



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

Acuut reuma en post-streptokokken reactieve artritis

Versie 2016

1. WAT IS ACUUT REUMA

1.1 Wat is het?

Acuut reuma wordt veroorzaakt door een keelontsteking met een bacterie die streptokok genoemd wordt. Er zijn verschillende groepen streptokokken, maar alleen het type A kan acuut reuma veroorzaken. Ondanks het feit dat een streptokokkeninfectie een veel voorkomende oorzaak is van faryngitis (keelontsteking) bij schoolgaande kinderen, zullen niet alle kinderen met faryngitis acuut reuma krijgen. De ziekte wordt in het begin gekenmerkt door kortdurende pijnlijke en gezwollen gewrichten en later door carditis (hartontsteking) of een abnormale niet vrijwillige bewegingsstoornis (chorea) vanwege een hersenontsteking. Er kunnen ook huiduitslag of huidnoduli ontstaan. Uiteindelijk kan de ziekte leiden tot een ontsteking en schade aan het hart

1.2 Hoe vaak komt het voor?

Voordat antibiotische behandeling mogelijk werd kwam de ziekte veel voor in landen met een warm klimaat. Nadat faryngitis met antibiotica behandeld werd, nam het aantal gevallen van acuut reuma af, maar het treft toch nog steeds kinderen in de leeftijd van 5-15 jaar over de hele wereld. Bij een klein aantal van hen leidt het tot hartaandoeningen. Vanwege de symptomen aan de gewrichten valt het onder de reumatische aandoeningen van kinderen en tieners. Acuut reuma komt niet overal in de wereld even vaak voor. Het aantal patiënten met acuut reuma verschilt van land tot land: er

zijn landen waar geen gevallen bekend zijn en landen met gemiddelde of hoge percentages (meer dan 40 gevallen per 100.000 personen per jaar). Er zijn naar schatting wereldwijd 15 miljoen gevallen van reumatische hartaandoeningen, met jaarlijks 282.000 nieuwe gevallen en 233.000 doden per jaar. IN Westerse landen komt het weinig voor.

1.3 Wat zijn de oorzaken van de ziekte?

De ziekte is het resultaat van een abnormale immuunreactie (=afweer reactie) op een keelontsteking met een Streptococcus pyogenes, of een groep A β -hemolytische Streptokok. De keelpijn wordt gevolgd door een asymptomatisch begin van de ziekte die van variabele duur kan zijn. Behandeling met antibiotica is nodig om de keelontsteking te behandelen, de stimulatie van het immuunsysteem te stoppen en om nieuwe infecties te voorkomen. Het voorkomen van nieuwe infecties is belangrijk omdat deze omdat een nieuwe aanval van het acuut reuma kunnen veroorzaken. Het risico op een herhaaldelijke aanval is hoger in de eerste drie jaren na het begin van de ziekte.

1.4 Is het erfelijk?

Acuut reuma is geen erfelijke aandoening, aangezien het niet direct van ouder op kind kan worden overgedragen. Er zijn echter families waarbij meerdere familieleden reumatisch koorts hebben gekregen. Dit kan afhankelijk zijn van genetische factoren die geassocieerd zijn met de mogelijkheid om een ander persoon te besmetten met de streptokok. Een streptokokkeninfectie kan via de luchtwegen en speeksel worden overgedragen.

1.5 Waarom heeft mijn kind deze aandoening? Kan het voorkomen worden?

De omgeving en de stam streptokokken zijn belangrijke factoren voor de ontwikkeling van de ziekte, maar in praktijk is het moeilijk om te voorspellen wie het zal krijgen. Artritis(=gewrichtsontsteking) en hartontsteking worden veroorzaakt door en abnormale immuunreactie tegen de eiwitten van de streptokokken. De kans om de ziekte te ontwikkelen is groter als bepaalde types streptokokken een infectie veroorzaken bij een persoon die hier gevoelig voor is. Dichte bevolking

is een belangrijke omgevingsfactor, omdat het de kans op het overdragen van infecties vergroot. Bij het voorkomen van acuut reuma, bij gezonde kinderen, is het belangrijk om in het geval van een keelontsteking snel tot een diagnose te komen en meteen een behandeling met antibiotica te starten. Het aanbevolen antibioticum is penicilline.

