

## Komentár k článku: Diagnostika a liečba Kawasakiho choroby u detí a jej koronárne komplikácie

Pediatr. prax, 2018;19(5):224-228

# Kawasakiho choroba a echokardiografické vyšetrenie z pohľadu reumatológa

**MUDr. Tomáš Dallos, PhD.**

Reumatologická ambulancia, Detská klinika LF UK a NÚDCH v Bratislave

Pediatr. prax, 2018;19(6):287

Kawasakiho choroba (KD) a jej závažné koronárne komplikácie sú síce všeobecne známe už viac ako pol storočia, avšak ako názorne demonštrujú Majerová et al. – naši kolegovia z Detského kardio-centra NÚSCH, v článku v 5. čísle 2018 *Pediatric pre prax* (1), stanovenie správnej diagnózy je aj v súčasnosti niekedy problematické. Napriek tomu, že KD spĺňa kritériá zriedkavého ochorenia, po Henochovej-Schönleinovej purpore ide o druhú najčastejšiu systémovú vaskulitídu detského veku. Riziko infarktu myokardu dieťaťa (často batolaťa či predškôlaka) s obrovskou aneurysmou v dôsledku koronárneho postihnutia pri KD dosahuje až 40 % (2). Až 80 % účinnosť vysokodávkovaných imunoglobulínov podaných do 10. dňa trvania ochorenia bola preukázaná klinickými štúdiami a je preverená dlhoročnou praxou (3). Ak vezmeme toto všetko do úvahy, je zjavné, že základným cieľom pri KD je včasné stanovenie správnej diagnózy a podanie účinnej liečby.

Keďže vieme, že mnohí pacienti s KD nespĺnia diagnostické kritériá, klinický a laboratórny obraz KD imituje podstatne častejšie chorobné stavy (tonzilitída, scarlatina, bakteriálna infekcia s alergickou reakciou na antibiotikum, pyelonefritída) a nie je k dispozícii spoľahlivý špecifický laboratórny test, je riziko, že sa diagnózu KD nepodarí stanoviť včas, vždy vysoké. V tejto situácii sa pediatrom často ponúka možnosť echokardiografického vyšetrenia koronárnych artérií už vo včasnom štádiu ochorenia, ako ho odporúčajú naši kolegovia aj odborná literatúra, ako vhodná diagnostická

metóda pre KD. Postihnutie koronárnych artérií je síce často prítomné už vo včasnom štádiu ochorenia, ale echokardiografia dokáže väčšinou zobrazit len odstupky koronárnych artérií a výpovedná hodnota vyšetrenia je závislá od skúseností vyšetrujúceho a použitia sedácie (4). Pod vplyvom všetkých týchto faktorov môže ostať postihnutie koronárnych artérií nepoznané. Navyše, echokardiografický nález aneuryzmiem síce diagnózu KD výrazne podporuje, ale ani americké diagnostické kritériá (5), ani nové európske odporúčania pre diagnostiku a liečbu KD (6) ho na stanovenie diagnózy nepožadujú. Fyziologický nález práve pre uvedené obmedzenia túto diagnózu nevyklučuje. Odporúčať opakované echokardiografické vyšetrenie ako riešenie v situácii, v ktorej bolo prvé vyšetrenie negatívne pri súčasne pretrvávajúcom klinickom podozrení na KD, je preto možné len s veľkou opatrnosťou. Riziká tohto prístupu jasne demonštruje aj uvedená kazuistika dieťaťa s ťažkými následkami neskoro liečenej KD. Je zjavné, že ošetrojúci lekári v tomto prípade na diagnózu KD mysleli, ale dvakrát zistený fyziologický echokardiografický nález na koronárnych artériách ich napriek typickému klinickému obrazu KD odradil od podania adekvátnej liečby. Potrebnú liečbu sme podali až na 2. detskej klinike LF UK a DFNSP v Bratislave bezprostredne po preložení dieťaťa, a to na základe dôkladnej anamnézy, ale žiaľ až v čase (19. deň), keď sa už nedal očakávať jej najlepší efekt. Opakované echokardiografické vyšetrenie správnosť tohto rozhodnutia len potvrdilo.

Echokardiografické vyšetrenie nepochybne patrí do včasného manažmentu pacienta s podozrením na KD, avšak pri jeho interpretácii je vždy potrebné zväžiť jeho prínos pre stanovenie diagnózy. Aj v súčasnosti musí platiť, že diagnózu KD stanovuje pediater, a to najmä na základe klinických príznakov. Pozitívny kardiologický nález vo včasnom štádiu diagnózu KD len podporuje, ale negatívny ju nemôže vylúčiť. Preto ak klinické podozrenie na KD pretrváva, je aj pri negatívnom echokardiografickom náleze potrebné do 10. dňa trvania ochorenia podať liečbu.

### Literatúra

1. Majerová L, Olejník P, Vršanská V. Diagnostika a liečba Kawasakiho choroby u detí a jej koronárne komplikácie. *Pediatr. prax*. 2018;19(5):224-228.
2. Akagi T, Rose V, Beson LN, et al. Outcome of coronary artery aneurysms after Kawasaki disease. *J Pediatr*. 1992;121(5Pt1):689-694.
3. Newburger JW. Treatment of Kawasaki disease. *Lancet*. 1996;347:1128.
4. Margossian R, Lu M, Minich LL. Predictors of coronary artery visualization in Kawasaki disease. *J Am Soc Echocardiogr*. 2011;24(1):53-59.
5. Newburger JW, Takahashi M, Gerber MA, et al. Diagnosis, treatment, and long-term management of Kawasaki disease: a statement for health professionals from the Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease, Council on Cardiovascular Disease in the Young, American Heart Association. *Circulation*. 2004;110(17):2747-2771.
6. de Graeff N, Groot N, Ozen S, et al. European consensus-based recommendations for the diagnosis and treatment of Kawasaki disease – the SHARE initiative. *Rheumatology (Oxford)*. 2018 Dec 7. doi: 10.1093/rheumatology/key344. [Epub ahead of print].

**MUDr. Tomáš Dallos, PhD.**  
Reumatologická ambulancia,  
Detská klinika LF UK a NÚDCH  
Limbová 1, 833 40 Bratislava  
dallos@dfnsp.sk

