

# Reumatologi i primärvården

**Fredrik Markros/Milad Rizk**

**Reumatologkliniken**

**Västerås 2023**

## Smärta:

En sensorisk och emotionell upplevelse vilken kan korreleras till verklig eller potentiell vävnadsskada eller uttryckas i termer av skada.

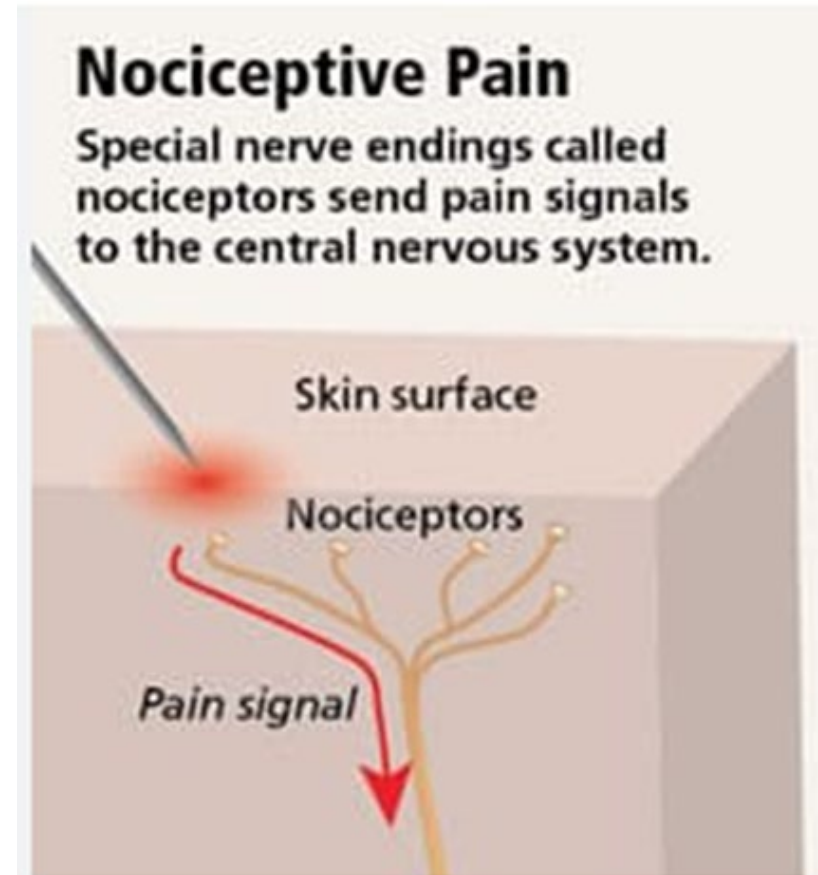
**Cirka 35% av befolkningen har långvarig smärta. Hur kan vi bäst hantera dem?**



## Nociceptiv smärta:

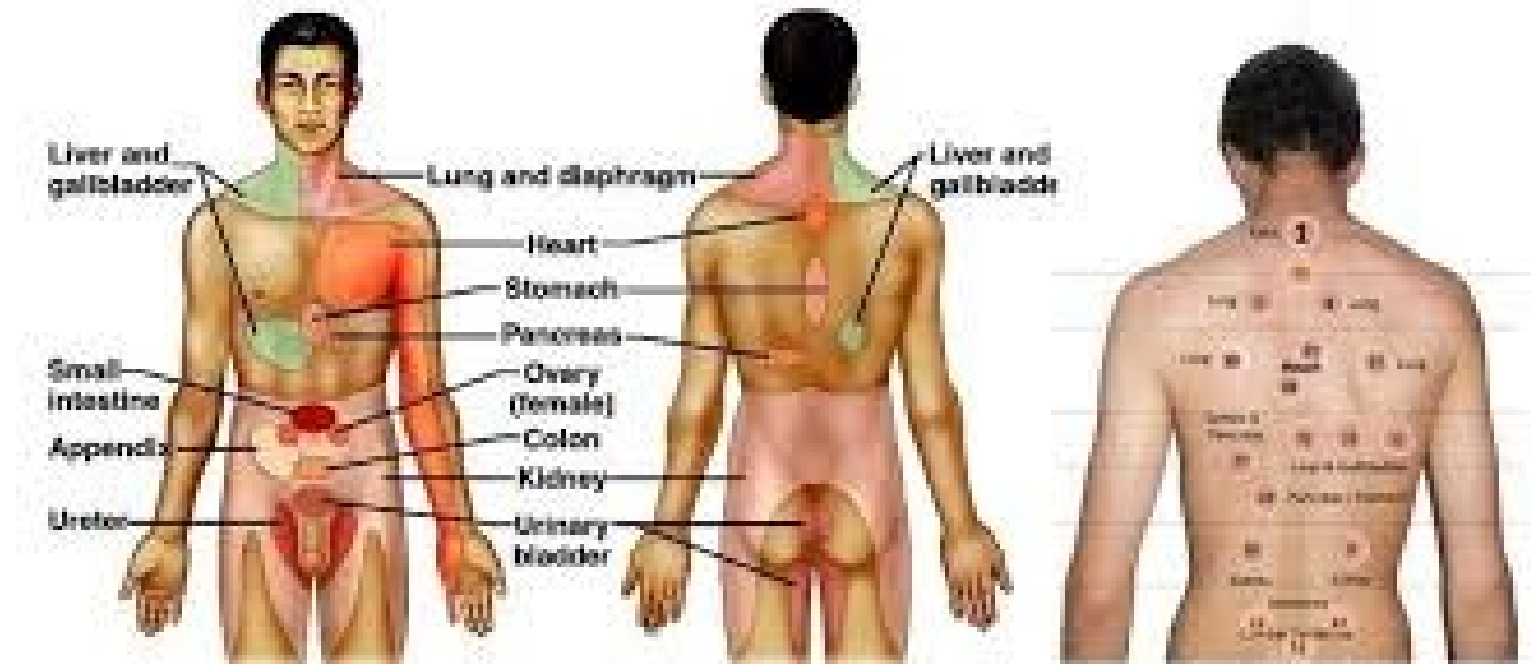
Smärta som utlöses av mekaniska, kemiska eller termiska stimuli och förmedlas via nociceptorer samt intakt nervsystem.

Svarar ofta bra på analgetika.



