

Artralgiar forårsaget af chikungunyavirus

Reservelæge Jeppe Lange

Lægehuset Sjællandsgade, Fredericia

Resume

Der beskrives et tilfælde med længerevarende artralgiar, der var forårsaget af infektion med chikungunyavirus. En srilankansk mand, der havde været bosiddende i Danmark gennem 20 år, blev smittet med chikungunyavirus under et ophold på Sri Lanka. Otte uger efter det primære sygdomsudbrud var patienten stadig plaget af symmetriske artralgiar i finger-, hånd- og ankelled.

Chikungunyavirus (ChikV) tilhører togavirus-familien og overføres via myg, primært *Aedes*-familien. Virus forekommer endnu kun i Afrika og Asien, hvor den skaber omfattende epidemier. ChikV-tilfælde i Europa er endnu kun importeret fra epidemiske områder. Der er dog et stigende fokus på potentiel spredning af sygdommen med *Aedes*-myg i Sydøsteuropæiske områder. Navnet »chikungunya« – den sammenbøjede – stammer fra den karakteristiske positur, som forårsages af de smertefulde og langvarige artralgiar, der er hyppige ved infektionen, og som adskiller denne virusinfektion fra lignende epidemiske vira i samme område, f.eks. dengue [1].

Det kliniske forløb er variabelt med influenzalignende symptomer, som består af akut indsættende høj feber af få dages varighed, diffuse muskelsmerter, lænderygsmerter og hovedpine. En til fem dage efter feberens frembrud optræder der ofte et ukarakteristisk eksantem, og der udvikles en reaktiv arthritis med karakteristiske smertende, symmetriske polyartralgiar, som formodentlig skyldes krydsreaktion af antistoffer mod vævsantigener i ledkapsler. Dette involverer dog aldrig hoftelæddene. Der er beskrevet enkelte tilfælde med destruktiv arthritis. Nogle udvikler gastrointestinale symptomer, photofobia, stomatitis, conjunctivitis, pharyngitis, lette slimhindeblødninger og retroorbitale smerter. Lymfeknude-svulst ses aldrig [1, 2].

I de fleste tilfælde er sygdomsforløbet godartet, og symptomerne klinger af inden for 1-2 uger. Artralgiarne persisterer oftest i 1-2 måneder. Op mod 12% får svære artralgiar i årevis. Langvarige forløb er associeret med høj antistoftiter mod ChikV, immunoglobulin M (IgM)-reumafaktor-positiv, type *human leucocyte antigen* (HLA)-B27 og høj alder. Børn bliver i praksis aldrig ramt af de svære artralgiar. Infektionen er beskrevet som dødelig på baggrund af hæmoragisk diatese [1, 3, 4].

Diagnosen stilles på grundlag af de kliniske symptomer, relevant rejseanamnese samt måling af specifikke antistoffer

(IgM + immunoglobulin G (IgG)) og undersøgelse af ChikV-RNA i den viræmiske fase (<3 uger efter smitte). Supplerende blodprøver eller billeddiagnostik er ikke nødvendige primært.

Behandlingen er symptomatisk, og retter sig mod ledsmerter og febrilia i form af paracetamol og nonsteroid antiinflammatoriske stoffer (NSAIDs). I sværere tilfælde med langvarige evt. invaliderende artralgiar/arthritis er der beskrevet effekt af behandling med klorokinofosfat (dosis som ved reumatoid arthritis) [5]. Infektion skulle give livslang immunitet.

Der findes til dato ingen tilgængelig vaccination, så de bedste forholdsregler er smitteprofylakse ved brug af diethyl-toluamid (DEET)-holdige myggespray, relevant påklædning, myggenet samt at undgå ophold udendørs i mygens mest aktive timer før solnedgang.

Der beskrives her et tilfælde af importeret ChikV-infektion med længerevarende svære artralgiar.

