

H kursus i almen medicin **Reumatologi**

Læge, ph.d. Kresten Keller
Reumatologisk afdeling U
Århus Universitetshospital

Reumatologi definition:

bevægeapparatets medicinske sygdomme

- Del af Intern Medicinske speciale
Tidligere fysiurgi - badelæge

Badelæge?

Reumatologen 2014

Emner

- Time 1:
 - Reumatologiske blodprøver og undersøgelser.
 - Medicin til reumatologiske patienter.
 - Artralgi/artrit/artrose.
- Time 2:
 - Inflammatoriske ryglidelser.
 - Arthritis urica.
 - Polymyalgi.

Reumatologiske blodprøver

- ANA.
- Case: Patient med lidt diffuse symptomer fra bevægeapparatet. Egen læge har taget en ANA. Den er positiv! Har patienten en gigtsygdom? Skal patienten henvises til reumatolog?

Måske

Reumatologiske blodprøver

- ANA:
 - Høj negativ prædiktiv værdi for SLE.
 - Negativ prøve udelukker SLE.
 - Kan være forhøjet hos raske (fx tidligere infektioner).
 - Positiv prøve kan være et udtryk for reumatologisk sygdom - hvis der er relevante symptomer fra andre organsystemer.

Reumatologiske blodprøver

- Reumafaktor:
 - Sensitiv men ikke så specifik.
 - Ses hos ca. 5% af raske.
- Anti-CCP:
 - Sensitiv og meget specifik.
 - Er den positiv er der stor risiko for at patienten får/har reumatoid artrit.

Reumatologiske røntgenbilleder

- RTG af led:
 - Til at se erosioner.
 - Kun 1/3 af RA patienter har erosioner ved debut.
 - Monitorering af behandling.
- RTG af columna:
 - Forandringer ses ikke ved tidlig sygdom.
 - Men mange af patienterne har været syge i årevis.

Reumatologiske røntgenbilleder

- MR Columna:
 - Til at vurdere degenerative forandringer (prolaps osv).
 - Inflammation.
 - Specifik metode er nødvendig (STIR sekvens).

Medicin til reumatologiske patienter.

- Methotrexate:
 - Folinsyre antagonist. Gives ugentlig.
 - Bivirkninger: Gastrointestinale, levertal.
 - OBS: Pauseres ved infektioner.
- Biologiske lægemidler:
 - Ikke kendt øget cancerrisiko.
 - Øget risiko for infektioner (især i forvejen svækkede).
 - Pauseres ved infektioner.

Medicin til reumatologiske patienter

- Prednisolon:
 - Højdosis:
 - Osteoporose, DM, glaukom, osv.....
 - Lavdosis:
 - Osteoporose.
 - DXA skanning
 - Kalk og D-vitamin.
 - Alendronat.
 - Seponeringssyndrom:
 - Muskel/led smerter i op til 6 mdr. efter seponering.

Medicin til reumatologiske patienter

- NSAID
 - Vi bruger det mindre og mindre....
 - Især til Spondylartrit.
 - Bivirkninger:
 - GI blødning (PPI ved risiko).
 - Risiko for hjertesygdom.
 - Ikke til over 65 år.

Medicin til reumatologiske patienter

- NSAID
 - Ibuprofen førstevalg.
 - Bedste forhold mellem GI og Hjerte bivirkninger.
 - Max. 1200 mg i døgnet.
 - OBS PPI.



Rekommanderet

Ingen.

