



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

Ρευματικός Πυρετός και Μεταστρεπτοκοκκική Αντιδραστική Αρθρίτιδα

Έκδοση από 2016

1. ΤΙ ΕΙΝΑΙ Ο ΡΕΥΜΑΤΙΚΟΣ ΠΥΡΕΤΟΣ

1.1 Τι είναι;

Ο ρευματικός πυρετός είναι ένα νόσημα που οφείλεται σε λοίμωξη του λαιμού (φάρυγγα) από ένα μικρόβιο που ονομάζεται στρεπτόκοκκος. Υπάρχουν πολλές ομάδες στρεπτόκοκκου, αλλά μόνο η ομάδα A προκαλεί ρευματικό πυρετό. Παρόλο που οι στρεπτοκοκκικές λοιμώξεις είναι πολύ συνηθισμένη αιτία φaryγγίτιδας (λοιμώξης δηλαδή του φάρυγγα) στη σχολική ηλικία, ο ρευματικός πυρετός δεν θα εκδηλωθεί σε όλα τα παιδιά με φaryγγίτιδα. Το νόσημα μπορεί να προκαλέσει φλεγμονή στην καρδιά, που αρχικά πρωτοεμφανίζεται με σύντομους πόνους και διόγκωση (οίδημα) στις αρθρώσεις. Αργότερα, προκαλεί καρδίτιδα (φλεγμονή στην καρδιά) ή εξαιτίας φλεγμονής στον εγκέφαλο, μία διαταραχή που εκδηλώνεται με ανώμαλες ακούσιες κινήσεις (χορεία). Επιπλέον, μπορεί να εμφανιστούν δερματικά εξανθήματα ή δερματικά οζίδια.

1.2 Πόσο συχνός είναι;

Στο παρελθόν, προτού να είναι διαθέσιμα τα αντιβιοτικά, ο αριθμός των περιπτώσεων ήταν μεγάλος στις χώρες με θερμό κλίμα. Η καθιερωμένη όμως τακτική της χορήγησης αντιβιοτικών για τη θεραπεία της φaryγγίτιδας, οδήγησε σε μείωση της συχνότητας αυτού του νοσήματος. Ωστόσο, ο ρευματικός πυρετός εξακολουθεί να προσβάλλει παιδιά σε όλο τον κόσμο ηλικίας 5 - 15 ετών οδηγώντας μάλιστα ένα μικρό αριθμό περιπτώσεων σε καρδιακή νόσο. Και επειδή

υπάρχουν αρθρικές εκδηλώσεις, συμπεριλαμβάνεται στα ρευματικά νοσήματα των παιδιών και εφήβων. Το φορτίο του ρευματικού πυρετού (το συνολικό πρόβλημα με τις επιπτώσεις του) είναι ανόμοια κατανομημένο ανά τον κόσμο.

Η συχνότητα του ρευματικού πυρετού είναι διαφορετική από χώρα σε χώρα: υπάρχουν χώρες χωρίς καταγεγραμμένα περιστατικά και χώρες με μέτρια ή μεγάλα ποσοστά (περισσότερα από 40 περιστατικά ανά 100.000 ατόμων το χρόνο). Υπολογίζεται ότι υπάρχουν πάνω από 15 εκατομμύρια περιπτώσεις ρευματικής καρδίτιδας παγκοσμίως, με 282.000 νέες περιπτώσεις και 233.000 θανάτους ετησίως.

1.3 Ποια είναι τα αίτια του νοσήματος;

Το νόσημα είναι αποτέλεσμα μη φυσιολογικής απάντησης του ανοσιακού (αμυντικού) συστήματος στη λοίμωξη του λαιμού από πυογενή στρεπτόκοκκο ή β-αιμολυτικό στρεπτόκοκκο ομάδας Α. Ο πονόλαιμος προηγείται της έναρξης του νοσήματος, με μια ασυμπτωματική περίοδο που μπορεί να ποικίλλει.

Η αντιβιοτική θεραπεία είναι απαραίτητη για την αντιμετώπιση της λοίμωξης του λαιμού, ώστε να σταματήσει τη διέγερση του ανοσιακού συστήματος και να περιορίσει νέες μολύνσεις, καθώς οι νέες λοιμώξεις μπορούν να προκαλέσουν νέα έξαρση του νοσήματος. Ο κίνδυνος από επαναλαμβανόμενες προσβολές είναι μεγαλύτερος μέσα στα 3 πρώτα χρόνια από την έναρξη του νοσήματος.

1.4 Είναι κληρονομικός;

Ο ρευματικός πυρετός δεν είναι κληρονομικό νόσημα από την στιγμή που δεν μπορεί να μεταδοθεί απευθείας από τους γονείς στα παιδιά. Ωστόσο, υπάρχουν οικογένειες με αρκετά μέλη να έχουν εμφανίσει ρευματικό πυρετό. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες που συνδέονται με την πιθανότητα μετάδοσης στρεπτοκοκκικών λοιμώξεων από άτομο σε άτομο. Η στρεπτοκοκκική λοίμωξη μεταδίδεται με την αναπνευστική οδό και με το σάλιο.