1.6 Is het besmettelijk?

Acuut reuma is op zich niet besmettelijk, maar de keelontsteking veroorzaakt door een streptokok is dit wel. Streptokokken worden overgedragen van persoon tot persoon en daarom wordt de infectie geassocieerd met druk bezochte ruimtes thuis, op school of in de gymzaal. Het goed wassen van de handen en het vermijden van nauw contact met personen die een door streptokokken veroorzaakte keelontsteking hebben is belangrijk om de verspreiding van de ziekte te stoppen.

1.7 Wat zijn de belangrijkste symptomen?

Acuut reuma gaat normaal gesproken gepaard met een combinatie van symptomen die per patiënt kunnen verschillen. Het ontstaat als een streptokokken faryngitis of tonsillitis niet behandeld wordt met antibiotica.

Faryngitis of tonsillitis (=ontsteking van de keelamandelen) worden herkend aan de hand van koorts, zere keel, hoofdpijn, rood gehemelte en tonsillen met pusachtige afscheiding en vergrote en pijnlijke lymfklieren in de nek. Deze symptomen kunnen echter zeer mild of helemaal afwezig zijn bij schoolgaande kinderen en tieners. Nadat de acute infectie over is, is er een asymptomatische periode van 2-3 weken. Het kind kan daarna weer koorts krijgen en symptomen van de hieronder beschreven ziekte.

Artritis

De artritis treedt vooral op in verschillende grote gewrichten, dan wel op hetzelfde moment maar het kan ook van het ene gewricht naar het andere gaan. Hierbij kunnen er één of twee tegelijkertijd aangedaan zijn (knieën, ellebogen, enkels of schouders). Het wordt migratoire (= verspringende) en tijdelijke artritis genoemd. Artritis van de handen en

van de wervelkolom komen minder vaak voor. De gewrichtspijn kan ernstig zijn ook als de zwelling niet evident is. De pijn gaat meestal direct na het nemen van ontstekingsremmende medicatie over. Aspirine is het meest gebruikte ontstekingsremmende medicijn.

Carditis

Carditis (hartontsteking) is het meest ernstige symptoom. Bij een versnelde hartslag tijdens rust of slaap moet men bedacht zijn op reumatische carditis. Afwijkingen bij een hartonderzoek met hartruisjes is het belangrijkste teken dat het hart aangetast is. Het varieert van een subtiele tot een luide ruis, dat kan duiden op een ontsteking aan de hartkleppen, genaamd endocarditis. Als het hartzakje ontstoken is, wordt dit pericarditis genoemd en kan er vocht rond het hart opgehoopt zijn. Dit zorgt meestal niet voor symptomen en gaat vanzelf over. In de ernstigere gevallen van myocarditis is de hartspier ontstoken en pompt het hart zwakker het bloed rond. Het kan herkend worden door hoesten, pijn op de borst en versnelde hartslag en ademhaling. Een onderzoek door een kindercardioloog is noodzakelijk. Reumatische hartklepaandoeningen kunnen het resultaat zijn van de eerste aanval van acuut reuma, maar het is meestal het gevolg van herhaaldelijke episodes en kan later in het leven als de patiënt volwassen is voor problemen zorgen. Hiervoor is preventie cruciaal.

Chorea

De term chorea komt uit het Grieks en betekent dansen. Chorea is een bewegingsstoornis, die veroorzaakt wordt doordat delen van de hersenen die de beweging coördineren ontstoken raken. Het treft 10-30% van de patiënten met acuut reuma. Anders dan artritis en carditis treedt chorea later op, circa 1-6 maanden na de keelontsteking. Vroege symptomen zijn een slecht handschrift bij schoolgaande kinderen, problemen bij het aankleden en wassen of zelfs bij het lopen en eten, vanwege trillende onvrijwillige bewegingen. De bewegingen kunnen gedurende korte periodes onderdrukt worden en verdwijnen tijdens het slapen. De bewegingen worden juist erger bij stress en vermoeidheid. Bij scholieren heeft het gevolgen voor hun studieresultaten vanwege concentratieproblemen, angst en stemmingswisselingen. De stemmingswisselingen kenmerken zich door huilbuien. Als de symptomen subtiel zijn dan kunnen ze het over het hoofd gezien worden en bestempeld worden als een gedragsprobleem.

