



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

Reumás láz és sztreptokokkusz-fertőzés utáni reaktív artritisz

Verzió 2016

1. MI A REUMÁS LÁZ

1.1 Mi ez?

A reumás láz nevű betegséget a sztreptokokkusz baktérium okozta torokfertőzés idézi elő. A sztreptokokkusz baktériumnak több csoportja létezik, de csak az A. csoportba tartozók okoznak reumás lázat. Noha a sztreptokokkusz-fertőzés igen gyakran okoz faringitist (torokgyulladást) iskoláskorú gyermekeknél, nem mindegyiküknek alakul ki reumás láz. A betegség gyulladást és károsodást idézhet elő a szívben; rövid ideig tartó ízületi fájdalommal és duzzanattal jelentkezik, később karditisz (szívgyulladás) vagy akaratlan mozgási rendellenesség (chorea) lép fel az agy gyulladása miatt. Bőrkiütések vagy bőrcsomók szintén előfordulhatnak.

1.2 Milyen gyakori?

Az antibiotikumok megjelenése előtt az esetek száma igen nagy volt a meleg éghajlatú országokban. Miután az antibiotikus kezelés elterjedt gyakorlattá vált a torokgyulladás kezelésére, a betegség előfordulási gyakorisága csökkent, de még mindig világszerte sok 5 és 15 év közötti gyermeket érint, és az esetek kis hányadában szívbetegséghez vezet. Mivel ízületi tünetekkel is jár, a számos gyermek- és serdülőkori reumás kórképet magába foglaló betegségcsoportba sorolják. A reumás láz előfordulása egyenlőtlenül oszlik meg a világ különböző részei között. Országonként változó az előfordulása: vannak olyan országok, ahol

egyetlen esetet sem regisztrálnak, illetve olyanok is, ahol közepes vagy magas ez az arány (évente több mint 40 eset 100 000 főre számítva). A becslések szerint több mint 15 millió reumás szívbeteget él a világon, 282 000 új esettel és 233 000 halálozással évente.

1.3 Mi a betegség oka?

A betegséget a rendellenes reakció okozza, amelyet az immunrendszer ad a *Streptococcus pyogenes*, illetve az A. csoportba tartozó β hemolitikus *Streptococcus* által előidézett torokfertőzésre. A torokfájás megelőzi a betegség kialakulását egy változó tartamú, tünetmentes időszakkal.

A torokfertőzés kezelése, az immunrendszer serkentésének leállítása és újabb fertőzések megelőzése érdekében antibiotikus kezelést kell alkalmazni, ugyanis az új fertőzések a betegség újabb támadását idézhetik elő. Az újabb támadás kockázata magasabb a betegség kialakulását követő első 3 évben.

1.4 Örökletes ez a betegség?

A reumás láz nem örökletes betegség, mivel a szülők nem adhatják át közvetlenül a gyermekeiknek. Vannak azonban olyan családok, amelyeknek több tagjánál kialakult reumás láz. Ezt okozhatják olyan genetikai tényezők, amelyek a sztreptokokkusz-fertőzés lehetséges terjedésével függnek össze. A sztreptokokkusz-fertőzés a légutakon és a nyálon keresztül terjedhet.

1.5 Miért van a gyermeknek ez a betegsége? Megelőzhető?

A környezet és a sztreptokokkusz-törzs fontos szerepet játszik a betegség kialakulásában, a gyakorlatban azonban nehéz megjósolni, hogy ki kapja el. Az ízületi gyulladást (artritist) és a szívgyulladást a rendellenes reakció okozza, amely az immunrendszer válasza a sztreptokokkusz baktériumokban lévő fehérjék ellen. A betegség megjelenésének nagyobb az esélye, ha bizonyos típusú sztreptokokkusz baktériumok támadják meg a betegségre hajlamos embert. A zsúfolt embertömeg fontos környezeti tényező, mivel kedvez a fertőzések terjedésének. A reumás láz megelőzése az azonnali diagnózison és a sztreptokokkusz-fertőzött torok antibiotikus (lehetőleg penicillin)

kezelésén múlik egészséges gyermekeknél.