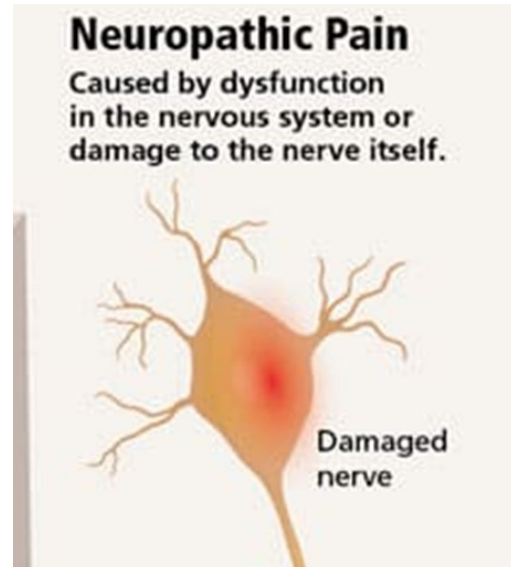
## Visceral smärta:

- Referred pain ofta associeras med visceral smärta.
- Autonomöveraktivitet (svettning, illamående, BT, mm)



## Neuropatisk smärta:

- Skada i nervsystemet på perifer eller central nivå.
- Förändrad känsel, mycket lätt beröring utlöser smärta (allodyni).
- Postherpetisk neuralgi, fantomsmärta efter amputation, central smärta efter stroke.
- Svårbehandlad, sämre effekt av analgetika.



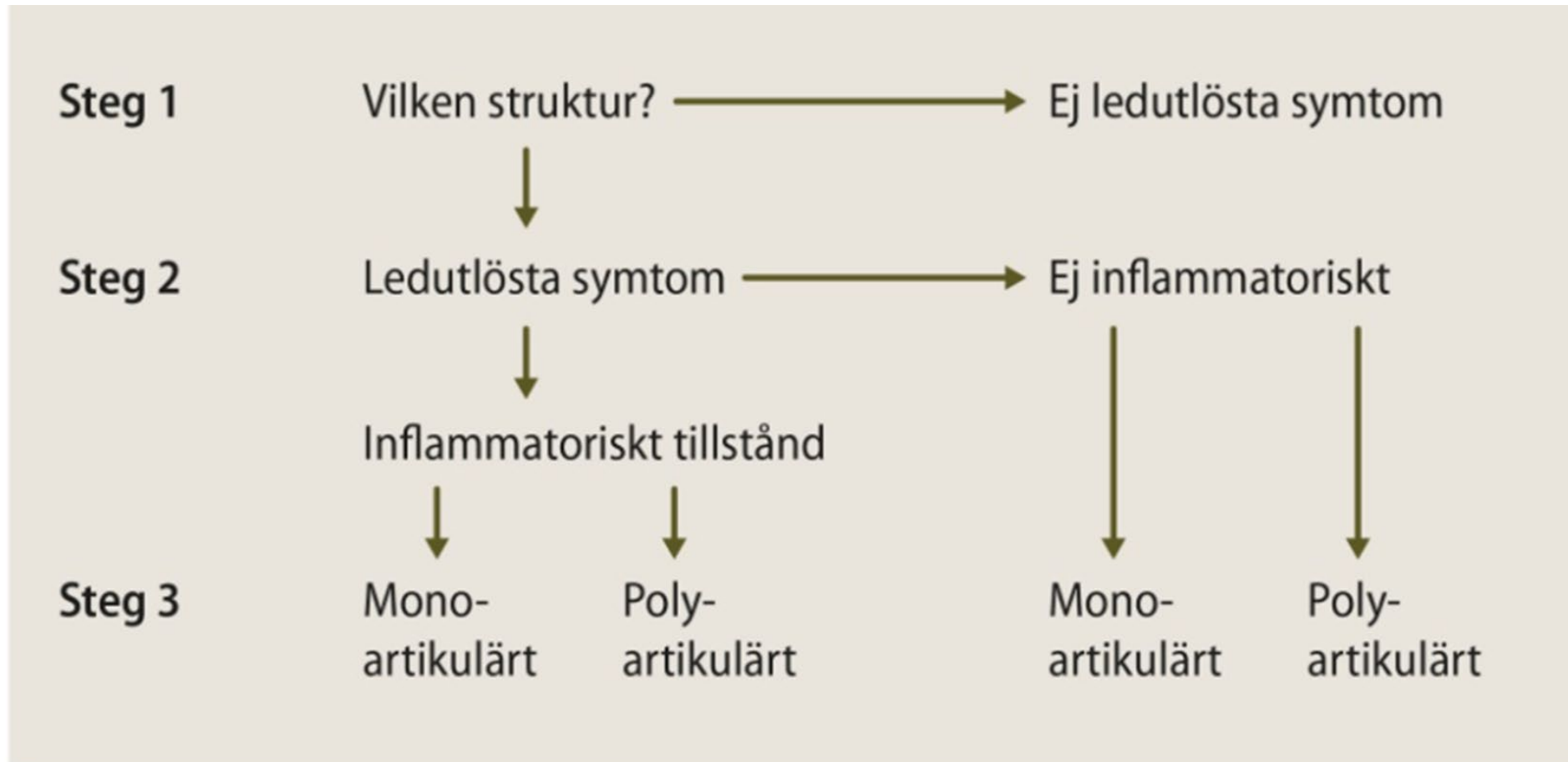
# Kroniskt smärtsyndrom > 3 mån

- 1- Patienten 'vandrar runt' mellan olika instanser i sjukvården.
- 2- De utsätts (oftast på egen begäran) för överdiagnostik, kirurgisk och farmakologisk överbehandling.
- 3- Social och fysisk inaktivitet.
- 4- Trötthet och ofta störd dygnsrytm.
- 5- En utpräglad sjukroll som styr både patient och anhörigas liv.

