https://www.printo.it/pediatric-rheumatology/SE/intro

Reumatisk Feber och Reaktiv Artrit efter Streptokocker

2. DIAGNOS OCH BEHANDLING

Hur ställer man diagnosen?

Sjukdomstecknen och olika undersökningar är det som är viktigast för att ställa diagnosen, eftersom det inte finns något specifikt test för sjukdomen. Kliniska symptom som ledinflammationer, hjärtengagemang, korea, hudförändringar, feber, påvisad streptokockinfektion och påverkan på hjärtrytmen (vilket kan ses på EKG) hjälper alla till att fastställa diagnosen (kallas för Jones-kriterier). Bevis på att patienten haft en tidigare streptokockinfektion är vanligtvis nödvändigt för att ställa diagnosen.

Vilka andra sjukdomar liknar reumatisk feber?

Det finns en sjukdom som kallas post-streptokockreaktiv artrit som också uppträder efter en streptokockinfektion, men där ledinflammationerna kvarstår längre och där risken för hjärtengagemang är mycket mindre. Juvenil idiopatisk artrit är en annan sjukdom som liknar reumatisk feber, men där kvarstår ledinflammationen längre än 6 veckor. Borrelia, leukemi och reaktiv artrit, som orsakas av andra bakterier eller virus, kan också presentera med ledinflammation. Ofarliga blåsljud (vanliga blåsljud utan hjärtsjukdom), medfödda eller andra förvärvade hjärtsjukdomar kan Ibland påminna om och misstas för reumatisk feber.

Hur viktigt är det med blodprover och andra undersökningar?

Vissa blodprover och undersökningar är nödvändiga för diagnos och uppföljning. Blodprover är användbara under pågående sjukdom för att bekräfta diagnosen.
Liksom hos många andra reumatiska sjukdomar ses tecken på systemisk inflammation hos nästan alla patienter, förutom hos dem som enbart har korea. Hos de flesta patienter har halsinfektionen gått över och det finns inte några kvarstående tecken på streptokocker i halsen, när de olika symtomen på sjukdomen uppträder. Det finns blodprov som kan detektera streptokockantikroppar, även om föräldrarna och / eller patienten inte kan minnas att barnet haft en streptokockinfektion. Stigande titrar (nivåer) av dessa antikroppar (anti-streptolysin O (ASO)och DNAse B) kan detekteras genom blodprov utförda med 2–4 veckors mellanrum. Höga titrar indikerar en nyligen genomgången infektion, men det finns ingen bevisad relation till sjukdomens svårighetsgrad. För patienter med korea har dessa streptokocktester lågt värde då de vanligen är normala, vilket gör diagnosen svårare. Positivt ASO- eller DNAse B-testresultat betyder att patienten tidigare träffat på f streptokocker som stimulerat immunsystemet att producera antikroppar, men innebär inte i sig att en patient har diagnosen reumatisk feber. Hos patienter utan symptom är antibiotikabehandling därför inte nödvändigt.

Hur diagnosticeras hjärtpåverkan?

Ett nytillkommet blåsljud, till följd av inflammation på hjärtklaffarna är den vanligaste formen av hjärtpåverkan och upptäcks vanligtvis när en läkare lyssnar på hjärtat med stetoskop. Ett EKG kan användas för att bedöma omfattningen av hjärtpåverkan. Hjärt- och lungröntgen är också viktigt för att bedöma en eventuell hjärtförstoring.
Ultraljud av hjärtat är en mycket bra metod för att upptäcka förändringar. Denna undersökning är helt smärtfri och den enda problemet är att barnet måste ligga stilla under undersökningen

Kan sjukdomen botas?

Reumatisk feber är ett viktigt hälsoproblem i vissa delar av världen, men det kan förebyggas genom att behandla infektioner med streptokocker. Antibiotikabehandling som inleds inom 9 dagar efter det

att infektionen började förebygger effektivt akut reumatisk feber. Symtom på reumatisk feber behandlas med antiinflammatoriska läkemedel.
Forskning pågår för att ta fram ett vaccin som kan skydda mot streptokocker. Genom att förebygga den ursprungliga infektionen skulle ett skydd skapas mot den onormala immunreaktionen. Ett vaccin skulle eventuellt kunna förebygga reumatisk feber i framtiden.

Vilka behandlingar finns?

