

# Mitralklapsinsufficiens efter reumatisk feber hos et barn

Erik Døssing, Mikel Alberdi-Saugstrup & Hristo Stantchev

## KASUISTIK

Pædiatrisk Afdeling,  
Næstved Sygehus

Ugeskr Læger  
2015;177:V06150533

Reumatisk feber (RF) er et systemisk immunrespons, der opstår 2-4 uger efter en tonsillofaryngitis med gruppe A beta-hæmolytiske streptokokker. Sygdommen kan forårsage arthritis, karditis, chorea, erythema marginatum og subkutane noduli. Globalt rammer RF over 500.000 årligt og medfører 233.000 dødsfald [1]. Incidensen i Europa er lav som følge af god hygiejne, gode boligforhold og antibiotisk behandling. Sygdommens variable præsentation og lave incidens er en diagnostisk udfordring. Formålet med denne kasuistik er at præsentere en sygehistorie og give en oversigt over diagnostiske kriterier og behandling.

## SYGGEHISTORIE

En tidligere rask fireårig pige blev indlagt med springende ledsmerter, subfebrilia og mavesmerter. Objektivt fandtes en holosystolisk mislyd ved apex cordis med udstråling mod venstre aksil og kliniske tegn til arthritis i form af et ømt og hævet højre knæ med nedsat bevægelighed. Blodprøverne viste følgende værdier: hæmoglobin 5,8 mmol/l, C-reaktivt protein 72 mg/l og sænkingsreaktion 66 mm/t. Ved en ekkokardiografi påvist en stor mitralklapsinsufficiens med dilateret venstre atrium (**Figur 1**). Der blev målt streptolysin O-

antistof på 800 E/ml (normalt < 200 E/ml) og *Streptococcus*-DNA S-B-antistof på 1.600 E/ml (normalt < 400 E/ml). Der blev påbegyndt behandling med nonsteroid antiinflammatoriske stoffer (NSAID) og penicillin, hvilket havde god effekt på symptomerne. Efter afslutning af den akutte behandling blev patienten behandlet med profylaktisk intramuskulær antibiotika og fulgt pga. de kardiale fund.

## DISKUSSION

RF afficerer hyppigst børn på 5-15 år, og kun 5% af patienter er under fem år. Tidlig opsporing er vigtig for at forebygge komplikationer, som særligt ses ved gentagne streptokokinfektioner [2].

Diagnosen af førstegangstilfælde af RF baseres på Joneskriterier, udarbejdet i 1944 og modificeret af American Heart Association i 2015. Joneskriterierne omfatter verificeret streptokokinfektion i form af svælgdyrkning for streptokokker eller forhøjede streptokokantistoftiter (streptolysin O og *Streptococcus*-DNA S-B), samt to eller flere af major-kriterierne karditis, arthritis, chorea, subkutane noduli på ekstensorsiden af de større led og erythema marginatum.

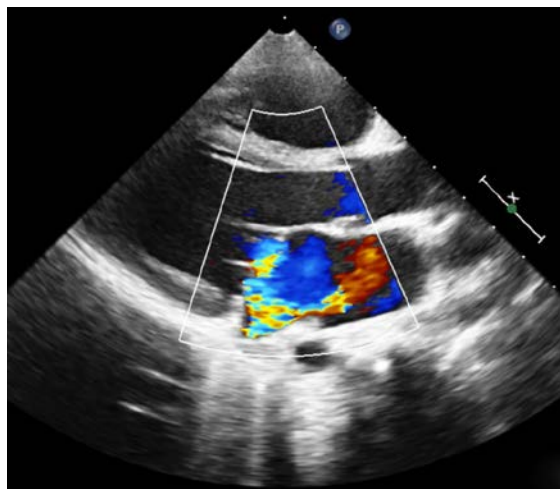
Ved karditis høres der typisk en nyopstået mislyd som følge af valvulitis, oftest i form af mitral regurgitation eller mitral stenose. Reumatisk hjertesygdom opstår ofte som kumulativ skade fra gentagne episoder med RF, og incidensen stiger med alderen. Karditis bør diagnosticeres med ekkokardiografi, inklusive Dopplerundersøgelse. Ved arthritis drejer det sig oftest om springende polyarthritis, typisk i knæ-, albue-, ankel- eller håndled. Arthritis fra RF giver ikke varige skader. Chorea er karakteriseret af hurtige, ufrivillige ukoordinerede bevægelser i ekstremiteter og ansigt. Chorea opstår ofte sent i forløbet, eventuelt sammen med muskelsvaghed og emotionel instabilitet. Erythema marginatum er oftest lokaliseret til brystet og de proksimale dele af ekstremiteterne.