1.6 Fertőző-e a betegség?

A reumás láz önmagában nem fertőző, de a sztreptokokkusz okozta torokgyulladás igen. A sztreptokokkusz baktériumok emberről emberre terjednek, ezért a fertőzés összefügg az otthoni, iskolai vagy tornatermi zsúfoltsággal. A gondos kézmosás és a közeli érintkezés elkerülése a sztreptokokkuszos torokfertőzéssel küzdő emberekkel fontos óvintézkedések a betegség terjedésének megállítása érdekében.

1.7 Mik a fő tünetei?

A reumás láz általában különféle tünetek egyidejű kialakulásával jelentkezik, amelyek egyéenként változhatnak. Az antibiotikumokkal nem kezelt sztreptokokkuszos torok- vagy mandulagyulladás következményeként alakul ki.

A torok- vagy mandulagyulladást felismerhetjük a lázról, torokfájásról, fejfájásról, vörös szájpadról és a gennyesen váladékozó mandulákról, valamint a megnagyobbodott és fájdalmas nyaki nyirokcsomókról. Ezek a tünetek iskolás- és serdülőkorú gyermekeknél nagyon enyhék lehetnek, vagy akár meg sem jelennek. Az akut fertőzés megszűnését 2-3 hetes tünetmentes időszak követi. Ezután a gyermeknek felszökhet a láza, és a betegség alább leírt tünetei is jelentkezhetnek.

Artritisz (ízületi gyulladás)

Az artritisz leginkább több nagy ízületet támad meg egyszerre, vagy az egyik ízületéről átvándorol egy másikra, és egy időben egyet vagy kettőt érint (térd, könyök, boka vagy váll). Ezt „migráló vagy átmeneti artritisznek” nevezzük. A kézfejet és a nyaki gerincet érintő artritisz kevésbé gyakori. Az ízületi fájdalom súlyos lehet a nem egyértelmű duzzanat ellenére is. Megjegyzendő, hogy a fájdalom általában azonnal enyhül gyulladáscsökkentő gyógyszerek adása után. Az aszpirin a leggyakrabban alkalmazott gyulladáscsökkentő gyógyszer.

Karditisz (szívgyulladás)

A betegség legsúlyosabb tünete a karditisz (szívgyulladás). A pihenés vagy alvás közben is felgyorsult szívverés esetén felmerül a reumás karditisz gyanúja. A szív érintettségének legfőbb jele a rendellenes,

zörejeket mutató kardiológiai vizsgálati lelet. Ez a zörej lehet kismértékű, alig hallható, de hangos is, ami a szívbillentyűk gyulladására, úgynevezett endokarditiszre (szívbelhártya-gyulladásra) utalhat. Ha gyulladás alakul ki a szívburokban (ún. perikarditisz vagy szívburokgyulladás), akkor folyadék gyűlhet fel a szív körül, de ez általában nem okoz semmilyen tünetet, és magától megszűnik. A miokarditisz (szívizomgyulladás) legsúlyosabb eseteiben a szív vérpumpáló képessége gyengül a gyulladás következtében. Ezt a köhögésről, a mellkasi fájdalomról, a szapora pulzusról és légzésről lehet felismerni. Lehet, hogy a beteget be kell utalni kardiológushoz és egyéb vizsgálatokra. A reumás szívbillentyű-betegséget okozhatja a reumás láz első rohama, de rendszerint ismétlődő epizódok következményeként alakul ki, és később problémát jelenthet a felnőttkorban, ezért a megelőzése kulcsfontosságú.

Chorea

A „chorea” szó görög eredetű, jelentése: tánc. A „chorea” egy mozgási rendellenesség, amelyet az agynak a mozgáskoordinációért felelős részeiben fellépő gyulladás okoz. A reumás lázban szenvedő betegek 10-30%-át érinti. Az artritisszel és a karditisszel ellentétben a chorea a betegség lefolyásának későbbi szakában jelentkezik, 1-6 hónappal a torokfertőzést követően. Korai jelei a kézírás nehézségei az iskoláskorú betegeknél, valamint az öltözködési és tisztálkodási, sőt járási és étkezési nehézségek a remegő, akaratlan mozgás miatt. Ezek a mozgások akaratlagosan rövid ideig elnyomhatók, alvás közben akár abba is maradhatnak, ugyanakkor súlyosbodhatnak is stressz vagy fáradtság hatására. Ez meglátszik az iskolai teljesítményen, a csökkent koncentrációképességen, a szorongás és a könnyen sírásba hajló hangulatingadozások miatt. Ha csak enyhe formában van jelen, viselkedési zavaroknak gondolhatják. A betegség magától gyógyul, de támogató kezelés és utánkövetés szükséges.

