



<https://www.printo.it/pediatric-rheumatology/DK/intro>

Gigtfeber og post-streptokok reaktiv arthritis

Version af 2016

2. DIAGNOSE OG BEHANDLING

2.1 Hvordan diagnosticeres sygdommen?

Der findes ikke nogen specifik diagnostisk test, og derfor stilles diagnosen på de kliniske symptomer og laboratorieundersøgelser. De kliniske symptomer og test under et kaldet "Jones Kriterie" er: arthritis, karditis, chorea, hudforandringer, feber, positiv test for streptokok infektion og forandringer i de elektriske signaler i hjertet (ses på et hjertekardiogram). Som hovedregel kræves påvisning af forudgående streptokok infektion, for at diagnosen kan stilles.

2.2 Hvilke sygdomme ligner gigtfeber?

Sygdommen poststreptokok reaktiv arthritis, som også opstår efter streptokok halsbetændelse, har længerevarende arthritis og lavere risiko for hjertebetændelse. Forebyggelse med antibiotika kan være nødvendig. Børnegigt (juvenil idiopatisk artrit, JIA) er en anden sygdom, der ligner gigtfeber, men varigheden af JIA er længere end 6 uger. Lymes sygdom, leukæmi, reaktiv ledbetændelse forårsaget af andre bakterier eller vira kan også medføre arthritis. Harmløse hjertemislyde (normale hjertemislyde uden hjertesygdom) samt medfødt eller erhvervet hjertesygdom kan fejldiagnosticeres som gigtfeber.

2.3 Hvorfor skal der tages prøver?

Nogle prøver er nødvendige for diagnose og opfølgning. Blodprøver kan være vigtige for at bekræfte diagnosen. Som ved mange andre reumatologiske sygdomme vil der være tegn på

betændelsesreaktion i kroppen hos næsten alle patienter dog ikke i de tilfælde, hvor chorea er eneste symptom. Hos de fleste gigtfeber patienter har immunforsvaret bekæmpet streptokokkerne, og der vil ikke længere være halsbetændelse. Det er muligt at bestemme streptokok antistoffer (streptolysin O (ASO) eller DNase B) i blodet også i tilfælde, hvor patienterne ikke husker, om der har været halsbetændelse. Stigende niveau af antistof (titre) kan måles 2-4 uger efter den første måling. Høje titre tyder på nylig overstået infektion, men der er ikke nogen sammenhæng mellem sygdomsgrad og titerniveau. Hos chorea patienter er antistofferne normale, hvilket besværliggør diagnosen.

Forhøjet ASO eller DNase B niveau betyder udelukkende, at streptokokker tidligere har stimuleret immunsystemet til at producere antistoffer og kan i sig selv ikke stille diagnosen gigtfeber. En forhøjet prøve kræver i sig selv derfor ikke antibiotikabehandling.

2.4 Hvordan konstateres karditis?

En nyttilkommet hjertemislyd pga. inflammation i hjerteklapperne er det mest almindelige tegn på karditis, og vil af lægen oftest kunne høres ved at lytte med et stetoskop. Undersøgelse med hjertekardiogram, der måler hjertets elektriske signaler, kan bruges til at bestemme graden af hjertets påvirkning. Røntgenundersøgelse af brystkassen bruges til at undersøge, om hjertet er forstørret.

Ekkokardiografi (ultralydsundersøgelse af hjertet) er en meget følsom metode til at konstatere karditis. Alle disse hjerteundersøgelser medfører ingen smerter eller gener og kræver udelukkende, at barnet ligger stille ved undersøgelsen.

2.5 Kan gigtfeber behandles/helbredes?

Gigtfeber udgør et alvorligt helbredsproblem i vise dele af verden men kan forbygges ved at behandle streptokok halsbetændelse, så snart betændelsen konstateres (dette kaldes primær forebyggelse).

Antibiotika behandling, der startes indenfor 9 dage efter starten af halsbetændelsen, er en effektiv måde at undgå gigtfeber på. Gigtfeber behandles med non-steroid antiinflammatorisk medicin (NSAID) samt forebyggende penicillin.

Der forskes i at udvikle en vaccine mod streptokokker, som vil kunne

beskytte mod streptokokker. Undgåelse af streptokokinfektion vil medføre beskyttelse mod den abnorme immunologiske reaktion.

2.6 Hvordan behandles gigtfieber?

Gennem de senere år er der kommet nye retningslinier for behandling. Acetylsalicylsyre (magnyl) er fortsat den vigtigste behandling, men den præcise virkningsmekanisme kendes ikke. Formentlig skyldes det anti-inflammatoriske egenskaber. Ved arthritis anbefales andre non-steroid anti-inflammatoriske præparater (NSAID) i 6-8 uger, indtil artritistilstanden forsvinder samt forebyggende penicillin frem til 18 års alderen.

