



<https://www.printo.it/pediatric-rheumatology/NO/intro>

Revmatisk Feber og Reaktiv Artritt Etter Streptokokkinfeksjon

Versjon av 2016

2. DIAGNOSE OG BEHANDLING

2.1 Hvordan stilles diagnosen?

Synlige, kliniske symptomer/tegn på sykdommen og klinisk undersøkelse er viktig, fordi det ikke finnes en spesiell test eller symptom som viser sikkert at man har sykdommen. Kliniske symptomer som artritt, karditt, chorea, hudforandringer, feber, blodprøver som viser en streptokokk infeksjon og endringer i formen på hjerteslagene synlige på EKG (elektrokardiogram), kan bidra til å sette diagnosen ("Jones" kriterier). Tegnet til at man har hatt en streptokokk infeksjon er som regel nødvendig for å gi diagnosen.

2.2 Hvilke sykdommer likner på revmatisk feber?

Det er en sykdom som heter "post-streptokokk reaktiv artritt" (PSRA) som også begynner med en streptokokk halsinfeksjon. Den skiller seg fra revmatisk feber ved at artritten står lenger og ved lav risiko for karditt. Det kan også ved denne sykdommen være nødvendig med forebyggende antibiotika behandling. Juvenil idiopatisk artritt (barneleddgikt) kan også likne på revmatisk feber, men ved denne varer artritten i mer enn 6 uker. Lyme artritt (Borrelia-artritt), leukemi, reaktiv artritt forårsaket av en annen bakterie eller virus kan også vise seg ved artritt. Ufarlig hjertemurring (vanlig hjertemurring uten hjertesykdom), medfødt eller på annen måte ervervet hjertesykdom kan bli feildiagnostisert som revmatisk feber.

2.3 Hvor viktige er undersøkelsene?

Noen av testene er avgjørende for å kunne stille diagnosen og for oppfølgingen. Blodprøver ved oppbluss er nyttige for å underbygge diagnosen.

Som ved mange andre revmatiske sykdommer, er det vanlig å se tegn til systemisk inflammasjon (betennelse), bortsett fra hos de med chorea. Hos de fleste er det ikke tegn til streptokokk halsinfeksjon når sykdommen bryter ut. Halsinfeksjonen har immunsystemet tatt seg av. Blodprøver vil kunne vise at det har vært en streptokokkinfeksjon ved at det er antistoffer i blodet mot streptokokker, også selv om foreldre eller barnet ikke kan huske at det har vært en slik halsinfeksjon. Høye nivåer av disse antistoffene kan ses i blodet ved prøver tatt med 2-4 ukers mellomrom. Høye nivåer kan bety at det nettopp har vært en infeksjon, men sier ikke noe om sykdommens alvorlighetsgrad. Disse testene vil være normale hvis pasienten kun har chorea som tegn på sykdommen, og dette gjør det vanskelig å sette diagnosen.

Høye nivåer av antistoffer mot streptokokker betyr at tidligere streptokokkinfeksjon har stimulert immunsystemet, men dette i seg selv er ikke nok til å stille diagnosen Revmatisk Feber hos de som ikke har typiske symptomer.

2.4 Hvordan oppdager man karditt?

Nyoppstått murring over hjertet p.g.a. hjerteklaffinfeksjon, er det vanligste tegnet på karditt. Dette oppdages oftest ved at en lege lytter på hjertet. Et EKG (måling av hjertets elektriske aktivitet som registreres på en papirremse) er nyttig for å kunne se graden av hjerteinvolvering. Røntgen av brystkassen er også viktig for å se om hjertet kan være forstørret.

EKG eller ultralydundersøkelse av hjertet er følsomme tester for å fange opp karditt. De nevnte undersøkelsene er smertefrie og det eneste ubehaget er at barnet må være i ro mens undersøkelsen pågår.

2.5 Kan det behandles?

I noen områder i verden er revmatisk feber et alvorlig problem, men det kan forbygges ved at streptokokk halsinfeksjonen blir behandlet med en gang den oppdages. Antibiotika-behandling som startes opp innen 9

dager etter halsinfeksjonen er effektivt i forhold til å hindre at akutt revmatisk feber oppstår. Symptomer på revmatisk feber skal behandles med NSAIDs (betennelsesdempende medisiner som ikke inneholder kortison).

Det forskes for tiden på å utvikle en vaksine som kan beskytte mot streptokokker. Hvis man kan forhindre at den opprinnelige infeksjonen, altså halsinfeksjonen, oppstår, vil det beskytte mot en unormal immunreaksjon, altså utviklingen av revmatisk feber. Dette kan bli den måten man i fremtiden kan forebygge revmatisk feber.

2.6 Hva er behandlingen?

Det har ikke kommet nye anbefalinger på mange år når det gjelder behandlingen. Selv om acetylsalisylsyre (som aspirin) har forblitt et sentralt medikament i behandlingen, er årsaken til effekten uklar. Det synes som om det henger sammen med betennelsesdempende mekanismer. Andre (NSAIDs (som ibuprofen) anbefales å bruke mot artritt i 6-8 uker eller frem til artritten er over.