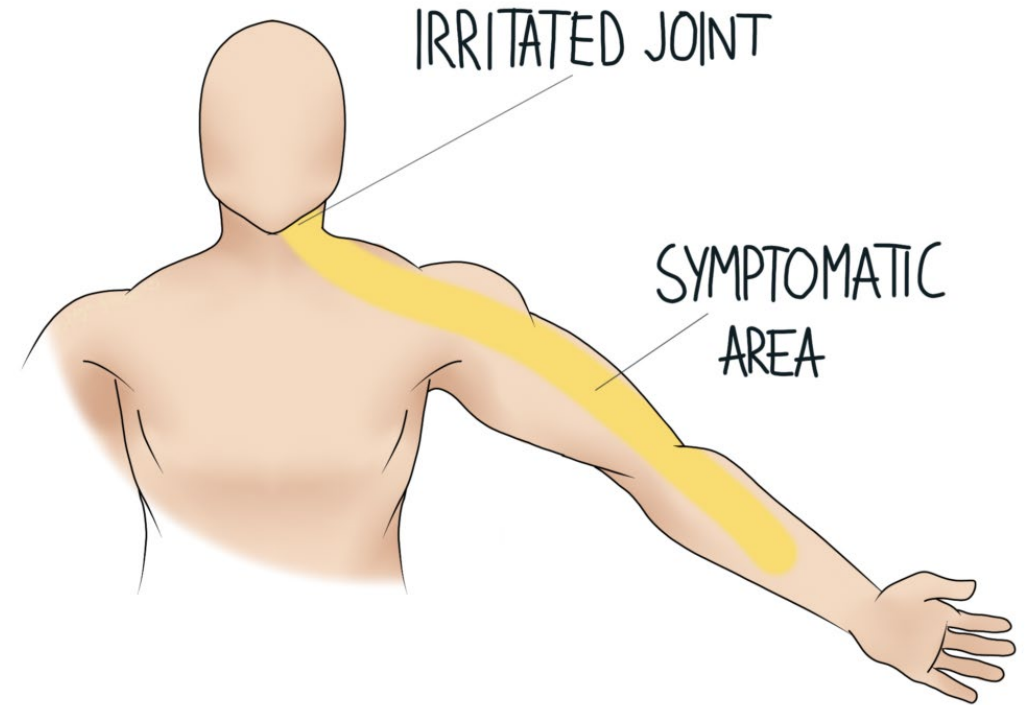
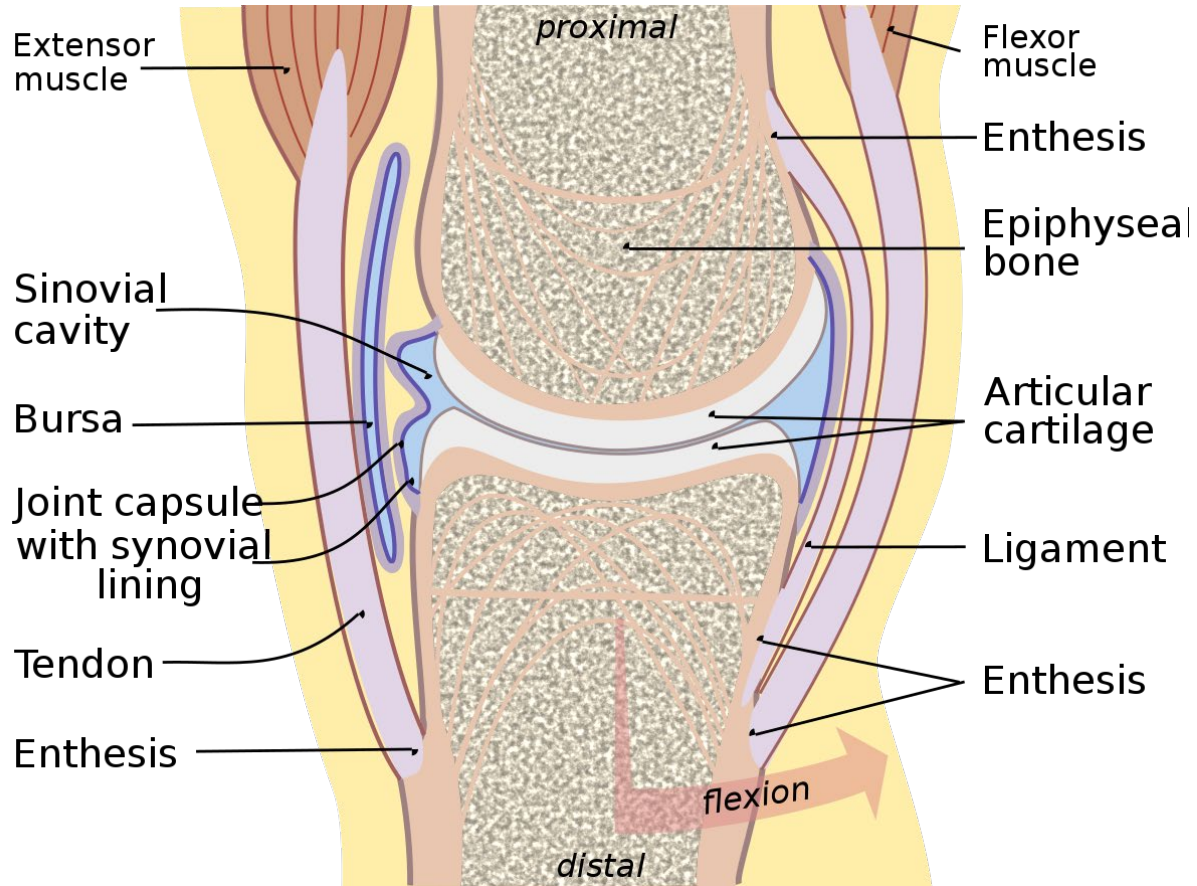


**Långvariga smärttillstånd får ny  
klassifikation i ICD-11: läkartidningen**

# Differential diagnostik vid ledsymtom. Strategier och stegtänkande



# Steg 1: symtom från leden?





## Steg 2: är det en inflammatorisk sjukdom?

- **Ospecifika (allmänna) inflammationssymtom:**

Trötthet/uttröttbarhet

Aptitlöshet/viktnedgång

Feber?

- **Specifika symtom:**

Stelhet/morgonsmärta,

Svullnadskänsla/tydlig svullnad objektivt.

**OBS:**

**Inget objektivt status= ingen artrit.**

- **Kollagenos anamnes**



## Steg 3: utbredning av ledsymtom och debutform



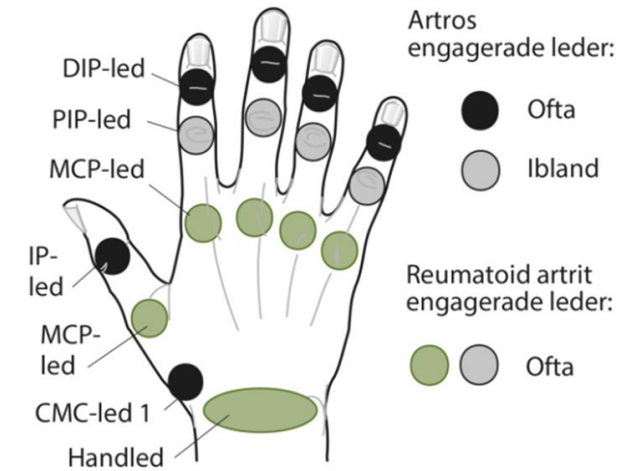
**Monoartrit**



**Polyartriter >4 leder**



**Oligoartrit 2-4 leder**



**Figur 7.3** Schematisk utbredning i handen av artros respektive reumatoid artrit. Illustration: Lena Lyons.

# Inflammatoriska systemsjukdomar, några typiska symtom och labfynd

## Allmänsymtom

Trötthet, Subfebril/feber

Viktnedgång

## Laboratoriefynd

SR, CRP, Anemi

Hematuri/Proteinuri.