Under de senaste åren har det inte tillkommit några nya behandlingsrekommendationer. Acetylsalicylsyra kvarstår som grundsten i behandlingen, men den exakta verkningsmekanismen är oklar, men är sannolikt relaterat till läkemedlets antiinflammatoriska egenskaper. Andra anti-inflammatoriska läkemedel (Cox-hämmare, icke-steroida antiinflammatoriska läkemedel, NSAID) rekommenderas för ledinflammation under en period av 6–8 veckor eller till dess den försvinner. Cox-hämmare kan också användas istället för acetylsalicylsyra
Vid allvarlig inflammation i hjärtat rekommenderas vila och ibland kortison (prednisolon)under 2–3 veckor. Dosen av kortison sänks gradvis efter att inflammationen bedömts vara under kontroll, vilket fastställs genom att observera symtomen och genom blodprov.
Vid korea behövs vanligen stöd från föräldrar för att klara bland annat personlig vård och skoluppgifter. Läkemedel för att minska problemen inkluderar steroider, haloperidol eller valproinsyra, vilka kan ordineras med noggrann övervakning av biverkningar. Vanliga biverkningar är sömnighet och darrningar som ofta kan kontrolleras genom dosjustering. I några fall kan korean kvarstå i flera månader trots adekvat behandling.
Efter att diagnosen har bekräftats rekommenderas långvarigt skydd med penicillin för att undvika återkommande infektioner som kan trigga återfall i reumatisk feber.

2.7 Vad är biverkningarna av läkemedelsbehandling?

När det gäller kortvarig symptomatisk behandling med salicylater och andra Cox-hämmare ses vanligen få biverkningar. Risken för penicillinallergi är låg, men bör has i åtanke. Om penicillin ges

intravenöst kan ett problem vara att det gör ont med nålsättning. Detta kan förebyggas genom information och bra förberedelse såsom exempelvis bedövningsplåster innan nålsättning.

2.8 Hur länge ska förebyggande behandling pågå?

Risken för återfall är högre de första 3–5 år efter insjuknandet och risken för att utveckla påverkan på hjärtat ökar med varje återfall. Under denna tid rekommenderas därför förebyggande antibiotikabehandling för att förhindra nya streptokockinfektioner. Detta gäller alla patienter som har haft reumatisk feber, oavsett svårighetsgraden, eftersom milda former också kan ge återfall.
De flesta läkare är överens om att antibiotikabehandling ska fortsätta i minst 5 år efter den sista attacken eller tills ungdomen är 21 år. I händelse av hjärtpåverkan utan påvisbar skada rekommenderas sekundär profylax i 10 år eller tills patienten är 21 år gammal (den tid som är längst). Om det finns en bestående skada på hjärtat, rekommenderas 10 års profylax eller till 40 års ålder – eller om sjukdomen senare i livet medför att hjärtklaffen måste bytas ut.
För alla patienter med hjärtklaffsengagemang och som genomgår tandvård eller kirurgi rekommenderas förebyggande behandling med antibiotika. Denna åtgärd är nödvändig eftersom bakterier kan strömma ut från andra ställen i kroppen, speciellt från munnen och orsaka infektion på hjärtklaffarna.

2.9 Finns det några alternativa behandlingar?

Det finns många alternativa terapier tillgängliga och det kan vara förvirrande för patienter och deras familjer. Det är viktigt att noggrant vöerväga riskerna och fördelarna med dessa terapier, eftersom det finns lite bevisad nytta och de kan vara kostsamma både när det gäller tid, besvär för barnet och pengar. Om du vill veta mer om alterantiva behandlingsmetoder är det klokt att diskutera dessa alternativ med din barnreumatolog. Vissa behandlingar kan interagera med konventionella mediciner. De flesta läkare kommer inte att motsätta sig andra behandlingar, förutsatt att du följer medicinsk rådgivning. Det är väldigt viktigt att du inte slutar ta dina föreskrivna läkemedel. När läkemedel, såsom kortikosteroider, behövs för att hålla sjukdomen under kontroll, kan det vara mycket farligt att sluta ta dem om sjukdomen fortfarande

är aktiv. Diskutera alltid medicinska problem med ditt barns läkare.

2.10 Vilka typer av regelbundna kontroller är nödvändiga?

Regelbundna kontroller och undersökningar kan krävas vid långvarig sjukdom. Tätare uppföljning rekommenderas i fall där det finns hjärtpåverkan och korea. Efter remission, dvs att symtomen gått över, rekommenderas förebyggande behandling och långvarig uppföljning under överinseende av en kardiolog för att upptäcka senkomplikationer.

2.11 Hur länge brukar sjukdomen fortgå?

Akuta symptom på sjukdomen går ofta över efter en period om några dagar till veckor. Risken för återkommande attacker av akut reumatisk feber kvarstår, och om det föreligger påverkan på hjärtat kan detta orsaka livslånga symptom. Fortsatt antibiotikabehandling för att förhindra återfall av streptokockinfektioner är nödvändig i många år.

2.12 Vad är den långsiktiga prognosen för sjukdomen?

Det är svårt att förutse eventuella återfall, både vad gäller tid och svårighetsgrad. Hjärtpåverkan vid första insjuknandet ökar risken för framtida skador på klaffar, även om fullständig läkning kan ske i vissa fall. De mest allvarliga hjärtklaffsskadorna kräver kirurgi och byte av hjärtklaff.

2.13 Är det möjligt att återhämta sig helt?

Fullständig återhämtning är möjlig, såvida inte sjukdomen gett svår skada på hjärtklaffarna.