Ved alvorlig karditt anbefales sengeleie, og noen ganger, kortikosteroider (prednisolon) i 2-3 uker, med gradvis nedtrapping når symptomene og blodprøvene viser at sykdommen er under kontroll. Hvis pasienten har chorea kan det være nødvendig at foreldrene bidrar med hjelp til personlig stell og skolearbeidet. Det kan bli nødvendig med medisiner som steroider eller andre medisiner for å kontrollere ufrivillige bevegelser. Mulige bivirkninger av medisinene må følges nøye. Vanlige bivirkninger kan være søvnighet og skjelving, som lett kan kontrolleres ved å justere doseringen. I noe få tilfeller kan chorea vare i flere måneder til tross for riktig behandling.

Når diagnosen er sikker anbefales langvarig antibiotika-behandling for å unngå oppbluss av sykdommen.

2.7 Hva er bivirkningene av medisinene?

Kortvarig behandling med acetylsalisylsyre-medikamenter og andre NSAIDs tåles vanligvis godt. Risikoen for en allergisk reaksjon ved penicillin-injeksjonene er liten, men de bør observeres i forhold til dette. Man må ta hensyn til at det kan oppleves smertefullt å få injeksjonen og noen pasienter kan nekte hvis de er spesielt redde for smerter eller er redde for sprøyter. Det er viktig å bruke tid på å forberede pasienten

med informasjon om sykdommen, overfladisk/hud bedøvelse, for eksempel Emla-krem på stikkstedet, og avspenning før injeksjonen.

2.8 Hvor lenge varer den forebyggende behandlingen?

Risikoen for oppbluss er størst i 3-5 år etter første utbrudd, og risikoen for skader etter en karditt øker for hvert oppbluss. Regelmessig antibiotika-behandling for å forhindre ny streptokokkinfeksjon i denne perioden anbefales for alle pasienter som har hatt revmatisk feber uansett alvorlighetsgrad, da milde utbrudd første gang også kan gi oppbluss.

Det er stort sett enighet blant leger om forebyggende antibiotika-behandling i 5 år etter siste utbrudd eller til pasienten er 21 år gammelt. Har det oppstått karditt uten skade på hjertet, bør forebyggende behandling vare i 10 år eller til pasienten er 21 år gammel (det som er lengst). Ved skade på hjertet, anbefales forebyggende behandling i 10 år eller til pasienten er 40 år – eller enda lenger hvis det har vært nødvendig med hjerteklaff-transplantasjon. Alle pasienter som har hjerteklaff-feil og som skal få utført tannlegearbeide eller operasjon bør forebygge med antibiotika mot bakteriell hjerteklaff-infeksjon. Dette er nødvendig fordi bakterier kan vandre fra andre steder i kroppen, spesielt fra munnen, og forårsake hjerteklaff-infeksjon.

2.9 Hva med alternativ/komplementær behandling?

Det er mye å velge mellom når det gjelder alternativ eller komplementær behandling, og dette kan skape forvirring for pasienter og deres familier. Det er viktig å vurdere nøye mulige fordeler og ulemper ved å prøve disse ulike behandlingene. Det er lite som er funnet å ha effekt, og utprøvingen kan både være tidskrevende, belastende for barnet og kostbart. Det vil være klokt å diskutere eventuelle alternative eller komplementære behandlinger med barnets barnerevmatolog. Enkelte alternative behandlinger kan gå dårlig sammen med tradisjonell behandling. De fleste leger vil ikke være mot alternativ behandling så lenge man følger legens anbefalinger. Det er veldig viktig at behandling foreskrevet av lege ikke stoppes. Hvis sykdommen er aktiv og det er nødvendig å ta medikamenter som for eksempel kortikosteroider for å ha kontroll på sykdommen, er det veldig

farlig å slutte å ta disse. Det er viktig at alt vedrørende medisiner drøftes med barnets lege.

2.10 Hvilke regelmessige kontroller er nødvendige?

Ved langvarig sykdom kan det være nødvendig med regelmessige kontroller og undersøkelser. Ved karditt og chorea anbefales tett oppfølging. Når sykdommen ikke lenger er aktiv, dvs. ingen tegn til sykdom, anbefales det å følge en plan for forebyggende behandling samt kontroller av senskader av hjertet hos en hjertespesialist.

2.11 Hvor lenge varer sykdommen?

De akutte symptomene avtar gradvis i løpet av flere dager til uker. Imidlertid vil det alltid være en mulighet for gjentatte angrep av akutt revmatisk feber. Hvis hjertet er skadet av sykdommen, kan dette gi plager livet ut. Forebyggende antibiotika-behandling vil være nødvendig i mange år for å unngå ny streptokokk halsinfeksjon.

2.12 Hva er langtidsutsiktene (prognosen) for sykdommen?

Oppbluss av sykdommen kan være uforutsigbar både når det gjelder tidspunkt og alvorlighetsgrad. Karditt ved første angrep øker risikoen for skade på hjertet, men man kan også i noen tilfeller se at all skade heles. I de mest alvorlige tilfellene av hjerteklaff-feil, kan det bli nødvendig med hjerteklaff-transplantasjon.

2.13 Er det mulig å bli helt frisk?

Det er fullt mulig å bli helt frisk, med mindre karditt har ført til hjerteklaff-feil.