

Månedens case:

Indsendt af Eva Rudjord, Stud.med. Københavns Universitet.

Siden udbrud af COVID-19 epidemien har der været øget fokus på håndtering af idrætsudøvere, der ønsker at komme retur til sport efter mildt sygdomsforløb, herunder udvikling af guidelines¹ med lettilgængelig infographic (https://sportsmedicin.dk/wp-content/uploads/2021/01/retur-til-sport-covid19_final220121.pdf). Imidlertid kan vi efter genåbning af samfundet forvente en stigning i incidens af virusinfektioner, hvorfor fokus i denne case er en typisk atlet, som efter virusinfektion oplever et langstrakt sygdomsforløb – muligvis et resultat af supprimeret immunforsvar, gentagne infektioner og relativt højt aktivitetsniveau.

Case: Aktiv motionist løber med mononukleose

27-årig subelite løber, tidl. rask, men disp. for psoriasis, oplever fra august måned 6 ugers periode med træthed, feber, nattesved, ondt i halsen og forkølelssymptomer. Negativ strep-A-test, neg. Covid-19. Vælger at deltage i halvmaraton (HM), men underpræsterer. Næste dag: høj feber, almen påvirket med udtalt cervikal lymfadenopati, hvorfor pt. henvender sig ved egen læge. Positiv for mononukleose (IgM-antistof mod EBV) og let påvirkede blodprøver (let forhøjede leukocytter og ALAT (150 U/L)).

Genoptager nær vanlig løbemængde 2 uger efter HM, dog uden højintensitetsarbejde. Oplever gradvis bedring i almen tilstand.

3 uger efter HM udvikles stort (L2-L4) udbrud af Herpes zoster (jf. billede)). Opstartes i valaciclovir, smertedækkes ved paracetamol og gabapentin til aften. Fortsætter lette løbeaktiviteter, der bedrer smerter, mens udslæt fortsat udbredes.

Udslæt ændrer karakter (jf. billede), hvorfor dermatolog kontaktes. Diagnosticeres med udbredt, konfluerende guttat psoriasis. Behandles 2 uger med højdosis steroidcreme med godt respons på behandling.

Genoptager herefter gradvist fysisk aktivitet og er tilbage på vanlig træningsmængde ca. 12 uger efter halvmaraton og positiv EBV-test. Remission af udslæt uden sequelae.

Tanker til overvejelse

- Der er ikke evidens for øget risiko for miltraktur blandt idrætsudøvere, som træner under den symptomatiske fase, ej heller evidens for, at moderat træning er u hensigtsmæssig:

MEN: I pågældende case mistænkes, at for høj træningsbelastning (herunder HM) har trukket sygdomsforløbet unødigt i langdrag samt kompliceret forløbet ved zoster-udbrud grundet svækket immunforsvar efter EBV-infektion.

- Et højt fysisk aktivitetsniveau er negativt korreleret med psoriasis, der til gengæld kan tænkes trigget af både luftvejsinfektionen (EBV) eller det lokale T-celle respons (zoster).
- Generelt anbefales, at atleter er asymptomatiske og afebrile før return-to-sport, og aktivitet med let belastning kan med fordel ske efter 2 uger hos disser²

Ingen laboratorieprøver (hvide blodceller, ALAT m.fl.), billedmodalitet eller klinisk undersøgelse kan specifikt vejlede i forhold til return-to-sport, hvorfor håndteringen med fordel individualiseres alt efter atletens fysiske symptomer og træningsmentalitet. Tidligere case-studie har set på Δ HRR til

monitorering af gradueret genoptræning efter EBV³, men i givne case foreligger data desværre ikke.

Uge 4: Zoster



Uge 7: Psoriasis



Tidsforløb	Symptomer	Fysisk aktivitet
August frem til slut september	Træthed, feber, ondt i halsen, forkølelse.	Nedsat træningsmængde, intervaller i HM-pace
Slut september: Halvmaraton	Ned performance under løb, øget træthedsfølelse.	HM (1 t. 19 min.)
Ugen efter HM: Tager kontakt til almen praksis	Dagen efter HM: udtalt forværring af feber, cervikal lymfeknudesvulst med almen svækkelse. Positiv IgM-antistof mod EBV Leukocytter = $12 \times 10^9/L$ B-Neutrofile = $6 \times 10^9/L$ ALAT = 150 U/L (forhøjet)	30 km let løb
Uge 2 efter HM	Træthed, lymfadenopati. Ingen feber.	Genoptager løb uden højintensitet: 75 km løb + cykling
Uge 3	Bedring af træthed og lymfadenopati. Feberfri.	63 km løb uden intensitet/interval

Uge 4	Spontan opstår rygsmerte og paræstesi svt. L2-L4. Udvikler vesikler svt. L2, og klinisk stilles diagnosen <u>herpes zoster</u> . Opstartes i valaciclovir. Smertedækkes v. paracetamol 1gx4 + gabapentin (aften)	Sænker herefter aktivitet til let løb 40km/uge. Pt. oplever umiddelbar smerte ved opstart af aktivitet, men med efterfølgende smertelindring under/efter fortsat aktivitet. Udslæt mere udtalt ved sved/varme.
Uge 5	Fortsat neurogene smerter. Udslæt spredes til L2-L4. Paracetamol v. behov.	Aktivitetsniveau sænkes: 25 km/uge + øvelser. Smertelindring efter
Uge 6	Bedring af AT og smerter. Fortsat udslæt. Blodprøver: Leukocytter = $9 \times 10^9/L$ B-neutrofile = $6 \times 10^9/L$ ALAT = 35 U/L (normalisering)	50 km jog/løb med meget lav intensitet. Oplever bedring af neurogene smerter, mens udslæt forværres.
Uge 7: Psoriasis	Forværring af udslæt, der fremtræder mere papuløst. Kontakt til dermatolog, diagnose: konfluerende guttat psoriasis svt. området, hvor tidl. herpes zoster. Opstartes i højdosis steroidcreme.	35 km let aktivitet / jog.
Uge 8-9	Psoriasis responderer på steroid. Mindre træthedsfornemmelse.	55 km løb + 130 km cykling inkl. interval
Uge 10-12	Opheling af zoster/psoriasis. Normalisering af AT, mindre træt end tidligere.	Vanligt aktivitetsniveau genoptages: 80-85 km løb inkl. intervaller + cykling