

Kasuistik

Borrelia er en differentialdiagnose til monoarthritis

Marie Louise Isaksen¹, Steen Bærentzen², Carsten Schade Larsen¹ & Victor Næstholt Dahl^{1, 3}

1) Infektionssygdomme, Aarhus Universitetshospital, 2) Patologi, Aarhus Universitetshospital, 3) Medicinsk Afdeling, Regionshospitalet Randers

Ugeskr Læger 2026;188:V01260009. doi: 10.61409/V01260009

Borreliaarthritis er en sen manifestation af borreliose og er oftest karakteriseret ved monoarthritis i de store led, særligt knæ. Artritissen kan være intermitterende og er ikke nødvendigvis ledsaget af smerter. Oligoarthritis kan også ses, oftest i begge knæ, og sjældnere kan forekomme involvering af øvrige led samt bursitis og myositis [1-5].

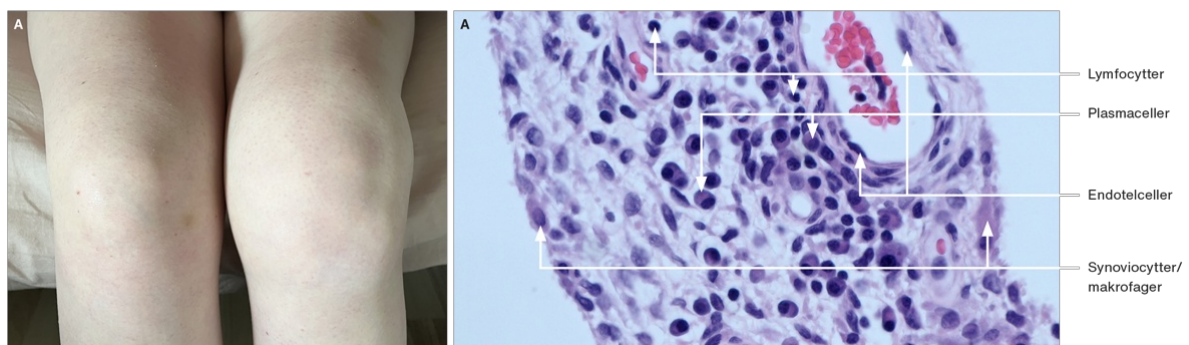
I USA er borreliaarthritis den hyppigst forekommende manifestation af systemisk borreliose, associeret med *Borrelia burgdorferi* sensu stricto-infektion. Manifestationen er sjælden i Danmark, da *B. afzelii* og *B. garinii* er de mest udbredte arter [1, 2]. Dette medfører, at diagnosen ofte ikke indgår i de differentialdiagnostiske overvejelser til arthritis – særligt uden for flåtsæson og ved fravær af anamnese med flåtbid og erythema migrans.

Denne sygehistorie omhandler en patient med borreliaarthritis med en betydelig diagnostisk forsinkelse og behandling.

Sygehistorie

En 19-årig kvinde henvendte sig ved egen læge med et års periodisk recidiverende hævelse af venstre knæ (Figur 1 A) ledsaget af smerter og bevægeindskrænkning. Patienten færdedes meget i naturen som led i en fritidsinteresse, men havde ikke observeret flåtbid. Røntgen af knæet var normalt.

FIGUR 1 A. Knæ inden antibiotikabehandling. **B.** Histopatologisk undersøgelse af synovialisbiopsi visende plasmacelldomineret inflammation.



Patienten blev henvist til reumatologisk afdeling, hvor der blev foretaget ledvæskeaspiration med inflammatorisk ledvæske med $23.054 \times 10^6/l$ leukocytter, heraf $4.131 \times 10^6/l$ monocytære og $18.923 \times 10^6/l$ polycytære celler. Blodprøver, inkl. HLA-B27, anti-CCP, ACE, ANA, IgM-RF, parvovirus B19-antistoffer og urat, var normaltvise.

fraset let forhøjet CRP 23,4 mg/l.

På mistanke om kronisk inflammatorisk monoarthritis blev NSAID og gentagne steroidinjektioner opstartet, men uden vedvarende effekt.

Syv måneder senere blev patienten henvist til ortopædkirurgisk regi, hvor man fandt diffus hævelse, palpationsømhed samt bevægeindskrænkning, men i øvrigt normale forhold. MR-skanning viste moderat til stor intraartikulær ansamling og udtalt synovitis.

Artroskopi med biopsi af synovialis viste markant inflammation uden hypertrofi. En histologisk undersøgelse af biopsien viste udtalt plasmacelledomineret kronisk inflammation, der kan være på reumatisk basis, men i øvrigt også kan ses ved spirokætinfektion, f.eks. borrelia (Figur 1 B), hvorfor patienten blev henvist til infektionsmedicinsk afdeling.

Patienten havde en stærkt positiv borrelia immunglobulin (Ig) G-titer (> 240 AU/ml). Specifik borrelia-PCR på synovialisbiopsien, som var blevet parafinindstøbt, var negativ.

