

Handläggning av inflammatorisk reumatisk sjukdom

Vårdnivå och remiss

Primärvården ansvarar för primär bedömning och basal utredning av ledbesvär och reumatiska symtom.

Till Reumatologen remitteras patienter för utredning och behandling av:

- Inflammatorisk led- eller ryggsjukdom med risk för skada på ledbrosk och ben
- Inflammatorisk systemsjukdom och kärlinflammationer inklusive myositer.

Remissinnehåll:

- Anamnes och genomförd utredning av betydelse för remissbedömning (se nedan)
- Ledstatus, hudförändringar eller andra objektiva fynd
- I många fall kan kortisonmedicinering bli aktuell. Notera därför om ställningstagande till osteoporosdiagnos tagits till exempel med hjälp av FRAX eller remiss för bentäthetsmätning. Se Faktadokument Osteoporos.

Reumatologen ger även stöd och råd vid utredning och behandling av **Polymyalgia reumatika** eller **Temporalisarterit** (som i övrigt sköts av primärvården).

- Om osäker diagnos på grund av motsägelsefulla fynd i anamnes, status eller laboratorieprover
- Om problem att reducera eller sätta ut kortikosteroiderna på grund av kvarvarande symtom och/eller SR-stegring.

Diagnostik och utredning

I primärvården

Anamnes och klinisk undersökning inklusive ledstatus är grunden i diagnostiken. Tänk särskilt på följande tecken till ledinflammation:

- Anamnes
- Ledsvullnad
- Ledömhet
- Rörelsesmärta
- Morgonstelhet.

Se även Faktadokument Reumatoid Artrit hos vuxna och Psoriasisartrit.

Lämplig grundläggande laborieutredning är:

Blodstatus, SR, CRP, proteinanalys. Andra prover som bör övervägas är ALAT, TSH, eventuellt CK, urat, urinstatus.

Specifika och diagnostiska prover som bör tas är:

- RA-faktor och anti-CCP vid utredning av misstänkt Reumatoid Artrit (RA)
- ANA (inkluderar svar på ENA och DsDNA om pos ANA) vid misstänkt inflammatorisk systemsjukdom t.ex. SLE, Sjögrens Syndrom.

Vidare kan övervägas:

- HLA-B27 vid misstanke om inflammatorisk ryggsjukdom
- ANCA vid oklar SR och CRP höjning när övriga autoimmuna prover är negativa vid misstanke om vaskulitsjukdom.

Röntgenundersökning av händer-handleder-fötter bör göras vid misstänkt artritsjukdom.

Överväg även **lungröntgen** framför allt hos rökare (paramalignitet, sarkoidos samt av värde inför metotrexatbehandling) om det inte är gjort senaste 6 månaderna.

MR av SI-leder görs vid misstanke om sakroilit (OBS! slätröntgen eller CT visar inte tidiga förändringar). Hos personer över 50 år med stark misstanke om Bechterew kan CT vara ett bättre alternativ än MR.

Obs! Om klinik och röntgenfynd inte stämmer överens vid misstanke om Bechterew bör reumatolog kontaktas för diskussion.

I många fall kan det bli aktuellt att insätta kortisonmedicinering varför övervägande och utredning av eventuell samtidig osteoporossjukdom (se Faktadokument) kan vara värdefullt.

Differentialdiagnoser där utredning och handläggning i första hand sker i primärvården (eller via annan klinik).

- Artrossjukdomar
- Inlagringssjukdomar t.ex. uratartrit, kondrocalcinosis, hemokromatos
- Inflammatorisk tarmsjukdom med ledsymtom
- Endokrina sjukdomar med ledsymtom t.ex. tyreodeastörningar, diabetes mellitus
- Reaktiva artrit (Infektioner)
- Sarkoidos med ledsymtom
- Malignitet med paramaligna ledsymtom

Behandling

Vid konstaterad ledsjukdom ges i första hand paracetamol, NSAIDs. Insättning av kortison kan i vissa fall vara ett bättre alternativ i doser på 5 - 10 mg dagligen som en kontinuerlig dos tills bedömningen på Reumatologen. Ta gärna telefonkontakt med reumatologkonsult för diskussion kring lämplig utredning och handläggning liksom vid önskemål om en "second opinion".

Rehabilitering

Se Arbetsterapiprogram och riktlinjer reumatologi under relaterad information.