www.printo.it/pediatric-rheumatology/BE_FM/intro

Reumatische Koorts en Post-Streptokokken Reactieve Artritis

Versie 2016

1. WAT IS REUMATISCHE KOORTS

1.1 Wat is het?

Reumatische koorts wordt veroorzaakt door een keelontsteking die veroorzaakt wordt door een bacterie, streptokok genaamd. Er zijn verschillende groepen streptokokken, maar alleen het type A kan reumatische koorts veroorzaken. Ondanks het feit dat een streptokokkeninfectie een veel voorkomende oorzaak is van faryngitis (keelontsteking) bij schoolgaande kinderen, zullen niet alle kinderen met faryngitis reumatische koorts krijgen. De ziekte kan leiden tot een ontsteking en schade aan het hart; het wordt in het begin gekenmerkt door kortdurende pijnlijke en gezwollen gewrichten en later door carditis (hartontsteking) of een abnormale, niet-vrijwillige bewegingsstoornis (chorea) vanwege een hersenontsteking. Er kan ook huiduitslag of huidnoduli ontstaan.

1.2 Hoe vaak komt het voor?

Voordat de antibioticabehandeling beschikbaar kwam, waren er veel gevallen in landen met warme klimaten. Eens faryngitis met antibiotica werd behandeld, nam het aantal gevallen af, maar het treft toch nog steeds veel kinderen in de leeftijdscategorie van 5-15 jaar over de hele wereld. Bij een klein aantal van hen leidt het tot hartaandoeningen. Vanwege de symptomen aan de gewrichten valt het onder de reumatische aandoeningen van kinderen en tieners. Reumatische koorts komt niet overal in de wereld even vaak voor.

Het aantal patiënten met reumatische koorts verschilt van land tot land: er zijn landen waar geen gevallen bekend zijn en landen met gemiddelde of hoge percentages (meer dan 40 gevallen per 100.000 personen per jaar). Er zijn naar schatting wereldwijd 15 miljoen gevallen van reumatische hartaandoeningen, met jaarlijks 282.000 nieuwe gevallen en 233.000 doden per jaar.

1.3 Wat zijn de oorzaken van de ziekte?

De ziekte is het resultaat van een afwijkende immuunreactie op een keelontsteking met een Streptococcus pyogenes, of een groep A β-hemolytische Streptokok. De keelpijn wordt gevolgd door een asymptomatisch periode van variabele duur waarna reumatische koorts kan optreden.
Behandeling met antibiotica is nodig om de keelontsteking te behandelen, de stimulatie van het immuunsysteem te stoppen en nieuwe infecties te voorkomen, omdat nieuwe infecties een nieuwe aanval van de ziekte kunnen veroorzaken. Het risico op een herhaaldelijke aanval is hoger in de eerste drie jaren na het ontstaan van de ziekte.

1.4 Is het erfelijk?

Reumatische koorts is geen erfelijke aandoening, aangezien het niet rechtstreeks van ouder op kind kan worden overgedragen. Er zijn echter families waarbij meerdere familieleden reumatische koorts hebben gekregen. Dit kan afhankelijk zijn van genetische factoren die geassocieerd zijn met de mogelijkheid om een andere persoon te besmetten met de streptokok. Een streptokokkeninfectie kan via de luchtwegen en speeksel worden overgedragen.

1.5 Waarom heeft mijn kind deze aandoening? Kan het voorkomen worden?

De omgeving en de streptokokkenstam zijn belangrijke factoren voor de ontwikkeling van de ziekte, maar in praktijk is het moeilijk om te voorspellen wie het zal krijgen. Artritis en hartontsteking worden veroorzaakt door en afwijkende immuunrespons tegen de eiwitten van de streptokokken. De kans om de ziekte te ontwikkelen, is groter als

bepaalde types streptokokken een infectie veroorzaken bij een persoon die hier gevoelig voor is. Een drukke omgeving is een belangrijke omgevingsfactor, omdat het de kans op het overdragen van infecties vergroot. Het voorkomen van reumatische koorts is gebaseerd op een snelle diagnose en behandeling met antibiotica (het aanbevolen antibioticum is penicilline) van de keelontsteking als gevolg van streptokokken bij gezonde kinderen.

