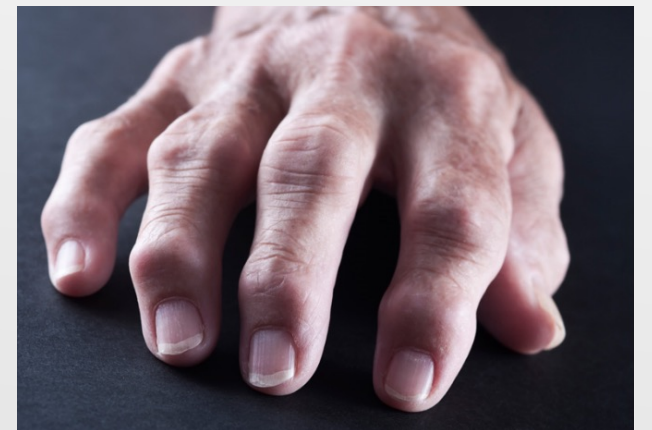


REUMATOLOGI

- A-KURSUS I ALMEN MEDICIN

Ved Afdelingslæge, lektor Signe Jensen



DAGSORDEN

- Kort præsentation
- Dagens målsætninger
- Cases
- Hyppigste reumatologiske sygdomme

PRÆSENTATION

Signe Jensen

Kandidat Medicin KU 2005

Hoveduddannelse Reumatologi 2009 – 2017

Uddannelsesforløb

2009-2011: intern med. Gentofte Hospital

2012: Reumatologisk afd. Frederiksberg Hospital

2013-2016: Speciallæge praksis Furesø Reumatologerne v. Finn Johannsen

2016-2017: Reumatologisk afdeling Gentofte Hospital

2017: Afdelingslæge, Reumatologisk afdeling, Gentofte hospital

DAGENS MÅLSÆTNINGER

- Vurdere hvilke pt, der skal til reumatolog – skal det være på hospital el i speciallæge praksis
- Tolke blodprøve svar
- Kende til opfølgning på artrit pt i forhold til vaccinationer, cardio vaskulær screening og DXA scanning
- Kunne behandle urica pt både akut og kronisk
- Kunne udtrappe den sidste prednisolon behandling
- Osteoporose

CASE 1

56-årig kvinde henvises med ledsmerter gennem 2 år.
Startede med smerter i begge hænder, derpå venstre skulder og senere knæled.

Hvad vil I vide?

Dispositioner

Morgenstivhed

Nylige infektioner

Hududslæt

Soloverfølsomhed

Raynauds fænomen

Mundsår

CASE 1

56-årig kvinde henvises med ledsmerter gennem 2 år.
Startede med smerter i begge hænder, derpå venstre skulder og senere knæled.

Hvad vil I gøre?
Objektiv undersøgelse
Røntgen af hænder og
fødder
Blodprøver – Hvilke?

Egen læge:
Hgb, Leuko og Trombocytter
Lever- og nyretal
CRP
IgM RF eller Anti CCP
Urat
Reumatolog:
SR
ANA
Anti CCP eller IgM RF
D-vitamin

CASE 1 - RESULTATER

Objektiv undersøgelse:

7 ømme led, 1 hævet venstre håndled

Røntgen af hænder og fødder:

Artrose i højre storetås grundled, men ingen sikre erosioner

Blodprøver:

Norm CRP, SR, ANA, Hgb, lever- og nyretal

Anti CCP: 37

IgM RF: 25

Kons. 4 uger senere: 2 hævede MCP-led samt ve håndled Har patienten reumatoid artrit?

REUMATOID ARTRIT

Kronisk, autoimmun inflammatorisk sygdom:

- Perifer og symmetrisk ledaffektion
- Særligt hånd og fingerled

Incidens: 1 600 nye tilfælde pr. år i DK

Prævalens: 0,7% af befolkningen i DK (35.000)

Kønsfordeling: 75% kvinder

REUMATOID ARTRIT

Klassifikationsmodellen

1. Ledengagement: 0-5 points
2. Serologi: 0-3 points
3. Fasereaktanter: 0-1 point
4. Sydgomsvarighed: 0-1 point

Diagnosetildeling

Min. 6 points

Ingen tegn på anden sygdom

REUMATOID ARTRIT

ACR 87 kriterierne er:

- Morgenstivhed mere end 60 min.
- Ledhævelse i mindst 3 af 14 ledområder
- Ledhævelse i håndens led
- Symmetrisk ledhævelse
- Noduli rheumatici
- Gigtfaktorer (IgM RF) i blod
- Røntgen forandringer i hænder

