Reumatoid artrit hos vuxna

Patientens perspektiv

Innan diagnosen Reumatoid artrit (RA) ställs besväras patienten ofta av smärta och värk i leder, trots att ledinflammation inte alltid kan påvisas vid undersökning.

Många söker för smärta och värk i primärvården, men det är bara hos en liten andel som orsaken är inflammatorisk reumatisk sjukdom.

Sjukdomens relativa sällsynthet gör att utredning av RA ibland fördröjs. Patienten kan behöva söka för sina symtom upprepade gånger innan hen får bedömning hos reumatolog.

Vårdnivå och samverkan

Misstanke om Reumatoid artrit handläggs enligt personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp:

Se Flödesschema under relaterad information.

Åtgärdsöversikt, tabell 1, sidan 6-11, Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Reumatoid artrit (se under relaterad information).

Primärvård

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

Vid välgrundad misstanke om RA ska patienten remitteras inom 1 vecka till reumatologmottagningen, Länssjukhuset Ryhov.

Specialiserad vård

Remissen till reumatologmottagningen ska alltid innehålla:

- Aktuella symtom, debuttidpunkt/duration
- Ledstatus, ömma och svullna leder (ange vilka leder)
- Laboratorieprover: anti-CCP, Hb, Lpk, Tpk, SR, CRP

Önskvärt innehåll:

- Röntgensvar för händer, fötter och annan drabbad led (invänta inte svar om det fördröjer remissen till reumatolog)
- Laboratorieprover: RF
- Hereditet för reumatisk sjukdom
- Morgonstelhet
- NSAID effekt

- Aktuella läkemedel
- Tidigare/nuvarande sjukdomar
- Arbete/social bakgrund

Informera patienten om:

- att det finns anledning att göra fler undersökningar för att ta reda på om patienten har RA
- att remiss skrivs till reumatolog
- att patienten kan kallas till utredning snabbt och det underlättar om patienten är tillgänglig på telefon (Kolla så att aktuellt telefonnummer finns)
- att sjukvården ofta ringer från dolt nummer

Bakgrund

Reumatoid artrit (RA) är en kronisk inflammatorisk sjukdom som förekommer hos ungefär 0,6 procent av befolkningen med en årlig incidens hos vuxna över 18 år på runt 40/100 000. Kvinnor insjuknar i RA ungefär tre gånger så ofta som män. De flesta insjuknar mellan 50 och 70 års ålder.

Orsaken till uppkomsten av RA är en kombination av genetisk predisposition, omgivningsfaktorer och okända faktorer. Rökning är den viktigaste påverkningsbara riskfaktorn för att utveckla RA och är också associerat med en mer allvarlig sjukdom och sämre effekt av antireumatiska läkemedel.

Obehandlad sjukdom kan leda till leddestruktioner, funktionsnedsättning och för tidig död.

Tidig diagnostik, tidig behandling och tät monitorering är avgörande för att minska risken för funktionsnedsättningar och komplikationer.

Diagnostik och utredning

Välgrundad misstanke om RA föreligger om patienten:

- är över 18 år
- har ledvärk eller svullna leder där annan orsak till symtomen som till exempel trauma, gikt eller infektion har uteslutits

… **samt** att patienten har minst en av följande:

- symmetrisk småledsartrit
- minst en svullen led samt positivt anti-CCP-test
- minst en svullen led samt artritförändringar på röntgen
- ledvärk i händer eller fötter samt positivt anti-CCP-test

Symtom

Typiska symtom för diagnostiken:

- ledsvullnad
- ledömhet
- rörelsesmärta
- morgonstelhet

Status

Klinisk ledstatus är grunden i diagnostiken.

Leta efter ledsvullnad/synoviter, särskilt symmetriskt i småleder.

Kom ihåg att undersöka fötterna.

Laboratorieprover

SR och CRP samt Hb, LPK, TPK, och anti-CCP ska ingå i remissinnehållet. Önskvärt är också RF.

Citrullinantikroppar (anti-CCP) är en stark markör och riskfaktor för destruktiv RA. Anti-CCP har en hög specificitet (95-98 %) och har även en relativt hög sensitivitet (50-60 %) i tidigt skede av sjukdomen. Förekomst av autoantikroppar mot anti-CCP kan föregå sjukdomsdebut med flera år, den så kallade subkliniska fasen eller pre RA fasen. För patienten kan denna fas innebära trötthet, smärta och värk i leder utan att artriter kan påvisas. Av dessa patienter är det ungefär 30 % som utvecklar RA inom 1 år.

Reumatoid faktor (RF) är inte specifikt för RA utan kan även förekomma vid andra reumatiska sjukdomar och kan också ses vid till exempel infektioner och hos äldre utan samtidig ledsjukdom (oftast låga värden).

