

## Ρευματική καρδιακή νόσος: υπάρχει λόγος να την θυμηθούμε ξανά;

Σμαράγδα Μπίλιου, *Ειδικευόμενη Παθολόγος, Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. Λαϊκό.*  
Γεώργιος Τζάνης, *Ειδικευόμενος Καρδιολόγος, Καρδιολογική Κλινική, Γ.Ν.Α. Λαϊκό.*  
Ίωάννης Μπαρμπετσέας, *Συντονιστής Διευθυντής Καρδιολογικής Κλινικής, Γ.Ν.Α. Λαϊκό.*

Μπορεί ο δυτικός κόσμος να έχει σχεδόν ξεχάσει τη ρευματική καρδιακή νόσο και δικαιολογημένα, αφού σήμερα ή συχνότητά της έχει μειωθεί σημαντικά: δύο περιπτώσεις ανά 100.000 πληθυσμού στις ΗΠΑ. Όμως δεν συμβαίνει το ίδιο στις αναπτυσσόμενες χώρες, όπου η επίπτωση της νόσου είναι σοβαρή με 250.000 θανάτους νέων ανθρώπων κάθε χρόνο. Και σήμερα υπολογίζεται ότι περίπου 15 εκατομμύρια άνθρωποι έχουν ένδειξη προσβολής από ρευματική καρδιακή νόσο!

Γιατί άξίζει όμως να την θυμηθούμε κι εμείς;

Αρχικά διότι ιστορικά και μόνο άξίζει να γνωρίζουμε ότι πριν 100 χρόνια αποτελούσε τη 1η αιτία θανάτου από καρδιακή νόσο σε πρόσωπα ηλικίας 5-20 ετών. Όμως άκομη και σήμερα συνεχίζει να κατέχει την πρωτιά, έπειδή στα παιδιά παγκοσμίως αποτελεί την 1η αιτία επίκτητης καρδιοπάθειας. Έπειτα, συμβαίνει η φτωχοποίηση να μην αφορά πια μόνο στον Τρίτο Κόσμο, αλλά δειλά-δειλά και στον ανεπτυγμένο κόσμο. Τέλος, επειδή και η μετακίνηση των πληθυσμών πλέον παίρνει τέτοιες διαστάσεις, που μās φέρνει στο προσκήνιο πολλές «ξεχασμένες νόσους», ως η έλνοσσία και η φυματίωση, από τις οποίες νομίζαμε πώς είχαμε «γλιτώσει», βλέποντας πίσω από το γυάλινο τείχος του δυτικού πολιτισμού.

**Όλα ξεκινούν με λοίμωξη του φάρυγγα**, από ένα συγκεκριμένο είδος στρεπτόκοκκου, τον **β-αίμολυτικό στρεπτόκοκκο ομάδας Α**. Η στρεπτοκοκκική φαρυγγοαμυγδαλίτιδα διαφέρει από το κοινό κρυολόγημα στα έξης σημεία: υπάρχει υψηλός πυρετός >38°C, οι τραχηλικοί λεμφαδένες είναι επώδυνοι και διογκωμένοι, υπάρχουν βύσματα ή κοκκινωπά στίγματα στη μαλακή υπερώα και στις αμυγδαλές. Τα συμπτώματα αυτά μπορεί να μην συνυπάρχουν όλα την ίδια στιγμή. Το συνάχι, η καταρροή, ο βήχας και η άπληθρα βραχνάδα μās

απομακρύνουν από τη διάγνωση, συνήθως είναι ένδειξεις ιογενούς λοίμωξης. Ως προς την πιθανότητα να υπάρχει ή όχι στρεπτοκοκκική λοίμωξη έχουν ορίσει συγκεκριμένα **κριτήρια (Centor)**, βάσει των οποίων γίνεται η κλινική διάγνωση του άσθενους. Αυτό είναι σημαντικό, πρώτον,

