



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

Lyme Artrit (Borrelia Gigt)

Version af 2016

1. HVAD ER LYME ARTRIT (BORRELIA GIGT)

1.1 Hvad er det?

Borrelia gigt (Lyme borreliosis) er en af de sygdomme, der skyldes bakterien *Borrelia burgdorferi*. Bakterien kan overføres til mennesker gennem skovflåtbid (bl.a. flåten *Ixodes ricinus*).

Borreliainfektion kan ramme huden, centralnervesystemet, hjertet, øjet og andre organer, men ved Borrelia gigt er det typisk udelukkende leddene, der rammes. I klassiske tilfælde er det første symptom ved *Borrelia* infektion en hudreaktion der kaldes Erythema migrans, et højrødt skarpt afgrænset udslæt, der udbreder sig der, hvor skovflåten har siddet.

I sjældne tilfælde kan ubehandlet Borrelia gigt sprede sig til centralnervesystemet.

1.2 Hvor hyppigt er det?

Kun få børn med gigt har Borrelia gigt, men Borrelia gigt er formodentlig den hyppigste bakteriefremkaldte ledbetændelse blandt børn og unge i Europa. Det ses meget sjældent hos børn under 4 år, og er derfor først og fremmest en sygdom blandt skolebørn.

Det findes i alle områder af Europa, men ses relativt hyppigt i den sydlige del af Skandinavien, i området omkring Østersøen, dvs. Sydsverige, Nordsjælland, Bornholm samt Mellemeuropa. Bakterien overføres med en inficeret skovflåt, som oftest er aktiv fra april til oktober, men afhængig af miljø, omgivelsernes temperatur og luftfugtighed, vil der være en risiko på et hvilket som helst tidspunkt af året. Udvikling af gigt ses ikke umiddelbart efter biddet, så mistanke om

denne type gigt bør være til stede gennem hele året.

1.3 Hvad er årsagen til sygdommen?

Bakterien *Borrelia burgdorferi*, overført med skovflåt, er ansvarlig for sygdommen. De fleste skovflåter er ikke inficerede, og selv hvis de er inficerede, fører bid ikke nødvendigvis til infektion. Selv hvis der kommer en infektion med det klassiske hudsymptom, Erythema migrans, vil den oftest ikke udvikles til Borreliagigt.

Specielt ikke, hvis man så snart man ser hudsymptomer, behandler med penicillin. Så selvom hudsymptomerne måske ses hos 1:1000 børn / år, vil hyppigheden af Borreliagigt være langt, langt sjældnere.

1.4 Er det arveligt?

Borreliagigt er en infektionssygdom og er ikke arvelig. Borreliagigt der er resistent overfor antibiotika er sat i forbindelse med visse genotyper, men den præcise mekanisme ved denne mulige prædisposition kendes ikke.

1.5 Hvorfor har mit barn fået denne sygdom. Kan det forebygges?

I de regioner, hvor skovflåten er hyppig, er det svært at undgå, at børn bliver bidt af skovflåt. Heldigvis er det dog således, at *Borrelia* ikke smitter umiddelbart efter skovflåt biddet, men først hvis skovflåten har siddet i mere end et døgn. Bakterien skal nemlig først igennem skovflåten og ud til dens spytkirtler, før den kan overføres til barnet eller den voksne person. Skovflåten kan af sig selv blive siddende på kroppen i 3-5 dage. Hvis man hver aften om sommeren undersøger børnene for, om der er skovflåter og straks fjerner dem, er risikoen for Borreliagigt meget, meget lille. Det kan ikke anbefales at give forebyggende antibiotisk behandling.

Hvis der opstår hudsymptomer af typen Erythema migrans skal der straks behandles med penicillin. Det vil forhindre at bakterien breder sig yderligere og forebygge Borreliagigt. I USA har der været en vaccine mod *Borrelia*, som imidlertid blev trukket tilbage fra markedet af økonomiske grunde. *Borrelia* typen i USA er forskellig fra den europæiske. I Europa er der ikke nogen tilgængelig vaccine.

1.6 Er det smitsomt?

Selvom der er tale om en infektion, er den ikke smitsom. Bakterien kan ikke sprede sig fra menneske til menneske, den skal igennem en skovflåt, før den kan smitte et menneske igen.

1.7 Hvad er hovedsymptomerne?

Hovedsymptomerne ved Borreliagigt er hævede led med væskeansamling og nedsat bevægelighed. Leddet kan være meget hævet og alligevel kun give lidt eller ingen smerter. I 2 ud af 3 tilfælde er det kun i et enkelt led, typisk et knæled, men i sjældne tilfælde kan flere led, også små led, blive angrebne. Kun cirka 5% får påvirkning af > 4 led. I 2/3 af tilfældene kan gigten være svingende, dvs. gigtsymptomerne svinder af sig selv i løbet af dage til uger for, efter en periode uden symptomer, at vende tilbage typisk i de samme led. Sædvanligvis vil forløbet være således, at varigheden, hvor gigten er til stede, vil aftage og intervallerne imellem gigtepisoderne vil blive længere, men i nogle tilfælde forværres tilstanden og får et kronisk forløb. I sjældnere tilfælde kan gigten allerede fra begyndelsen have et mere konstant forløb (uændret gennem flere måneder).

1.8 Er sygdommen ens fra barn til barn?

Nej. Sygdommen kan have et akut forløb med en enkelt gigt episode, eller et forløb med tilbagevendende gigt med symptomfri intervaller eller et vedvarende kronisk forløb. Gigten synes at være mere akut hos yngre børn og mere kronisk hos unge.