Bőrkiütések

A reumás láz kevésbé gyakori tünete a piros, gyűrű alakú, úgynevezett „erythema marginatum” bőrkiütés és a fájdalommentes, mozgó, göbös, bőr alatti csomók, amelyeknek a színe nem üt el az őket fedő bőr színétől, és általában az ízületek felett figyelhetők meg. Ezek a tünetek az esetek kevesebb mint 5%-ánál vannak jelen, és előfordulhat, hogy nem is veszik észre őket jelentéktelen, átmeneti megjelenésük miatt.

Ezek a tünetek nem izoláltak, hanem a miokarditisszel (szívizomgyulladással) együtt alakulnak ki. Más panaszok – láz, fáradékonyság, étvágytalanság, sápadtság, hasi fájdalom, orrvérzés – is előfordulhatnak, amelyeket a szülők vesznek észre először, és a betegség korai szakaszában jelentkezhetnek.

1.8 Minden gyermeknél azonos a betegség?

A szívzörej leggyakoribb az artritisszel és a lázzal küzdő idősebb gyermekeknél, illetve serdülőknél. A fiatalabbaknál általában karditisz jelentkezik, valamint kevésbé súlyosak az ízületi panaszok.

A chorea jelentkezhet önmagában vagy karditisszel együtt, azonban szoros kontroll és kardiológusi vizsgálat javasolt.

1.9 Különbözik-e a gyermekek és a felnőttek betegsége?

A reumás láz az iskoláskorú gyermekek és a fiatalok betegsége, 25 éves korig bezárólag. 3 éves kor előtt ritka, és a betegek több mint 80%-a 5 és 19 év közötti. Ugyanakkor később is jelentkezhet, ha a beteg nem szedi folyamatosan az antibiotikumokat megelőzés céljából.

2. DIAGNÓZIS ÉS TERÁPIA

2.1 Hogyan diagnosztizálható?

A klinikai jelek és a vizsgálatok különösen fontosak, mivel nincs külön teszt vagy tünet, amely alapján diagnosztizálni lehetne a betegséget. A diagnózis felállításában segíthetnek a következő tünetek: artritisz, karditisz, chorea, bőrelváltozások, láz, sztreptokokkusz-fertőzésre irányuló laborvizsgálatok rendellenes eredményei, a szív ingerületvezető képességének változása az EKG-felvételen. A betegséget megelőző sztreptokokkusz-fertőzés igazolása általában szükséges a diagnózis felállításához.

2.2 Mely betegségek hasonlítanak a reumás lázhoz?

A „sztreptokokkusz-fertőzés utáni reaktív artritisz” nevű betegség szintén a sztreptokokkusz okozta torokgyulladás után alakul ki, de hosszabb ideig tartó ízületi gyulladással és a karditisz kialakulásának

kockázatával jár; az antibiotikumos profilaktikus (megelőző) kezelés indokolt lehet. A gyermekkori idiopátiás artritisz egy másik olyan betegség, amely hasonlít a reumás lázra, de az ízületi gyulladás 6 hétnél hosszabb ideig tart. A Lyme-kór, a leukémia, valamint az egyéb baktériumok vagy vírusok által előidézett reaktív artritisz szintén járhat ízületi gyulladással. Előfordulhat, hogy ártalmatlan szívzörejeket (szívbetegség nélküli közönséges szívzörejeket), veleszületett vagy egyéb szerzett szívbetegségeket tévesen reumás lázként diagnosztizálnak.

2.3 Mi a vizsgálatok jelentősége?

Bizonyos vizsgálatok elengedhetetlenek a diagnózis felállításához és az utánkövetéshez. A lázas rohamok ideje alatt végzett vérvizsgálatok segítenek a diagnózis megerősítésében.