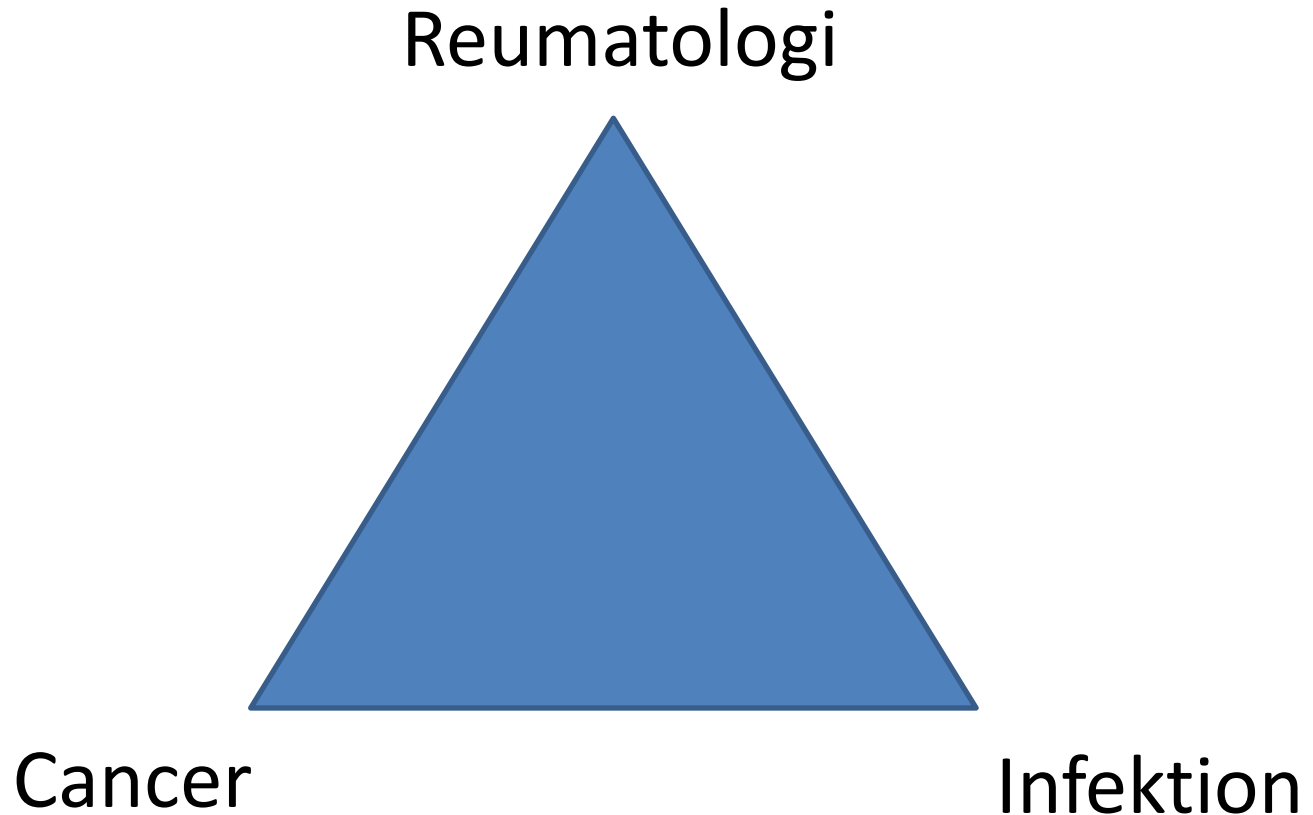
Rekommanderet med forbehold eller i særlige tilfælde (med ækvieffektiv dosis)

Dexibuprofen 600 mg
Etodolac 400 mg
Ibuprofen 1.200 mg
Nabumeton 1.000 mg
Naproxen 500 mg (1. valg ved erkendt hjertekarsygdom)

Ikke anbefaleret

Celecoxib
Dexketoprofen (fås som injektion)
Diclofenac (fås som injektion.)
Etoricoxib
Flurbiprofen
Indomethacin
Ketoprofen (fås som injektion.)
Ketorolac (fås kun som injektion.)
Lornoxicam (fås som injektion.)
Meloxicam
Paracoxib
Phenylbutazon
Piroxicam
Tenoxicam
Tiaprofensyre
Tolfenamsyre
Diclofenac + misoprostol
Glukosamin
Hyaluronsyre

Reumatologi generelt



Case

- 55 årig kvinde. Igennem flere år intermitterende lette smerter fra fingrene. Synes de bliver mere ”krogede”. Skal lige i gang om morgenen.

Er det en inflammatorisk sygdom?

Skal hun til reumatolog?

Case

- 55 årig kvinde. Igennem et par måneder tiltagende smerter i fingrene. Især om morgenen hvor det først letter efter flere timer. Problemer med at knytte hånden. Vågner om natten med smerter.

Er det en inflammatorisk sygdom?

Skal hun til reumatolog?

Inflammatoriske vs. degenerative smerter

	Degenerativt/artrose	Inflammatorisk/artrit
Morgenstivhed	Under ½ time.	Typisk mere end 1 time.
Natlige smerter	Ikke i starten	Ja ofte.
Bevægelse	Forværring, belastningstriade	bedring
Ledhævelse	"Hård" (Knogle)	"blød" hævelse (artrit)
Skurren	Ja	Nej (Ikke i starten)
Røntgen	Ledspalteafsmalning, Sklerosering, osteofytter	Ledspalteafsmalning, halisterese, erosioner

Artralgiar/artrit




- Forslag til udredning inden henvisning:
 - Levertal, nyretal, hæmatologi, infektionstal.
 - TSH og D-vitamin.
 - Klamydia (yngre mono/oligoartrit).
 - Anti-CCP, Reumafaktor, ANA.

