

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

Antiepileptika

En anden mekanisme til genopretning af neurotransmitterbalancen i basalganglierne er at øge gabaminerg eller cholinerg transmission med valproat eller carbamazepin. En række kasuistikker tyder på god effekt på symptomerne ved SC af disse farmaka. I et prospektivt opfølgingsstudie (n = 24) fandt man ingen signifikant forskel mellem valproat (20-15 mg/kg/dag) og carbamazepin (15 mg/kg/dag), hvad angik tid til klinisk bedring af bevægeforstyrrelserne eller til komplet remission.

Immunmodulatorisk

Intravenøs immunoglobulin-, plasmaferese- og kortikosteroidbehandling ved SC er sporadisk beskrevet. I disse studier er der påvist effekt af behandlingen, men studierne er baseret på ganske få patienter.

Diskussion

SC er en sen manifestation ved FR, og udvikles måneder efter den primære streptokokfaryngitis. Symptomerne har varierende sværhedsgrad og omfatter bevægeforstyrrelser i form af ufrivillige, abrupte bevægelser og muskelsvækkelse. Sygdommen ledsages ofte af emotionel labilitet og/eller adfærdforstyrrelser. Tilstanden ses oftest hos børn. Forløbet er godartet med spontan remission hos de fleste.

Selv om SC er sjælden i industrialiserede lande, er den fortsat et væsentligt problem i udviklingslandene. Der findes ingen kurativ behandling af SC, og der er ikke konsensus om den profylaktiske og symptomatiske behandling.

Ved milde symptomer er medicinsk behandling ikke nødvendig. Ved svære tilfælde kan symptomatisk behandling af

bevægeforstyrrelserne lindre. Medikamentel behandling med dopaminerge farmaka og antiepileptika har vist mulig effekt i små observationelle kohortestudier og kasuistikker. Effekten af de immunmodulatoriske terapier er sparsomt undersøgt og bør reserveres til børn, der har svære symptomer og ikke har haft effekt af antiepileptika/dopaminerge farmaka, og til børn med recidiv.

Korrespondance: *Charlotte Olesen*, Pædiatrisk Afdeling, Regionshospitalet Viborg, DK-8800 Viborg. E-mail: charlotte.olesen@dadlnet.dk

Antaget: 2. oktober 2006
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Jordan LC, Singer HS. Sydenham Chorea in Children. *Curr Treat Options Neurol* 2003;5:283-90.
2. McMahon WM, Filloux FM, Ashworth JC et al. Movement disorders in children and adolescents. *Neurol Clin* 2002;20:1101--24, vii-viii.
3. Bonthius DJ, Karacay B. Sydenham's chorea: not gone and not forgotten. *Semin Pediatr Neurol* 2003;10:11-9.
4. Statens Serum Institut. Giftfeber – febris rheumatica. www.ssi.dk/sw3334.asp /juni 2006.
5. Bland EF, Jones TD. The natural history of rheumatic fever: a 20 year perspective. *Ann Intern Med* 1952;37:1006-26.
6. Van Toorn R, Weyers HH, Schoeman JF. Distinguishing PANDAS from Sydenham's chorea: case report and review of the literature. *Eur J Paediatr Neurol* 2004;8:211-6.
7. Special Writing Group of the Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease of the Council on Cardiovascular Disease in the Young of the American Heart Association. Guidelines for the diagnosis of rheumatic fever. Jones Criteria, 1992 update. *JAMA* 1992;268:2069-73.
8. Kirvan CA, Swedo SE, Heuser JS, Cunningham MW. Mimicry and auto-antibody-mediated neuronal cell signaling in Sydenham chorea. *Nat Med* 2003;9:914-20.
9. Giedd JN, Rapoport JL, Kruesi MJ et al. Sydenham's chorea: magnetic resonance imaging of the basal ganglia. *Neurology* 1995;45:2199-202.
10. Church AJ, Dale RC, Giovannoni G. Anti-basal ganglia antibodies: a possible diagnostic utility in idiopathic movement disorders? *Arch Dis Child* 2004;89: 611-4.