Antikroppar?

## Symtom från flera olika organsystem samtidigt

Artralgi/Artrit/Myalgi

Nydebuterat Raynauds f

Sicca symtom

Hudutslag/fotosensitivitet

Pleurit/Perikardit

Lungor

Njurar

Sväljningsbesvär

Neuropati

CNS

**Se samverkansdokument för basalutredning av olika reumatiska sjukdomar.**

# Ospecifika symtom med SR/CRP stegring

Diff diagnoser ur ett reumatologiskt perspektiv vid avsaknad av relevanta kliniska och serologiska fynd. Retrospektiv studie 2010-2011

- Den vanligaste orsaken till ny ospecifik SR/CRP stegring är nydebuterad reumatisk sjukdom (RS) ~50 %.
- Den vanligaste RS är PMR ~38 %
- Näst vanligaste RS vid ospecifika symtom är sero neg RA.
- Infektion som bakomliggande orsak ~24 % (CRP signifikant högre)
- Malignitet ~9 %
- Kraftigt förhöjt CRP vid ospecifika kliniska fynd/symptom bör alltid väcka misstanke på infektion och eller malignitet även om pat redan har känd RS i anamnesen

# Gikt

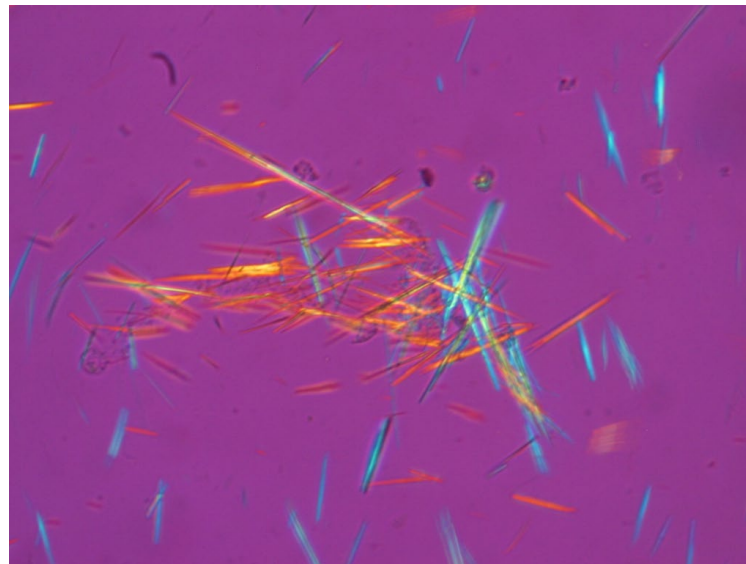
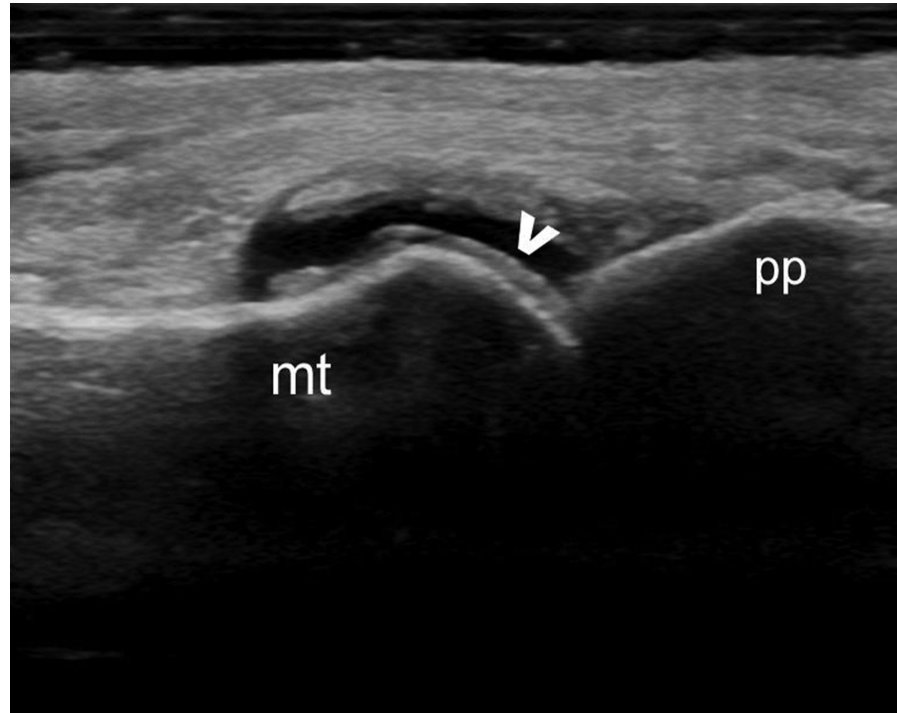
- M>K
- MTP-1 90% vid något tillfälle
- Ankel/mellanfot/knä
- Akut debut, uttalad smärta.
- Tophi
- Hyperurikemi är en förutsättning, dock endast 15% med hyperurikemi utvecklar gikt under 30 års uppföljning.



- Ledpunktion: kristaller
- Ultraljud om möjligt
- Rtg: biljettklipp

#### Riskfaktorer:

- Genetik
- Diuretika
- Njursvikt
- Metabolt syndrom
- Kost/alkohol
- Psoriasis

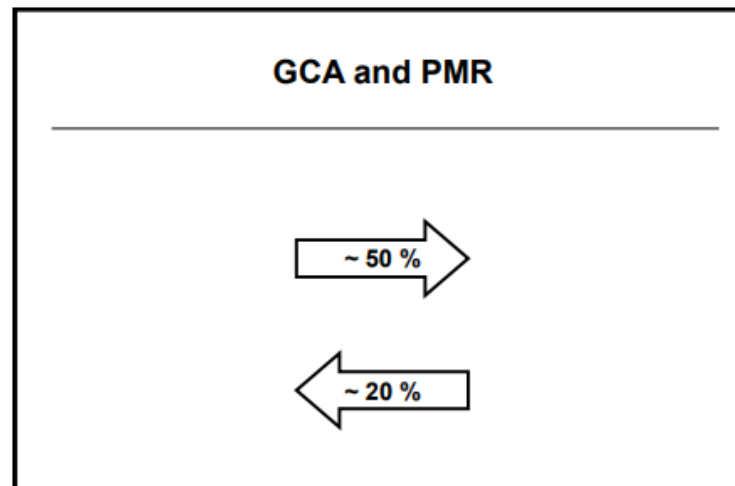


## Behandling

- Akut– kolkicin/NSAID/kortison
- Kronisk– Allopurinol i 1:a hand  
Adenuric i 2:a hand  
Probecid som tillägg vid behov

# Polymyalgia reumatika PMR

- Äldre, sällan <60
- Värk och stelhet.
- Allmänsymtom.
- PMR och GCA förekommer ibland tillsammans, association?



