

Giardia lamblia som en sjælden årsag til reaktiv arthritis

Arkadiusz Krol

Giardiasis er en tarmsygdom, som skyldes den non-invasive (passerer ikke tarm-blod-barriere) protozo *Giardia lamblia*. Reservoiret for den er mennesker og enkelte dyrearter som bævere, hunde og kvæg. Den smitter oftest via forurenede drikkevand eller fødevarer og forekommer verden over [1]. Børn, rejsende og immunsvækkede personer hører til højrisikogruppen. God håndhygiejne er vigtig for at forebygge smitte.

Ca. 50% af de smittede er symptomfrie. De hyppigste sygdomstegn ved akut giardiasis er diarré (89%), almen utilpashed (84%), steatorré (72%), rumlen i maven (70%) og flatulens (69%) [2]. Ca. 16% af de smittede får kronisk giardiasis. Sjældnere kan giardiasis manifestere sig ved hypersensitivitetstegn som hududslæt, after og reaktiv arthritis [2].

SYGEHISTORIE

En 42-årig kvinde blev indlagt pga. hævelse af højre knæ. Hun havde ikke rejst udenlands, og hun havde ikke kendskab til noget forudgående traume, infektioner, rygsmerter, uveitis, udslæt eller andre reumatologiske manifestationer. Ud over astma var hun rask og sund. Knæet fandtes varmt, men ikke rødt. Leddet blev punkteret, og man fandt ingen krystaller eller bakterier ved mikroskopi/ dyrkning.

Patienten var febril og følgende parakliniske værdier blev fundet: leukocytter 10,3 mia./l, eosinofilytter 0,76 mia./l og C-reaktivt protein 19 mg/l. Man fandt immunglobulin G-antistoffer rettet mod *Parvovirus B19*. Der var negativ test for *Borrelia burgdorferi*. Niveauerne af immunglobulin M-reumafaktor, anti-cyklisk citrullinerede peptider og S-urat lå inden for normalområdet. Urin- og bloddyrkning var negative. Der var negativ halspodning for *Streptococcus* spp, negativ polymerasekædereaktionstest for *Chlamydia trachomatis* og *Neisseria gonorrhoeae* fra urinen samt negativt humant leukocytantigen-B27. Røntgen af thorax, højre knæ- og sacroiliacaleddet viste normale forhold, men ved en ultralydskanning af knæledet bekræftedes synovitis og væskeansamling.

Man iværksatte behandling med penicillin. Da der ikke blev observeret effekt af antibiotika på hævelsen og fasereaktionen, og dyrkninger udkom negative, valgte man at påbegynde behandling med 20 mg prednisolon dagligt. Fasereaktionen blev normalise-

ret, mens hævelsen og hypereosinofilien persisterede. Diskrepansen mellem manglende symptomer på astma og øget eosinofili ved gentagne målinger gav anledning til undersøgelse af fæces for parasitter, hvorved tre prøver udkom positive for cyster af *G. lamblia*.

Man injicerede steroid i knæet og gav metronidazol 250 mg × 3 dagligt i syv dage (standardbehandling for giardiasis). Synovitis og forhøjet eosinofili forsvandt, og en kontrolfæcesprøve for *G. lamblia* var blank.

DISKUSSION

De hyppigste årsager til monoarthritis er septisk arthritis, krystalarthritis og traumer. Den primære udredning omfatter derfor typisk en røntgenoptagelse af det afficerede led samt dyrkning og mikroskopi af ledvæsken.

Reaktiv arthritis (ReA) beskrives traditionelt som ikkeseptisk arthritis (negativt resultat ved dyrkning af ledvæske) forudgået af en ekstraartikulær infektion [3]. ReA hører til sygdomsfamilien spondylarthritis. Udifferentieret spondylarthritis (USpA) med perifer ledaffektion kan klinisk være umulig at skelne fra ReA. Manglende sygehistorie og undersøgelsesresultater, der tyder på en overstået infektion, taler for USpA, mens kutane og især urogenitale symptomer i højere grad peger i retning af ReA. Man kan teoretisk opfylde klassifikationskriterier for begge tilstande (Figur 1).



