

Psoriasisartrit

Vårdnivå och remiss

Primärvården ansvarar för den basala utredningen enligt Faktadokumentet Handläggning av inflammatorisk reumatisk sjukdom.

Vid ledbesvär hos psoriasispatienter där symtomlindrande behandling är otillräcklig och sjukdomsmodifierande behandling bedöms behövas remitteras patienten till reumatolog. Se vidare Faktadokument Psoriasis. Bifoga i remissen eventuell bedömning av hudläkare.

Diagnostik och utredning

Psoriasisartrit misstänks vid utredd psoriasis och/eller samtidig nagelpsoriasis när ledbesvär föreligger. Hereditet förekommer ofta. Artriten kan drabba både stora och små leder (MCP, PIP eller DIP) i händer eller fötter eller i stora leder (mono- eller oligoartrit). Dessutom förekommer daktylit (korvfingrar - tåleder) och entesit som kan vara debutsymtom. Enstaka debuterar eller har samtidiga ryggsmärtor lokaliserade till sakro-iliakaleder (spondylartropati). Ungefär 30 % av patienterna med psoriasis utvecklar psoriasisartrit.

Differentialdiagnoser är RA (se Faktadokument), gikt, artros. Rygginflammatorisk sjukdom. HLA-B27 associerad artrit. Annan inflammatorisk reumatisk sjukdom.

Utredning:

- Anamnes: sammanfattning av den aktuella reumatiska sjukdomens debut och förlopp, vilka leder har drabbats, ryggengagemang, morgonstelhet m.m. Hereditet samt eventuellt hudengagement
- Hudstatus och eventuell hudläkarkonsult
- Ledstatus: svullna leder, typ av ledutbredning, förekomst av daktylit, tenosynovit, förekomst av ryggstelhet och smärta.
- Lab: Blodstatus, SR, CRP, anti-CCP. Önskvärt är även HLA-B27 samt RA-faktor. För fördjupning se Faktadokumentet Handläggning av inflammatorisk sjukdom. Negativ RA-faktor ingår som ett av kriterierna vid diagnostik av psoriasisartrit. HLA-B27 av värde vid misstänkt engagemang av rygg
- Röntgen: händer, handleder och fötter. MRT SI-leder kan vara aktuell vid misstanke om inflammatoriskt inslag med ryggsmärta.

Behandling

Behandling i primärvården

Flertalet av patienterna (>80 %) med artralgi och entesit upplever god symtomlindring med kontinuerligt NSAID behandling, bör provas i minst 2 veckor per preparat. Det

rekommenderas att testa minst 2 olika preparat vid otillräcklig effekt *innan remiss skrivs*. NSAID:s skall användas så länge där föreligger tecken på inflammation. Kombination med vanliga analgetika är oftast en fördel. I första hand symtomlindrande behandling med NSAID gärna i kombination med paracetamol.

Pröva olika NSAID, gärna något långverkande då effekten kan variera. OBS! Uppmärksamhet kring kontraindikationer såsom hjärt- kärlsjukdom, njurfunktion, ålder i samband med preparatval. Hos unga friska individer kan med fördel Orudis retard eller Arcoxia prövas. Andra alternativ kan vara Naproxen eller Ipren.

Systemisk kortisonbehandling på grund av patientens ledbesvär insätts endast i samråd med reumatolog.

Behandling hos reumatologen

Liknande som vid reumatoid artrit, t.ex. Methotrexate, Leflunomide, Salazopyrin, biologiskt läkemedel, NSAID, lokala steroidinjektioner, fysikalisk terapi. Insatser via Reumateamet, se nedan.

Sjukskrivning

Se Sjukskrivning vid psoriasisartrit, Försäkringsmedicinskt beslutsstöd under relaterad information.

Uppföljning

Sker på den nivå där behandlingen sker. Det är viktigt att följa upp riskfaktorer för osteoporos, rökning och hjärt- kärlsjukdom och hypertoni.

Rehabilitering

Insatser sker genom reumateamet (sjukgymnast, arbetsterapeut, kurator, reumasköterska). Första kontakten sker i form av individuell information av teamet (IIT) vanligtvis inom 1-2 månader efter diagnos fastställd av reumatolog. Patienter med reumatiska sjukdomar inom primärvården bör ha kontakt med sjukgymnast och arbetsterapeut om/när de upplever försämringar samt för att få stöd i att bibehålla/öka aktiviteter i sin vardag.

Se Reumatoid artrit, psoriasisartrit och övriga perifera artriter under relaterad information.

Se Arbetsterapiprogram och riktlinjer reumatologi under relaterad information.

Mer information

Se Reumatiska sjukdomar, Läkemedelsboken under relaterad information.