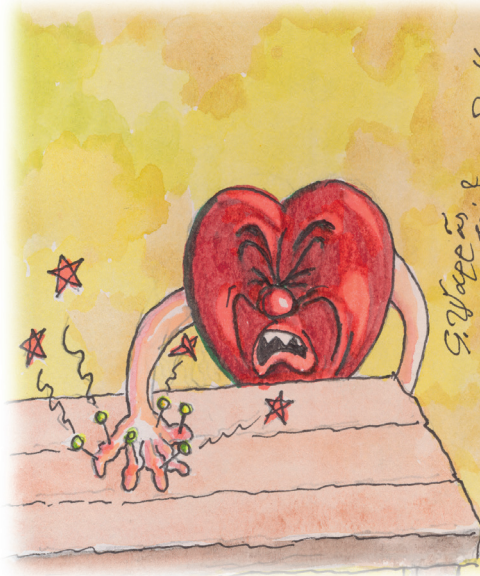
για να αποφεύγουμε την **υπερσυνταγολόγηση αντιβιοτικών**, όταν πρόκειται για ιογενείς λοιμώξεις, που αποτελούν τη μεγάλη πλειονότητα και, το σπουδαιότερο, για να αναγνωρίζουμε αυτόν που πιθανόν έχει στρεπτοκοκκική λοίμωξη, ώστε να λάβει έγκαιρα αντίβίωση και να προληφθούν οι επιπλοκές, ως ο ρευματικός πυρετός, ή σπειραματονεφρίτις κ.ά. Όταν οι περιπτώσεις δεν είναι ξεκάθαρες, λαμβάνεται φαρυγγικό επίχρισμα τόσο για καλλιέργεια, ή οποία θα ταυτοποιήσει με ακρίβεια το υπεύθυνο παθογόνο μικρόβιο, όσο και για strep test, που αποτελεί γρήγορη μέθοδο και

μās δίνει αποτέλεσμα σε 15 λεπτά, με το μειονέκτημα ότι έχει χαμηλή ειδικότητα, επειδή θετικοποιείται και σε άλλα είδη στρεπτόκοκκου.

Η θεραπεία πρώτης γραμμής παραμένει το φάρμακο, του οποίου η ανακάλυψη θεράπευσε τη νόσο. Είναι η πενικιλίνη, ή οποία χορηγούμενη επί 10 ημέρες είναι αποτελεσματική, δοκιμασμένη και φθηνή. Αν υπάρχει αλλεργία στην πενικιλίνη, χορηγείται έρυθρομυκίνη και έναλλακτικά κεφουροξίμη, άζιθρομυκίνη ή κλινδαμυκίνη. Σε ειδικές περιπτώσεις επιβάλλεται η άνιχνευση και θεραπεία έκρίζωσης των έστιών φορέων στρεπτόκοκκου.

Οι επιπλοκές της στρεπτοκοκκικής λοίμωξης μπορεί να είναι **πυώδεις** και να αφορούν σε τοπική συνήθως επέκταση της νόσου, ως το περιαμυγδαλικό άποστημα, ή μαστοειδίτις, ή διαύπσις λεμφαδένων. Μπορεί όμως να είναι και **μη πυώδεις**, στις οποίες ανήκει ο ρευματικός πυρετός και η σπειραματονεφρίτις.