- Røntgen af hænder og fødder.

Artralgie/artrit

- Fif til undersøgelse af led:
 - Albuen kan aldrig strækkes ved arthritis.
 - Ved arthritis i fingene kan de ikke knyttes

Artralgiar/artrit

- Hvad sker der på reumatologisk afdeling:
 - Diagnose initielt  Behandling.
 - Ikke mistanke om reumatologisk lidelse  Afslutning.
 - Mistanke men ikke bekræftet  Følges i en periode mhp. udvikling.

Case

- 68 årig mand. Tidligere rask fraset overvægt og hypertension. Igennem 4 år intermitterende smerter i v knæ ved gang. Nu belastningstriade. Begyndende smerter i hvile
- Diagnose?
- Skal han til reumatolog?

Artrose

- Diagnose:
 - Symptomer:
 - Noninflammatoriske smerter.
 - Belastningssmerter. (belastningstriade).
 - Bedring ved hvile.
 - Kortvarig morgenstivhed (under ½ time).
 - Fornemmelse af instabilitet.
 - Kan være polyartikulær

Artrose

- Diagnose:
 - Objektiv US:
 - Nedsat bevægelighed i leddet.
 - Skurren
 - Ossøs hævelse (evt. sekundær synovit)
 - Røntgen:
 - Karakteristiske forandringer.

Artrose

- Behandling:
 - Smertestillende:
 - Paracetamol.
 - Lokal NSAID (femoropatellart).
 - NSAID (obs. for alder og bivirkninger).
 - Tramadol.
 - I.a steroid (ved ledhævelse=inflammation).
 - Behandling der ikke anbefales:
 - Hyaluronsyre i.a.
 - Glukosamin.

Artrose

- Behandling:
 - Vægttab.
- Træning:
 - Bedring af muskelstyrke og stabilitet.

Artrose

- Behandling:
 - Kirurgi:
 - Artrodese.
 - Osteotomi.
 - Protese.
 - Cementsert/ucementsert.
 - Lang overlevelse på proteser generelt

Case

- 50 årig kvinde. Smerter i forfoden gennem 2 måneder. Nu tilkommet smerter i fingrene som hæver intermitterende. Morgenstivhed af 2 timers varighed. Tager ipren som hjælper.
- Hvad gør man i praksis?

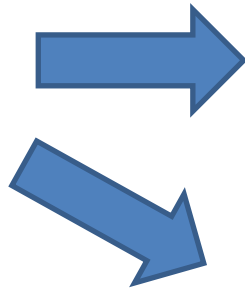
Case - fortsat

- OBJ US:
 - Smerter i MCP og pip-led samt MTP led. Hævelse af MCP led.
- Biokemi:
 - CRP 35, normale leukocytter.
 - Hgb 6,2.
 - RF 89, Anti-CCP forhøjet.
- Røntgen:
 - Erosioner svt flere MCP led forenelig med RA.

Reumatoid artrit

- Diagnose:
 - Ledhævelser/smerter
 - Tidsfaktor
 - CRP
 - RF/anti-CCP
- Reumatologisk vurdering:
 - Alle patienter. Så snart som muligt.

Udviklingen af reumatoid artrit- Som det var i går.



- Monitoring:



Hvor mange gigtsmerter har De for tiden?

Ingen gigtsmerter

Uudholdelige gigtsmerter

TILBAGE NÆSTE

[illegible]

Reumatoid artrit

- Monitorering mellem besøg.
 - Pt ringer ved symptomer.
 - Vi ringer til pt ved høj CRP.
 - Mistanke om opblussen → gives hurtig tid (Få dage).
 - Mistanke om infektion → sendes ofte til egen læge.
- Besøgsintervaller:
 - Aktivitet:
 - Max 1-2 måneder.
 - Remission
 - 3-6 måneder.

Reumatoid artrit

- Hurtig og aggressiv behandling af inflammationen.
 - Tidlig behandlingsstart.
- Intraartikulær injektion af led.
 - hver gang de ses.
- Methotrexate og/eller andre DMARD.
- Biologisk behandling
 - Ved svigt af ovenstående.