Sygehistorie

En 49-årig srilankansk mand, der havde været bosat i Danmark i 20 år, havde under to ugers ophold i sit hjemland i december 2006 haft en episode med hurtig indsættende feber af tre dages varighed samt almen utilpashed. Efter tre dage uden feber udviklede patienten kraftige ledsmerter og hovedpine. Angiveligt var der ingen ledsvulst eller hududslæt. Ved hjemkomst til Danmark ca. to uger efter feberperioden var patienten stadig præget af svære symmetriske ledsmerter. Symptomerne blev tolket som virale, og der blev ikke iværksat yderligere udredning på dette tidspunkt. Patienten henvendte sig flere gange i løbet af den efterfølgende måned, da han stadig havde svære ledsmerter trods opstart af analgetika. Ved ledundersøgelse fandtes de afficerede led at være ømme ved palpation, men på intet tidspunkt hævede, røde eller varme. Alle biokemiske prøver inkl. IgM-reumafaktor var normale, fraset en marginalt forhøjet sænkingsreaktion og basisk fosfatase. Der blev ikke fundet indikation for billeddiagnostik i forløbet.

Lande med rapporterede tilfælde af chikungunyavirus-infektion fra 1952 til 2006 er markerede med mørk blå. Gengivet med tilladelse fra www.cdc.gov.



En uge efter hjemkomst informerede patienten om, at flere slægtninge i hjemlandet havde haft virusinfektion med chikungunya i det forløbne år. Derfor blev der taget antistofititre mod ChikV. Prøverne viste værdier, der var forenelige med akut ChikV-infektion.

Ved kontakt otte uger efter feberepisoden var patienten stadig plaget af konstante symmetriske ledsmerter i alle fingre-, hånd- og ankelled, også jævnlige smerter i albuer, skuldre, knæ og tæer. Aldrig i nakke, ryg, hofte. Smerterne var mildest om morgenen for så at forværres i løbet af dagen. Smerterne kunne på dette tidspunkt delvis kuperes med paracetamol og NSAID.

Diskussion

ChikV-infektion er i Danmark ukendt som årsag til længerevarende ledsygdom. Med stigende rejseaktivitet blandt danske borgere vil der blive behov for større opmærksomhed på »eksotiske sygdomme« i Danmark, samt viden om aktuelle epidemier.

Mistanken om ChikV-infektion skal rejses på grundlag af rejseanamnesen med den hurtigt indsættende og kortvarige høje feber, evt. med ukarakteristisk eksantem, samt de svære symmetriske polyartralgi, som ved lægekontakten i Danmark ofte vil være patientens eneste tilbageværende klagepunkt. Ved verificeret ChikV-infektion med længerevarende artralgi uden tegn på remission bør patienten henvises til reumatologisk vurdering.

Summary

Jeppe Lange:

Arthralgia caused by Chikungunya virus

Ugeskr Læger 2008;170(49):4058

A description of a protracted case of arthralgia caused by the Chikungunya virus. A Danish resident of Sri Lankan origin, who had been living in Denmark for 20 years, contracted the Chikungunya virus during a holiday stay in Sri Lanka. Eight weeks after the primary fever episode, the patient remained affected with symmetrical arthralgia in finger-, hand- and ankle joints.

Korrespondance: *Jeppe Lange*, Birkevænget 2, DK-8382 Hinnerup.
E-mail: Jeppelange@hotmail.com

Antaget: 13. januar 2008

Interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Sam I, AbuBaker S. Chikungunya virus infection. *Med J Malaysia*. 2006;61:264-9.
2. Fourie ED, Morrison JG. Rheumatoid arthritic syndrome after Chikungunya fever. *S Afr Med J* 1979;56:130-2.
3. Morrison JG. Chikungunya fever. *Int J Dermatol* 1979;18:628-9.
4. Brighton SW. Chikungunya virus infection. A retrospective study of 107 cases. *S Afr Med J* 1983;26:63:313-5.
5. Brighton SW. Chloroquine phosphate treatment of chronic Chikungunya arthritis. *S Afr Med J* 1984;66:217-8.