Ο ρευματικός πυρετός όφείλεται σε συστηματική



άνοσολογική αντίδραση του οργανισμού. Κατ' αυτήν τα κύτταρα άμυνας του οργανισμού «μπερδεύονται», λόγω της ομοιότητας περιοχών του στρεπτόκοκκου με φυσιολογικές περιοχές. Έτσι σχηματίζουν αυτοαντισώματα και στρέφονται έναντι των υγιών κυττάρων του ίδιου του οργανισμού. Ο μηχανισμός αυτός ονομάζεται *μοριακή μίμηση*. Συγκεκριμένα, αυτές οι «περιοχές» του στρεπτόκοκκου, έναντι των οποίων σχηματίζονται αντισώματα, ονομάζονται αντιγονικοί επίτοποι, λόγω παρουσίας Μ-πρωτεΐνης και Ν-ακετυλ-γλυκοζαμίνης. Μονοκλωνικά αντισώματα, έναντι αυτών των πρωτεϊνών, σχηματίζουν διασταυρούμενη αντίδραση με την καρδιακή μυοσίνη και άλλες πρωτεΐνες της καρδιάς, όπως η λαμίνη, τροπομυοσίνη, κερατίνη, βιμεντίνη, καθώς και με πρωτεΐνες άλλων οργάνων στόχων του οργανισμού, όπως ο αρθρικός ύμενας, ο νευρικός ιστός, το υποδόριο και το δέρμα. Μεταξύ αυτών των πρωτεϊνών του οργανισμού και των πρωτεϊνών του μικροβίου υπάρχει δομική ομοιότητα. Από την καρδιά συχνότερα προσβάλλονται οι βαλβίδες με φλεγμονή - βαλβιδίτις. Αν εξετάσουμε τους ιστούς στο μικροσκόπιο, ή πιο χαρακτηριστική βλάβη είναι τα **όξιδια Aschoff**, που αποτελούν κοκκιοματώδεις συσσωρεύσεις κοντά στις βαλβίδες και περιέχουν μακροφάγα και Τ-κύτταρα - λευκά αιμοσφαίρια. Η όξινη αυτή προσβολή στην πλειονότητα είναι περιορισμένη, ή οποία όμως, ενίοτε προοδευτικά, οδηγεί σε μόνιμη παραμόρφωση των βαλβίδων και **χρόνια ρευματική καρδιακή νόσο**. Σε ποσοστό 10% μπορεί να βλάπεται το περικάρδιο ή και το μυοκάρδιο, αλλά συνήθως πρόκειται για ήπια βλάβη τους.

Τα συμπτώματα του ρευματικού πυρετού εμφανίζονται κατά μέσον όρο 2-3 εβδομάδες μετά την φαρυγγική λοίμωξη και αντιστοιχούν στο χρόνο, που χρειάζονται για να σχηματιστούν αντισώματα έναντι ενζύμων του στρεπτόκοκκου (αντιστρεπτολυσίνη Ο, αντι DNAse Β). Συνήθως προσβάλλονται πρόσωπα νεαρής ηλικίας, 5-15 ετών.

Τα προσφάτως άναθεωρημένα κριτήρια Jones για τη διάγνωση του όξέος ρευματικού πυρετού είναι τα εξής:

**Α) Μείζονα: 1. Καρδίτις.** Εκδηλώνεται ως περικαρδίτις, δηλαδή φλεγμονή του περικαρδίου - έξωτερικό περίβλημα της καρδιάς. Έδω συχνά παρατηρείται αύξηση των διαστάσεων της καρδιάς, καρδιακή ανεπάρκεια και φύσημα από ανεπάρκεια ή στένωση βαλβίδας. **2. Όξιδες έρύθημα.** Πρόκειται για εξάνθημα του κορμού ή του έγγυς τμήματος των άκρων, που δεν πονάει, δεν προκαλεί φαγούρα και μοιάζει με κύκλους καπνού. **3. Υπόδρια όξιδια,** μεγέθους ολίγων χιλιοστών μέχρι 2 cm, κάτω από το δέρμα στις όστικές επιφάνειες ή όπου υπάρχουν όστικές προεξοχές ή στους τένοντες. **4. Χορεία του Sydenham.** Πρόκειται για σύνολο κινήσεων που γίνονται χωρίς τη θέληση του άσθενους, είναι είτε άποτες είτε άργες αλλά άσυντόνιστες και άφορουν κυρίως στο πρόσωπο, στη γλώσσα και στα χέρια. **5. Πολυαρθρίτις.** Πρόκειται για φλεγμονή, κυρίως των μεγάλων άρθρώσεων, που διογκώνονται και εμφανίζεται

πότε στη μία άρθρωση και πότε στην άλλη.