Diagnosetildeling

4 ud af 7 kriterier, min. 6 uger

REUMATOID ARTRIT

Autoantistoffer

IgM RF: sensitivitet 70%, specificitet 35% stigende til 80%

IgM RF ses hos 5% af normale raske

Anti CCP: sensitivitet 70%, specificitet 90%

Høj titer af begge: dårlig prognostisk og erosivt forløb

REUMATOID ARTRIT

Behandling

- Metothrexat + Folinsyre
- Salazopyrin
- Hydroxyklorokin
- Steroid
- Kalk og D-vitamin
- Biologiske lægemidler*

*Gensplejset lægemidler, skræddersyet til bestemte processer i immunsystemet, fremstillet på baggrund af levende celler

REUMATOID ARTRIT

Profylakse

- Osteoporose – DXA-scanning
- Vaccinationer – Influenza og Pneumokok
- Screening for kardiovaskulær sygdom



MONOARTRIT



MONOARTRIT



OLIGOARTRIT



NEGLEFORANDRINGER



PSORIASIS ARTRIT

Prævalens 0,04-0,1 % af befolkningen

15-20 % af psoriasis pt udvikler psoriasis artrit

Debut 40-50 års alderen

Oftest 5-10 år efter debut af psoriasis

Ligelig kønsfordeling

PSORIASIS ARTRIT

Artrit – mono, oligo el polyartrit

Ofte asymmetrisk

Involverer DIP-led

Axial artrit

Entesit

Komorbiditeter

Ikke en risikofaktor for osteoporose

PSORIASIS ARTRIT

CASPAR kriterier: Artit og/eller spondylit og/eller entesit

Herudover mindst 3 points som følger

Psoriasis 2 point

Tidl psoriasis el familiær psoriasis 1 point

Neglepsoriasis 1 point

Reumafaktor negativ 1 point

Daktylit 1 point

Sensitivitet 91-100%

Specificitet 97-99%

PSORIASIS ARTRIT

Sværhedsgraden af hudelenenerne er i reglen ikke korreleret til omfanget af ledinvolvering

Negleinvolvering ses ved 80-90 % af pt med PsA mod 46% af pt med hudpsoriasis

Akutte fase reaktanter forhøjet hos 40%

RF ses hos 2-10 %

Anti CCP ses hos 8-16%

PSORIASIS ARTRIT

Behandling

NSAID

Methotrexat

Arava

Steroid (obs rebound effekt)

Biologiske lægemidler

CASE 2

66-årig mand med 1 års varende smerter i begge knæ, der af og til hæver op samt fortykkelse af yderleddene

Hvad vil I vide?

Hvad vil I gøre?

CASE 2 - RESULTATER

Objektiv undersøgelse:

Nedsat bevægelighed i hø knæ samt krepitation, let ømhed i 1. MTP-led og heberdenske noduli

Røntgen af begge knæ: Ingen tegn på artrit eller artrose

Røntgen af hænder og fødder:

Udtalt ledspalteforsnævring, subkondral sklerosering og randudbygninger samt cystedannelse i tommelens rodled, smalle ledspalter i perifere fingerled, ingen erosive forandringer

Blodprøver:

IgM RF: 11

Øvrige: ia

Hvad fejler patienten?

ARTROSE

Definition: Gradvist fremadskridende destruktion af ledbrusken ledsaget af reaktioner i knoglen under brusken og leddets slimhinde

ARTROSE

Hos personer over 45 år har 19% haft knæsmerter i mere end 1 uge i løbet af den sidste måned

60 000 patienter søger almen praksis årligt med knæartrose

2009: 8600 knæalloplastikker i DK

ARTROSE

Risikofaktorer

- Arv
- Alder
- Køn
- Overvægt
- Overbelastning
- Knæledsskade

ARTROSE

Diagnose (ACR)

- Alder > 50 år
- Morgenstivhed < ½ time
- Ømhed og /eller fortykkelse af ledlinier
- Krepitation

ARTROSE

Røntgen

Røntgen er ikke nødvendig for at stille diagnosen knæartrose

Symptomer stemmer kun i et vist omfang overens med røntgenforandringerne og omvendt

Pt med symptomer på knæartrose: 15-74 % rtg forandringer

Pt med røntgenologisk artrose: 15-81 % smerter

ARTROSE

Behandling

- Træning
- Analgetika
- Vægttab
- Injektion af glukokortikoid
- Hyaluronsyre
- Glukosamin
- Ingefær, hyben mm

ARTRIT ELLER ARTROSE

	Artrose	Artrit
Debut	Ældre > 50 år	Yngre (30-50 år)
Led på hånd	1. rodled, DIP, PIP	MCP, PIP, håndled
Led på fod	1 MTP	Hele forfod
Inflammation	Let, intermitterende	Svær, længere periode
Noduli	Ossøse	Noduli reumatici
Røntgenbillede	Ledspalteforsnævring Lednær sklerosering Osteofytose	Ledspalteforsnævring Lednær halisterese Erosioner

CASE 3

43 årig kinesisk statsborger henvender sig med smerter og hævelse i ve knæ.
Har haft problemer med knæet siden puberteten
Yderligere fortykkelse og hævelse er tilkommet siden 20 års alderen.