Csakúgy mint más reumás betegségeknél, szisztémás gyulladás jelei szinte az összes betegnél megfigyelhetők, kivéve chorea esetén. A betegek többségénél a torokfertőzésnek semmilyen jele nincs, és az immunrendszer elpusztítja a sztreptokokkusz baktériumot, mire a betegség kialakul. Vannak vérvizsgálatok a sztreptokokkusz elleni antitestek kimutatására, még akkor is, ha a beteg és/vagy a szülei nem emlékeznek torokfertőzés jeleire. Ezeknek az antitesteknek – anti-streptolysin O (ASO) vagy DNase B – az emelkedő titereit (szintjeit) ki lehet mutatni 2-4 hét eltéréssel végzett vérvizsgálatokkal. Az antitestek magas szintje közelmúltbeli fertőzésre utal, de nem igazoltak összefüggést a betegség súlyosságával. Ugyanakkor, ezek a tesztek normális eredményeket mutatnak azoknál, akiknél a chorea önmagában van jelen, így megnehezítik a diagnózist.

A rendellenes ASO- vagy DNase B teszteredmények azt jelentik, hogy a szervezetben olyan baktériumok voltak korábban jelen, amelyek az immunrendszert serkentették antitestek termelésére, de ez önmagában nem elégséges a reumás láz diagnózisához a tünetmentes betegeknél. Antibiotikumos kezelés ezért általában nem szükséges.

2.4 Hogy lehet kimutatni a karditist?

A szívbillentyű-gyulladás következtében újonnan kialakult szívzörej a karditisz leggyakoribb jele, és ezt általában a szívhangok meghallgatásával fedezi fel az orvos. Az elektrokardiogram (a szív

elektromos aktivitásának mérése és rögzítése egy papírcsíkon) arra szolgál, hogy megerősítse a szív érintettségének mértékét. A mellkasröntgen szintén fontos az esetleges szívnagyobbodás kimutatása érdekében.

A Doppler-echokardiogram vagy szívultrahang egy nagyon érzékeny vizsgálati módszer a karditisz kimutatására. Ezek az eljárások mind teljesen fájdalommentesek, az egyetlen kényelmetlenség az lehet, hogy a gyermeknek egy bizonyos ideig nyugton kell maradnia a vizsgálat alatt.

2.5 Kezelhető-e, van-e rá gyógymód?

A reumás láz jelentős egészségügyi probléma a világ bizonyos vidékein, de megelőzhető, ha a sztreptokokkusz okozta torokgyulladást a felismerése után azonnal kezelik (elsődleges megelőzés). A torokgyulladás kialakulása után legkésőbb 9 nappal elkezdett antibiotikumos kezeléssel hatásosan megelőzhető az akut reumás láz. Tüneteit nem szteroid gyulladáscsökkentő gyógyszerekkel kezelik. Jelenleg is zajlik a kutatás egy olyan védőoltás kifejlesztésére, amely védelmet nyújthat a sztreptokokkusz ellen: a kezdeti fertőzés megelőzésével kivédhető lenne a rendellenes immunreakció. Ez a megközelítés vezethet a reumás láz megelőzéséhez a jövőben.

2.6 Milyen kezelések léteznek?

Az elmúlt néhány évben nem születtek újabb kezelési javaslatok. Miközben továbbra is az aszpirint alkalmazzák elsődlegesen, a pontos hatásmechanizmusa nem egyértelmű; látszólag a gyulladáscsökkentő tulajdonságaival függ össze. Egyéb nem szteroid gyulladáscsökkentő szerek (NSAID) adása is ajánlott az artritiszre 6-8 hétig, illetve a betegség megszűnéséig.

Súlyos karditisz esetén ágynyugalom, bizonyos esetekben szájon át szedendő kortikoszteroidok (prednizon) alkalmazása javasolt 2-3 hétig, és a gyógyszer adagját fokozatosan csökkenteni kell addig, amíg a gyulladás kontroll alá nem kerül, a tünetek megfigyelése és vérvizsgálatok mellett.