Sydenhams chorea, sjælden, men ikke glemt

Læge Lise Lind Jensen, afdelingslæge Charlotte Olesen, overlæge Thomas Balslev & overlæge Bente Krag-Olsen

Regionshospitalet Randers, Pædiatrisk Afdeling, og Århus Universitetshospital, Skejby, Pædiatrisk Afdeling

Gigtfeber er en immunologisk betinget og sjælden komplikation i forbindelse med halsbetændelse forårsaget af gruppe A betahæmolytiske streptokokker (GABHS). Gigtfeber er en multiorgansygdom, der i varierende grad omfatter hjertet, leddene, huden og centralnervesystemet.

Sydenhams chorea (SC) betegner den cerebrale manifesta-

tion af gigtfeber og er karakteriseret ved chorea, hypotoni og emotionel labilitet [1]. På verdensplan ses stor variation i hyppighed af børn med gigtfeber og dermed SC med den hyppigste forekomst i udviklingslande. SC er den hyppigste erhvervede chorea i barndommen [2].

I henhold til Jones-kriterierne [3] kan diagnosen SC stilles ved chorea uden anden påviselig årsag. Der kræves ingen konfirmatoriske parakliniske test.

På de pædiatriske afdelinger på henholdsvis Regionshospitalet Randers og Århus Universitetshospital, Skejby, har vi for nylig behandlet to børn med SC, der i Danmark er en sjælden, men fortsat forekommende tilstand. Diagnosen er således vigtig at erindre hos børn med akut chorea.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | KASUISTIK

Sygehistorier

I. En otteårig, tidligere rask, pige blev indlagt akut grundet cerebral påvirkning i form af ufrivillige, spjættende bevægelser af både arme og ben samt »virren« med hovedet. Desuden var hendes tale blevet utydelig og vanskelig at forstå, og hun havde nytilkomne koncentrationsproblemer.

Fem uger forud for indlæggelsen havde pigen en febril episode med almen utilpashed og muskelsmerter i ca. en uge. Umiddelbart herefter fik hun migrerende ledsmerter uden synlig ledpåvirkning. Ledsymptomerne aftog spontant, hvorefter der tilkom cerebrale symptomer, for hvilke hun blev indlagt. Der var ingen erindring om en halsinfektion.

Ved indlæggelsen havde pigen vridende, ufrivillige bevægelser i ekstremiteterne og ansigtsgrimassen. Gangen var ataktisk og usikker, og Rombergs prøve var positiv. Kraften var nedsat i benene, hvorimod overekstremiteterne i starten var uafficerede. I løbet af indlæggelsen forværredes de motoriske symptomer, så hun en overgang måtte anvende kørestol og have hjælp til at udføre daglige gøremål som påklædning og spisning.

Tabel 1 viser resultaterne af de udførte parakliniske undersøgelser.

Pigen fik diagnosen SC, diagnosticeret ud fra Jones-kriterierne [3] og blev behandlet med penicillin intravenøst.

På baggrund af de i Tabel 1 beskrevne ekkokardiografiske forandringer blev hun sat i behandling med prednisolon og acetylsalisylsyre, hvorefter hendes tilstand hurtigt bedredes. I efterforløbet fulgtes hun med årlige ekkokardiografier. Neurologisk kom hun i habitualtilstand uden sequelae.

II. En 13-årig, tidligere rask dreng blev indlagt på mistanke om Tourettes sygdom. I løbet af 2-3 uger havde han fået ufrivillige spjættende bevægelser primært af højre arm og ben samt ufrivillige bevægelser af tunge og mund. Talen var langsom og »snøvlende«.

Syv uger før indlæggelsen havde drengen haft en periode med et nældefeberlignende udslæt på begge underekstremiteter og smerter under fodsålerne. Begge dele svandt spontant. Senere observeredes adskillige gange et flygtigt, rosarødt og cirkulært udslæt, hver gang af under et døgn varighed. Der var ingen erindring om halsinfektion.

Ved indlæggelsen var drengen præget af ufrivillige, ukontrollerede og vridende bevægelser af især højresidige ekstremiteter samt tillige af mund, tunge og hoved. Gangen var let ataktisk og Rombergs prøve var positiv. Refleksforhold, kraft og tonus fandtes at være upåfaldende. Symptomerne forværredes hurtigt under indlæggelsen. Således blev han i en periode afhængig af kørestol og måtte mades. Talen blev uforståelig.