Ved svær hjertebetændelse anbefales sengeleje og i nogle tilfælde også behandling med binyrebarkhormon (Prednisolon) i 2-3 uger, som aftrappes, når betændelsen er forsvundet, vurderet ud fra symptomer og blodprøver.

Ved chorea kan det være nødvendigt med forældres hjælp til fx basale dagligdags funktioner samt til skolearbejde. Medicinsk behandling med binyrebarkhormon, haloperidol og valproat kan forsøges men kræver opmærksomhed på bivirkninger. De mest almindelige bivirkninger er træthed og rysten på hænderne, som kan forhindres ved at justere dosis. I få tilfælde kan chorea vare ved i flere måneder trods korrekt behandling.

Når gigtfieber er konstateret, anbefales langtidsbeskyttelse med antibiotika for at undgå tilbagevenden af gigtfieber.

2.7 Hvad er bivirkninger ved den medicinske behandling?

Korttidsbehandling med acetylsalicylsyre eller andre NSAID præparater tåles generelt godt. Risiko for penicillinallergi er lav. Penicillin gives enten dagligt som tablet eller månedligt som injektion i huden.

Ulempen ved injektion af penicillin er smerter og barnets modstand mod dette, og derfor er lokalbedøvende creme før injektionerne vigtig.

2.8 Hvor længe skal den forebyggende behandling gives?

Risikoen for tilbagefald er størst i de første 3-5 år efter sygdomsdebuten, og risikoen for hjerteproblemer stiger ved gentagne anfald. Alle patienter med gigtfieber uanset sværhedsgrad bør i denne

periode gives fast penicillin for at forebygge nye streptokok infektioner. Behandlingen gives enten dagligt som tabletter eller månedligt med injektion i musklen.

Almindeligvis gives forebyggende antibiotika i minimum 5 år eller frem til patientens 21-års alder. I tilfælde af karditis uden skade på hjertet anbefales det at give forebyggende behandling i 10 år eller frem til patientens 21-års alder (den længste behandlingstid vælges). I tilfælde af hjertebetændelse gives behandling i 10 år eller frem til patientens 40-års alder eller senere, såfremt sygdommen har medført behov for udskiftning af hjerteklapperne.

Alle patienter med skade på hjerteklapperne anbefales antibiotikaforebyggelse af bakteriel endokarditis (betændelse på hjerteklapperne) i forbindelse med operation eller indgreb ved tandlægebesøg. Det skyldes, at bakterier kan sprede sig fra andre steder i kroppen specielt fra mundhulen og forårsage infektion af hjerteklapperne.

2.9 Alternativ behandling

Der findes mange alternative behandlingsformer, hvilket kan være forvirrende for familierne. Der er ikke bevis for effekten af disse behandlinger, og behandlingerne kan være dyre både økonomisk og tidsmæssigt samt medføre ulempe for barnet, så brug af disse behandlinger kræver nøje overvejelser. Nogle alternative behandlinger kan modvirke den anbefalede behandling. Hvis man ønsker at afprøve alternativ behandling, er det vigtigt at diskutere det med børnegigtlægen. De fleste læger modsætter sig ikke alternativ behandling, så længe den lægeligt anbefalede behandling følges. Det er vigtigt, at den anbefalede behandling ikke afbrydes. Når medicin, såsom binyrebarkhormon, er nødvendige for at holde sygdommen i ro, kan det være farligt at ophøre med behandlingen.

2.10 Hvilke former for lægekontroller er nødvendige?

Regelmæssige lægecheck og blodprøver kan være nødvendige ved langvarigt sygdomsforløb. I tilfælde med hjertebetændelse og chorea anbefales tættere kontrol. Når symptomerne er svundne anbefales fortsat kontroller for behandling og lang-tids opfølgning af evt. hjerteproblemer.

2.11 Hvor lang tid varer sygdommen?

Akutte symptomer forsvinder indenfor dage til uger. Der er dog risiko for tilbagevenden af den akutte gigtfeber. Desuden kan hjerteproblemer medføre livsvarige symptomer. Fortsat antibiotikabehandling for at forebygge nye tilfælde med Streptokok halsbetændelse er nødvendigt i flere år.

2.12 Hvad er langtidsudsigten for sygdommen?

Tilbagefald er ret uforudsigeligt med hensyn til tid og sværhedsgrad. Hjertebetændelse ved det første tilfælde af gigtfeber øger risikoen for hjerteproblemer ved tilbagefald, selv om der kan ses fuldstændig opheling af skader på hjertet. De mest alvorlige skader på hjertet kan medføre behov for udskiftning af hjerteklapperne.

2.13 Er det muligt at komme sig helt?

Det er muligt at blive helt rask med mindre hjertebetændelse har givet skader på hjerteklapperne.