Chorea esetén szülői segítségre lehet szükség a tisztálkodás és az iskolai feladatok végzése során. A chorea okozta mozgászavarokra gyógyszeres kezelést - haloperidolt vagy valproátsavat - is felírhatnak,

az esetleges mellékhatások szoros ellenőrzése mellett. Gyakori mellékhatások az álmoság és a remegés, amelyek a dózis módosításával könnyen kontrollálhatók. Néhány esetben a chorea több hónapig eltarthat a megfelelő kezelés ellenére is. A diagnózis megerősítése után hosszú távú antibiotikus kezelés javasolt az akut reumás láz kiújulásának elkerülése érdekében.

2.7 Melyek a gyógyszeres kezelés mellékhatásai?

A rövid távú tüneti kezelésként adott szalicilátok és egyéb NSAID szerek általában jól tolerálhatóak. A penicillinallergia kockázata meglehetősen kicsi, de a használatát folyamatosan ellenőrizni kell az első injekciók ideje alatt. A leginkább megfontolandó szempontok az injekció okozta fájdalom, valamint az injekció elutasítása a fájdalomtól félő betegek részéről; ezért a betegséggel kapcsolatos tájékoztatás, valamint az injekciók előtt helyi érzéstelenítés és lazítás javasolt.

2.8 Mennyi ideig tartson a másodlagos megelőzés?

A relapszus (visszaesés) kockázata magasabb a betegség kialakulását követő 3-5 évben, a karditisz okozta károsodás veszélye pedig a betegség újabb fellángolásaival együtt nő. Ez idő alatt, az újabb sztreptokokkusz-fertőzések megelőzésére alkalmazott rendszeres antibiotikumos kezelés ajánlott minden olyan betegnél, akinek reumás láza volt, függetlenül annak súlyosságától, mivel az enyhe reumás láznak is lehetnek fellobbanásai.

Az orvosok többsége egyetért abban, hogy az antibiotikumos megelőzést legalább 5 évig folytatni kell az utolsó roham után, vagy addig, amíg a gyermek be nem tölti a 21. életévét. Szívkárosodás nélküli karditisz esetén másodlagos megelőzés ajánlott 10 évig, vagy addig, amíg a beteg be nem tölti a 21. életévét (a hosszabbik időtartamot kell figyelembe venni). Szívkárosodás esetén a megelőzés 10 évig vagy a beteg 40 éves koráig javasolt, illetve később is, ha a betegség szövődményeként szívbillentyűpótlásra van szükség.

A baktérium okozta endokarditisz (szívbelhártya-gyulladás) megelőző antibiotikumos kezelés minden olyan betegnél ajánlott, akinél szívbillentyű-károsodás lépett fel, és fogorvosi vagy sebészi beavatkozásnak veti alá magát. Ez az intézkedés azért fontos, mert a baktériumok a test más részeiből, főleg a szájból átvándorolhatnak, és

szívbillentyű-fertőzést okozhatnak.

2.9 Mi a helyzet a nem konvencionális (nem szokványos), illetve kiegészítő terápiákkal?

Számos kiegészítő és alternatív terápia létezik, ami összezavarhatja a betegeket és családtagjaikat. Körültekintően gondolja át e terápia kipróbálásának kockázatait és előnyeit, mivel a jótékony hatás nem kellően igazolt, és ezek a kezelések megterhelők lehetnek időben, anyagilag és a gyermek számára is. Ha kiegészítő vagy alternatív terápiákat szeretne kipróbálni, érdemes megbeszélni ezeket a lehetőségeket a gyermekreumatológussal. Bizonyos terápia és a hagyományos gyógyszerek között kölcsönhatások léphetnek fel. A legtöbb orvosnak nincs ellenvetése a kiegészítő terápiákkal szemben, feltéve ha továbbra is követik a szakmai tanácsaikat. Nagyon fontos, hogy nem szabad abbahagyni az orvos által felírt gyógyszerek szedését. Amennyiben bizonyos gyógyszerek, mint például kortikoszteroidok szükségesek a betegség ellenőrzés alatt tartásához, nagyon veszélyes lehet hirtelen leállni ezekkel, amíg a betegség még aktív. Ha bármilyen aggálya van a gyógyszerekkel kapcsolatban, beszélje meg gyermeke kezelőorvosával.