1.5 Γιατί το παιδί μου έχει αυτό το νόσημα; Μπορεί να προληφθεί;

Το περιβάλλον και τα διάφορα στελέχη του στρεπτόκοκκου είναι

σημαντικοί παράγοντες για την εκδήλωση του νοσήματος, αλλά στην πράξη είναι δύσκολο να προβλεφθεί ποιος θα την εμφανίσει. Η αρθρίτιδα και η καρδιακή φλεγμονή προκαλούνται από μη φυσιολογική ανοσιακή απάντηση στις πρωτεΐνες του στρεπτόκοκκου. Οι πιθανότητες εμφάνισης του νοσήματος είναι μεγαλύτερες εάν συγκεκριμένοι τύποι στρεπτόκοκκου μολύνουν ένα ευπαθές στο μικρόβιο άτομο. Ο συνωστισμός είναι ένας σημαντικός περιβαλλοντικός παράγοντας, δεδομένου ότι ευνοεί τη μετάδοση λοιμώξεων. Η πρόληψη του Ρευματικού Πυρετού εξαρτάται από την έγκαιρη διάγνωση και την αντιβιοτική θεραπεία των στρεπτοκοκκικών λοιμώξεων σε υγιή παιδιά. Το προτεινόμενο αντιβιοτικό είναι η πενικιλίνη.

1.6 Είναι μεταδοτικός;

Ο ίδιος ο ρευματικός πυρετός δεν είναι μεταδοτικός. Αυτό που είναι μεταδοτικό είναι η στρεπτοκοκκική φαρυγγίτιδα. Ο στρεπτόκοκκος διασπείρεται από άτομο σε άτομο και επομένως η λοίμωξη σχετίζεται με συνωστισμό στο σπίτι, στο σχολείο ή στο γυμναστήριο. Το προσεκτικό πλύσιμο των χεριών και η αποφυγή στενής επαφής με άτομα που έχουν στρεπτοκοκκική λοίμωξη του λαιμού είναι σημαντικά μέτρα για να σταματήσει η εξάπλωση του νοσήματος.

1.7 Ποια είναι τα κύρια συμπτώματα;

Ο ρευματικός πυρετός εμφανίζεται συνήθως με συνδυασμό συμπτωμάτων που μπορεί να είναι μοναδικός για κάθε ασθενή. Ακολουθεί στρεπτοκοκκική φαρυγγίτιδα ή αμυγδαλίτιδα που δεν θεραπεύθηκε με αντιβιοτικά. Η φαρυγγίτιδα ή η αμυγδαλίτιδα μπορεί να αναγνωρισθούν από τον πυρετό, τον πονόλαιμο, τον πονοκέφαλο, την κόκκινη υπερώα (ουρανίσκο) και την αμυγδαλίτιδα με πυώδεις εκκρίσεις που συνοδεύεται από διογκωμένους και επώδυνους λεμφαδένες του λαιμού. Ωστόσο, αυτά τα συμπτώματα μπορεί να είναι πολύ ήπια ή να απουσιάζουν τελείως στα παιδιά σχολικής ηλικίας και στους εφήβους. Μετά την υποχώρηση της οξείας φάσης, υπάρχει μια ασυμπτωματική περίοδος 2-3 εβδομάδων. Τότε, το παιδί μπορεί να παρουσιάσει πυρετό και τα παρακάτω ευρήματα του νοσήματος:

Αρθρίτιδα

Η αρθρίτιδα προσβάλλει κυρίως αρκετές μεγάλες αρθρώσεις ταυτόχρονα, ή μετακινείται από άρθρωση σε άρθρωση προσβάλλοντας μια - δύο αρθρώσεις την φορά (όπως γόνατα, αγκώνες, αστραγάλους ή ώμους). Ονομάζεται «μεταναστευτική και παροδική αρθρίτιδα». Λιγότερο συχνή είναι η αρθρίτιδα των χεριών και της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης. Ο πόνος στις αρθρώσεις μπορεί να είναι έντονος, παρόλο που η διόγκωση μπορεί να μην είναι τόσο εμφανής. Θα πρέπει να αναφερθεί ότι ο πόνος συνήθως υποχωρεί άμεσα με τη χορήγηση αντιφλεγμονωδών φαρμάκων. Το πιο συχνό αντιφλεγμονώδες που χρησιμοποιείται είναι η ασπιρίνη.

Καρδίτιδα

Η καρδίτιδα (φλεγμονή της καρδιάς) είναι η πιο συχνή εκδήλωση. Ο αυξημένος καρδιακός παλμός κατά την διάρκεια της ανάπαυσης ή του ύπνου μπορεί να προκαλέσει υποψίες ρευματικής καρδίτιδας. Με την καρδιολογική εξέταση εντοπίζονται μη φυσιολογικά ευρήματα, τα καρδιακά φύσηματα, που είναι το κύριο χαρακτηριστικό της προσβολής της καρδιάς. Τα φύσηματα που ποικίλουν σε ένταση από μόλις ακουστά έως ιδιαίτερα έντονα, μπορεί να υποδεικνύουν φλεγμονή των καρδιακών βαλβίδων, γνωστή σαν ενδοκαρδίτιδα. Αν υπάρχει φλεγμονή που εντοπίζεται στο καρδιακό περίβλημα, και που ονομάζεται «περικαρδίτιδα», μπορεί να έχουμε συλλογή υγρού γύρω από την καρδιά, αλλά αυτό συνήθως είναι ασυμπτωματικό και υποχωρεί από μόνο του. Στις πιο σοβαρές περιπτώσεις προσβάλλεται ο ίδιος ο καρδιακός μυς (μυοκαρδίτιδα), οπότε παραβλάπτεται η παλμική λειτουργία της καρδιάς και εξασθενεί. Η μυοκαρδίτιδα μπορεί να αναγνωρισθεί από το βήχα, τον πόνο στο στήθος, την ταχυκαρδία και την αύξηση του αριθμού των αναπνοών (ταχύπνοια). Τότε ο ασθενής πρέπει να παραπέμπεται σε καρδιολόγο και να συστήνονται πιο ειδικές εξετάσεις. Αποτέλεσμα της πρώτης εισβολής του ρευματικού πυρετού μπορεί να είναι η ρευματική φλεγμονή των βαλβίδων της καρδιάς. Συνήθως αποτελεί επιπλοκή επαναλαμβανόμενων επεισοδίων. Και επειδή θα μπορούσε να αποτελέσει πρόβλημα αργότερα στην ενήλικη ζωή, η πρόληψή της είναι ζωτικής σημασίας.