Case

- Søren på 29 år. Psoriasis i 2 år svt knæ, albuer og hårbund. Igennem et par måneder tiltagende smerter svt. knæ og hænder. Bedring ved bevægelse. Nu hævelse af piplede og højre knæ. Normal CRP.
- Diagnose?
- Skal han til reumatolog?

Case

- 55 årig kvinde. Overvægt og psoriasis. Intermitterende smerter svarende til det ene knæ. Knæet kan være hævet. Smerterne forværres ved gang. Morgenstivhed af 30 minutters varighed indimellem. Normal CRP.
- Diagnose?
- Skal hun til reumatolog?

Psoriasis artrit

- Diagnose:
 - Psoriasis/disposition til psoriasis.
 - Ledsygdom kan komme først.
 - Ledhævelser.
 - Ofte oligoartrit.
- Reumatologisk vurdering:
 - Alle patienter hvor der er mistanke om ledhævelser.

Psoriasis artrit

- Behandling:
 - Få led:
 - Steroidinjektioner.
 - Mange led:
 - Methotrexate og evt andre DMARD.
 - Biologisk behandling.
 - Vi har ikke fantastiske midler!!!!

Case

- 55 årig mand. For et år siden haft episclerit i det ene øje. Tiltagende ledsmerter de sidste to måneder. Intermitterende hævelse af albuer, knæ og skuldre. Ikke noget ved obj. us. I løbet af en måned udviklet udslet bag på h hæl. Ustix pos for protein.
- Skal han til reumatolog?

Bindevævslidelser/vaskulit

- Hvornår skal det mistænkes:
 - Mistanke om påvirkning af flere organsystemer.
 - CNS, ØNH, CP, GI, HUD, Bevægeapparat, alment.
 - Udredning efter afficeret organsystem.
- Reumatologisk vurdering:
 - Alle patienter hvor der er mistanke.
 - Hurtig henvisning.

Case

- Hansi 23 år, netop hjemvendt fra Sunny Beach. Udviklet hurtig indsættende hævelse svt h ankel og nu også venstre knæ. Svært ved at gå.
- Diagnose?
- Skal han til reumatolog.

Reaktiv artrit

- Diagnose:
 - Typisk oligoartrit på UE.
 - Infektion:
 - Klamydia.
 - Gi infektion (salmonella, shigella, campylopakter, Yersenia).
 - Oftest yngre mennesker.

Reaktiv artrit

- Reumatologisk vurdering:
 - Ved varighed over nogle uger uden bedring.
 - De fleste går over af sig selv. Derfor observerende holdning.
- Behandling:
 - Intraartikulær steroid.
 - Ved langvarigt. Evt DMARD.

Resume

- Patienter som skal til reumatolog:
 - Ledhævelser.
 - Inflammatoriske ledsmerter.

	Degenerativt/artrose	Inflammatorisk/artrit
Morgenstivhed	Under ½ time.	Typisk mere end 1 time.
Natlige smerter	Ikke i starten	Ja ofte.
Bevægelse	Forværring, belastningstriade	bedring
Ledhævelse	"Hård" (Knogle)	"blød" hævelse (artrit)
Skurren	Ja	Nej (Ikke i starten)
Røntgen	Ledspalteafsmalning, Sklerosering, osteofytter	Ledspalteafsmaldning, halisterese, erosioner

Pause!!!

Case

- 37 årig mand. Rygsmerter gennem flere år. Ikke udstråling. Især lavt lumbalt. Ikke om natten. Forværring i forbindelse med arbejde.
- Diagnose?
- Skal han til reumatolog?

Case

- 37 årig mand. Smerter i ryggen gennem måneder. Værre og værre. Vågner om natten med smerter. Slemme om morgenen, letter efter et par timer. Klar bedring ved bevægelse.
- Diagnose?
- Skal han til reumatolog?

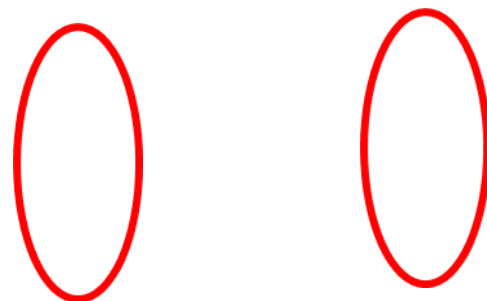
Inflammatorisk rygsmerter

Inflammatorisk rygsmerter er **klassificeret** ved ≥ 4 symptomer:

- Alder ved debut < 40 år
- Snigende debut
- Bedres ved aktivitet
- Ingen lindring ved hvile
- Natlige smerter (der bedres når man står op)

Inflammatoriske rygsygdomme

- Diagnose:
 - Symptomer:
 - Inflammatoriske smerter.
 - Andre organsystemer.
 - Undersøgelser:
 - Biokemi: især CRP. HLA-B27
 - MR columna og SI led (STIR sekvens, us bestilles på reumatologisk afdeling).