Hvad vil I vide?

Dispositioner

Morgenstivhed

Andre hævede led

Gener i dagligdagen

Rygsmærter

Entesopatier

Øjenbetændelser

Hududslæt



CASE 3

43 årig kinesisk statsborger henvender sig med smerter og hævelse i ve knæ.
Har haft problemer med knæet siden puberteten
Yderligere fortykkelse og hævelse er tilkommet siden 20 års alderen.

Hvad vil I gøre?

Objektiv undersøgelse

Røntgen af venstre knæ

MR scanning af venstre knæ

Blodprøver

CASE 3 -RESULTATER

Objektiv undersøgelse:

Betydelig fortykkelse sv t lig patella entesen på ve knæ – palperes hård, nærmest ossøs

Røntgen og MR scan:

Fra Kina beskrevet ia

Blodprøver:

Se-urat: 700?

Øvrige: ia

UL norm knæled med hyperekkogen zone sv t fortykkelsen, men uden flow

Punktur og MIK – myriader af uratkrystaller

Hvad fejler patienten?

ARTRITIS URICA

En intermitterende akut inflammatorisk artrit, der kan udvikles til kronisk destruerende tophøs polyartrit

Ses hos 1-2 % af befolkningen

90 % pga nedsat renal elimination af urat

10 % pga øget dannelse af urat

Alkohol

Fødevarer

ARTRITIS URICA

Forløb

- Asymptomatisk hyperurikæmi
- Akut artritid urica anfald
- Interkritisk fase – 2/3 får nyt anfald inden for første år
- Kronisk artritid urica

ARTRITIS URICA

Diagnose

Kun påvisning af nåleformede krystaller fra synovialvæske el tophi kan med sikkerhed stille diagnosen arthritis urica

EULAR ekspert komite

Røntgen uden værdi

UL – dobbelt kontour – patognomonisk for AU

ARTRITIS URICA

Behandling v. akut anfald

- NSAID
- Colchicin
- Glukokortikoider

ARTRITIS URICA

Behandling

- Uratsænkende behandling påbegyndes ved 2 eller flere anfald, kronisk arthritis urica, tophi, uratnefropati

Behandlingsmål

- Ukompliceret $< 0,36$ mmol/L
- Tophøs AU $< 0,30$ mmol/L

Ofte livslang, skal ikke pauseres ved anfald

ARTRITIS URICA

Behandling

- Allopurinol – startdosis 100 mg dgl
- (50 mg ved nedsat nyrefunktion)
- Optitreres med 100 mg hver 2-4 uge til behandlingsmål er nået
- Colchicin første ½ år som anfaldsprofylakse
- Febuxostat 80 mg x dgl

CASE 4

70 årig kvinde henvises til undersøgelse og behandling for 4 mdr varende muskelsmerter og stivhed i musklerne. Føler sig syg. Ryger 20 cigaretter dgl. Er i simvastatin behandling, men 4 ugers pause har ikke gjort nogen forskel.

Hvad vil I vide?

Morgenstivhed

Vægttab

Madlede

Feber

Nyopstået hovedpine

Tyggesmerter

Synsproblemer

CASE 4

70 årig kvinde henvises til undersøgelse og behandling for 4 mdr varende muskelsmerter. Er i simvastatin behandling, men 4 ugers pause har ikke gjort nogen forskel.

Hvad vil I gøre?

Objektiv undersøgelse

Blodprøver

Rtg af thorax

CASE 4 - RESULTATER

Objektiv undersøgelse:

Smerter i skulder og overarme, har besvær med at rejse sig fra stolen. Kan ikke løfte armene over hovedet. Ingen hævede led.

Blodprøver:

CRP 15 Trombocytter 530, bas fosfatase 110

Normal Hgb, IgM RF, anti CCP.

Rgt af thorax ia

Hvad fejler patienten?

POLYMYALGI

Polymyalgi Reumatica(PMR)og arteritis temporalis er tæt relaterede inflammatoriske systemiske sygdomme – AT er en storkarsvasculit, men ses PMR ikke anses for en vasculit, men et syndrom med elementer af ledkapsulit, artrit, bursit, tenosynovit og entesit, der rammer den ældre del af befolkningen.