Χορεία

Ο όρος χορεία προέρχεται από μία Ελληνική λέξη που σημαίνει χορός. Η χορεία είναι μια κινητική δυσλειτουργία που οφείλεται σε φλεγμονή

των τμημάτων του εγκεφάλου που ελέγχουν το συντονισμό των κινήσεων. Προσβάλλει περίπου το 30-40% των ασθενών με ρευματικό πυρετό. Αντίθετα από την αρθρίτιδα και την καρδίτιδα, η χορεία εμφανίζεται αργότερα στην πορεία του νοσήματος, 1 έως 6 μήνες μετά τη λοίμωξη του λαιμού. Τα πρώιμα ευρήματα είναι ο άσχημος γραφικός χαρακτήρας των πασχόντων μαθητών, δυσκολίες στο ντύσιμο και στην αυτοεξυπηρέτηση ή ακόμη στο περπάτημα και στο φαγητό, εξαιτίας του ακούσιου τρέμουλου (τρόμου). Οι κινήσεις μπορεί να καταστέλλονται εκούσια για σύντομα διαστήματα, να εξαφανίζονται στη διάρκεια του ύπνου ή να επιτείνονται από το άγχος ή την κούραση. Όσον αφορά στους μαθητές, έχει αντίκτυπο στην ακαδημαϊκή τους πρόοδο εξ' αιτίας της αδυναμίας συγκέντρωσης, άγχους και συναισθηματικής αστάθειας, με εύκολα ξεσπάσματα σε κλάματα. Αν είναι πολύ ήπια, μπορεί να παρερμηνευτούν ως διαταραχή συμπεριφοράς. Αυτοπεριορίζεται, παρόλο που απαιτείται υποστηρικτική θεραπεία και παρακολούθηση.

Δερματικά εξανθήματα

Τα δερματικά εξανθήματα είναι λιγότερο συχνές εκδηλώσεις του ρευματικού πυρετού και ονομάζονται «γυροειδές (δακτυλιοειδές) ερύθημα», αυτό που μοιάζει με κόκκινους δακτυλίους και τα «υποδόρια οζίδια» που είναι ανώδυνα κινητά οζίδια με φυσιολογικό χρώμα του επιφανειακού δέρματος και εντοπίζονται συνήθως πάνω στις αρθρώσεις. Αυτά τα ευρήματα υπάρχουν σε λιγότερο από 5% των περιπτώσεων και μπορεί να μη γίνουν αντιληπτά εξ' αιτίας της διακριτικής και παροδικής εμφάνισής τους. Δεν εμφανίζονται μεμονωμένα αλλά μπορεί να εκδηλωθούν μαζί με μυοκαρδίτιδα (φλεγμονή του καρδιακού μυ). Υπάρχουν και άλλα συμπτώματα που μπορεί να παρατηρηθούν πρώτα από τους γονείς, όπως πυρετός, κόπωση, απώλεια της όρεξης, ωχρότητα, πόνοι στην κοιλιά και ρινικές αιμορραγίες. Αυτά μπορεί να εμφανιστούν στα αρχικά στάδια του νοσήματος.

1.8 Είναι το νόσημα ίδιο σε κάθε παιδί;

Η πιο συχνή εκδήλωση είναι το καρδιακό φύσημα στα μεγαλύτερα παιδιά ή εφήβους, μαζί με αρθρίτιδα και πυρετό. Οι μικρότεροι ασθενείς συνήθως εμφανίζουν καρδίτιδα και λιγότερο έντονα τα ενοχλήματα από τις αρθρώσεις.

Η χορεία μπορεί να εμφανίζεται μόνη της ή σε συνδυασμό με καρδίτιδα, αλλά σε όλες τις περιπτώσεις συστήνεται στενή παρακολούθηση και εξέταση από καρδιολόγο.

1.9 Είναι το νόσημα διαφορετικό στα παιδιά απ' ότι στους ενήλικες;

Ο ρευματικός πυρετός είναι νόσημα παιδιών, εφήβων και νεαρών, ηλικίας έως 25 ετών. Είναι σπάνιος πριν την ηλικία των 3 ετών και περισσότερο από το 80% των ασθενών είναι μεταξύ 5 και 19 ετών. Μπορεί όμως να εμφανιστεί και αργότερα, αν δεν υπάρξει συμμόρφωση με τη μόνιμη αντιβιοτική προστασία (χημειοπροφύλαξη).