Inflammatoriske Rygsygdomme.

- Reumatologisk vurdering:
 - Alle patienter med inflammatoriske rygsmerter.
 - Ikke nødvendigvis ved degenerative/mechaniske rygsmerter.
 - Ved tvivlstilfælde (så vi får det afklaret)

Inflammatoriske rygsygdomme

- Behandling:
 - Træning.
 - Kirurgi.
 - NSAID.
 - Effekt på sygdomsprogressionen.
 - Anti-TNF (biologisk behandling)
 - Ofte dramatisk effekt på symptomer.

Antibiotic treatment in patients with chronic low back pain and vertebral bone edema (Modic type 1 changes): a double-blind randomized clinical controlled trial of efficacy

**Hanne B. Albert · Joan S. Sorensen ·
Berit Schiott Christensen · Claus Manniche**

Hvor mange reumatologiske
sygdomme kan vi kurere?

Case

- 72 årig mand. DM type 2. Nedsat nyrefunktion sekundært hertil. Pludselig indsættende smerte hævelse, rødme og varme svt 1. MTP led.
- Diagnose?
- Til reumatolog?

Arthritis urica

- Den eneste reumatologiske ledsygdom vi kan kurere.
- Formodentlig den dårligst behandlede gruppe af reumatologiske patienter.

Arthritis urica

- Symptomer:
 - Initielt akutte anfald.
 - Senere kronisk polyartrit
 - Knæ, ankler, 1. MTP.
 - Senere andre led.
 - Hævelse, smerte og rødme.
 - Oftest svære smerter.
 - Evt. feber og almenpåvirkning.

Arthritis urica

- Undersøgelser:
 - Se-urat:
 - Kan være normal ved syge (under anfald).
 - Kan være forhøjet hos raske.
 - Ikke diagnostisk (til at måle behandlingseffekt)
 - CRP: oftest høj ved anfald.
 - Nyretal: ofte hos nyreinsufficiente.

Arthritis urica

- Undersøgelser:
 - Ledpunktur med mikroskopi for krystaller.
 - RTG led: forandringer efter mange års sygdom.

Diagnose

- Helst mikroskopi af krystaller.
- Evt. flere klassiske anfald og forhøjet serum urat.

Anfaldsbehandling

- NSAID.
- Steroidinjektion.
- PO steroid (ca. 25 mg dagligt).
- (Colchicin)

Anfaldsforebyggende behandling

- NSAID
- (Colchicin)

Uratsænkende behandling

- Hæmme produktion af urinsyre:
 - Allopurinol
 - Febuxostat (adenuric)
- Øge udskillelse af urinsyre i nyrerne:
 - Probenecid
 - Losartan

Uratsænkende behandling

Mange patienter er underbehandlede.

Tjek altid serum urat indtil den er i niveau (under 0,36).

Skru dosis op indtil målet er nået.

Kan målet ikke nås..... Henvis patienten til reumatologisk afdeling

Uratsænkende behandling

- Information af patienter er vigtig:
 - Livslang behandling.
 - Øgede anfald i starten.

Anden behandling

- Obs livsstilssygdomme:
 - Diabetes.
 - Hypertension.
 - Overvægt.
 - Iskæmisk hjertesygdom.
 - Alkohol overforbrug.

Sygehistorie

- Ca. 70 årig mand. Tidligere pacemaker og biologisk aortaklap.
- Efterår 2012: Debut af proximale muskelsmerter og træthed.
- Marts 2013: blodprøver viser normal CRP og sænkning på 50. Ikke efterfølgende blodprøver.
- Prednisolon 25mg x 2 med nogen, men ikke overbevisende effekt. Svære symptomer ved nedtrapning til 10 mg.
- Henvisning til reumatologisk afdeling august 2013 mhp videre plan.

Polymyalgi (og arteritis temporalis)

- Ældre (ekstremt sjældent under 50 år).
- De to tilstande ses ofte sammen.
 - 10-20% af polymyalgi pt har AT uden at have symptomer herpå.