Tabel 1 viser resultaterne af de udførte parakliniske undersøgelser.

Drengen fik diagnosen SC, diagnosticeret ud fra Jones-kriterierne [3] og blev behandlet med penicillin intravenøst.

Tabel 1. Resultaterne af de udførte parakliniske undersøgelser som led i udredningen for Sydenhams chorea.

	Sygehistorie I, otteårig pige	Sygehistorie II, trettenårig dreng
Computertomografi af cerebrum	Normal	Normal
Undersøgelse af cerebrospinalvæske	Normal ^a	Normal ^a
Magnetisk resonans-skanning af cerebrum	Normal	En uspecifik <i>white matter lesion</i>
Elektroencefalografi	Normal	Ikke udført
Øjenundersøgelse	Normal	Normal
C-reaktivt protein	Maks. 718 mg/l	< 7 mg/l
Sænkingsreaktion	Maks. 101 mm	6 mm
Calcium, kobber, coeruloplasmin, levertal	Normale	Normale
Ekkokardiografi	Klapfortykkelse samt ledsagende minimal mitral- og aortainsufficiens	Let mitral- og aortainsufficiens, ingen mistanke om endokarditis
Svælgpodning	Negativ	GABHS
Antistreptolysin-O ^b	3.200 U/ml	800 U/ml
Antistreptokok-DNAse B ^c	3.200 U/ml	6.400 U/ml

GABHS = gruppe A-betahæmolytiske streptokokker.

a) Normalt celletal, protein og glukose i cerebrospinalvæsken. Dyrkning og undersøgelse for virus-encefalitis og borrelia var negative.

b) Normalværdi < 200 U/ml.

c) Normalværdi ≤ 200 U/ml.

Grundet de udtalte dystonier fik han diazepam og senere tetrabenazin med god effekt. På baggrund af de ekkokardiografiske fund med let mitral- og aortainsufficiens blev der planlagt ekkokardiografisk opfølgning fem år efter første undersøgelse.

Begge børn kom i langvarig profylaktisk peroral penicillinbehandling.

Diskussion

SC udvikles uger til måneder efter den initiale GABHS-infektion, og korrelationen imellem disse hændelser er derfor ikke altid åbenlys [4].

SC viser sig ved ufrivillige, koreiforme bevægelser. Oftest ledsages den akutte chorea af hypotoni og emotionelle forstyrrelser [4]. Sidstnævnte i form af labilitet, personlighedsændring, koncentrationsbesvær og aggressiv adfærd. Grundet de ufrivillige bevægelser, der kan ligne tics, kan det kliniske billede minde om Tourettes sygdom.

Der findes ingen kurativ behandling af SC. Behandling med penicillin anbefales med henblik på at eradicere GABHS-infektionen, og årelang forebyggende behandling med penicillin anbefales for at undgå rekolonisering med GABHS [1, 2]. Den øvrige behandling er symptomatisk.

I litteraturen findes der kasuistiske meddelelser, hvori man indikerer en mulig effekt af kortikosteroidbehandling ved SC [5]. Der mangler fortsat klinisk kontrollerede studier med

henblik på at belyse effekten af kortikosteroidbehandling af børn med SC.

Tilstandens varighed er måneder, recidivfrekvensen varierer imellem 10% og 25% [1, 2], og prognosen er god.

Korrespondance: Lise Lind Jensen, Børneafdelingen, Regionshospitalet Viborg, DK-8800 Viborg.

Antaget: 27. september 2006
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Bonthius DJ, Karacay B. Sydenham's chorea: not gone and not forgotten. *Semin Pediatr Neurol* 2003;10:11-9.
2. Jordan LC, Singer HS. Sydenham Chorea in Children. *Curr Treat Options Neurol* 2003;5:283-90.
3. Special Writing Group of the Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease of the Council on Cardiovascular Disease in the Young of the American Heart Association. Guidelines for the diagnosis of rheumatic fever: Jones criteria, 1992 update. *JAMA* 1992;268:2069-73.
4. Zomorodi A, Wald ER. Sydenham's chorea in western Pennsylvania. *Pediatrics* 2006;117:675-9.
5. Barash J, Margalith D, Matitau A. Corticosteroid treatment in patients with Sydenham's chorea. *Pediatr Neurol* 2005;32:205-7.

