

تبی که دامنگیر کودکان می‌شود

در بسیاری از مناطق جهان بویژه در کشورهای صنعتی، شیوع تب روماتیسمی حاد (روماتیسم قلبی) نسبت به سال‌های نخست و میانی قرن بیستم کاهش یافته است.



جام جم آنلاین: در بسیاری از مناطق جهان بویژه در کشورهای صنعتی، شیوع تب روماتیسمی حاد (روماتیسم قلبی) نسبت به سال‌های نخست و میانی قرن بیستم کاهش یافته است. اواخر دهه 1940، تب روماتیسمی و بیماری‌های روماتیسمی قلب، بیش از نیمی از اختلالات قلبی - عروقی را در کودکان دبستانی در ایالات متحده تشکیل می‌داد.

در جریان جنگ جهانی دوم، فقط در نیروی دریایی ایالات متحده بیش از 20 هزار مورد تب روماتیسمی حاد گزارش شد.

میزان بروز تب روماتیسمی در کشورهای صنعتی تا حدود زیادی کاهش یافته است؛ به طوری که بیماری نادری محسوب می‌شود.

با این حال، در بیشتر کشورهای در حال توسعه که نزدیک به دوسوم جمعیت جهان را در خود جای داده‌اند، عفونت‌های استرپتوکوکی، تب روماتیسمی و بیماری‌های روماتیسمی قلب، همچنان به عنوان یک معضل بهداشتی مهم مطرح است. دامنه این مشکل در کشورهای فوق، مشابه وضعیتی است که 50 سال پیش در آمریکای شمالی وجود داشت.

کاهش میزان بروز تب روماتیسمی حاد و بیماری‌های روماتیسمی قلب در کشورهای صنعتی موجب شده است بسیاری از پزشکان و دست‌اندرکاران بهداشت عمومی به غلط تصور کنند این بیماری‌ها دیگر مشکل‌ساز نیست.

با این حال، شیوع غیرمنتظره تب روماتیسمی حاد در مناطق مختلف آمریکای شمالی در دهه 1980 (هم در اطفال و هم در بزرگسالان) نشان داد که این بیماری بالقوه خطرناک می‌تواند مجدداً ظاهر شود و مشکلات بهداشتی چشمگیری ایجاد کند.

هیچ یک از آنتی‌بیوتیک‌ها و سایر تمهیدات بهداشت عمومی نتوانسته‌اند این بیماری را در کشورهای در حال توسعه یا صنعتی ریشه‌کن کنند. ایران نیز مانند بسیاری از کشورهای رو به رشد، با این مشکل روبه‌روست.

عفونت مستقیم قلب، عامل اصلی روماتیسم نیست

هنوز مکانیسم ایجاد تب روماتیسمی به دنبال یک عفونت، به طور کامل روشن نیست. اما به طور کلی سه مکانیسم برای بیماری‌زایی تب روماتیسمی پیشنهاد شده است: عفونت مستقیم توسط استرپتوکوک گروه A، تاثیر سمی فرآورده‌های خارج سلولی استرپتوکوک بر بافت‌های میزبان و پاسخ ایمنی غیرطبیعی به یک یا چند آنتی‌ژن ناشناخته یا خارج سلولی که توسط برخی یا تمام انواع استرپتوکوک‌های گروه A تولید می‌شوند.

امروزه شواهد کافی به نفع این فرضیه وجود ندارد که عفونت مستقیم قلب، عامل آغازکننده روند بیماری است. علاوه بر این علی‌رغم این‌که برخی سموم به عنوان عامل دخیل در بیماری‌زایی پیشنهاد شده‌اند، شواهد قانع‌کننده‌ای در دسترس نیست.

محققان تلاش کرده‌اند تا یک پاسخ ایمنی غیرطبیعی را به یک یا چند آنتی‌ژن استرپتوکوک گروه A نشان دهند. احتمال تاثیر عوامل

ژنتیک مساعدکننده نیز در برخی افراد، یکی از موارد بحث‌انگیزی است که می‌تواند در بیماری‌زایی تب روماتیسمی موثر باشد.

عوامل ژنتیک موثر بر میزان حملات، به طور کامل شناسایی نشده‌اند. برخی شواهد از این فرضیه حمایت می‌کنند که یک پاسخ ایمنی غیرطبیعی به وسیله انسان، این عارضه فوقانی را ایجاد می‌کند.

تفاوت‌هایی در پاسخ‌های ایمنی به آنتی‌ژن‌های استرپتوکوکی گزارش شده‌اند. شواهد اخیر نشان می‌دهند یک شاخص سطحی منحصر به فرد روی لنفوسیت‌های بیماران مبتلا به تب روماتیسمی و بیماری‌های روماتیسمی قلب وجود دارد.

محققان امیدوارند با استفاده از این شاخص، افراد مستعد تب روماتیسمی (به دنبال استرپتوکوکی) را شناسایی کنند.

تشخیص روماتیسم با کشت ارگانیسم‌های گلو

هیچ روش آزمایشگاهی اختصاصی برای اثبات تشخیص تب روماتیسمی وجود ندارد. به این ترتیب، ملاک اصلی، تشخیص بالینی است اما به تایید آزمایشگاه‌های میکروبیولوژی و ایمونولوژی بالینی نیاز دارد.

آزمایشگاه‌های میکروبیولوژی (میکروارگانیسم) و ایمونولوژی بالینی (ایمن شناسی)، نقش مهمی در تایید تشخیص تب روماتیسمی ایفا می‌کنند.