2.10 Milyen időszakos vizsgálatok, ellenőrzések szükségesek?

A betegség hosszú távú lefolyásának ideje alatt rendszeres kontrollvizsgálatokra és időszakos ellenőrzésekre lehet szükség. Karditisz és chorea fennállása esetén szorosabb utánkövetés javasolt. A tünetek átmeneti enyhülése után felügyelet alatt végzett megelőző kezelés és hosszú távú kardiológusi utánkövetés ajánlott az esetleges késői szívkárosodás kiszűrése érdekében.

2.11 Mennyi ideig tart a betegség?

A betegség akut tünetei néhány nap vagy hét alatt megszűnnek. Az akut reumás lázrohamok kiújulásának kockázata azonban fennmarad, és a szív érintettsége miatt élethosszig tartó tünetek léphetnek fel. A sztreptokokkusz okozta torokgyulladás kiújulásának megelőzése céljából folyamatos antibiotikumos kezelés szükséges sok éven keresztül.

2.12 Hogyan alakul hosszú távon a betegség (milyen a prognózisa)?

A tünetek kiújulása általában megjósolhatatlan az időtartamuk és súlyosságuk tekintetében. Az első rohamkor fellépő karditisz fokozza a károsodás kockázatát, noha bizonyos esetekben teljes felépülés is lehetséges a karditisz után. A legsúlyosabb szívkárosodás esetében szívbillentyűpótló műtétre van szükség.

2.13 Lehetséges-e a teljes felépülés?

Teljes felépülés lehetséges, kivéve abban az esetben, ha a karditisz következtében súlyos szívbillentyű-károsodás lépett fel.

3. MINDENNAPI ÉLETVITEL

3.1 Hogyan befolyásolhatja a betegség a gyermek és a család mindennapi életét?

Megfelelő ellátás és rendszeres kontrollvizsgálatok esetén a reumás lázzal küzdő gyermekek többsége normális életet élhet. A család támogatása azonban mindenképpen javasolt a betegség fellobbanásainak ideje alatt azoknál a betegeknél, akiknél karditisz és chorea áll fenn.

A fő aggályt az antibiotikumos megelőző kezeléssel kapcsolatos előírások hosszú távú betartása jelenti. A kezelési előírások betartásának javítása érdekében az elsődleges betegellátó szolgálatok bevonása és megfelelő oktatás szükséges, főleg serdülőkorú betegeknél.

3.2 Mi a helyzet az iskolával?

Amennyiben a rendszeres kontrollvizsgálatok nem mutatnak ki visszamaradt szívkárosodást, akkor nincs különleges ajánlás a napi tevékenységekre és a szokásos iskolai életre vonatkozóan; a gyermekek folytathatják valamennyi tevékenységüket. A szülőknek és a pedagógusoknak minden tőlük telhetőt meg kell tenniük annak érdekében, hogy a gyermek számára lehetővé tegyék az akadálytalan

részvételt az iskolai tevékenységekben, nem csupán azért, hogy sikeres legyen a tanulásban, hanem azért is, hogy a társai és a felnőttek egyaránt elfogadják és becsüljék. A chorea akut szakaszaiban bizonyos korlátozásokra kell számítani az iskolai tevékenységek alatt, és előfordulhat, hogy a családoknak és a pedagógusoknak 1-6 hónapig be kell tartaniuk ezeket a korlátozásokat.

3.3 Mi a helyzet a sportolással?

A sport nélkülözhetetlen eleme a gyermek mindennapi életének. A terápia egyik célja, hogy a gyermekek – amennyire csak lehetséges – normális életet éljenek, és ne érezzék úgy, hogy különböznek társaiktól. Tehát minden tevékenység megengedett a beteg tűrőképességének megfelelően. Ennek ellenére a testmozgás visszafogására vagy ágynyugalomra lehet szükség a betegség akut szakaszában.

3.4 Milyen étrendet kell követni?

Nincs bizonyíték arra vonatkozóan, hogy az étrend befolyásolná a kór lefolyását. A gyermeknek általánosságban a korának megfelelő, kiegyensúlyozott étrendet kell követnie. A kellő mennyiségű fehérjében, kalciumban és vitaminokban gazdag, egészséges, kiegyensúlyozott étrend minden, növésben lévő gyermek számára ajánlott. A túlevést kerülnie kell azoknak a betegeknek, akik kortikoszteroidokat szednek, mivel ezek a gyógyszerek fokozhatják az étvágyat.