KASUISTIK

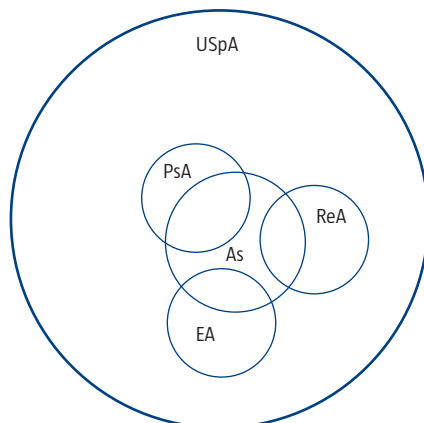
Videncenter for Reumatologi og Rygsygdomme, Glostrup Hospital

Ugeskr Læger 2015;177:V05130347

Det hævede højre knæ. Læg mærke til udfyldningen suprapatellært.

 FIGUR 1

Klassifikation af spondylartritter.



AS = ankyloserende spondylarthritis; EA = enteropatisk arthritis;
PsA = psoriatisk arthritis; ReA = reaktiv arthritis; USpA = udifferentieret
spondylarthritis.

Selvom *G. lamblia* ikke i dag officielt anerkendes som et patogen, der linkes til ReA, vil det stigende antal sygehistorier formentlig føre til en udvidelse af den nuværende liste over artrittogene patogener [3].

I sygehistorien var der ingen forklaring på den udløsende faktor, og patienten havde alene knæarthritis. Fraværet af synovitis og eosinofili efter metronidazol-kuren samt påvisning af giardiasis i fæces støtter dog mistanke om *G. lamblia* som ætiologisk agens.

I flere cases i litteraturen antydes der en sammenhæng mellem giardiasis og arthritis [2, 4] samt mellem giardiasis og eosinofili [5]. Den sidstnævnte sammenhæng er kontroversiel, set i lyset af at det primært er invasive parasitter (helminter), der forårsager hypereosinofili.

I sygehistorien indikeres der en mulig sammenhæng mellem *G. lamblia* og ReA. Litteraturen på området er sparsom og består primært af få heterogene sygehistorier. En præcis incidens kendes ikke, da giardiasis ikke er omfattet af anmeldelsespligten i Danmark. Diagnosen baseres på anamnese, klinik og fæcesmikroskopi. *G. lamblia*-induceret ReA behandles med metronidazol evt. i kombination med steroid. Kontrollfæcesprøver efter afsluttet kur bør sikres, og familiemedlemmer bør ligeledes undersøges for giardiasis. Hypereosinofili bør give anledning til undersøgelse for parasitter også ved fravær af gastrointestinale gener.

KORRESPONDANCE: Arkadiusz Krol, Reumatologisk Afdeling, Glostrup Hospital, Nordre Ringvej 57, 2600 Glostrup. E-mail: drarek.k@gmail.com

ANTAGET: 28. august 2013

PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK: 2. december 2013

INTERESSEKONFLIKTER: ingen. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

LITTERATUR

1. Okhuysen PC. Traveler's diarrhea due to intestinal protozoa. *Clin Infect Dis* 2001; 1;33:110-4.
2. Cantey PT, Roy S, Lee B et al. Study of nonoutbreak giardiasis: novel findings and implications for research. *AM J Med* 2011;124:1175.
3. Morris D, Inman RD. Reactive arthritis: developments and challenges in diagnosis and treatment. *Curr Rheumatol Rep* 2012;14:390-4.
4. Carlson DW, Finger DR. Beaver fever arthritis. *J Clin Rheumatol* 2004;10:86-8.
5. Suzuki Y, Nakamura T, Tokoro M et al. A case of giardiasis expressing severe systemic symptoms and marked hypereosinophilia. *Parasitol Int* 2010;59:487-9.