Het gaat vanzelf over, maar een ondersteunende behandeling en controle zijn nodig.

Huiduitslag

Een minder vaak voorkomend symptoom van acuut reuma is de huiduitslag genaamd "erythema marginatum", dat eruit ziet als rode ringen en onderhuidse noduli. Dit zijn pijnloze, beweegbare kleine knobbeltjes met een normale huidskleur, die vaak ter hoogte van de gewrichten gezien worden. Dit symptoom komt bij minder dan 5% van de gevallen voor en kan makkelijk over het hoofd gezien worden want het is vaak subtiel en van voorbijgaande aard. De huiduitslag komt niet op zichzelf staand voor, maar kan samen met myocarditis (ontsteking van de hartspier) voorkomen. Andere klachten die in een vroege fase van de aandoening zoals koorts, vermoeidheid, verminderde eetlust, bleekheid, buikpijn en neusbloedingen, die in de vroege fase van de aandoening op kunnen treden worden vaak als eerste door ouders herkend.

1.8 Verloopt de ziekte bij ieder kind hetzelfde?

Het meest voorkomende symptoom is de hartruis bij oudere kinderen en tieners in combinatie met artritis en koorts. Jongere patiënten hebben vaker carditis en minder ernstige gewrichtsklachten. Chorea kan het enige symptoom zijn of voorkomen in combinatie met carditis. In dit geval worden onderzoek en een goede follow-up door een cardioloog aangeraden.

1.9 Is de ziekte bij kinderen anders dan bij volwassenen?

Acuut reuma is een aandoening die voorkomt bij schoolgaande kinderen en jong volwassenen tot 25 jaar. Het is zeldzaam voor het derde levensjaar. Meer dan 80% van de patiënten is tussen de 5 en 19 jaar oud. Het kan ook later in het leven optreden als de therapietrouw laag is voor de voorgeschreven antibiotica.

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. Juvenile 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 slaperigheid 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 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 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.

3. DAGELIJKS LEVEN

3.1 Wat voor invloed heeft de ziekte op het kind en het dagelijkse leven van het gezin?

Met goede zorg en regelmatige controles, kunnen de meeste kinderen met acuut reuma een normaal leven leiden. Steun van het gezin is echter wel gewenst bij patiënten met carditis en chorea, als de ziekte weer oplaat.

De grootste zorg is de therapietrouw op lange termijn bij de antibiotica. Eerstelijns zorg moet hier bij betrokken worden en vooral tieners moeten worden gewezen op het belang van de therapietrouw.

3.2 Hoe zit het met school?

Als er geen hartbeschadigingen gezien zijn tijdens de controles, dan zijn er verder geen speciale aanbevelingen voor de dagelijkse activiteiten en het schoolleven; de kinderen kunnen alle activiteiten weer gewoon oppakken. Het is belangrijk dat ouders en docenten het kind ondersteunen en aanmoedigen om op een normale manier deel te laten nemen aan de schoolactiviteiten, zodat hij/zij succesvol zijn schoolcarrière af kan ronden en door zowel leeftijdgenootjes als volwassenen geaccepteerd kan worden. Tijdens acute fases van chorea kan het zijn dat er een achterstand optreedt op school. Het gezin en de school moeten het kind hierin ondersteunen gedurende een periode van 1-6 maanden.

3.3 Hoe zit het met sport?

Het beoefenen van een sport is een essentieel onderdeel van het dagelijkse leven van ieder kind. Een van de doelen van de therapie is het kind een zo normaal mogelijk leven te kunnen laten leiden en hen niet anders te laten voelen dan hun leeftijdgenootjes. Alle activiteiten kunnen in principe gedaan worden, zolang ze verdragen worden. Beperkte lichamelijke activiteit of bedrust kan echter nodig zijn tijdens de acute fase.