2. Διάγνωση και θεραπεία

2.1 Πώς μπαίνει η διάγνωση;

Τα κλινικά ευρήματα και του συνόλου των εργαστηριακών εξετάσεων έχουν ιδιαίτερη σημασία, επειδή δεν υπάρχει συγκεκριμένη εξέταση ή ένδειξη για τη διάγνωση. Τα κλινικά συμπτώματα της αρθρίτιδας, η καρδίτιδα, η χορεία, οι δερματικές αλλοιώσεις, ο πυρετός, τα μη φυσιολογικά αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων για στρεπτοκοκκική λοίμωξη και οι αλλαγές στην αγωγιμότητα του καρδιακού παλμού, όπως αυτές φαίνονται σε ηλεκτροκαρδιογράφημα, μπορούν να επιβεβαιώσουν τη διάγνωση. Η ένδειξη προηγούμενης στρεπτοκοκκικής λοίμωξης είναι γενικά απαραίτητη για να μπει η διάγνωση.

2.2 Ποια νοσήματα μοιάζουν με το ρευματικό πυρετό;

Υπάρχει ένα νόσημα που ονομάζεται μεταστρεπτοκοκκική αντιδραστική αρθρίτιδα. Αυτή όμως εμφανίζεται μετά από στρεπτοκοκκική φαρυγγίτιδα αλλά χαρακτηρίζεται από αρθρίτιδα μεγαλύτερης διάρκειας και από μικρότερο κίνδυνο καρδίτιδας. Το νόσημα αυτό, μπορεί να έχει ένδειξη για προφυλακτική χορήγηση αντιβιοτικών. Η νεανική ιδιοπαθής αρθρίτιδα είναι άλλο ένα νόσημα που μοιάζει με το ρευματικό πυρετό αλλά η διάρκεια της αρθρίτιδάς της είναι μεγαλύτερη των 6 εβδομάδων. Η νόσος του Lyme, η λευχαιμία, η αντιδραστική αρθρίτιδα που προκαλείται από μικρόβια ή ιούς μπορεί

επίσης να εμφανιστούν με αρθρίτιδα. Αθώα φυσήματα (συνήθη φυσήματα καρδιάς χωρίς καρδιακή νόσο), καρδιακά νοσήματα από τη γέννηση ή που εκδηλώθηκαν αργότερα (συγγενή και επίκτητα) μπορεί να παρερμηνευτούν και να διαγνωστούν ως ρευματικός πυρετός.

2.3 Ποια είναι η σημασία των εξετάσεων;

Μερικές εξετάσεις είναι απαραίτητες για τη διάγνωση και τον επανέλεγχο. Οι εξετάσεις αίματος είναι χρήσιμες κατά την διάρκεια των κρίσεων για να επιβεβαιώνουν τη διάγνωση.

Όπως και σε πολλά άλλα ρευματικά νοσήματα, ευρήματα συστηματικής φλεγμονής παρατηρούνται σχεδόν σε όλους τους ασθενείς, εκτός και αν η χορεία είναι το μόνο εύρημα. Στους περισσότερους ασθενείς δεν υπάρχουν ενδείξεις λοίμωξης του λαιμού, καθώς το ανοσιακό σύστημα έχει καθαρίσει το στρεπτόκοκκο του φάρυγγα πολύ νωρίς, ήδη στην έναρξη του νοσήματος. Υπάρχουν κάποιες εξετάσεις αίματος που ανιχνεύουν στρεπτοκοκκικά αντισώματα ακόμα και αν οι γονείς και/ή ο ασθενής δεν μπορούν να θυμηθούν αν υπήρχαν ενδείξεις λοίμωξης του λαιμού. Οι αυξανόμενοι τίτλοι (επίπεδα) αυτών των αντισωμάτων που είναι γνωστά ως αντιστρεπτολυσίνη O (ASTO) ή DNase B μπορούν να ανιχνευθούν στις εξετάσεις αίματος που γίνονται με απόσταση 2-4 εβδομάδων. Υψηλοί τίτλοι υποδηλώνουν πρόσφατη λοίμωξη χωρίς να αποδεικνύουν κάποια σχέση με τη βαρύτητα του νοσήματος. Ωστόσο, αυτές οι εξετάσεις δίνουν φυσιολογικά αποτελέσματα σε ασθενείς που έχουν μόνο χορεία, καθιστώντας έτσι τη διάγνωση λίγο πιο δύσκολη. Μη φυσιολογικά αποτελέσματα στην ASTO ή στη DNase B, σημαίνουν παλαιότερη έκθεση σε μικρόβια που προκαλούν το ανοσιακό σύστημα να δημιουργήσει αντισώματα, τα οποία από μόνα τους δε δίνουν τη διάγνωση του ρευματικού πυρετού σε ασθενείς χωρίς άλλα συμπτώματα. Επομένως η θεραπεία με αντιβιοτικά όλων όσων έχουν αυξημένες αυτές τις εξετάσεις, δεν είναι απαραίτητη.

2.4 Πως εντοπίζεται η καρδίτιδα;

Η εμφάνιση ενός νέου φυσήματος που προκύπτει από φλεγμονή των βαλβίδων της καρδιάς, είναι η πιο συχνή εκδήλωση της καρδίτιδας και εντοπίζεται συνήθως με την ακρόαση της καρδιάς από το γιατρό. Το ηλεκτροκαρδιογράφημα, δηλαδή η αξιολόγηση της ηλεκτρικής δραστηριότητας της καρδιάς που καταγράφεται σε χάρτινη ταινία,

είναι χρήσιμο για να επιβεβαιώσει το μέγεθος της προσβολής της καρδιάς. Επίσης, οι ακτινογραφίες θώρακος είναι σημαντικές για τον έλεγχο της καρδιακής διόγκωσης.