## EULAR / ACR Classification Criteria for PMR

Prospective study over 6 months: PMR: N=125  
Controls: N=169 with new shoulder pain

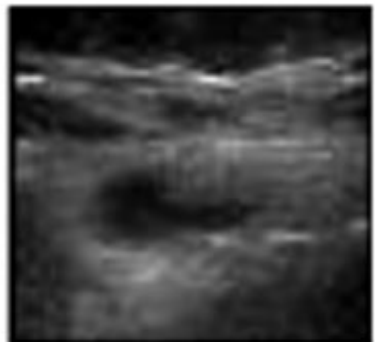
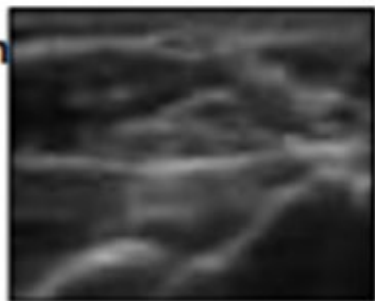
	Points 4 of 6	Points 5 of 8
<b>Mandatory: Bilateral shoulder pain, Age <math>\geq</math> 50 years, ESR or CRP <math>\uparrow</math></b>		
Morning stiffness > 45 minutes	2	2
Rheumatoid factor and / or a-CCP negative	2	2
Pelvic girdle pain / range of motion $\downarrow$	1	1
No other joint affected	1	1
US: Both shoulders Effusion/Bursitis/Tenosyn.		1
US: $\geq$ 1 shoulder + $\geq$ 1 hip Effusion/Bursitis		1

Dasgupta B, et al. Arthritis Rheum 2012 Apr;64:943-54  
Dasgupta B, et al. Ann Rheum Dis 2012 Apr;71:484-92

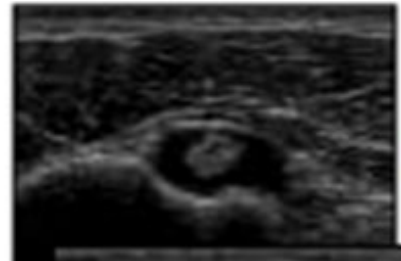


# Polymyalgia rheumatica

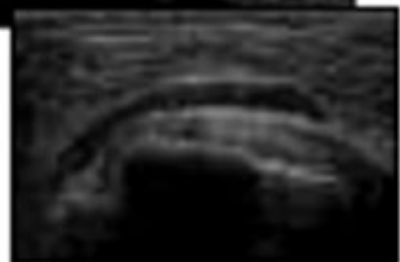
Effusion



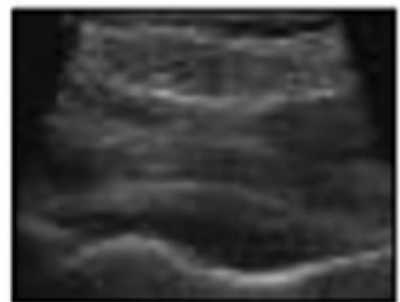
Trochanteric  
bursitis



Biceps  
teno-  
synovitis



Sub-  
deltoid  
bursitis



Coxitis

Schmidt WA, et al.  
Arthritis Rheum 2010;62:S682

# PMR

## UTREDNING

- Specifikt blodtest saknas.
- Anamnes och status.
- GCA symtom? Puls, BT hö/vä
- SR och CRP. Lungröntgen?
- Analys autoantikroppar har inget värde. Diff diagnos?
- RS3PE

## Fynd tydande på annat än PMR

- Ingen/minimal morgonstelhet.
- Muskelsvaghet.
- Diffus utbredd värk.
- Ingen effekt av 3 dagars Prednisolon 20 mg/dag.



## BEHANDLING: Prednisolon

Start 20mg i 4v (prompt svar)

Minska 2,5 mg var 2-3 v till 10mg/dag.

Därefter minska med 1,25 mg/månad till utsättning.

Följ SR/CRP och klinik efter varje minskning.

Återfall? höj dosen till senaste dos som gav symtomfrihet.

# GCA, jättecellsarterit (Temporalis arterit)

Huvudvärk, av "ny" typ.

Utbredning: tinning, hjässa, bakhuvud, kind, öron.

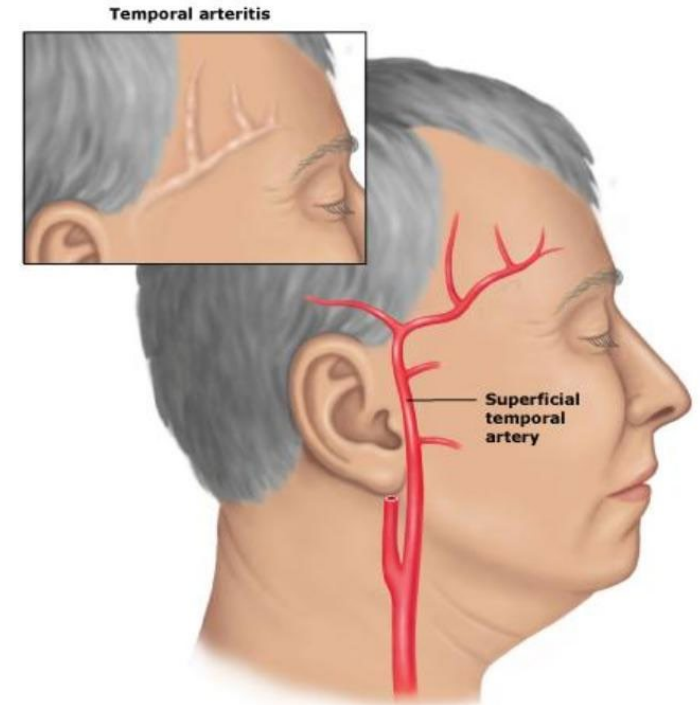
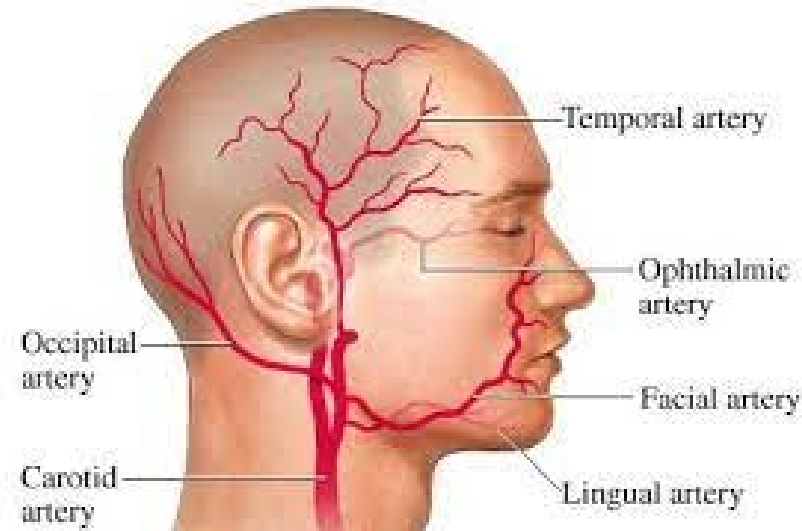
Ömhet i hårbotten.