1.6 Is het besmettelijk?

Reumatische koorts is op zich niet besmettelijk, maar de faryngitis veroorzaakt door een streptokok is dit wel. Streptokokken worden overgedragen van persoon tot persoon en daarom wordt de infectie geassocieerd met druk bezochte ruimtes thuis, op school of in de turnzaal. Het goed wassen van de handen en het vermijden van nauw contact met personen die een door streptokokken veroorzaakte keelontsteking hebben, is belangrijk om de verspreiding van de ziekte te stoppen.

1.7 Wat zijn de belangrijkste symptomen?

Reumatische koorts gaat normaal gesproken gepaard met een combinatie van symptomen die per patiënt kunnen verschillen. Het ontstaat na een streptokokken faryngitis of tonsillitis die niet behandeld wordt met antibiotica.
Faryngitis of tonsillitis wordt herkend aan de hand van koorts, keelpijn, hoofdpijn, rood verhemelte en tonsillen met pusachtige afscheiding, en vergrote en pijnlijke lymfklieren in de nek. Deze symptomen kunnen echter zeer mild of helemaal afwezig zijn bij schoolgaande kinderen en tieners. Nadat de acute infectie over is, is er een asymptomatische periode van 2-3 weken. Het kind kan daarna weer koorts krijgen en symptomen van de hieronder beschreven ziekte.

Artritis

Artritis tast vooral verschillende grote gewrichten op hetzelfde moment aan of kan van één gewricht naar het andere gaan, waarbij er één of twee tegelijkertijd aangetast zijn (knieën, ellebogen, enkels of schouders). Het wordt ‘migratoire en tijdelijke artritis’ genoemd. Artritis aan de handen en wervelkolom komt minder vaak voor. De

gewrichtspijn kan ernstig zijn, ondanks dat de zwelling niet duidelijk zichtbaar is. De pijn gaat meestal onmiddellijk na het nemen van ontstekingsremmende medicatie over. Aspirine is het meest gebruikte ontstekingsremmende geneesmiddel.

Carditis

Carditis (hartontsteking) is het meest ernstige symptoom. Bij een versnelde hartslag tijdens rust of slaap moet men bedacht zijn op reumatische carditis. De aanwezigheid van een hartgeruis bij hartonderzoek is het belangrijkste teken dat het hart aangetast is. Het varieert van een subtiele tot een luide geruis, wat kan duiden op een ontsteking aan de hartkleppen, endocarditis genaamd. Als het hartzakje ontstoken is, wordt dit pericarditis genoemd en kan er vocht rond het hart opgehoopt zijn, maar dit zorgt meestal niet voor symptomen en gaat vanzelf over. In de meest ernstige gevallen van myocarditis is de hartspier ontstoken en pompt het hart zwakker. Het kan herkend worden door hoesten, pijn op de borst en versnelde hartslag en ademhaling. Hier kunnen tests en een controle door een cardioloog nodig zijn. Reumatische hartklepaandoeningen kunnen het resultaat zijn van de eerste aanval van reumatische koorts, maar het is meestal het gevolg van herhaaldelijke episodes en kan later in het leven als de patiënt volwassen is, voor problemen zorgen. Hiervoor is preventie cruciaal.