Το υπερηχοκαρδιογράφημα Doppler ή καρδιακό υπέρηχω είναι μια πολύ ευαίσθητη εξέταση για την καρδίτιδα. Παρόλα αυτά, δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί από μόνο του ως διαγνωστικό κριτήριο, όταν δεν συνυπάρχουν κλινικά ευρήματα. Όλες αυτές οι ιατρικές εξετάσεις είναι τελείως ανώδυνες και η μόνη τους δυσκολία είναι, ότι το παιδί κατά τη διάρκεια της εκτέλεσής τους πρέπει να μείνει για λίγο ακίνητο.

2.5 Μπορεί να αντιμετωπιστεί ή να θεραπευτεί;

Ο ρευματικός πυρετός είναι ένα σημαντικό πρόβλημα υγείας σε συγκεκριμένες περιοχές του κόσμου αλλά μπορεί να προληφθεί, αντιμετωπίζοντας τη στρεπτοκοκκική φαρυγγίτιδα μόλις διαγνωστεί (πρώιμη πρόληψη). Η αντιβιοτική θεραπεία που θα ξεκινήσει μέσα στις 9 πρώτες μέρες από την έναρξη της φαρυγγίτιδας είναι αποτελεσματική για να προλάβει τον οξύ ρευματικό πυρετό. Τα συμπτώματα του ρευματικού πυρετού αντιμετωπίζονται με μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα.

Υπάρχει συνεχής έρευνα για την παραγωγή εμβολίου που μπορεί να προστατεύει από το στρεπτόκοκκο. Το εμβόλιο, αποτρέποντας την αρχική λοίμωξη θα προλαμβάνει τη μη φυσιολογική ανοσιακή απάντηση. Αυτή η προσέγγιση μπορεί στο μέλλον να αποτελέσει την πρόληψη του Ρευματικού Πυρετού.

2.6 Ποιες είναι οι θεραπείες;

Κατά την διάρκεια των προηγούμενων χρόνων δεν προέκυψαν νεότερες συστάσεις για τη θεραπεία. Ενώ η ασπιρίνη παραμένει η βασική θεραπεία, δεν έχει διευκρινιστεί ο τρόπος δράσης της και μάλλον σχετίζεται με τις αντιφλεγμονώδεις ιδιότητές της. Άλλα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ) συστήνονται για την αρθρίτιδα για 6-8 εβδομάδες ή μέχρι αυτή να εξαφανιστεί.

Για τη σοβαρή καρδίτιδα, συστήνεται ανάπαυση στο κρεβάτι και σε μερικές περιπτώσεις κορτικοστεροειδή από το στόμα (πρεδνιζόνη) για 2-3 εβδομάδες. Το φάρμακο μειώνεται σταδιακά αφού έχει ελεγχθεί η φλεγμονή, αξιολογώντας τα συμπτώματα και τις εξετάσεις αίματος. Στην περίπτωση της χορείας, μπορεί να απαιτείται η βοήθεια των

γονέων για την ατομική φροντίδα του ασθενή και τα σχολικά του καθήκοντα. Η φαρμακευτική θεραπεία για τον έλεγχο των κινήσεων της χορείας περιλαμβάνει τα κορτικοστεροειδή, την αλοπεριδόλη ή το βαλπροϊκό οξύ. Αυτή μπορεί να χορηγηθεί υπό στενή παρακολούθηση για τυχόν ανεπιθύμητες ενέργειες. Οι συνήθεις ανεπιθύμητες ενέργειες είναι η υπνηλία και ο τρόμος, οι οποίες εύκολα μπορούν να ανασταλούν με κατάλληλη προσαρμογή της δόσης. Σε μερικές περιπτώσεις η χορεία μπορεί να διαρκέσει αρκετούς μήνες παρά την επαρκή θεραπεία. Μετά την επιβεβαίωση της διάγνωσης, συστήνεται μακροχρόνια προστασία με αντιβιοτικά, ώστε να αποτραπεί τυχόν υποτροπή του οξέος ρευματικού πυρετού.

2.7 Ποιες είναι οι ανεπιθύμητες ενέργειες της φαρμακευτικής αγωγής;

Η σύντομη συμπτωματική θεραπεία με σαλικυλικά και άλλα ΜΣΑΦ είναι γενικά καλά ανεκτή. Ο κίνδυνος αλλεργίας στην πενικιλίνη είναι πολύ μικρός, ωστόσο ο ασθενής παρακολουθείται για το ενδεχόμενο αυτό κατά τις πρώτες ενέσεις. Το βασικότερο πρόβλημα είναι το επώδυνο των ενέσεων και η πιθανή άρνηση από τους γονείς που φοβούνται τον πόνο. Επομένως προτείνονται: η επιμόρφωση για το νόσημα, τα τοπικά αναισθητικά και η χαλάρωση πριν από τις ενέσεις .

