



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

Acuut reuma en post-streptokokken reactieve artritis

Versie 2016

2. DIAGNOSE EN THERAPIE

2.1 Hoe wordt het gediagnosticeerd?

Klinische symptomen en aanvullend onderzoek zijn van groot belang, omdat er geen specifieke test of symptoom bestaat voor de diagnose. Klinische symptomen van artritis, carditis, huidsveranderingen, koorts, abnormale 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. Er zijn criteria opgesteld waaraan een kind moet voldoen om de diagnose acuut reuma te kunnen stellen. Deze heten Jones criteria.

2.2 Welke aandoeningen lijken op acuut reuma?

Er is een aandoening, genaamd "poststreptokokken 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 idiopathische artritis is een andere aandoening die op acuut reuma lijkt, maar hierbij houdt de artritis langer dan 6 weken aan. De ziekte van lyme en leukemie kunnen zich presenteren met een artritis. Bij een reactive artritis veroorzaakt door een andere bacterie of virus kan ook een artritis optreden. Onschuldige hartruisjes (gewone hartruis zonder hartafwijking), congenitale of later ontstane hartafwijkingen kunnen

foutief gediagnosticeerd worden als acuut reuma.

2.3 Hoe belangrijk zijn de tests?

Sommige onderzoeken zijn essentieel voor het stellen van de diagnose en tijdens de follow-up. Bloedonderzoek is 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 meer van een keelontsteking, deze is vaak al genezen door het immuun systeem op het moment dat de ziekte zich openbaart. Er zijn bloedtests om de antistoffen tegen streptokokken aan te tonen die worden gevormd tijdens de infectie. Deze kunnen worden aangetoond ook als de ouders en/of de patiënt zich de symptomen van de keelontsteking niet kunnen herinneren. Stijgende concentraties van deze antistoffen, genaamd anti-streptolysine O (ASO) of DNase B, zijn in het bloed aanwezig vanaf na 2-4 weken na de infectie met de streptokok. Hoge concentraties wijzen op een recente infectie, maar er is geen bewijs dat de hoogte in relatie staat met de ernst van de aandoening. De antistoffen zijn normaal bij patiënten die alleen chorea hebben, waardoor de diagnose lastig te stellen is.

Abnormale ASO of DNase B testresultaten, betekenen dat het immuunsysteem eerder blootgesteld is aan een streptokok die het aangezet hebben antistoffen te produceren en dit is bij patiënten zonder symptomen niet voldoende om de diagnose acuut reuma te stellen. Behandeling met antibiotica is daarvoor over het algemeen niet nodig.

2.4 Hoe kan carditis opgespoord worden?

Een nieuw ruisje, 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 (= hartfilmpje; een onderzoek waarbij de hartactiviteit geregistreerd wordt op een stuk papier) is nuttig om de mate waarin het hart is aangedaan vast te stellen. Röntgenfoto's van de borstkas zijn ook belangrijk om te controleren of het hart vergroot is.

Een doppler echocardiogram of hartecho is een zeer sensitieve test

voor carditis. Al deze onderzoeken zijn absoluut 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 acuut reuma een groot gezondheidsprobleem, maar het kan voorkomen worden door een keelontsteking veroorzaakt door een streptokok te behandelen zodra het gediagnosticeerd wordt (primaire preventie). Als er binnen 9 dagen na het optreden van de keelontsteking begonnen wordt met een antibioticabehandeling, dan is dit een effectieve preventie van acuut reuma. Symptomen van acuut reuma worden behandeld met niet-steroïde 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 abnormale immuunreactie. Deze aanpak zou de toekomstige preventie van acuut reuma kunnen zijn.

2.6 Wat zijn de belangrijkste behandelingen?

In het afgelopen paar jaar, zijn er geen aanbevelingen gedaan met betrekking tot nieuwe behandelingen. De behandeling blijft voornamelijk bestaan uit aspirine, maar de exacte werking van het effect is onduidelijk; het lijkt gerelateerd te zijn aan de ontstekingsremmende werking. Voor de behandeling van artritis wordt geadviseerd om gedurende 6-8 weken (of tot de artritis over is) niet-steroïde anti-inflammatoire medicijnen (NSAID's) te gebruiken.

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. De ontsteking wordt bepaald aan de hand van bloedonderzoeken en aan de hand van de symptomen.

In het geval van chorea kan de hulp van ouders nodig zijn bij de persoonlijke verzorging en schooltaken. De chorea bewegingsstoornis kan behandeld worden met haloperidol of valproïnezuur. Controle op het ontstaan van bijwerkingen is hierbij van belang. Veel voorkomende bijwerkingen zijn slapeloosheid en trillingen, 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 de langdurige preventie met antibiotica aangeraden om het opnieuw optreden van acute acuut reuma 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 Hoe lang zou de secundaire preventie moeten 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 opvlamming. Tijdens deze periode wordt reguliere antibioticabehandeling aangeraden om nieuwe infecties met streptokokken te voorkomen, voor alle patiënten die acuut reuma hebben gehad, onafhankelijk van de ernst, aangezien ook milde vormen opnieuw op kunnen recidiveren.

De meeste artsen zijn het erover eens dat de preventie met antibiotica tenminste 5 jaar moet duren, gerekend vanaf de laatste aanval of 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 (maar net 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 tandbehandelingen 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/complementaire therapieën?

Er zijn vele complementaire 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 kleven aan het uitproberen van deze therapieën, aangezien er weinig voordeel is aangetoond en ze kostbaar kunnen zijn in termen van tijd, belasting van het kind en geld. Mocht u complementaire en alternatieve therapieën willen uitproberen, dan is het verstandig om over deze mogelijkheden te overleggen met de kinderreumatoloog. Sommige therapieën kunnen een wisselwerking hebben op de gebruikelijke medicatie. De meeste artsen staan niet negatief tegenover het gebruik van alternatieve therapieën, zolang u het medisch advies op blijft volgen. Het is van groot belang dat er niet gestopt wordt met het nemen van de voorgeschreven medicatie. Als medicatie zoals corticosteroiden 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 Hoe lang duurt de ziekte?

Acute symptomen van de ziekte gaan binnen enkele dagen tot weken over. Het risico op terugkerende aanvallen van acuut reuma 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 de carditis geleid heeft tot ernstige beschadigingen aan de hartkleppen.