Chorea

De term chorea komt uit het Grieks en betekent dansen. Chorea is een bewegingsstoornis die veroorzaakt wordt doordat delen van de hersenen die de beweging coördineren ontstoken geraken. Het treft 10-30% van de patiënten met reumatische koorts. Anders dan artritis en carditis, treedt chorea later op, ongeveer 1-6 maanden na de keelontsteking. Vroege symptomen zijn een slecht handschrift bij schoolgaande kinderen, problemen bij het aankleden en wassen of zelfs bij het lopen en eten, vanwege trillende onvrijwillige bewegingen. De bewegingen kunnen gedurende korte periodes onderdrukt worden en verdwijnen tijdens het slapen of worden juist erger bij stress en vermoeidheid. Bij studenten heeft het gevolgen voor hun studieresultaten vanwege concentratieproblemen, angst en stemmingswisselingen waarbij de patiënt snel in huilen uitbarst. Als het subtiel is, kan het over het hoofd gezien worden en bestempeld worden

als een gedragsprobleem. Het gaat vanzelf over, maar een ondersteunende behandeling en controle zijn nodig.

Huiduitslag

Een minder vaak voorkomend symptoom van reumatische koorts is de huiduitslag ’erythema marginatum’ genaamd, die er uitziet als rode ringen en onderhuidse noduli. Dit zijn pijnloze, beweegbare kleine knobbeltjes met een normale huidskleur die vaak bij de gewrichten gezien worden. Dit symptoom komt bij minder dan 5% van de gevallen voor en kan makkelijk over het hoofd gezien worden omdat het van voorbijgaande aard is en niet erg opvallend is. Dit symptoom hoeft niet geïsoleerd voor te komen, maar kan samen met myocarditis (ontsteking van de hartspier) voorkomen. Er zijn andere klachten die door de ouders opgemerkt kunnen worden zoals koorts, vermoeidheid, verminderde eetlust, bleekheid, buikpijn en neusbloedingen, die in de vroege fase van de aandoening kunnen optreden.

1.8 Verloopt de ziekte bij ieder kind op dezelfde manier?

Het meest voorkomende symptoom is het hartgeruis bij oudere kinderen en tieners in combinatie met artritis en koorts. Jongere patiënten hebben vaker carditis en minder ernstige gewrichtsklachten. Chorea kan het enige symptoom zijn of voorkomen in combinatie met carditis. In dit geval worden onderzoek en een goede follow-up door een cardioloog aangeraden.

1.9 Is de ziekte bij kinderen anders dan bij volwassenen?

Reumatische koorts is een aandoening die voorkomt bij schoolgaande kinderen en jongvolwassenen tot 25 jaar. Het is zeldzaam vóór het derde levensjaar en meer dan 80% van de patiënten is tussen de 5 en 19 jaar oud. Het kan ook later in het leven optreden als de therapietrouw laag is voor de voorgeschreven antibiotica.

2. DIAGNOSE EN THERAPIE

2.1 Hoe wordt het gediagnosticeerd?

Klinische symptomen en onderzoeken zijn van groot belang, omdat er

geen specifieke test of symptoom bestaat voor de diagnose. Klinische symptomen van artritis, carditis, huidsveranderingen, koorts, afwijkende bloedwaarden voor een streptokokkeninfectie en veranderingen in de hartslag, zoals gezien kan worden op een elektrocardiogram, kunnen helpen bij het stellen van de diagnose. Over het algemeen is bewijs van een voorafgaande streptokokkeninfectie nodig om de diagnose te kunnen stellen.

2.2 Welke aandoeningen lijken op reumatische koorts?

Er is een aandoening, genaamd ’post-streptokokken reactieve artritis’, die ook optreedt na faryngitis door een streptokok, maar waarbij de artritis van langere duur is en waarbij er een lager risico op carditis bestaat; antibiotica kan hier geïndiceerd zijn als profylaxe. Juveniele idiopatische artritis is een andere aandoening die op reumatische koorts lijkt, maar hierbij houdt de artritis langer dan 6 weken aan. De ziekte van lyme, leukemie, reactieve artritis veroorzaakt door andere bacteriën of virussen, kunnen ook aanwezig zijn bij artritis. Onschuldige hartgeruisjes (hartgeruis zonder hartafwijking), congenitale of andere verworven hartafwijkingen kunnen foutief gediagnosticeerd worden als reumatische koorts.