2.8 Πόσο πρέπει να διαρκέσει η δευτερογενής πρόληψη;

Ο κίνδυνος μιας υποτροπής είναι μεγαλύτερος τα πρώτα 3-5 χρόνια μετά την έναρξη και ο κίνδυνος ανάπτυξης μόνιμης βλάβης λόγω της καρδίτιδας αυξάνεται με κάθε νέα φλεγμονή. Κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου συστήνεται αντιβιοτική θεραπεία σε τακτά διαστήματα για όλους τους ασθενείς που είχαν ρευματικό πυρετό, προς αποφυγή νέων στρεπτοκοκκικών λοιμώξεων, ανεξάρτητα από τη βαρύτητα του νοσήματος, επειδή ακόμη και οι ήπιες μορφές μπορεί να υποτροπιάσουν.

Οι περισσότεροι γιατροί συμφωνούν ότι η πρόληψη με αντιβιοτικά θα πρέπει να διαρκέσει για 5 τουλάχιστον χρόνια μετά την τελευταία υποτροπή ή έως το παιδί γίνει 21 χρονών. Στην περίπτωση της καρδίτιδας χωρίς καρδιακή βλάβη, η δευτεροπαθής προφύλαξη συστήνεται είτε για 10 χρόνια είτε έως ο ασθενής γίνει 21 χρονών (ανάλογα από το ποιο από τα δύο είναι το μεγαλύτερο διάστημα). Αν

υπάρχει καρδιακή βλάβη, συστήνονται 10 χρόνια προφύλαξης ή μέχρι την ηλικία των 40, ή και για περισσότερο χρόνο εφόσον το νόσημα είχε επιπλοκές και χρειάστηκε αντικατάσταση καρδιακής βαλβίδας. Η πρόληψη της βακτηριακής (μικροβιακής) ενδοκαρδίτιδας με αντιβιοτικά συνιστάται για όλους τους ασθενείς με βλάβη καρδιακής βαλβίδας που υποβάλλονται σε οδοντιατρικές εργασίες ή χειρουργική επέμβαση. Αυτό το μέτρο είναι απαραίτητο επειδή τα μικρόβια μπορούν να μετακινηθούν από άλλες περιοχές του σώματος, ειδικά από το στόμα, και να προκαλέσουν λοίμωξη στην καρδιακή βαλβίδα.

2.9 Τι γίνεται με τις εναλλακτικές/συμπληρωματικές θεραπείες;

Υπάρχουν πολλές συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες που είναι διαθέσιμες κάτι που μπορεί να προκαλέσει σύγχυση στους ασθενείς και στις οικογένειές τους. Σκεφτείτε προσεκτικά τους κινδύνους και τα οφέλη πριν τη δοκιμή τέτοιων θεραπειών, δεδομένου ότι τα αποδεδειγμένα οφέλη είναι πολύ λίγα και μπορεί να είναι δαπανηρές από την άποψη χρόνου και χρήματος και επιβαρυντικές για το παιδί. Αν θέλετε να πειραματιστείτε με συμπληρωματικές και εναλλακτικές θεραπείες είναι προτιμότερο να συζητήσετε πρώτα αυτές τις επιλογές με τον παιδορευματολόγο σας. Μερικές απ' αυτές τις θεραπείες μπορεί να αλληλεπιδράσουν με τα συμβατικά φάρμακα. Οι περισσότεροι γιατροί δεν θα είναι αντίθετοι με τις συμπληρωματικές θεραπείες, αρκεί να ακολουθείτε τις ιατρικές οδηγίες. Είναι πολύ σημαντικό να μη σταματήσετε να παίρνετε τα φάρμακα που σας έχουν συνταγογραφηθεί. Όταν φάρμακα, όπως τα κορτικοστεροειδή, είναι απαραίτητα για να διατηρούν το νόσημα υπό έλεγχο, είναι πολύ επικίνδυνο να σταματήσει η χορήγησή τους όσο το νόσημα είναι ακόμη σε ενεργό φάση. Παρακαλούμε να συζητάτε τις ανησυχίες σας σχετικά με τα φάρμακα με τον γιατρό του παιδιού σας.

2.10 Τι είδους περιοδικές εξετάσεις απαιτούνται;

Κατά την μακροχρόνια πορεία του νοσήματος ενδέχεται να απαιτηθούν πιο τακτικοί επανέλεγχοι και περιοδικές εξετάσεις. Για τις περιπτώσεις μάλιστα καρδίτιδας και χορείας, συστήνεται στενότερη παρακολούθηση. Μετά την υποχώρηση των συμπτωμάτων συνιστάται ένα πρόγραμμα προληπτικής θεραπείας υπό επιτήρηση και μακροχρόνια

παρακολούθηση με την επίβλεψη καρδιολόγου, για την έγκαιρη εντόπιση μετέπειτα (όψιμης) καρδιακής βλάβης.

2.11 Πόσο θα διαρκέσει το νόσημα;

Τα οξέα συμπτώματα του νοσήματος υποχωρούν μετά από αρκετές ημέρες ως και εβδομάδες. Ωστόσο, ο κίνδυνος επεισοδίων με υποτροπές οξέος ρευματικού πυρετού παραμένει και η προσβολή της καρδιάς μπορεί να προκαλεί συμπτώματα σε όλη τη ζωή. Είναι λοιπόν απαραίτητη η μακροχρόνια συνέχιση της θεραπείας με αντιβιοτικά για την προφύλαξη από επανεμφάνιση στρεπτοκοκκικής φαρυγγίτιδας.

