

Vorkommen des akuten rheumatischen Fiebers in der Schweiz

Studienleiter

Dr. Dieter Bolz
Rheumatologische Poliklinik
UKBB, Postfach
4005 Basel

Dieter.Bolz@ukbb.ch

Studienziel

Prospektives Erfassen der Häufigkeit des akuten rheumatischen Fiebers (ARF) im Kindesalter (bis zum vollendeten 16. Altersjahr) in der Schweiz.

Beginn und Dauer der Studie

1. Juni 2000; Beobachtungszeit vorläufig 3 Jahre.

Hintergrund

Das ARF ist selten. Die Verlaufsformen sind zunehmend nicht mehr typisch und oft ist es nicht einfach eine sichere Diagnose zu stellen. Diese ist aber wichtig wegen der Indikation für eine Penicillin-Dauer-Prophylaxe, welche ein Rezidiv verhindern soll. Letzteres ist mit einem signifikant höheren Risiko einer rheumatischen Endokarditis behaftet. Die Endokarditis ist wiederum entscheidend für die Prognose. Für die Diagnosestellung werden die Jones-Kriterien (siehe unten) eingesetzt. Sie bergen aber eine wesentliche Gefahr der Überdiagnose. Bisher gibt es jedoch keine anderen diagnostischen Kriterien. Entsprechend ist die wichtige Entscheidung für oder gegen eine Penicillin-Dauer-Prophylaxe schwierig. Eine flauere Indikationsstellung ist obsolet, da es sich um eine jahrelange antibiotische Therapie handelt und sie zumeist invasiv ist, d.h. mit monatlichen i.m.-Injektionen verabreicht wird.

Das ARF war in der westlichen Welt bis Mitte der achtziger Jahre kontinuierlich regredient. Danach wird in der Literatur über eine erneute (passagere?) Zunahme in verschiedenen Ländern berichtet. Aus der USA gibt es mehrere Publikationen, welche eine vorwiegend gebietsweise auftretende höhere Inzidenz zeigen. Bezüglich Häufigkeit des ARF in der Schweiz gibt es keine Daten. Vermutlich liegt sie bei 5 oder weniger Fällen pro Jahr. In der Schweiz zeigen sich jedoch Tendenzen für ein vermehrtes Auftreten anderer schwerer Streptokokkenkrankungen (Bsp nekrotisierende Fasciitis, Toxic-shock Syndrom).

Epidemiologisch wäre eine schweizerische Erfassung interessant. Ausser über die Häufigkeit sollte sie über die angewandten Therapien, Prophylaxen und Nachkontrollen Auskunft geben können. Je nach Inzidenz und Ausprägungen könnte sich die Notwendigkeit ergeben, bessere Kriterien für Diagnose, Therapie sowie Nachkontrollen zu definieren.

Ein schweizerischer Konsens, sowohl bzgl Diagnostik, als auch Therapie wäre sinnvoll.

Methode

Die Umfrage wird durch die pädiatrischen Rheumatologen und Kardiologen ergänzt.

Falldefinition

Diagnose des ARF (Jones¹)

Hauptkriterien

Karditis

Polyarthritits

Chorea

Noduli rheumatici

Erythema marginatum

Nebenkriterien

Arthralgien

Fieber

erhöhte Blutsenkung und/oder CRP

verlängerte PQ-Zeit im EKG

diagnostisch sind 2 Hauptkriterien oder 1 Hauptkriterium plus 2 Nebenkriterien

unterstützende, zu fordernde Punkte: Signifikante Hinweise für einen vorherigen Streptokokken-infekt (erhöhte oder ansteigende Ak-Titer, positive Kultur oder Antigen-Schnelltest des Rachen-abstriches).

N.B.

==> Die Diagnose ARF muss bei fehlenden Hinweisen für einen vorherigen Streptokokkeninfekt als zweifelhaft betrachtet und überprüft werden.

==> Umgekehrt gibt es Formen des ARF mit einem einzigen Symptom (Chorea und indolente, nach Monaten auftretende Karditis), welche die Jones Kriterien nicht erfüllen. Auch bei Rezidiven des ARF kann die Symptomatik unvollständig sein.

Meldeanleitung

Meldung prinzipiell aller Patienten mit der Diagnose akutes rheumatisches Fieber (incl. Rezidive); d.h. auch der Formen mit unvollständiger Symptomatik oder fehlendem Streptokokkeninfektnachweis (siehe oben unter N.B.).

¹ Guidelines for the Diagnosis of Rheumatic Fever. Jones Criteria, 1992 Update. JAMA 1992; 268:2069-2073