



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

Gigtfeber og post-streptokok reaktiv arthritis

Version af 2016

1. HVAD ER GIGTFEBER

1.1 Hvad er det?

Gigtfeber er en sygdom forårsaget af bakterien Streptokokker efter en halsbetændelse. Der er forskellige grupper af Streptokokker, men det er kun gruppe A, som forårsager gigtfeber. Streptokokinfektion er en meget almindelig årsag til halsbetændelse hos børn i skolealderen, men det er ikke alle med halsbetændelse, der udvikler gigtfeber. Ved gigtfeber opstår der først forbigående inflammation (betændelse) i led (kaldes arthritis) med hævelse og smerter. Senere kan der opstå inflammation i hjertet (karditis) samt en tilstand med abnorme og ufrivillige bevægelser kaldet Chorea, der skyldes inflammation i hjernen. Undertiden ses hududslæt og eventuelt knudedannelse i huden.

1.2 Hvor hyppigt er det?

Før behandling med antibiotika var muligt, var antallet af tilfælde med gigtfeber højt i varme lande. Efter antibiotikabehandling er blevet en almindelig behandling af halsbetændelse, er der er siden set et fald i forekomsten gigtfeber, men den rammer fortsat mange børn i alderen 5-15 år over hele verden og medfører hjertesygdom hos en mindre del. Antallet af gigtfeber er ikke ens rundt i verden. Pga. af ledsymptomer inkluderes sygdommen blandt gigtsygdomme hos børn og unge. Hyppigheden af gigtfeber varierer fra land til land. Der er lande, hvor der ikke er registreret tilfælde og andre lande med middel eller høj forekomst (mere end 40 tilfælde per 100.000 person per år). Det antages, at der er over 15 millioner tilfælde af gigtfeber over hele

verden, med 282.000 nye tilfælde og 233.000 dødsfald per år.

1.3 Hvad er årsagen til sygdommen?

Sygdommen skyldes et abnormt immunrespons på halsbetændelse med gruppe A β hæmolytiske streptokokker også kaldet Streptokokkus pyogenes. Efter halsbetændelsen er der en sygdomsfri periode frem til debut af gigtfeberen.

Behandling med antibiotika er nødvendig for at behandle halsinfektionen og stoppe stimuleringen af immunsystemet samt forebygge nye tilfælde af infektioner, fordi nye tilfælde af halsbetændelse kan medføre fornyede tilfælde af gigtfeber. Risikoen for gentagne sygdomsangreb er højere i de første 3 år efter sygdomsdebut

1.4 Er det arveligt?

Gigtfeber er ikke en arvelig sygdom, fordi sygdommen ikke kan overføres direkte fra forældre til børn. Der er dog i visse familier flere medlemmer, der udvikler gigtfeber. Det skyldes muligvis genetiske faktorer, som kan påvirke muligheden for overførsel af streptokokker fra person til person. Streptokokker overføres via luftvejene og med spyt.

1.5 Hvorfor får mit barn denne sygdom? Kan sygdommen forebygges?

Såvel miljøet som streptokokstammen er vigtige faktorer i udviklingen af gigtfeber, men i praksis er det svært at forudsige, hvem der får sygdommen. Arthritis og karditis skyldes et abnormt immunrespons rettet mod proteiner i streptokokkerne. Risikoen for at få gigtfeber er højere, når personer i øget risiko for gigtfeber, inficeres med visse typer af streptokokker. Familier, hvor mange er samlet på lidt plads (=crowding) er en risikofaktor. Forebyggelse af gigtfeber er afhængig af hurtig diagnose og antibiotikabehandling af streptokok halsbetændelse hos raske børn (det anbefalede antibiotikum er penicillin).

1.6 Er det smitsomt?

Gigtfeber er i sig selv ikke smitsomt i modsætning til streptokok halsbetændelse. Streptokokker spredes fra person til person, og derfor

hænger streptokokinfektion sammen med at samles fx i hjemmet, i skoler eller ved sport. Grundig håndvask og undgåelse af kontakt med personer med streptokok halsbetændelse er vigtigt for at stoppe spredningen af sygdommen.

1.7 Hvad er hovedsymptomerne?

Gigtfeber viser sig oftest som en kombination af symptomer, der kan være unikke hos hver enkelt patient. Sygdommen opstår efter streptokok halsbetændelse, som ikke eller kun delvis behandles med antibiotika.