2.12 Ποια είναι η μακροχρόνια εξέλιξη (πρόγνωση) του νοσήματος;

Οι υποτροπές των συμπτωμάτων δεν μπορούν να προβλεφθούν τόσο ως προς τον χρόνο όσο και ως προς τη βαρύτητα. Η εμφάνιση καρδίτιδας στο πρώτο επεισόδιο αυξάνει τον κίνδυνο για ανάπτυξη βλάβης, παρόλο που σε μερικές περιπτώσεις καρδίτιδας μπορεί να ακολουθήσει πλήρης αποκατάσταση. Οι περισσότεροι σοβαρές καρδιακές βλάβες απαιτούν εγχείρηση για αντικατάσταση καρδιακής βαλβίδας.

2.13 Είναι δυνατή η πλήρης ανάρρωση πιθανή τέλεια αποθεραπεία;

Η πλήρης ανάρρωση είναι δυνατή, εκτός και αν η καρδίτιδα καταλήξει σε σοβαρή βλάβη της καρδιακής βαλβίδας.

3. Η ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΗ ΖΩΗ

3.1 Πως μπορεί το νόσημα να επηρεάσει την καθημερινή ζωή του παιδιού και της οικογένειάς του;

Με την κατάλληλη φροντίδα και τους τακτικούς επανελέγχους τα περισσότερα παιδιά με ρευματικό πυρετό έχουν φυσιολογική ζωή. Ωστόσο, για τους ασθενείς με καρδίτιδα και χορεία συστήνεται υποστήριξη της οικογένειας κατά την διάρκεια των υποτροπών. Η κυριότερη ανησυχία είναι η μακροχρόνια συμμόρφωση (υπακοή στις

ιατρικές οδηγίες) αναφορικά με την προληπτική αντιβιοτική θεραπεία. Επιτυγχάνεται με τη βοήθεια των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και απαιτείται ενημέρωση και εκπαίδευση ώστε να βελτιωθεί η συμμόρφωση στη θεραπεία, ιδίως των εφήβων.

3.2 Τι γίνεται με το σχολείο;

Αν δεν υπάρχει υπολειμματική καρδιακή βλάβη που να έχει εντοπισθεί κατά τη διάρκεια των τακτικών επανελέγχων, δε χρειάζονται ιδιαίτερες συστάσεις για την καθημερινότητα και την συνήθη σχολική ζωή. Τα παιδιά μπορούν να συνεχίζουν κανονικά τις δραστηριότητές τους. Οι γονείς και οι δάσκαλοι πρέπει να κάνουν ό, τι μπορούν και να επιτρέπουν το παιδί να συμμετέχει στις σχολικές δραστηριότητες κανονικά, με σκοπό όχι μόνο το παιδί να έχει μια επιτυχημένη σχολική επίδοση αλλά να είναι αποδεκτό και να το εκτιμούν τόσο οι συνομήλικοί του όσο και οι ενήλικες. Κατά την διάρκεια οξέων φάσεων της χορείας, μερικοί περιορισμοί στα σχολικά καθήκοντα είναι αναμενόμενοι, και οι οικογένειες και οι εκπαιδευτικοί ίσως χρειαστεί να συμβιβαστούν με αυτό, για διάστημα από 1 έως 6 μηνών.

3.3 Τι γίνεται με τα αθλήματα;

Η άθληση είναι ένα βασικό στοιχείο της καθημερινής ζωής του κάθε παιδιού. Ένας από τους στόχους της θεραπείας είναι να επιτρέψει στα παιδιά να διεξάγουν μια - όσο το δυνατό- φυσιολογική ζωή και να μη θεωρούν τους εαυτούς του διαφορετικούς από τους συνομηλίκους τους. Επομένως, όλες οι δραστηριότητες μπορούν να εκτελούνται στον βαθμό που είναι ανεκτές. Παρ'όλα αυτά, ο περιορισμός της φυσικής δραστηριότητας ή η ξεκούραση στο κρεβάτι μπορεί να είναι απαραίτητα κατά την διάρκεια της οξείας φάσης.

3.4 Τι γίνεται με τη διατροφή;

Δεν υπάρχουν ενδείξεις ότι η διατροφή μπορεί να επηρεάσει το νόσημα. Γενικά, το παιδί πρέπει να έχει μία ισορροπημένη και φυσιολογική διατροφή για την ηλικία του. Για κάθε παιδί που αναπτύσσεται, συστήνεται μια σωστά ισορροπημένη διατροφή με επαρκή λήψη πρωτεϊνών, ασβεστίου και βιταμινών. Η υπερφαγία θα πρέπει να αποφεύγεται από ασθενείς που παίρνουν κορτικοστεροειδή,

γιατί αυτό θα οδηγήσει σε αύξηση της όρεξης.

3.5 Μπορεί το κλίμα να επηρεάσει την πορεία του νοσήματος;

Δεν υπάρχει καμία ένδειξη ότι το κλίμα μπορεί να επηρεάσει τις εκδηλώσεις του νοσήματος.