3.4 Hoe zit het met het dieet?

Er is geen bewijs dat het dieet invloed heeft op het verloop van de

ziekte. In het algemeen moet het kind een gebalanceerd, normaal dieet volgen, dat geschikt is voor zijn/haar leeftijd. Een gezond, goed gebalanceerd dieet met voldoende eiwitten, calcium en vitaminen wordt aangeraden voor opgroeiende kinderen. Teveel eten moet voorkomen worden bij patiënten die corticosteroiden slikken, omdat deze geneesmiddelen voor een verhoogde eetlust zorgen.

3.5 Kan het klimaat het verloop van de ziekte beïnvloeden?

Er is geen bewijs dat het klimaat invloed heeft op het verloop van de ziekte.

3.6 Kan het kind gevaccineerd worden?

De arts zal geval per geval beslissen welke vaccinaties het kind kan krijgen. Over het algemeen lijkt het erop dat vaccinaties niet voor een hogere activiteit van de ziekte zorgen en geen ernstige negatieve gevolgen hebben voor patiënten. Levend verzwakte vaccins worden echter vaak afgeraden, vanwege het mogelijke risico op infectie bij patiënten die hoge doseringen immuunonderdrukkende medicijnen of biologische geneesmiddelen gebruiken. Niet levende vaccins lijken veilig te zijn bij patiënten, zelfs bij kinderen die immuunonderdrukkende geneesmiddelen gebruiken, al zijn de meeste studies niet in staat om volledig het zeldzame letsel te beoordelen dat veroorzaakt kan worden door vaccinaties.

Patiënten die hoge doseringen immuunonderdrukkende geneesmiddelen gebruiken, worden meestal door hun arts geadviseerd om de concentraties van de antistoffen te bepalen na de vaccinatie.

3.7 Hoe zit het met het seksleven, zwangerschap en anticonceptie?

Er zijn vanwege de ziekte geen beperkingen met betrekking tot seksuele activiteit of een eventuele zwangerschap. Patiënten die medicatie gebruiken moeten echter altijd voorzichtig zijn vanwege de mogelijke effecten van deze geneesmiddelen op het ongeboren kind. Patiënten worden aangeraden om met hun arts te praten over anticonceptie en zwangerschap.

4. POST- STREPTOKOKKEN REACTIEVE ARTRITIS

4.1 Wat is het?

Er zijn gevallen van aan streptokokken gerelateerde artritis beschreven bij kinderen en jong volwassenen. Het wordt over het algemeen "reactieve artritis" genoemd of "post-streptokokken reactieve artritis" (PSRA).

PSRA treft vooral kinderen in de leeftijd van 8 tot 14 jaar en jong volwassenen tussen de 21 en 27 jaar. Het ontstaat meestal binnen 10 dagen na een keelontsteking. Het verschilt van artritis die gezien wordt bij reumatisch koorts (ARF), omdat daarbij meestal de grote gewrichten worden aangetast. Bij PSRA worden daarentegen vooral de grote en kleine gewrichten en het axiale skelet aangedaan. Het duurt meestal langer dan bij acuut reuma - zo'n 2 maanden en soms zelfs nog langer.

Er kan lage koorts aanwezig zijn, met abnormale laboratoriumonderzoeken die duiden op een ontsteking (C-reactieve proteïne en/of de bezinkingsnelheid van erythrocyten (BSE)). De ontstekingsmarkers zijn lager dan bij acuut reuma. De diagnose van PSRA is gebaseerd op artritis met bewijs van een recente streptokokkeninfectie, abnormale waarden voor streptokokken antistoffen (ASO, DNase B) en de afwezigheid van symptomen, die wijzen op acuut reuma volgens de criteria van Jones.

PSRA verschilt van acuut reuma. PSRA patiënten ontwikkelen meestal geen carditis. Op dit moment raadt de American Heart Association een profylactische behandeling met antibiotica aan gedurende een jaar vanaf het ontstaan van de symptomen. Bij deze patiënten moet goed gekeken worden naar eventueel klinisch en of echocardiografisch bewijs dat duidt op carditis. Als de hartaandoening optreedt, moeten patiënten behandeld worden als bij acuut reuma; anders kan er met de profylaxe worden gestopt. Nacontroles bij een cardioloog worden aangeraden.