باید تلاش کرد تا ارگانیسم از محیط کشت گلو به دست آید، هرچند این کشت تنها در 25 تا 40 درصد از بیماران مثبت خواهد بود.

اگر نتیجه آزمون سریع ردیابی آنتی‌ژن منفی باشد، کشت گلو باید انجام شود. هرگاه تشخیص این بیماری مطرح باشد، پیش از آغاز درمان آنتی‌بیوتیکی بهتر است دو یا سه نمونه کشت داده شود.

در زمان مراجعه، حداقل در 80 درصد از بیماران مبتلا به تب روماتیسمی حاد، عیار آنتی‌استرپتولیزین 0 افزایش یافته است.

اگر دو آزمون دیگر مربوط به آنتی‌بادی‌های استرپتوکوکی انجام شود، در بیش از 95 درصد موارد، شواهدی به نفع عفونت استرپتوکوکی گروه A به دست خواهد آمد.

هرچند بالا بودن عیار آنتی‌بادی در بیماری، یافته متقاعدکننده‌ای است، اگر طی مراحل حاد تا نقاهت بیماری بتوان افزایش عیار آنتی‌بادی را مشاهده کرد، یافته قطعی‌تری برای وجود عفونت اخیر خواهد بود.

اگر سه آزمون آنتی‌بادی انجام شود و شواهدی به نفع عفونت به دست نیاید، باید در تشخیص بیماری به طور جدی تجدیدنظر کرد.

دوره طولانی درمان روماتیسم

دو رهیافت درمانی در بیماران مبتلا به تب روماتیسمی حاد ضروری است: درمان آنتی‌بیوتیکی ضد استرپتوکوک و درمان تظاهرات بالینی بیماری. هنگام تشخیص، تمام بیماران مبتلا به تب روماتیسمی حاد باید درمان ضد استرپتوکوک گروه A دریافت کنند.

علاوه بر این که نتیجه کشت گلو در درصد نسبتاً بالایی از بیماران هنگام تشخیص منفی است، در سایر بیماران هم ممکن است تعداد اندکی ارگانیسم به دست آید. درمان آنتی‌بیوتیک باید سرعت آغاز شود. پس از درمان ضد استرپتوکوک ابتدایی، پیشگیری ثانویه لازم است تا از عفونت استرپتوکوک مجدداً در دستگاه تنفس فوقانی جلوگیری شود.

با توجه به این که خطر عود تب روماتیسمی در پنج سال نخست پس از اولین حمله بیماری بسیار زیاد است، پیشگیری ثانویه حداقل برای این دوره ضروری است.

پس از این مدت، تصمیم‌گیری درباره ادامه یا قطع پیشگیری ثانویه به وجود بیماری روماتیسمی قلب و خطر تماس با عفونت‌های استرپتوکوک (مثلاً دانش‌آموزان، معلمان، افراد وابسته به حرفه‌های پزشکی و نظامی) بستگی دارد.

اکثر پزشکان معتقدند پیشگیری ثانویه در افراد مبتلا به حملات عودکننده یا بیماری روماتیسمی درجه‌ای قلب، باید تا پایان عمر ادامه یابد.

معمولاً دوره پیشگیری بسته به شرایط مختلف در هر فرد تعیین می‌شود. درمان دارویی نیز به تظاهرات تب روماتیسمی به وضعیت بالینی بیمار بستگی دارد.

تبی که دامنگیر کودکان می‌شود

شیوع تب روماتیسمی حاد، مشابه شیوع عفونت‌های استرپتوکوکی گروه A در دستگاه تنفس فوقانی است.

همانند گلودرد استرپتوکوکی، تب روماتیسمی حاد عمدتاً اطفال را گرفتار می‌کند؛ حداکثر میزان بروز بیماری بین پنج تا 15 سالگی است.

بیشتر حملاتی که برای نخستین بار در بزرگسالان ایجاد می‌شود، اواخر دهه دوم یا اوایل دهه سوم زندگی روی می‌دهد. بندرت نخستین حملات در دهه چهارم زندگی دیده می‌شود و عود حملات در دهه پنجم زندگی نیز گزارش شده است.

عوامل خطر ساز در ایجاد حملات در افراد بویژه در اپیدمی‌ها عبارتند از: استانداردهای پایین زندگی و زندگی در محیط‌های پرجمعیت؛ این بیماری در طبقات پایین اقتصادی - اجتماعی شایع‌تر است.

با این حال، اپیدمی‌هایی که اواخر دهه 1980 و اوایل دهه 1990 در ایالت متحده مشاهده شدند، ارتباطی با عوامل فوق نداشتند.

اپیدمی‌ای که در ایالت یوتا (یکی از ایالات آمریکا) روی داد و بیش از 500 نفر را در مدت 13 سال گرفتار کرد، عمدتاً در افراد طبقه متوسط جامعه بود که براحتی به امکانات بهداشتی دسترسی داشتند بنابراین می‌توان نتیجه گرفت خود عامل بیماری‌زا و همچنین میزان ایمنی میزبان در برابر سروتیپ‌های شایع در یک جامعه، عوامل موثری هستند که اهمیت یکسانی دارند.

مطالعات نشان داده است حدود سه درصد از افراد مبتلا به گلو درد استرپتوکوکی گروه A در صورت درمان نشدن، به تب روماتیسمی دچار خواهند شد.

یکی دیگر از عوامل موثر در شیوع تب روماتیسمی، استرپتوکوک‌های گروه A هستند که در یک جامعه وجود دارند.

دکتر منوچهر قارونی - متخصص قلب و عروق