Diagnostik kan også omfatte et major- og to minor-kriterier i form af polyartralg, feber, forhøjede akutte fasereaktanter og forlænget PR-interval (**Tabel 1**) [3].

Behandlingen af RF består primært af forebyggelse gennem diagnostik og behandling af streptokoktonsillofaryngitis samt sekundært af profylakse ved forebyggelse af fremtidige infektioner. Streptokoktonsillofaryngitis behandles med standardantibiotika, mens

**FIGUR 1**

Mitralklapsinsufficiens hos en fire år gammel pige med reumatisk feber.



 **TABEL 1**

Diagnostik af reumatisk feber i lavrisikopopulationer (industrialiserede lande): påvisning af aktuell eller nylig infektion med gruppe A-streptokokker og to majorkriterier eller et majorkriterium og to minorkriterier.

Majorkriterier	Minorkriterier
Karditis (kan være subklinisk, dvs. uden hørlig mislyd)	Polyartralgi
Polyarthritis	Feber (> 38,5 °C)
Erythema marginatum	Forhøjet SR- eller CRP-niveau
Chorea	Forlænget PR-interval
Subkutane noduli	

CRP = C-reaktivt protein; SR = sænkingsreaktion.

symptomatisk behandling med NSAID bruges mod feber og ofte giver hurtig lindring af ledsmerter [4]. Patienter med påvist RF har øget risiko for recidiv, hvorfor profylaktisk antibiotikabehandling for at undgå reinfektion anbefales. Den profylaktiske penicillinbehandling anbefales givet som en intramuskulær injektion hver fjerde uge, alternativt peroral penicillin to gange dagligt. Varigheden af den profylaktiske behandling afhænger primært af sværhedsgraden af RF, antal tidligere episoder og eksponeringsgraden for streptokokker; uden karditis bør der behandles i minimum fem år, eller til patienten bliver 21 år, den længste periode vælges. Hvis der er kardial påvirkning, hvilket ses hos to ud af tre afficerede, anbefales kontinuerlig antibiotikaprofylakse i minimum ti år eller til patienten bliver 21 år. Ved bestående klapsygdom behandles i minimum ti år, eller til patienten bliver 40 år, dog kan livslang profylakse være påkrævet [5].

RF er en sjælden sygdom i Danmark, hvilket giver diagnostiske udfordringer for klinikere, der sjældent kommer i kontakt med sygdommen og de potentielt fatale langtidskomplikationer. Det er derfor vigtigt, at der er fokus på sygdommen, symptomerne og den profylaktiske behandling, særligt på børneafdelinger, da det er hos børn, at hyppigheden er størst.

## SUMMARY

Erik Døssing, Mikel Alberdi-Saugstrup & Hristo Stantchev:

Rheumatic fever in a four-year-old girl

Ugeskr Læger 2015;177:V06150533

Rheumatic fever (RF) is a systemic autoimmune response 2-4 weeks after a tonsillopharyngitis with group A beta-haemolytic *Streptococcus*. The disease may cause arthritis, carditis, chorea, erythema marginatum and subcutaneous noduli. Due to improved hygiene, living conditions and use of antibiotics, RF is a rare disease in Denmark today. The variable symptoms and low incidence is a diagnostic challenge. In this article, we present a case of RF in a four-year-old girl and provide an overview of diagnostic criteria and treatment.

**KORRESPONDANCE:** Erik Døssing. E-mail: erik.nilsson@dbac.dk

**ANTAGET:** 26. august 2015

**PUBLICERET PÅ UGESKRIFTET.DK:** 16. november 2015

**INTERESSEKONFLIKTER:** Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelige sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

## LITTERATUR

1. Carapetis JR, Steer AC, Mulholland EK et al. The global burden of group A streptococcal diseases. *Lancet Infect Dis* 2005;5:685-94.
2. Carapetis JR, McDonald M, Wilson NJ. Acute rheumatic fever. *Lancet* 2005;366:155-68.
3. Gewitz MH, Baltimore RS, Tani LY et al. Revision of the Jones criteria for the diagnosis of acute rheumatic fever in the era of Doppler echocardiography: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 2015;131:1806-18.
4. Ilgenfritz S, Dowlatshahi C, Salkind A. Acute rheumatic fever: case report and review for emergency physicians. *J Emerg Med* 2013;45:e103-6.
5. Gerber MA, Baltimore RS, Eaton CB et al. Prevention of rheumatic fever and diagnosis and treatment of acute Streptococcal pharyngitis: a scientific statement from the American Heart Association Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease Committee of the Council on Cardiovascular Disease in the Young, the Interdisciplinary Council on Functional Genomics and Translational Biology, and the Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: endorsed by the American Academy of Pediatrics. *Circulation* 2009;119:1541-51.