2.3 Hoe belangrijk zijn de tests?

Sommige onderzoeken zijn essentieel voor het stellen van de diagnose en tijdens de follow-up. Bloedonderzoeken zijn nuttig tijdens aanvallen om de diagnose te kunnen bevestigen.
Net als bij vele andere reumatische aandoeningen, worden bij bijna alle patiënten tekenen gezien van systemische ontsteking, behalve bij patiënten met chorea. Bij de meeste patiënten zijn er geen tekenen van keelontsteking en de streptokok wordt uit de keel verwijderd door het immuunsysteem, op het moment dat de ziekte zich openbaart. Er zijn bloedtesten om de antistoffen tegen streptokokken aan te tonen, zelfs als de ouders en/of de patiënt zich de symptomen van de keelontsteking niet kunnen herinneren. Stijgende concentraties van deze antistoffen, anti-streptolysine O (ASLO) of DNAse B genaamd, kunnen in het bloed worden aangetoond na 2-4 weken. Hoge concentraties wijzen op een recente infectie, maar er is geen bewijs dat dit in relatie staat met de ernst van de aandoening. Deze onderzoeken

geven echter normale resultaten bij patiënten die alleen chorea hebben, waardoor de diagnose lastig te stellen is.
Afwijkende ASLO- of DNAse-B testresultaten betekenen dat het immuunsysteem eerder blootgesteld is aan bacteriën die het aangezet hebben antistoffen te produceren en dit is bij patiënten zonder symptomen niet voldoende om de diagnose reumatische koorts te stellen. Behandeling met antibiotica is daarvoor over het algemeen niet nodig.

2.4 Hoe kan carditis opgespoord worden?

Een nieuw hartgeruis, veroorzaakt door ontstoken hartkleppen, is het meest voorkomende symptoom van carditis en wordt vaak door de arts gehoord als hij naar het hart luistert. Een elektrocardiogram (een onderzoek waarbij de hartactiviteit geregistreerd wordt op een stuk papier) is nuttig om de mate vast te stellen waarin het hart is aangetast. Röntgenfoto's van de romp zijn ook belangrijk om te controleren of het hart vergroot is.
Een dopplerechocardiogram of hartecho is een zeer gevoelige test voor carditis. Deze kan echter niet gebruikt worden om de diagnose te stellen in afwezigheid van klinische symptomen. Al deze onderzoeken zijn geheel pijnloos, het is hooguit lastig voor het kind dat het een tijdje stil moet liggen tijdens het onderzoek.

2.5 Kan het behandeld/genezen worden?

In bepaalde werelddelen is reumatische koorts een groot gezondheidsprobleem, maar het kan voorkomen worden door een keelontsteking veroorzaakt door een streptokok te behandelen zodra deze gediagnosticeerd wordt (primaire preventie). Als er binnen 9 dagen na het optreden van de keelontsteking begonnen wordt met een antibioticabehandeling, dan is dit een doeltreffende preventie van reumatische koorts. Symptomen van reumatische koorts worden behandeld met niet-steroïdale anti-inflammatoire medicatie.
Er wordt op dit moment onderzoek gedaan naar een vaccin dat tegen de streptokok kan beschermen: preventie van de initiële infectie zou bescherming bieden tegen een afwijkende immuunreactie. Deze aanpak zou de toekomstige preventie van reumatische koorts kunnen zijn.