Bilddiagnostik

Händer, handleder, fötter och eventuell annan drabbad led med frågeställningen artrit/artros är önskvärt att man beställer. Svar behöver inte inväntas om det innebär en fördröjning av att remissen skickas. Ibland kan det vara aktuellt med lungröntgen för att utesluta infektioner, malignitet etc.

Differentialdiagnos

Differentialdiagnoser där utredning och handläggning i första hand sker i primärvården eller via annan klinik:

- artrossjukdomar
- inlagringssjukdomar t.ex. uratartrit, kondrocalcinos, hemokromatos
- inflammatorisk tarmsjukdom med ledsymtom
- endokrina sjukdomar med ledsymtom t.ex. tyreodeastörningar, diabetes mellitus
- reaktiva artriter (infektioner)

- sarcoidos med ledsymtom
- malignitet med paramaligna ledsymtom
- annan inflammatorisk sjukdom

Vid misstanke om övrig reumatisk sjukdom var god se Faktadokument Handläggning av inflammatorisk reumatisk sjukdom.

Behandling

Handläggning i primärvården

Behandling i primärvården i avvaktan på fortsatt utredning på reumatologmottagningen:

- Analgetika - Paracetamol används med fördel i kombination med eventuell NSAID.
- NSAID - Beakta ålder och andra sjukdomar (t.ex. hjärt- och kärlsjukdom eller nedsatt njurfunktion) vid insättning. Om inga kontraindikationer föreligger välj NSAID med lång verkningstid att ta till natten för att minska morgonstelhet. Det finns flera preparat att välja mellan. Hos unga, friska individer kan t.ex. Arcoxia vara ett alternativ. Annars Ipren/Naproxen.
- Kortison, glukokortikoider - Efter kontakt med reumatolog kan behandling med lågdos Prednisolon < 10 mg/dagl vara indicerat för att dämpa kraftig inflammatorisk aktivitet, klinisk eller lab-mässigt. För höga doser kan försvåra bedömningen av ledstatus och laboratorieprover.

Handläggning vid reumatologmottagning

Handläggning vid reumatologmottagning ska ske så snart som möjligt men senast inom 4 veckor efter utfärdad remiss.

Behandlingen bör ges enligt principen ”treat to target”, vilket innebär att läkaren och patienten vid varje kontakt justerar den medicinska behandlingen om inte målet, som läkare och patient satt upp tillsammans, är uppnått.

Utöver smärtstillande och inflammationsdämpande medel behandlar man ofta med sjukdomsmodifierande läkemedel (DMARD) och biologiska läkemedel.

Tidig individuell kontakt etableras förutom med läkare även med ett rehabiliteringsteam.

Insatserna består bland annat av patientutbildning, råd om levnadsvanor, stöd för fysisk aktivitet, anpassad strukturerad träning, icke farmakologisk smärtbehandling, hjälpmedel och samtalsstöd.

Se Reumotoid artrit - Fysioterapeutiska riktlinjer under relaterad information.

Se Reumatiska sjukdomar - Arbetsterapiprogram under relaterad information.

Handläggning och utredning vid reumatologmottagningen följer personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp.

Sjukskrivning

Reumatologmottagningen ansvarar för eventuell sjukskrivning.

Se Sjukskrivning vid Reumatoid artrit, Försäkringsmedicinskt beslutsstöd under relaterad information.

Komplikationer

Prognosen vid RA varierar mellan olika patienter, men är oftast god vid tidig och väl fungerande behandling. En del patienter bibehåller intakt funktionsförmåga, men många får med tiden någon form av funktionsnedsättning. Hos en del uppstår, trots adekvat behandling, leddestruktioner som leder till mer uttalad aktivitetsbegränsning. En liten andel patienter drabbas av svåra komplikationer till följd av sjukdomen eller allvarliga biverkningar av behandlingen. På gruppnivå finns hos patienter med RA en ökad risk för flera olika sjukdomar, till exempel hjärt- och kärlsjukdomar.

Klinisk uppföljning

För de flesta RA-patienter sker uppföljning vid reumatologmottagningen.

Hos en mycket liten del av patienterna går sjukdomen efter ett antal år i kvarstående remisson utan behandling och för vissa av dem kan då uppföljning i primärvården erbjudas efter särskild överenskommelse liksom vid vissa samsjuklighetsdiagnoser som kan uppkomma: osteoporos (inflammation, kortison), hjärt-kärlsjukdom, hypertoni (hyperlipidemi, NSAID), diabetes (kortison).

Se Tandvårdsstöd - översikt och riktlinjer under relaterad information.

Kvalitetsuppföljning

Punkt 2.2 i PSVF Reumatoid artrit, se Relaterad information.

Patientinformation

Se Ledgångsreumatism under relaterad information.

Relaterad information

Se Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp Reumatoid artrit under relaterad information.