



https://printo.it/pediatric-rheumatology/BE_FM/intro

Reumatische Koorts en Post-Streptokokken Reactieve Artritis

Versie 2016

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 electrocardiogram, 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 corticosteroiden (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 slaperigheid 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 opflakkingen. 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 carditis 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.