Opioider til kroniske smertepatienter

Hvad er konsekvenserne af at følge de nordiske anbefalinger?

Overlæge Gitte Handberg, afdelingslæge Anette Bendiksen, sygeplejerske Eva McGehee & sygeplejerske Regitze Vradts

Odense Universitetshospital, Smertecenter Syd

Resume

Introduktion: I studiet belyses konsekvenserne af at følge de nordiske anbefalinger for opioidbehandling til patienter med kroniske smerter med hensyn til, hvor mange patienter der starter på eller bliver udtrappet af opioider, i hvilken udstrækning korttidsvirkende præparater bliver omlagt til depotpræparater, og hvilken indflydelse det har på døgn dosis at foretage denne omlægning.

Materialer og metoder: I studieperioden blev det for patienter, hvis behandling var afsluttet til halvårsopfølgning, registreret, i hvilken udstrækning de var i behandling med opioider initialt, og hvilke ændringer i opioidbehandlingen der blev gennemført i forløbet.

Resultater: To tredjedele af alle patienterne var i opioidbehandling ved behandlingsstart, en patient startede behandling, mens 25% blev helt udtrappet af morfika. Af de patienter, der fortsat var i opioidbehandling ved behandlingsforløbets afslutning, havde 88% fået behandlingen omlagt fra korttidsvirkende til depotformulerede præparater. Antal patienter, der ved omlægningen fik øget deres døgn dosis, var stort set det samme som antallet af patienter, der fik reduceret døgn dosis, og den procentvise ændring i dosis var ligeledes sammenlignelig.

Konklusion: At følge de nordiske anbefalinger for behandling med opioider til kroniske smertepatienter kan bidrage til at reducere antallet af opioidbrugere; den rekommanderede omlægning af korttidsvirkende opioider til depotpræparater kan imødekommes i daglig rutine, og der er intet i dette studie, der tyder på, at en omlægning fra korttidsvirkende opioider til depotpræparater i sig selv øger døgn dosis.

Det har været et kontroversielt emne, i hvilken udstrækning opioider er anvendelige til behandling af kroniske smerter, idet patienter med mangeårige nonmaligne smerter ikke alene har biologisk funderede smerter, men også har problemer af psykosocial karakter [1, 2]. Der er dog næppe længere tvivl om, at der kan være god effekt af opioider ved både muskuloskeletale og neuropatiske smerter [3, 4]. I den nordiske vejledning for anvendelse af opioider til patienter med kroniske nonmaligne smerter – i det følgende benævnt kroniske smerter – anbefales det blandt andet nøje at tilpasse behandlingerne til de enkelte patienter og overvejende at benytte depotformulerede præparater [5, 6]. I Smertecenter Syd følger vi disse anbefalinger for behandling med opioider og ønsker med dette studie at belyse konsekvenserne med hensyn til: 1) hvor mange patienter der starter eller bliver udtrappet af opioider under behandlingsforløbet i Smertecentret, 2) i hvilken udstrækning korttidsvirkende præparater bliver omlagt til depotpræparater, og 3) hvilken indflydelse det har på døgn dosis at foretage denne omlægning.

Materiale og metoder

Smertecenter Syd modtager kroniske smertepatienter, der hovedsageligt er henvist fra praktiserende læger. De følgende baggrundsplysninger stammer fra kontinuerlige opgørelser af patienter, der henvises til behandling i Smertecenteret, står på venteliste til behandling, eller hvis behandling er afsluttet. Det er typisk patienter, der har haft smerter igennem mange år, og som i tillæg til deres smerter også er psykosocialt belastet med depression, angst, krisereaktioner og isolations-tendens. Hertil kommer, at 10-15% har alvorlige problemer med deres forsørgelsesgrundlag, og omtrent halvdelen har andre sociale forhold, der kræver støtte. Smerteintensiteten er