3.6 Μπορεί το παιδί να εμβολιαστεί;

Ο γιατρός πρέπει να αποφασίσει ποια εμβόλια θα κάνει το παιδί ανάλογα με την περίπτωση. Γενικά, οι εμβολιασμοί δε φαίνεται να αυξάνουν την ενεργότητα του νοσήματος και δεν προκαλούν σοβαρές ανεπιθύμητες ενέργειες στους ασθενείς. Παρόλα αυτά, εμβολιασμοί με ζώντες εξασθενημένους μικροοργανισμούς γενικά αποφεύγονται, λόγω του υποθετικού κινδύνου να προκαλέσουν λοίμωξη σε ασθενείς που παίρνουν μεγάλες δόσεις ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων ή βιολογικούς παράγοντες. Τα εμβόλια με μη ζώντες μικροοργανισμούς φαίνεται ότι είναι πιο ασφαλή στους ασθενείς, ακόμη και σε αυτούς που παίρνουν ανοσοκατασταλτικά φάρμακα, αν και οι περισσότερες μελέτες δεν μπορούν να αξιολογήσουν τελείως κάποιες σπάνιες βλάβες που αποδίδονται στους εμβολιασμούς.

Ένας ασθενής που παίρνει μεγάλη δόση ανοσοκατασταλτικών φαρμάκων πρέπει να συμβουλευέται από τον παιδίατρό του μετά τον εμβολιασμό, να μετρήσει στον ορό του τα επίπεδα των αντισωμάτων για το συγκεκριμένο μικρόβιο ή ιό για το οποίο εμβολιάστηκε.

3.7 Τι γίνεται με την σεξουαλική ζωή, την εγκυμοσύνη και την αντισύλληψη;

Δεν υπάρχουν περιορισμοί στην σεξουαλική δραστηριότητα ή στην εγκυμοσύνη εξαιτίας του νοσήματος. Όλοι όμως οι ασθενείς που παίρνουν φάρμακα, πρέπει να είναι προσεκτικοί σχετικά με τις ενδεχόμενες ανεπιθύμητες ενέργειες αυτών των φαρμάκων στο έμβρυο. Οι ασθενείς πρέπει να συμβουλευούνται το γιατρό τους για την αντισύλληψη και την εγκυμοσύνη.

4. ΜΕΤΑ- ΣΤΡΕΠΤΟΚΟΚΚΙΚΗ ΑΝΤΙΔΡΑΣΤΙΚΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

4.1 Τι είναι;

Τόσο σε παιδιά όσο και σε νεαρούς εφήβους, έχουν περιγραφηθεί περιπτώσεις αρθρίτιδας που σχετίζεται με το στρεπτόκοκκο. Συνήθως ονομάζεται αντιδραστική αρθρίτιδα ή μετα-στρεπτοκοκκική αρθρίτιδα (ΜΣΑ).

Η ΜΣΑ κατά κανόνα προσβάλλει παιδιά από 8 έως 14 ετών και νέους ενήλικες από 21 έως 27 ετών. Συνήθως αναπτύσσεται μέσα στις επόμενες 10 μέρες από τη λοίμωξη του λαιμού. Διαφέρει από την αρθρίτιδα του οξέος ρευματικού πυρετού, ο οποίος προσβάλλει κυρίως μεγάλες αρθρώσεις, ενώ στη ΜΣΑ προσβάλλονται μεγάλες και μικρές αρθρώσεις όπως και η σπονδυλική στήλη. Συνήθως διαρκεί περισσότερο από τον οξύ ρευματικό πυρετό, δηλαδή περίπου 2 μήνες, και μερικές φορές λίγο περισσότερο.

Μπορεί να υπάρχει χαμηλός πυρετός («δέκατα»), μαζί με μη φυσιολογικά εργαστηριακά αποτελέσματα που υποδηλώνουν φλεγμονή (αυξημένη C αντιδρώσα πρωτεΐνη [CRP] και/ή ταχύτητα καθίζησης ερυθρών, [ΤΚΕ]). Οι δείκτες φλεγμονής (πχ CRP, ΤΚΕ) είναι όμως χαμηλότεροι απ' ότι στον οξύ ρευματικό πυρετό. Η διάγνωση της ΜΣΑ στηρίζεται στην παρουσία αρθρίτιδας σε συνδυασμό με την ένδειξη πρόσφατης στρεπτοκοκκικής λοίμωξης, στις μη φυσιολογικές τιμές των στρεπτοκοκκικών αντισωμάτων (ASTO, DNase B) και στην απουσία ευρημάτων και συμπτωμάτων που υποστηρίζουν τη διάγνωση του οξέως Ρευματικού Πυρετού, σύμφωνα με τα κριτήρια του Jones.

Η ΜΣΑ είναι μία διαφορετική οντότητα από τον οξύ ρευματικό πυρετό. Οι ασθενείς με ΜΣΑ πιθανόν να μην αναπτύξουν καρδίτιδα. Πρόσφατα, η Αμερικανική Καρδιολογική Εταιρεία συστήνει προφυλακτική αντιβιοτική θεραπεία για έναν χρόνο μετά την έναρξη των συμπτωμάτων. Επιπλέον, οι ασθενείς αυτοί πρέπει να παρακολουθούνται προσεκτικά για κλινικές και υπερηχογραφικές ενδείξεις καρδίτιδας. Αν εμφανιστεί καρδιακή συμμετοχή, ο ασθενής θα πρέπει να παρακολουθείται όπως και στον οξύ ρευματικό πυρετό, αλλιώς η προφυλακτική θεραπεία μπορεί να διακοπεί. Συστήνεται όμως, η τακτική παρακολούθησή του από καρδιολόγο.