenní vady) se doporučuje pokračovat v sekundární prevenci 10 let nebo do dosažení 40 let věku i více. Podávání antibiotik se u pacientů s chlopenními vadami doporučuje vždy při chirurgických či zubních zákrocích, aby se zamezilo zachycení případných bakterií na chlopních a rozvoji jejich infekčního zánětu (prevence bakteriální endokarditidy).

2.9 Jaký je názor na nekonvenční/alternativní léčbu?

K dispozici je řada doplňkových a alternativních léčebných možností, což může být pro pacienty i jejich rodiny matoucí. Přemýšlejte pozorně o rizicích a přínosech spojených s použitím neprověřených léčebných metod, jejichž efekt nebyl prokázán a navíc mohou být poměrně náročné jak finančně, tak časově a zvyšují tím celkovou zátěž dítěte i rodiny. Pokud budete chtít zvolit alternativní terapii, prosím prodiskutujte tyto možnosti s vaším dětským revmatologem. Některé tyto metody není vhodné kombinovat s běžnými léky. Většina lékařů nebude proti, pokud se budete držet jejich doporučení. Důležité je pokračovat v zavedené terapii a brát předepsané léky. Vysazením léčby, která je potřebná k udržení nemoci pod kontrolou, může být v době trvání aktivity nemoci pro vaše dítě nebezpečné. Otázky týkající se léčby vašeho dítěte vždy proberte se svým lékařem.

2.10 Jaký druh pravidelných kontrol je vhodný?

Pravidelné kontroly mají význam zejména v přítomnosti srdečního a neurologického (chorea) postižení. Po zklidnění akutních projevů se doporučuje dlouhodobý zdravotní dohled nad preventivní antibiotickou léčbou a kontroly srdce k vyloučení rozvoje pozdních komplikací.

2.11 Jak dlouho bude nemoc trvat?

Hlavní projevy akutního onemocnění ustupují obvykle po několika dnech až týdnech, ale hrozí recidivy. V případě postižení srdce, mohou projevy onemocnění provázet pacienta celý život. Aby se předešlo recidivám, je naprosto nezbytné pokračovat v preventivní léčbě antibiotiky po řadu let.

2.12 Jaké jsou dlouhodobé výhledy (prognóza) nemoci?

Recidivy nemoci jsou těžko předvídatelné v čase i závažnosti. Přítomnost karditidy při první atace je rizikovým faktorem pro rozvoj poškození srdce při dalších atakách revmatické horečky. I v těchto případech však může dojít k plnému uzdravení. V nejtěžších případech je nezbytná srdeční operace s náhradou poškozených chlopní.

2.13 Je možné se úplně uzdravit?

Plná úzdrava je možná, pokud nedošlo k výraznému poškození srdečních chlopní.