Polymyalgi

- Muskelsmerter svt. proximale muskulatur.
- Ofte almensymptomer.
- Ofte ledsagende arteritis temporalis.
 - Tindingehovedpine, tyggeklaudikatio, synstab.

Polymyalgi

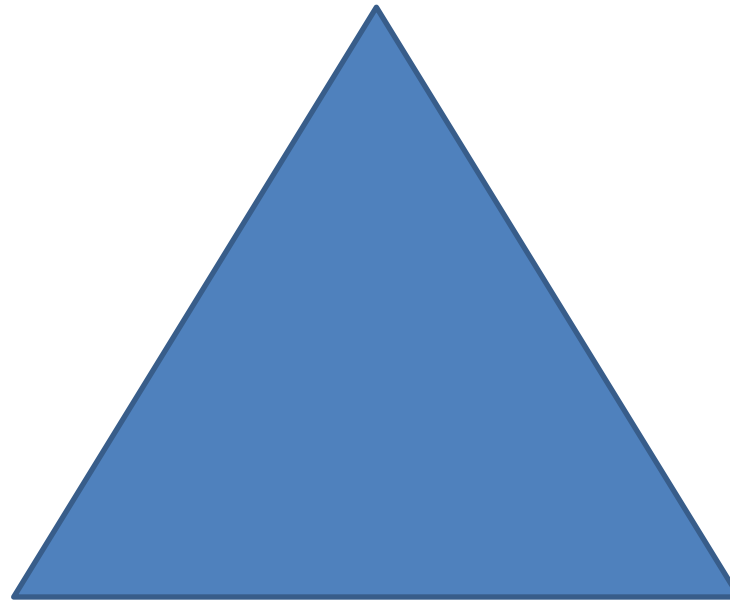
- Objektiv undersøgelse:
 - ”Fra top til tå”
 - Muskler, led og bursae.
 - Arteria temporalis.
 - Ømhed? Puls?
 - Løfte arme over hoved, rejse sig fra stol.

Polymyalgi

- Undersøgelser og biokemi mhp diagnose:
 - Ingen specifik.
 - CRP og sænkning (stort set altid forhøjet).

Polymyalgi

Reumatologi



Cancer

Infektion

Polymyalgi

Altid overveje malignitet!

Polymyalgi

- Udredning malignitet:
 - Bred biokemisk screening, U-stix, PSA, M-komponent, Lette kæder, CA 125.
 - CT-TAB.
 - Coloskopi, gastroskopi, cystoskopi.
 - Knoglemarv.
 - Pet-CT

Undersøgelser Arteritis temporalis

- Vævsprøve fra arteria temporalis.

Nyere undersøgelser for arteritis temporalis

- Pet CT.
- Ultralyd.

Polymyalgi

- Diagnose:
 - Kombination af det samlede billede og udelukkelse af andre tilstande.
- Reumatologisk vurdering:
 - Ved mistanke om arteritis temporalis.
 - Ved ukarakteristisk klinisk billede.
 - Ved behandlingssvig.

Polymyalgi

- Behandling:
 - Polymyalgi:
 - Prednisolon **15-20** mg daglig.
 - Langsom udtrapning.
 - Alendronat, kalk og D-vitamin.
 - Arteritis temporalis:
 - Prednisolon 1 mg/kg.
 - Langsom udtrapning.
 - Alendronat, kalk og D-vitamin.

Polymyalgi

- Behandling
 - Ved manglende effekt:
 - Er diagnosen rigtig?
 - Arteritis temporalis?
 - Methotrexate/Imurel som supplement.
 - Via reumatologisk afdeling.
 - Dårlig dokumenteret effekt.
- www.danskreumatologiskselsskab.dk

Sygehistorie fortsat

- Udredning og strategi:
 - Normal CRP og sænkning. M komponent neg. Svært forhøjede labda kæder.
 - CT TAB i.a.
 - UL testes i.a.
 - RTG og UL: artrose svt skulder.
 - Knoglemarv: 15% plasmaceller, Monoklonale i Lambda.
 - Udtrappes af prednisolon Uden stor ændring i bevægeapparatsgenerne.
- Konklusion:
 - Myelomatose!

Resume

- Patienter som skal ses af reumatolog:
 - Artritter/rygsygdomme:
 - Inflammatoriske vs. Non inflammatoriske smerter.
 - Ledhævelser.
 - Urica:
 - Evt. til at stille diagnosen.
 - Hvis Se-urat ikke kan behandles i bund.
 - Polymyalgi:
 - Hvis det ikke går som forventet.

Spørgsmål