2.6 Wat zijn de belangrijkste behandelingen?

In de afgelopen paar jaar zijn er geen aanbevelingen gedaan met betrekking tot nieuwe behandelingen. De behandeling blijft voornamelijk bestaan uit aspirine, maar de exacte reden waarom het werkt is onduidelijk; het lijkt gerelateerd te zijn aan de ontstekingsremmende werking. Voor artritis worden er andere niet-steroïdale anti-inflammatoire geneesmiddelen (NSAID's) aangeraden gedurende 6-8 weken of totdat het overgaat.
Bij ernstige carditis worden bedrust en in sommige gevallen orale corticosteroïden (prednison) gedurende 2-3 weken aangeraden, waarbij de medicatie langzaam wordt afgebouwd nadat de ontsteking onder controle is, wat bepaald kan worden aan de hand van de symptomen en bloedonderzoeken.
In het geval van chorea kan de hulp van ouders nodig zijn bij de persoonlijke verzorging en schooltaken. Er kan medicatie worden voorgeschreven om de chorea bewegingsstoornis onder controle te houden, zoals steroïden, haloperidol of valproïnezuur, waarbij er goed gelet moet worden op eventuele bijwerkingen. Veel voorkomende bijwerkingen zijn slapeloosheid en beven, die eenvoudig onder controle gehouden kunnen worden door de dosis goed af te stellen. In een aantal gevallen kan de chorea, ondanks de juiste behandeling, een aantal maanden aanhouden.
Nadat de diagnose bevestigd is, wordt langdurige bescherming met antibiotica aangeraden om het opnieuw optreden van acute reumatische koorts te voorkomen.

2.7 Wat zijn de belangrijkste bijwerkingen van de behandeling met geneesmiddelen?

Bij een kortdurende symptomatische behandeling worden salicylaten en andere NSAID's over het algemeen goed verdragen. Het risico van een penicillineallergie is vrij laag, maar het moet wel in de gaten gehouden worden bij de eerste injecties. De grootste problemen zijn de pijnlijke injecties en de mogelijke weigering van patiënten, omdat ze bang zijn voor de pijn. Om deze reden wordt het informeren over de aandoening, plaatselijke verdoving en ontspanning voor de injecties aangeraden.

2.8 Hoelang moet secundaire preventie duren?

Tijdens de eerste 3-5 jaar na het ontstaan van de ziekte is het risico op een terugval groter. Verder neemt het risico op carditis toe bij nieuwe opflakkeringen. Tijdens deze periode wordt antibioticabehandeling aangeraden om nieuwe infecties met streptokokken te voorkomen voor alle patiënten die reumatische koorts hebben gehad, onafhankelijk van de ernst, aangezien ook milde vormen opnieuw kunnen opflakkeren.
De meeste artsen zijn het erover eens dat de preventie met antibiotica ten minste 5 jaar moet duren, gerekend vanaf de laatste aanval, totdat het kind 21 jaar oud is. In het geval van cardititis zonder hartbeschadiging wordt secundaire profylaxe aangeraden gedurende 10 jaar of totdat de patiënt 21 jaar oud is (afhankelijk van wat langer duurt). Als er hartbeschadiging opgetreden is, dan wordt er 10 jaar profylaxe aangeraden of tot de leeftijd van 40 jaar - of langer indien de hartkleppen vervangen zijn.
De preventie voor bacteriële endocarditis met antibiotica wordt aangeraden voor alle patiënten met beschadigde hartkleppen die chirurgische ingrepen of tandheelkundige behandelingen ondergaan. Deze maatregel is nodig omdat de bacterie zich in het lichaam kan verplaatsen, vooral vanuit de mond en vervolgens een hartklepinfectie kan veroorzaken.

2.9 Hoe zit het met onconventionele/aanvullende therapieën?

Er zijn vele aanvullende en alternatieve therapieën beschikbaar en dit kan verwarrend zijn voor de patiënten en hun families. Denk goed na over de voordelen en risico's die verbonden zijn aan het uitproberen van deze therapieën, aangezien er weinig voordeel is aangetoond en ze kostbaar kunnen zijn wat betreft tijd, belasting van het kind en geld. Mocht u aanvullende en alternatieve therapieën willen uitproberen, dan is het verstandig om deze mogelijkheden te overleggen met de kinderreumatoloog. Sommige therapieën kunnen een wisselwerking hebben met de gebruikelijke medicatie. De meeste artsen staan niet negatief tegenover het gebruik van alternatieve therapieën, zolang u het medisch advies blijft opvolgen. Het is van groot belang dat er niet gestopt wordt met het nemen van de voorgeschreven medicatie. Als medicatie zoals corticosteroïden nodig is om de ziekte onder controle te houden, dan kan het zeer gevaarlijk zijn om hiermee te stoppen als de ziekte nog actief is. Overleg in het geval u zich zorgen maakt over de

medicatie altijd met de arts van uw kind.