**Β) Έλάσσονα.** Σ' αυτά περιλαμβάνονται ό πυρετός, πόνος σε πολλές άρθρώσεις ταυτόχρονα, διαταραχές στο καρδιογράφημα και από έργαστηριακής πλευράς αύξημένοι δείκτες ταχύτητας καθίζησης των έρυθρών αίμοσφαιρίων και της CRP.

Όταν συνυπάρχουν δύο μείζονα ή ένα μείζον και δύο έλάσσονα κριτήρια, μπορούμε να τεκμηριώσουμε την διάγνωση του όξέος ρευματικού πυρετού. Για τη διάγνωση, φυσικά, μās βοηθάει το ιστορικό προηγηθείσας φαρυγγοαμυγδαλίτιδος ή όταν αυτό είναι άσαφές, οι τίτλοι αντιστρεπτοκοκκικών αντισωμάτων, όπως προαναφέρθηκε (ASTO -antiDNAse Β). Επίσης, πέρα από την κλινική εξέταση, για τις καρδιακές έκδηλώσεις έχουν θεσπιστεί και πολύ συγκεκριμένα υπερηχογραφικά κριτήρια, έπειδη χωρίς αυτά ή νόσος υποδιαγιγνώσκεται σημαντικά.

Η θεραπεία είναι ή χορήγηση πενικιλίνης μαζί με άσπιρίνη και κορτιζόνη, κυρίως για τις όστικές έκδηλώσεις. Είναι σημαντικό να προλάβουμε τις ύποτροπές του ρευματικού πυρετού και αυτό γίνεται χορηγώντας πενικιλίνη ανά 4 εβδομάδες. Η χημειοπροφύλαξη αυτή μπορεί να διαρκέσει ως και 10 χρόνια! Είναι, έπομένως, πιο θεμιτό να είμαστε άσπυροι και να κάνουμε πρωτογενή πρόληψη, θεραπεύοντας σωστά την άρχική φαρυγγική λοίμωξη με χορήγηση κατάλληλου αντιβιοτικού σε σωστό χρονικό διάστημα.

Τα ύποτροπιάζοντα έπεισόδια ρευματικού πυρετού οδηγούν σε σκληρότητα ή παραμόρφωση των πτυχών των βαλβίδων, συνένωση των σημείων σύγκλισης ή συρρίκνωση και συνένωση των τενόντιων χορδών. Αυτές οι διεργασίες οδηγούν εν τέλει σε ανεπάρκεια και στένωση των βαλβίδων. Στη χρόνια ρευματική καρδιακή νόσο προσβάλλεται συχνότερα μόνο ή μιτροειδής βαλβίδα (50-60%), ενώ μικτή βλάβη μιτροειδούς και άορτικής συναντάμε στο 20%. Οι ύπόλοιπες βαλβίδες βλάπτονται σπανιότερα.

Κλείνοντας, άς μιλήσουμε και πάλι με άριθμούς. Μετά την εύρεια χρήση των αντιβιοτικών ό ρευματικός πυρετός μειώθηκε αλλά δεν εξαλείφθηκε. Χωρίς θεραπεία ή μετά από άτελή θεραπεία, ή στρεπτοκοκκική άμυγδαλίτις μπορεί να οδηγήσει σε όξυ ρευματικό πυρετό και από τους προσβληθέντες άσθενείς 30-45% θα εμφανίσουν ρευματική καρδιοπάθεια, συνήθως στένωση ή ανεπάρκεια βαλβίδος. Αυτή ή προσβολή είναι σοβαρή με άμεσες και χρόνιες συνέπειες. Ό Παγκόσμιος Όργανισμός Υγείας βρίσκει επί σειρά ετών σε άναζήτηση έμβολίου, χωρίς αποτέλεσμα προς το παρόν. Το πρόβλημα παραμένει σοβαρό, κυρίως στις μη άνεπτυγμένες χώρες. ☹