Tuggclaudicatio.

Synpåverkan – blindhet.

Aortabågssymtom 10-15 %.

Samtidigt PMR?



<b>Absolute requirement</b>	
Age $\geq$ 50 years at time of diagnosis	
<b>Additional clinical criteria</b>	
Morning stiffness in shoulders/neck	+2
Sudden visual loss	+3
Jaw or tongue claudication	+2
New temporal headache	+2
Scalp tenderness	+2
Abnormal examination of the temporal artery*	+2
<b>Laboratory, imaging, and biopsy criteria</b>	
Maximum ESR $\geq$ 50 mm/hour or maximum CRP $\geq$ 10 mg/liter <sup>¶</sup>	+3
Positive temporal artery biopsy or halo sign on temporal artery ultrasound <sup>Δ</sup>	+5
Bilateral axillary involvement <sup>◇</sup>	+2
FDG-PET activity throughout aorta <sup>§</sup>	+2

Sum the scores for 10 items, if present. A score of  $\geq$ 6 points is needed for the classification of giant cell arteritis.

**Ischemiskt betingad  
synpåverkan:**

Amaurosis fugax

Dimsyn

Synfältsbortfall

Ljusblixtar

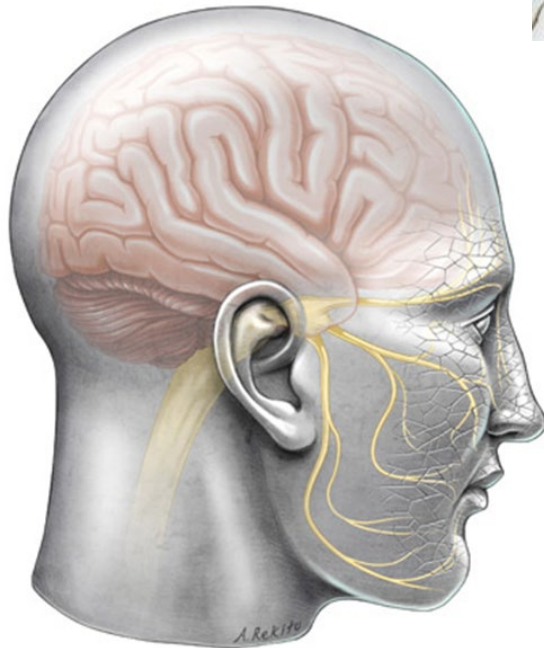
Ptos

Diplopi

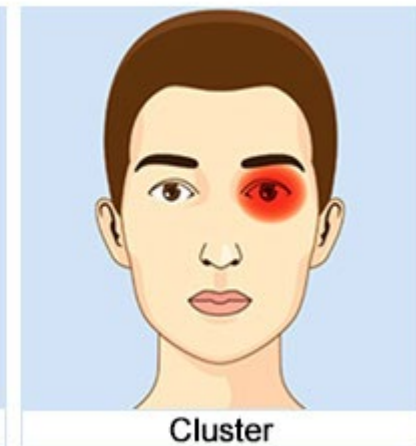
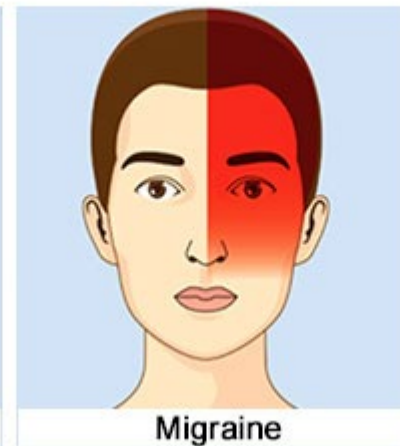
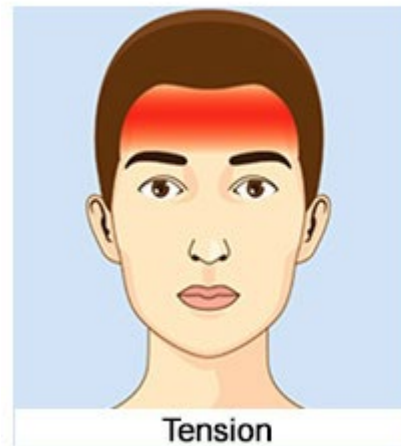


## DIFF-DIAGNOSER

- Optikusinfarkt (NAION)
- Trigemnius Neuralgi
- Migrän/Hortons
- Käkledsproblem
- Otit
- Tandinfektioner
- Ateroskleros/ischemi
- Malignitet, Infektion