Halsbetændelse medfører feber, halssmerter, rødme af tunge og mandler med purulent betændelse samt hovedpine og ømme lymfekirtler på halsen. Disse symptomer kan dog være milde eller helt fraværende hos børn og unge. Når den akutte infektion er overstået, er der en symptomfri periode på 2-3 uger. Derefter kan barnet få feber samt sygdomstegn som beskrevet nedenunder.

Artritis (ledbetændelse)

Artritis rammer som regel flere store led på en gang eller springer fra led til led og rammer et eller to på en gang (knæ, albuer, ankler, skuldre). Det kaldes springende og forbigående artritis. Artritis i hænder og nakkehvirvler er mindre hyppigt. Ledsmerterne kan være kraftige selv om ledhævelsen ikke er tydelig. Ledsmerterne forsvinder som regel hurtigt efter opstart med anti-inflammatorisk medicin. Acetylsalicylsyre er den meste benyttede medicin.

Karditis (hjerterbetændelse)

Karditis er den mest alvorlige tilstand ved gigtfeber. Hurtig puls i hvile eller under søvn giver mistanke om reumatisk karditis. Det væsentligste tegn på hjertepåvirkning er mislyde ved hjerteundersøgelse. Hvis der er inflammation i hjertesækken, kaldet perikarditis, kan der samle sig væske rundt om hjertet. Det giver som regel ikke symptomer og forsvinder spontant. I de mest alvorlige tilfælde af inflammation i hjertemuskulaturen, kaldet myokarditis, kan hjertets pumpefunktion være nedsat. Myokarditis giver hoste, brystmerter og hurtig puls og vejrtrækning. Viderehenvisning til undersøgelse og til hjertespecialist er nødvendigt. Reumatisk hjerteklapsygdom kan ses ved det første tilfælde af gigtfeber, men som regel ses det først efter gentagne

episoder, og hjerteklapsygdom kan føre til problemer senere i voksenlivet, og derfor er forebyggelse af gigtfeber vigtig.

Chorea

Ordet chorea stammer fra græsk og betyder at danse. Chorea viser sig som abnorme bevægelser, som skyldes inflammation i de dele af hjernen, som kontrollerer koordination af bevægelser. Det rammer ca. 10-30% af patienter med gigtfeber. Modsat arthritis og karditis, så opstår chorea senere i sygdomsforløbet, typisk fra 1 til 6 måneder efter halsbetændelsen. Tidlige tegn på chorea er problemer med håndskrift hos børn i skolealderen, problemer med påklædning og basale dagligdags funktioner. Selv det at gå en tur eller at spise kan blive et problem pga. ufrivillige bevægelser. Bevægelserne kan undertrykkes af patienterne selv i korte perioder, kan forsvinde under søvn eller forværres ved stress og træthed. Hos studerende ses indlæringsvanskeligheder pga. nedsat koncentrationsevne, angst og humørudsving. I milde tilfælde kan det tolkes som adfærdsforstyrrelse. Chorea er typisk selvbegrænsende og vil sædvanligvis forsvinde inden for 2-6 måneder. I sygdomsperioden kan der være behov for støtte og opfølgning.

Hududslæt

Ved gigtfeber kan der i sjældnere grad ses hudforandringer enten i form af erythema marginatum, som ligner røde ringe, eller knuder i underhuden, som er smertefulde, på størrelse med korn og med normal hudfarve og typisk lokaliseret især henover led. Disse forandringer ses hos mindre end 5% af tilfældene og kan overses pga. de beskedne tegn og forbigående tilstedeværelse. Hudforandringerne ses ikke isolerede, men forekommer samtidigt med myokarditis. Af andre symptomer, som oftest bemærkes af forældrene, kan nævnes feber, træthed, uoplagthed, appetitløshed, bleghed, mavesmerter og tendens til næseblødning, som kan ses i tidlige faser af sygdommen.

1.8 Er sygdommen ens hos alle børn?

Den mest almindelige præsentation er en hjertemislyd hos større børn eller unge med ledsagende gigt og feber. Yngre børn har tendens til at udvikle hjerteproblemer og i mindre grad ledproblemer. Chorea kan optræde isoleret eller i kombination med hjertebetændelse.

Grundig undersøgelse for hjertesygdom anbefales hos alle patienter.

1.9 Er sygdomsforløbet forskellig hos børn sammenlignet med voksne?

Gigtfeber ses primært hos skolebørn og unge op til 25 år. Den er sjælden under 3-års alderen og mere end 80% af alle patienter er mellem 5 og 19 år gamle. Den kan dog senere i livet ses opblussen af sygdommen, hvis behandlingen med fast forebyggende antibiotika ikke følges.