1.9 Er sygdommen forskellig fra børn til voksne?

Sygdomsforløbet hos børn og voksne er tilsyneladende ens, men børn har dog en højere hyppighed af gigtsymptomer end voksne. I modsætning hertil: jo yngre barn, jo mere akut forløb og jo bedre effekt af antibiotikabehandling.

2. DIAGNOSE OG BEHANDLING

2.1 Hvordan stilles diagnosen?

Ved nylig opstået ledbetændelse uden kendt årsag vil der altid være mistanke om infektion, herunder Borrelia infektion, og der bør undersøges herfor. Diagnosen fastslås ved laboratorieundersøgelser, blodprøver og i nogle tilfælde også ved undersøgelse af ledvæske fra et hævet led.

I blodet vil der efter nogle uger kunne findes antistoffer mod Borrelia burgdorferi (af IgM-type), men først efter 4-8 uger af IgM-type, som er de antistoffer der bekræfter diagnosen.

Man kan også på visse laboratorier, ved en speciel teknik (PCR teknik), forsøge at påvise bakteries gener (DNA) i ledvæske. Det regnes dog for en mindre pålidelig diagnostisk test end antistofmåling.

2.2 Hvilke prøver er vigtige?

Udover undersøgelse for Borrelia tages blodprøver for andre infektioner og blodprøver, der kan sige noget om sygdomsaktivitet (eksempelvis sænkning og CRP). Når Borrelia-infektion er fastslået ved antistofundersøgelse, er der ingen grund til at gentage antistofundersøgelserne.

Blodprøverne kan ikke skelne patienter med en aktiv infektion fra dem, der tidligere har haft infektionen. Hos omkring 10% vil man fortsat, trods korrekt behandling kunne finde antistofferne i blodet.

2.3 Kan det behandles / helbredes?

Da Borreliagigt er en bakterieinfektion behandles den med antibiotika. Mere end 80% af patienterne med Borreliagigt helbredes efter en eller to behandlinger med antibiotika. Hos de resterende 10-20% kan der være behov for supplerende behandling med gigtmidler, sædvanligvis vil yderligere antibiotisk behandling ikke hjælpe.

2.4 Hvad er behandlingen?

Borrelia kan behandles med antibiotika tabletter, eller antibiotika som indsprøjtninger (intravenøst). Behandlingsvarigheden kan veksle fra 2-4 uger, kortest hvis der gives indsprøjtninger.

2.5 Hvad er bivirkningerne til behandlingen?

Der kan optræde bivirkninger først og fremmest allergiske reaktioner, herudover kan der komme diare.

2.6 Hvor længe skal behandlingen vare?

Efter den første antibiotiske behandling er givet, anbefales det, at man venter i seks uger, før man konkluderer, om der har været effekt eller ej. I nogle situationer kan det være nødvendigt at give endnu en antibiotika kur.

Hvis der fortsat er gigt 6 uger efter afslutningen af anden antibiotikakur, bør der påbegyndes behandling med gigtmedicin eksempelvis NSAID, eventuelt suppleret med intra-artikulær injektion af binyrebarkhormon.

2.7 Hvilke kontroller er nødvendige?

Det er kun nødvendigt med kontrol af leddene. Jo længere tid der er gået siden gigten forsvandt, jo mere usandsynlig er tilbagefald.

2.8 Hvor længe vil sygdommen vare?

Mere end 80% af patienterne vil være raske efter een eller to antibiotikakure. I de resterende tilfælde vil gigten forsvinde efter måneder til år.

2.9 Hvordan er langtidsudsigterne (prognosen)?

Efter antibiotika behandling vil langt de fleste blive helt raske og uden ledskaede. I ganske sjældne tilfælde vil infektionen efterlade blivende forandringer i brusk og knogle med risiko for nedsat bevægelighed i leddet og tidligt indsættende slidgigt.

2.10 Er det muligt at blive helt rask?

Gigten vil fortage sig fuldstændigt for mere end 95%.

3. HVERDAGSLIV

3.1 Hvordan kan sygdommen påvirke barnet og familiens daglige liv?

Sygdommen vil sjældent påvirke familiens dagligliv, men barnet kan selvfølgelig være begrænset i sine aktiviteter, hvis der er et smertende led, der ikke kan bevæges normalt. For de fleste patienter er sygdommen mild og de fleste problemer små og forbigående.

3.2 Hvad med skole?

Gennem en begrænset tidsperiode kan det være nødvendigt at undlade fuld deltagelse i skolens sportsaktiviteter, men ellers kan man kun opfordre til, at barnet mest muligt genoptager sin almindelige skolegang og sine daglige fritidsaktiviteter.

3.3 Hvad med sport?

Der er ingen restriktioner i forhold til fysisk aktivitet. Mens gigten er meget aktiv må barnet bestemme for sig selv, hvor meget og hvor længe det magter at være med.

3.4 Hvad med diæt?

Diæten bør være afbalanceret og indeholde tilstrækkeligt protein, calcium og vitaminer for et barn, der vokser. Speciel diæt vil ikke kunne ændre sygdomsforløbet.

3.5 Kan klimaet influere på sygdomsforløbet?

Når man først har fået sygdommen, influeres den ikke af variationer i klimaet.

3.6 Kan barnet blive vaccineret?

Barnet kan vaccineres helt uden restriktioner. Effekten af vaccination bliver ikke påvirket af sygdom eller den antibiotiske behandling, og der er ikke grund til at forvente andre end vanlige bivirkninger af vaccinationen pga. sygdommen eller dens behandling. Der er ingen mulighed for vaccination mod *Borrelia*.

3.7 Hvad med sex, graviditet, og prævention?

Sygdommen giver ingen grund til restriktioner.