

SPALNIČKY – CHOROBA STÁLE JEŠTĚ NEVYMÝCENÁ

MUDr. Pavel Kosina, doc. MUDr. Václav Dostál

Klinika infekčních nemocí, LF UK a FN v Hradci Králové

Spalničky jsou chorobou, se kterou se dnešní pediatři díky povinnému očkování prakticky již nesetkávají. Autoři předkládají případ spalniček u novorozence hospitalizovaného na jejich pracovišti, zdůrazňují epidemiologické aspekty nákazy a připomínají, že je stále ještě potřebné uvažovat o této chorobě v rámci diferenciální diagnostiky exantematických onemocnění.

Úvod

Spalničky jsou vysoce infekční exantémové onemocnění, které u nás před zavedením povinného očkování v roce 1969 patřilo k nejzávažnějším infekčním chorobám v dětském věku postihující až 50 000 osob ročně a způsobující několik desítek úmrtí (4). Původcem choroby je paramyxovirus v jediném antigenním typu, po proděláním onemocnění vzniká tedy celoživotní imunita. Výskyt spalniček na našem území je v současné době díky vysoké proočkovanosti sporadický a většinou se jedná o zavlečení choroby z jiných států (4). Stejná situace je v USA a státech západní Evropy (2). V asijských a afrických zemích patří spalničky nadále k významným příčinám mortality a morbidity. Počet úmrtí dětí způsobených spalničkami ve světě v roce 1998 dosáhl 1 milion, v roce 2000 se snížil na 770 000 (2, 3). WHO vyhlásila novou strategii boje se spalničkami, která má za cíl do roku 2005 snížit úmrtnost na spalničky na polovinu (7). V důsledku téměř nulového výskytu onemocnění na počátku 90. let došlo následně v některých evropských státech k procentuálnímu poklesu očkování dětí, což mělo za následek opětovné propuknutí epidemií tohoto onemocnění (Itálie v roce 2001 – cca 17 000 nemocných, stovky případů ve Velké Británii, Holandsku). V roce 2002 byly na území našeho státu hlášeny čtyři případy této nemoci, předběžná data za rok 2003 udávají 28 případů onemocnění (6).

Epidemiologie a klinický obraz

Inkubační doba se pohybuje v rozmezí 8–12 dnů. Přenos nákazy probíhá vzdušnou

cestou a v průběhu onemocnění rozeznáváme dvě stadia: katarální a exantémové. V úvodu katarálního stadia charakterizovaného rýmou, kašlem, překrvením spojivek a teplotou, začíná současně infekciozita onemocnění, která trvá až do 6.–7. dne po vzniku vyrážky. Před výsevem makulopapulózního, místy splývajícího exantému střední velikosti se obvykle objevují na bukalní sliznici bělavé tečky, tzv. Koplikovovy-Filatovovy skvrny, které jsou patognomické pro morbilli. Rozvoj exantému 3.–4. den začíná nejčastěji v oblasti hlavy, dále postupuje na trup a následně na distální partii končetin. V dalším průběhu dochází k poklesu teploty a regresi exantému. Onemocnění může být komplikováno rozvojem virové intersticiální pneumonie, laryngotracheitidy nebo vzácněji spalničkovou encefalitidou, jejíž incidence se udává 1–2/1000 případů (1). Častější jsou komplikace vyplývající z bakteriální superinfekce, jako například otitidy, sinusitidy a bronchopneumonie, především u dětí batolecího věku. Vzácnou chorobnou jednotkou je subakutní sklerozující panencefalitida způsobená perzistencí spalničkového viru v centrálním nervovém systému. Riziko jejího výskytu je mnohonásobně vyšší po prodělaných spalničkách, kde se udává výskyt 8,5 případů na 1 milion onemocnění, než po vakcinaci, po které se udává výskyt pouze 0,7 případů na 1 milion dávek vakcíny (1).

Diagnostika a léčba

Typické katarální stadium, charakter exantému a podrobná epidemiologická anamnéza vedou většinou k správné diagnóze, kterou je však třeba vždy serologicky ověřit průkazem

specifických protilátek, případně odběrem párového séra se čtyřnásobným vzestupem titru protilátek. Anamnestický údaj o vakcinaci nevylučuje manifestaci onemocnění, proto při klinickém podezření vyšetřujeme u nemocného protilátky třídy IgG i IgM. V úvodu onemocnění je možné se pokusit o izolaci viru z nosohltanu nebo spojivek.