26 måneder efter symptomdebut blev patienten sat i behandling med phenoxymethylpenicillin 1,5 MIE $\times$ 3 i 21 dage, som havde eklatant effekt med næsten fuldstændig remission af symptomer. Ved opfølgning 32 måneder efter symptomdebut var der dog fortsat en mindre grad af kronisk funktionsnedsættelse i form af kompromitteret fuld fleksion i knæet.

Diskussion

Med denne sygehistorie ønsker vi at belyse den sjældne og formentlig underdiagnosticerede manifestation af borreliose i Danmark.

I lyset af den eklatante effekt af penicillin, et højt borrelia IgG-niveau og det kliniske billede er den mest plausible diagnose borreliaarthritis. Dette trods den negative borrelia-PCR, som sandsynligvis kan tilskrives lavere sensitivitet på grund af parafinindstøbning.

Borreliaarthritis overvejes ofte ikke, fordi forekomsten i Europa er lav, og fordi symptomer og objektive fund er diffuse. Påvisning af højt borrelia IgG-niveau afspejler ikke nødvendigvis akut infektion, men sammen med den kliniske præsentation understøttes mistanken [1, 3, 4].

Af samme grund anvendes borreliaantistoffer ikke til behandlingsmonitorering. I enkelte tilfælde ses persisterende symptomer eller relaps efter endt behandling, som behandles med antiinflammatorisk behandling, f.eks. sygdomsmodificerende antireumatiske lægemidler [2]. Alternativ til penicillin er doxycyclin 100 mg $\times$ 2 i 21 dage [3].

Diagnosen kan med fordel bekræftes med specifik borrelia-PCR på synovialvæske eller biopsi og kan som specialdiagnostik rekvireres fra Klinisk Mikrobiologisk Afdeling, Odense Universitetshospital. Ifølge flere studier er sensitiviteten af denne undersøgelse dog forbundet med en stor variation [2, 4].

Patienten havde symptomer i over to år før korrekt diagnose. I forløbet blev der foretaget knæledspunktur og artroskopi med risiko for komplikationer, herunder septisk arthritis.

Sygehistorien understreger vigtigheden af at have borreliaarthritis som differentialdiagnostisk overvejelse hos patienter med mono- eller oligoarthritis. Tidlig diagnostik og behandling kan reducere sygdomsbyrde, spare unødvendige undersøgelser og behandlinger samt mindske risiko for progression til kronisk arthritis.

Korrespondance Victor Næstholt Dahl. E-mail: victor.dahl@rm.dk

Antaget 14. april 2026

Publiceret på ugeskriftet.dk 13. juli 2026

Interessekonflikter CSL oplyser økonomisk støtte fra eller interesse i GSK, Pfizer, Novartis, CSL Behring, MSD, Moderna, Takeda, Bavarian Nordic, Valneva og European Life Care Group. Alle forfattere har indsendt ICMJE Form for Disclosure of Potential Conflicts of Interest. Disse er tilgængelige sammen med artiklen på ugeskriftet.dk

Taksigelse Nanna Skaarup Andersen, Odense Universitetshospital, takkes for rådgivning om borrelia-PCR

Referencer findes i artiklen publiceret på ugeskriftet.dk

Artikelreference Ugeskr Læger 2026;188:V01260009

doi 10.61409/V01260009

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](#)

SUMMARY

Borrelia as a differential diagnosis to monoarthritis

In this case report, a young woman presented with recurring knee monoarthritis. Arthroscopy revealed synovitis, and histology showed chronic plasma cell-dominated inflammation. A positive serum-borrelia IgG titre supported the suspicion of Lyme arthritis despite a negative specific Borrelia PCR result on a paraffin-embedded synovial biopsy. Treatment with phenoxymethylpenicillin, initiated more than two years after symptom onset, resulted in rapid and near-complete remission. The case underscores the diagnostic challenges of Lyme arthritis and the importance of considering the diagnosis in mono- or oligoarthritis.

REFERENCER

1. Stanek G, Fingerle V, Hunfeldt KP et al. Lyme borreliosis: clinical case definitions for diagnosis and management in Europe. Clin Microbiol Infect. 2011;17(1):69-79. <https://doi.org/10.1111/j.1469-0691.2010.03175.x>
2. Ornstein K, Broholm C, Dessau RB, Petersson AC. Lyme arthritis: demographic characteristics and Borrelia ospA genospecies in synovial fluid. A 17-year cohort study in Sweden. Ticks Tick Borne Dis. 2026;17(1):102582. <https://doi.org/10.1016/j.ttbdis.2025.102582>
3. Arvikar SL, Steere AC. Lyme arthritis. Infect Dis Clin North Am. 2022;36(3):563-577. <https://doi.org/10.1016/j.idc.2022.03.006>
4. Müller T, Loch H, Panum I et al. Lyme arthritis is rare in Eastern Denmark. Dan Med J. 2021;68(11):A05210423. <https://ugeskriftet.dk/dmj/lyme-arthritis-rare-eastern-denmark>
5. Unlu AM, Andersen NS, Larsen SL et al. Differentiating Lyme arthritis: a case-based review. Rheumatol Int. 2024;44(11):2671-2678. <https://doi.org/10.1007/s00296-024-05618-0>