3.5 Befolyásolhatja-e az éghajlat a betegség lefolyását?

Nem bizonyított, hogy az éghajlatnak hatása lenne a betegség megnyilvánulási formáira.

3.6 Kaphat-e védőoltást a gyermek?

Az orvosnak kell minden esetben eldöntenie, hogy a gyermek milyen védőoltásokat kaphat. Összességében, a védőoltások a jelek szerint nem fokozzák a betegség aktivitását, és nem idéznek elő súlyos nemkívánatos hatásokat a betegeknél. Általában kerülni kell azonban az élő attenuált (legyengített) vakcinákat, mivel fennáll az elméleti kockázat, hogy azok fertőzést idéznek elő a nagy dózisé

immunszuppresszív gyógyszereket vagy biológiai szereket kapó betegekben. A nem élő vírusokat tartalmazó összetett védőoltások biztonságosnak tűnnek a betegek, még az immunszuppresszív szerekekkel kezelték számára is, noha a klinikai vizsgálatok többségében nem tudják teljes körűen felmérni a védőoltások által okozott ritka nemkívánatos hatásokat.

A nagy dózisban immunszuppresszív szereket kapó betegnél a kezelőorvosnak javasolnia kell az egyes kórokozók elleni antitestek koncentrációjának mérését a védőoltás után.

3.7 Mi a helyzet a nemi élettel, a terhességgel és a fogamzásgátlással?

A nemi életet és a terhességet illetően nincsenek korlátozások a betegség miatt. Ennek ellenére, a gyógyszeres kezelés alatt álló betegeknek különösen elővigyázatosnak kell lenniük ezeknek a gyógyszereknek a magzatra kifejtett esetleges hatásai miatt. Tanácsos, hogy a betegek egyeztessenek kezelőorvosukkal a fogamzásgátlás és a terhesség kérdésében.

4. SZTREPTOKOKKUSZ-FERTŐZÉS UTÁNI REAKTÍV ARTRITISZ

4.1 Mi ez?

Sztreptokokkusz-fertőzéssel összefüggő artritiszről gyermekeknél és fiatal felnőtteknél egyaránt beszámoltak. Ezt a kórképet általában „reaktív artritisz” vagy „sztreptokokkusz-fertőzés utáni reaktív artritisz” (PSRA) néven emlegetik.

A PSRA leginkább a 8 és 14 év közötti gyermekeket, valamint a 21 és 27 év közötti fiatal felnőtteket érinti. Általában a torokfertőzést követő 10 napon belül jelentkezik. Más, mint az akut reumás lázzal (ARF) összefüggő artritisz, mivel főleg a nagy ízületeket érinti. A PSRA a nagy és kis ízületekre, valamint az axiális csontvázra (tengelyvázra) terjed ki. Általában hosszabb ideig tart, mint az ARF – körülbelül 2 hónapig, néha tovább is.

Alacsony fokú láz jelentkezhet, és a laboratóriumi leletek (C-reaktív protein és/vagy vérszérumgyulladás mérése) gyulladásra utaló rendellenes értékeket tartalmazhatnak. A gyulladásjelző anyagok (markerek) szintje alacsonyabb, mint ARF esetén. A PSRA diagnózisát igazolt közelmúltbeli

sztreptokokkusz-fertőzés, a sztreptokokkusz elleni antitestek (ASO, DNase) vizsgálatának rendellenes eredményei, valamint az ARF diagnózisában a „Jones-féle kritériumok” alapján hiányzó jelek és tünetek alapján lehet felállítani.

A PSRA különbözik az ARF-től. A PSRA-s betegeknél valószínűleg nem alakul ki karditisz. Az Amerikai Szívgyógyászati Szövetség (American Heart Association) jelenlegi ajánlásai szerint megelőző antibiotikus kezelést kell alkalmazni egy évig a tünetek jelentkezése után. Emellett, a betegeket gondos megfigyelés alatt kell tartani, figyelve az esetleges karditiszre utaló klinikai és echokardiográfiai bizonyítékokra.

Szívbetegség jelentkezése esetén a beteget ugyanúgy kell kezelni, mint ARF esetén; ellenkező esetben a megelőző kezelést abba lehet hagyni. Kardiológusi utánkövetés javasolt.