2.10 Wat voor soort periodieke controles zijn nodig?

Regelmatige controles en periodieke onderzoeken kunnen nodig zijn bij het langdurig aanhouden van de ziekte. Een strenge controle wordt aangeraden in gevallen van carditis en chorea. Nadat de symptomen verdwenen zijn, wordt een schema voor preventieve behandeling en langdurige follow-up onder supervisie van een cardioloog, die controleert op latere hartbeschadiging, aangeraden.

2.11 Hoelang duurt de ziekte?

Acute symptomen van de ziekte gaan binnen enkele dagen tot weken over. Het risico op terugkerende aanvallen van reumatische koorts blijft echter bestaan en de aantasting van het hart kan levenslange symptomen tot gevolg hebben. Continue behandeling met antibiotica om de terugkeer van keelontsteking door streptokokken te voorkomen, is gedurende vele jaren nodig.

2.12 Hoe is het verloop op lange termijn (prognose) van de ziekte?

Er kan niet voorspeld worden wanneer en hoe ernstig eventueel terugkerende symptomen zullen zijn. Carditis bij de eerste aanval zorgt voor een verhoogd risico op schade, al kan men in sommige gevallen ook volledig genezen. Bij zeer ernstige hartbeschadiging is chirurgisch ingrijpen nodig om de hartkleppen te vervangen.

2.13 Is het mogelijk om volledig te genezen?

Volledig herstel is mogelijk, tenzij carditis geleid heeft tot ernstige beschadigingen aan de hartkleppen.

3. DAGELIJKS LEVEN

3.1 Wat voor invloed heeft de ziekte op het kind en het dagelijkse leven van het gezin?

Met goede zorg en regelmatige controles kunnen de meeste kinderen met reumatische koorts een normaal leven leiden. Steun van het gezin is echter wel gewenst bij patiënten met carditis en chorea, als de ziekte weer opflakkert.
De grootste zorg is de therapietrouw op lange termijn bij de preventie met antibiotica. Eerstelijns zorg moet hier bij betrokken worden en vooral tieners moeten worden gewezen op het belang van de therapietrouw.

3.2 Hoe zit het met school?

Als er geen hartbeschadigingen gezien zijn tijdens de controles, dan zijn er verder geen speciale aanbevelingen voor de dagelijkse activiteiten en het schoolleven; de kinderen kunnen alle activiteiten weer gewoon oppakken. Ouders en leerkrachten moeten er alles aan doen om het kind op een normale manier deel te laten nemen aan de schoolactiviteiten, zodat hij/zij succesvol zijn/haar schoolcarrière kan afronden en door zowel leeftijdgenootjes als volwassenen aanvaard kan worden. Tijdens acute fases van chorea kan het zijn dat er een achterstand optreedt op school, en het gezin en de school moeten hier gedurende een periode van 1-6 maanden mee leren omgaan.

3.3 Hoe zit het met sport?

Het beoefenen van een sport is een essentieel onderdeel van het dagelijkse leven van ieder kind. Eén van de doelen van de therapie is het kind zoveel mogelijk een zo normaal mogelijk leven te kunnen laten leiden en hen niet anders te laten voelen dan hun leeftijdgenootjes. Alle activiteiten kunnen in principe gedaan worden, zolang ze verdragen worden. Beperkte lichamelijke activiteit of bedrust kan echter nodig zijn tijdens de acute fase.

3.4 Hoe zit het met het dieet?

Er is geen bewijs dat het dieet invloed heeft op het verloop van de ziekte. In het algemeen moet het kind een evenwichtig, normaal dieet volgen, dat geschikt is voor zijn/haar leeftijd. Een gezond, evenwichtig dieet met voldoende eiwitten, calcium en vitaminen wordt aangeraden voor opgroeiende kinderen. Te veel eten moet voorkomen worden bij

patiënten die corticosteroïden slikken, omdat deze geneesmiddelen voor een verhoogde eetlust zorgen.