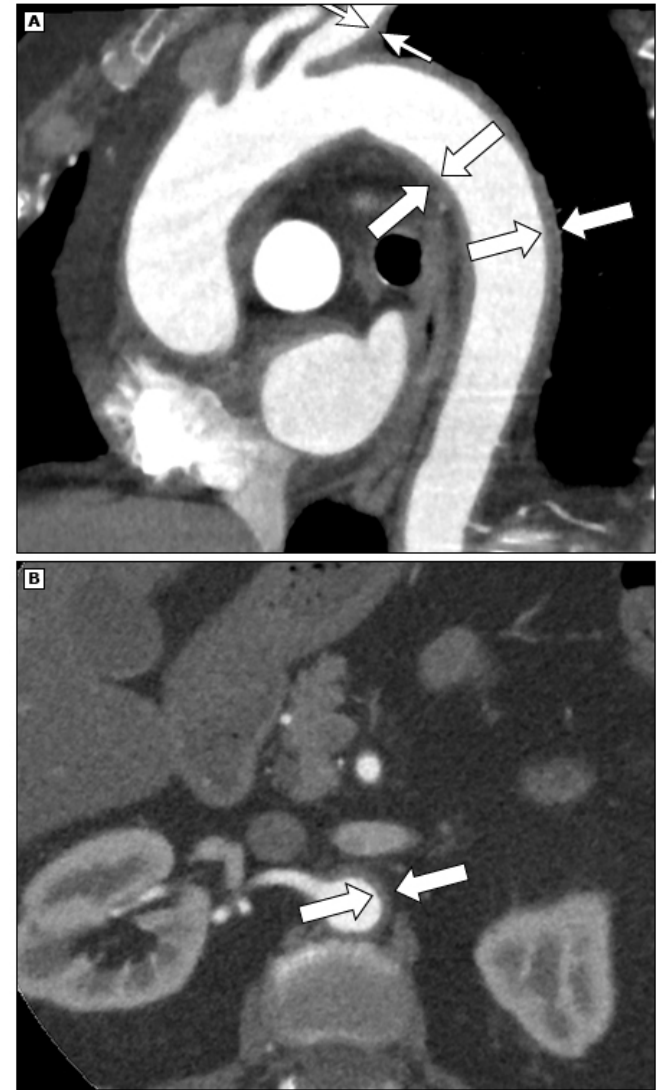
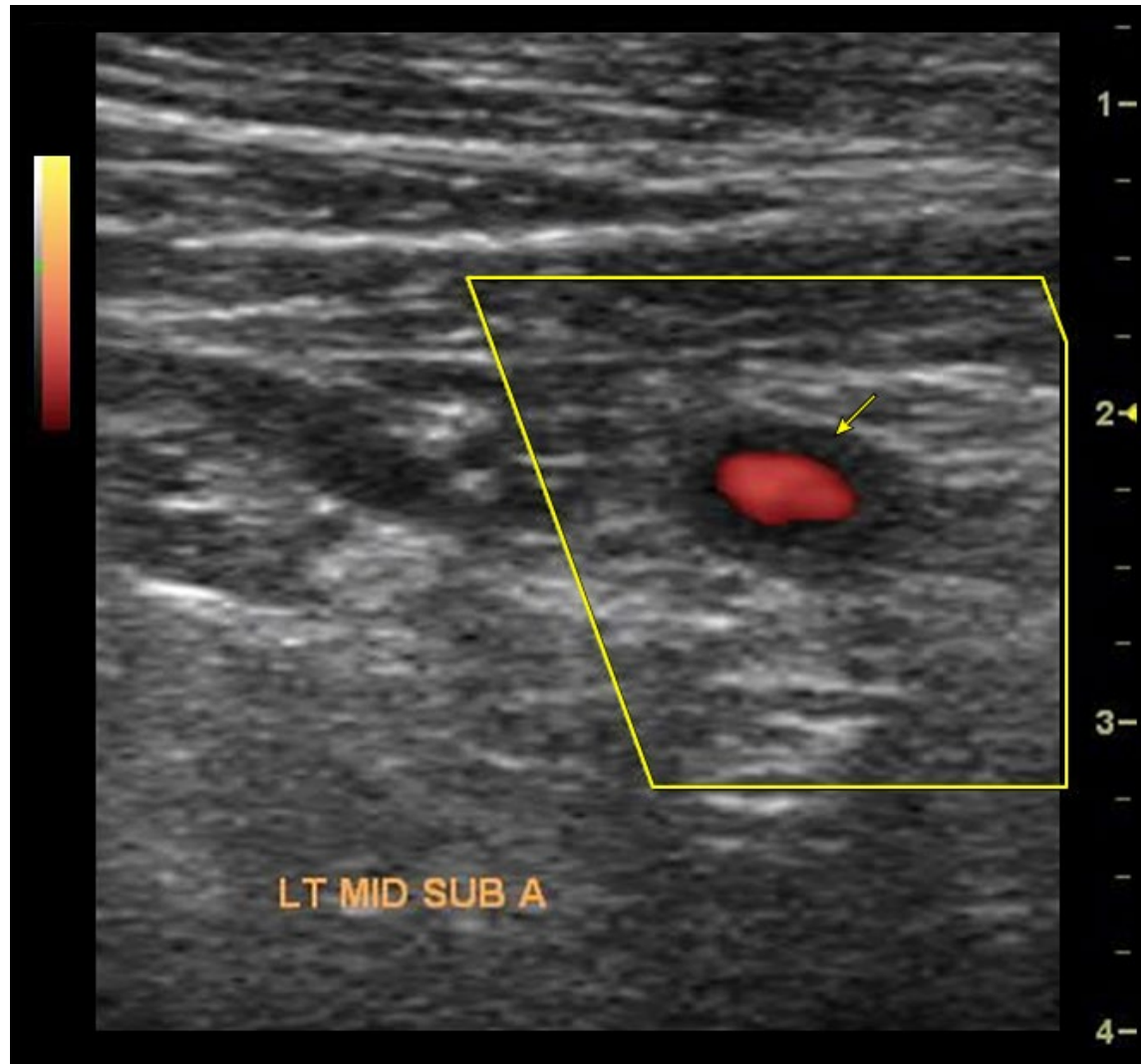