Terapie je symptomatická, nemocného izolujeme do sedmého dne výsevu exantému. V souvislosti s výskytem závažných průběhů spalniček a zjištěné hypovitaminózy A hlavně u dětí v rozvojových zemích se v současné době doporučuje suplementace vitamínem A především u dětí mezi 6. a 24. měsícem života, neboť prokazatelně snižuje mortalitu onemocnění (1). Vzácné komplikace charakteru encefalitidy vyžadují kvalitní podpůrnou terapii, použití imunoglobulinů a kortikosteroidů v léčbě má omezený přínos a je přísně individuální, bakteriální superinfekce léčíme antibiotiky.

Kazuistika

Dítě slovenských Romů, narozené 2003 v České republice, pobývalo po propuštění z porodnice společně s rodiči v utečeneckém táboře v Seči. Koncem roku došlo u obou – dle zjištění – neočkovaných rodičů k výsevu morbiliformního exantému s následným přijetím na spádové infekční oddělení. Novorozenci byl aplikován gamaglobulin a přijat na naše pracoviště k izolaci a observaci. Za tři dny došlo k rozvoji výrazné hyperbilirubinémie s nutností 36 hodin trvající fototerapie. V dalších pěti

Obrázek 1. Koplikovovy-Filatovovy skvrny na bukalní sliznici



Obrázek 2. Splývající makulopapulózní exantém na trupu



Obrázek 3. Splývající makulopapulózní exantém na trupu a končetinách



dnech byl afebrilní, bez známek infektu. Pak došlo k vzestupu teploty na 39,5 °C, objevila se hlenovitá sekrece z nosu, další klinické příznaky nebyly přítomny. Po čtyřech dnech došlo k rozvoji typického morbiliformního exantému po celém těle s následným poklesem teplot a zlepšováním celkového stavu. Další průběh byl již nekomplikovaný, protilátky odebrané v akutním stadiu byly negativní v obou třídách, dítě bylo v dobrém klinickém stavu propuštěno domů. Kontrolní protilátky odebrané v časovém odstupu třech týdnů byly pozitivní ve třídě IgG.

Diskuze a závěr

V našem případě se jednalo o zavlečení spalniček do utečeneckého tábora v Seči a následnému propuknutí epidemie u neimunizovaných jedinců. I přes podanou profylaxi normálním imunoglobulinem došlo u sledovaného novorozence k manifestaci onemocnění, i když byl dle dostupných údajů podán náležitě do šestého dne po kontaktu s nákazou. Odlišný časový průběh choroby a nepřítomnost komplikací byly jistě ovlivněny právě podáním pasivní profylaxe, což je v souladu s literárními

údaji (1, 4). Další možností jak zabránit vypuknutí choroby, je zahájení aktivní imunizace do 72 hodin po expozici. Přirozené onemocnění zanechává trvalou imunitu, podání pasivní profylaxe u novorozence může ale imunologickou odpověď ovlivnit a vyžaduje tedy ověření stavu imunokompetence v časovém odstupu. V našem případě jsme nezachytili pozitivitu protilátek ve třídě IgM, což může být způsobeno menší citlivostí testovací soupravy při slabší protilátkové odpovědi a dále v důsledku proběhlého přesmyku do třídy IgG při opožděném kontrolním odběru protilátek.

Snaha o celosvětovou eradikaci spalniček nadále naráží na problém nízké proočkovatosti dětí v asijských a afrických zemích,

neboť vysoká nakažlivost choroby vyžaduje proočkovanosť populace minimálně 90%. V naší republice se používá kombinovaná vakcína proti spalničkám, zarděnkám a příušnicím od roku 1994 a proočkovanosť populace proti spalničkám dosahuje cca 98% (5). U imunokompromitovaných osob je očkování touto živou oslabenou vakcínou kontraindikováno a jedinou možností při expozici onemocnění je výše uvedené podání normálního imunoglobulinu do 6. dne po expozici v dávce 0,2 ml/kg hmotnosti (1, 4).

Opětovný vzestup počtu případů v roce 2003 potvrzuje oprávněnost zahrnout spalničky do širší diferenciální diagnostiky exantémových chorob.

Literatura

1. Behrman R. Nelson Textbook of Pediatrics. W. B. Saunders Co. 2000: 946–948.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Progress toward elimination of measles from the Americas. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 1998; 47: 189–193.
3. Havlík J. Infekční nemoci. Galén 2002: 126–127.
4. Havlík J. Infektologie. Avicenum 1990: 233–238.
5. Petráš M, Domorázková E, Petrášová A. Manuál očkování. Tango 2. vydání, 1998.
6. Státní zdravotní ústav. Informační systém hlášení nemocí Epi-Dat. 2004.
7. WHO joint statement on strategies to reduce measles mortality worldwide. Wkly epid. Record. Vol. 77. 2002; No 27: 221–228.