PMR er 2-3 x hyppigere end AT

2-3 x hyppigere hos kvinder end hos mænd

Incidens DK: PMR 400/1 000 000 pr år

POLYMYALGI

PM 7 kernekriterier

Alder > 50 år

Morgenstivhed > 45 min

Varighed > 2 uger

Bilat smerter i skulder og/el bækken

Forhøjet SR

Forhøjet CRP

Hurtigt steroidrespons

- 4 ud af ovenstående 7 kernekriterier skal opfyldes

ARTERITIS TEMPORALIS

Alder > 50 år

Ny hovedpine el øjensymptomer

Tyggeclaudicatio eller abnorm temoralisarterie

SR > 50 eller CRP > 50

Patologisk arterie temporalis-biopsi

3 ud af 5 kernekriterier skal opfyldes

POLYMYALGI

Behandling

Prednisolon

Startdosis 20 mg ved PMR, 40-60 mg ved AT (1 mg/Kg)

Nedtrapning: Dosis reduceres ca 10 % hver 2-4 uge ned til 10 mg, derpå 1,25 mg hver 4 uge

Frakturforebyggelse: Alle pt calcium med d-vit samt DXA scanning

T score < -1 = alendronat, Kontrol DXA scan 1 år efter endt behandling

OSTEOPOROSE

Definition

En systemisk skeletal sygdom karakteriseret ved lav knoglemasse og mikroarkitektoniske forandringer medførende øget fragilitet og som følge heraf en øget tendens til frakturer

Maximal knoglemasse (PBM, Peak Bone Mass) 20-30 års alderen

OSTEOPOROSE

Ud fra WHO kriterier (T-score < -2,5) har ca 500 000 – 600 000 danskere osteoporose og ca 10 % er i behandling.

10000 hofte frakturer

2000 kompressions frakturer (10000)

7000 underarmsfrakturer

Hver 3 ældre > 65 år og hver 2 ældre > 80 år falder mindst en gang årligt. 15-20 % fører til behandlingskrævende skader og halvdelen af disse er frakturer.

OSTEOPOROSE

DXA scanning (dual x-ray absorptiometri) af hofte og lumbalcolumna

Ikke som screening, men ved risikofaktorer

Mindre stråling end røntgen af thorax

Røntgen af columna thoracolumbalis

Blodprøver Hæmatologi, SR el CRP, kreatinin, Na, K, Ca, PTH, d-vit, bas fosfatase, ALAT, TSH (ved vertebrale frakturer M-komponent)

OSTEOPOROSE

Behandlings kriterier = tilskuds kriterier

Lavenergi fraktur

T score $< -2,5$ + en risiko faktor

T score < -4

T score < -1 samt prednisolon behandling

OSTEOPOROSE

Risikofaktorer:

Kvinder med lav kropsvægt ($\text{BMI} < 19 \text{ kg/m}^2$)

Tidligere lavenergifrakstur

Abnormt tidlig menopause (< 45 år)

Systemisk glukokortikoidbehandling

Rygning

Stort alkoholforbrug

Ældre med øget risiko for fraktur på grund af faldtendens

Alder over 80 år

Reumatoid artrit

OSTEOPOROSE

Non farmakologisk behandling:

Fald og forebyggelse

Immobilisation vs fysisk aktivitet

Hofte beskyttere

Øvrig livsstilsintervention

OSTEOPOROSE

Farmakologisk behandling:

Kalk og D-vitamin

Antiresorptiv behandling:

Alendronat

Prolia

Aclasta

Anabol behandling

Forsteo

OSTEOPOROSE

Opfølgning:

Der foreligger ikke evidens for optimal behandlingsvarighed eller kontrol af behandlingsrepons

Pausering af alendronat kan forsøges efter 5 år, hvis der aldrig har været fraktur i ryg el hofte og T score $> -2,5$

Efter pause kontrol DXA efter 1-2 år og derpå hvert 2. år

Behandling med prolia bør ikke pauseres

Henvisning ved svær spinal osteoporose, yngre pt og ved behandlingssvigt

TAKE HOME MESSAGE

Mistanke om RA kræver henv til reumatolog inden for 2 uger

RA pt har en øget cardio vaskulær risiko

RA pt skal influenza vaccineres

Mild-moderat artrose – træning, træning. træning

Arthritis urica diagnosen kan ikke stilles på en blodprøve

Se-urat skal følges til behandlingsmål nåes for se-urat

DXA scanning skal gentages 1 år efter pt er ude af prednisolon behandling for at se om evt bisfosfonat behandling skal fortsætte

Osteoporose pt skal henvises ved svær spinal osteoporose, yngre pt samt ved behandlingssvigt

NYTTIGE LINKS

www.dsmm.org/

www.danskreumatologiskselskab.dk/

www.furesoe-reumatologerne.dk/

www.dkms.dk