3.5 Kan het klimaat het verloop van de ziekte beïnvloeden?

Er is geen bewijs dat het klimaat invloed heeft op het verloop van de ziekte.

3.6 Kan het kind gevaccineerd worden?

De arts moet geval per geval beslissen welke vaccinaties het kind kan krijgen. Over het algemeen lijkt het erop dat vaccinaties niet voor een hogere activiteit van de ziekte zorgen en geen ernstige negatieve gevolgen hebben voor patiënten. Levend afgezwakte vaccins worden echter vaak afgeraden, vanwege het mogelijke risico op infectie bij patiënten die hoge doseringen immuunonderdrukkende geneesmiddelen of biologische geneesmiddelen gebruiken. Niet-levende vaccins lijken veilig te zijn bij patiënten, zelfs bij kinderen die immuunonderdrukkende geneesmiddelen gebruiken, al zijn de meeste studies niet in staat om volledig het zeldzame letsel te beoordelen dat veroorzaakt kan worden door vaccinaties.
Patiënten die hoge doseringen immuunonderdrukkende geneesmiddelen gebruiken, moeten door hun arts geadviseerd worden om de concentraties pathogeenspecifieke antistoffen te bepalen na de vaccinatie.

3.7 Hoe zit het met het seksleven, zwangerschap en anticonceptie?

Er zijn vanwege de ziekte geen beperkingen met betrekking tot seksuele activiteit of een eventuele zwangerschap. Patiënten die medicatie gebruiken, moeten echter altijd voorzichtig zijn vanwege de mogelijke effecten van deze geneesmiddelen op het ongeboren kind. Patiënten wordt aangeraden om met hun arts te praten over anticonceptie en zwangerschap.

4. POST-STREPTOKOKKEN REACTIEVE ARTRITIS

4.1 Wat is het?

Er zijn gevallen van aan streptokokken gerelateerde artritis beschreven bij kinderen en jongvolwassenen. Het wordt over het algemeen ‘reactieve artritis’ genoemd of ’post-streptokokken reactieve artritis’ (PSRA).
PSRA treft vooral kinderen in de leeftijd van 8 tot 14 jaar en jongvolwassenen tussen de 21 en 27 jaar. Het ontstaat meestal binnen 10 dagen na een keelontsteking. Het verschilt van artritis die gezien wordt bij reumatisch koorts (ARF), omdat daarbij meestal de grote gewrichten worden aangetast. Bij PSRA worden daarentegen vooral de grote en kleine gewrichten en het axiale skelet aangetast. Het duurt meestal langer dan ARF - zo'n 2 maanden en soms zelfs langer.
Er kan lage koorts aanwezig zijn, met afwijkende laboratoriumonderzoeken die duiden op een ontsteking (C-reactieve proteïne en/of de bezinkingssnelheid (ESR)). De ontstekingsmarkers zijn lager dan bij ARF. De diagnose van PSRA is gebaseerd op artritis met bewijs van een recente streptokokkeninfectie, afwijkende waarden voor streptokokkenantistoffen (ASO, DNAse B) en de afwezigheid van symptomen die wijzen op ARF volgens de ‘criteria van Jones’.
PSRA verschilt van ARF. PSRA-patiënten ontwikkelen meestal geen carditis. Op dit moment raadt de American Heart Association een profylactische behandeling met antibiotica aan gedurende een jaar vanaf het ontstaan van de symptomen. Bij deze patiënten moet goed gekeken worden naar eventueel klinisch en of echocardiografisch bewijs dat duidt op carditis. Als de hartaandoening optreedt, moeten patiënten behandeld worden als bij ARF; anders kan er met de profylaxe worden gestopt. Nacontroles bij een cardioloog worden aangeraden.