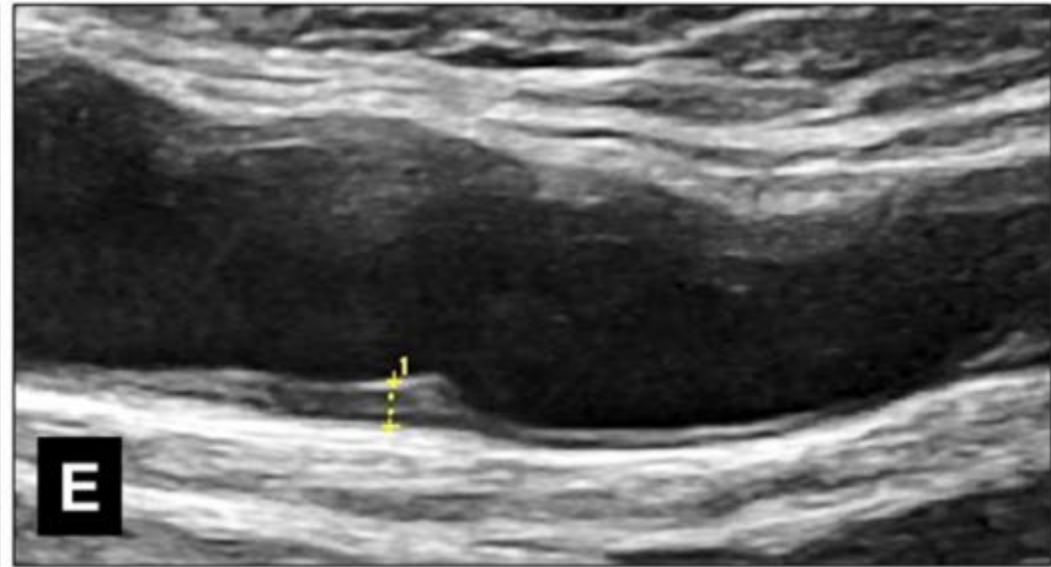
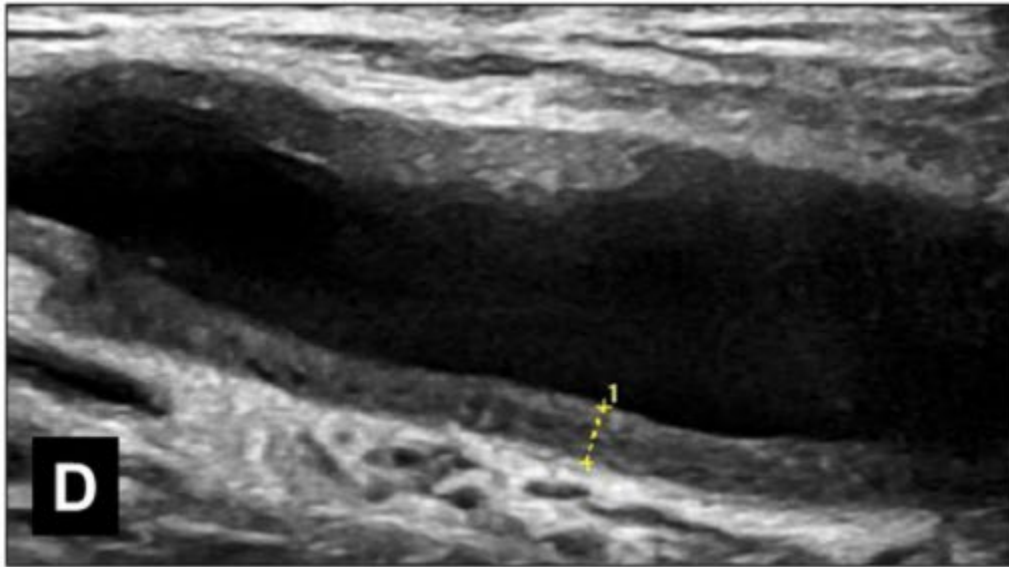
## Headache Types



## UTREDNING

- Specifikt blodtest saknas.
- Palpera a. temp, radialis, auskultera karotis.
- BT hö/vä. >10mm/hg
- SR, CRP.
- Ultraljud och eller Biopsi
- Autoantikroppar har inget värde, diff diagnostiskt?





(D) Axillary artery in a newly diagnosed patient, with an IMT of 1.21 mm.

(E) Axillary artery with chronic changes in remission, with an IMT of 0.88 mm.



**BEHANDLING:**  
**Kortison. 1,5-2,5 år**

- **Med ögonsymtom:**

I primärvården vid grundad misstanke och om möjligt i samråd med reumatologbakjouren (kontorstid), alt medicinbakjour övrig tid. Innan pat skickas till medicinakuten ge 60 mg Prednisolon alt 12 st Betapred. **(vårdförlopp GCA)**

I slutenvården:

Puls Solu-Medrol 500-1000 mg/dygn i.v. i tre dygn

Prednisolon 40-60 mg/dag i 4 veckor, successiv nedtrappning.

- **Utan ögonsymtom:**

Samråd alltid med reumatologbakjouren per telefon, Ultraljud om möjligt inom 2-3 dagar efter kortisonstart.

Prednisolon 40-60 mg/dag i 4 veckor, successiv nedtrappning.

Specialistbeslut, Roactemra vid:

- Dålig sjukdomskontroll trots adekvat Prednisolon dosering.

- Oacceptabla steroidbiverkningar.

## Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp GCA

Datum	Version/beskrivning av förändring
2023-03-23	Godkänd av styrgruppen i Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård (SKS)

## Hälso- och sjukvårdens åtgärder

### (A) Beslut: Finns tecken på ögonengagemang?

Samtal med patienten om sjukhistoria och symtom. Fråga om nytillkomna ögonsymtom vid misstanke om GCA, såsom något av följande:

- amaurosis fugax (övergående synnedsättning)
- plötslig synnedsättning
- diplopi (dubbelseende).

Ja: fortsatt till (B).

Nej: fortsatt till (C).

## Med ögonsymtom

### (B) Skyndsam kortisonbehandling och därefter kontakt med den specialiserade vården

Det är viktigt att kontakten med reumatolog, medicinbakjour eller ögonbedömning inte fördröjer behandlingsstart.

Starta peroral kortisonbehandling i väntan på möjlighet att ge kortison intravenöst.

Starta intravenös kortisonbehandling skyndsamt.

Kontakta reumatolog per telefon eller, om inte reumatolog finns tillgänglig, medicinbakjour för att:

- diskutera sannolikhet för att GCA föreligger
- planera handläggning och beslut om vem som tar ansvar för uppföljning och vidare vård
- besluta om patienten ska utredas vidare med skyndsam handläggning
- bestämma vem som skriver remiss för ultraljud och/eller TAB.

# Sammanfattning GCA

- Diagnosen konfirmeras objektivt med bilddiagnostik ultraljud eller TAB.
- FTC/vårdförlopp GCA.
- Ingen biopsi om klinik och ultraljud talar för GCA.
- Prednisolon är förstahandsbehandling.
- **Behandlingsstart får inte fördröjas i väntan på utredning, ultraljud eller TAB.**

63 årig man. Akut smärta hö stortå utan trauma. Svullet, rött och ömt.

**Vilka fynd är mest relevanta för att ställa diagnos gikt?**

- 1- Högt S-urat
- 2- God respons på kolkicin
- 3- Ytterligare artrit hö fotled
- 4- Noduli över olecranon bursa
- 5- Rtg med usurer MTP1

**Rätt svar 2, bra respons på kolkicin. Varför?**

Vid akut gikt s-urat kan vara normalt eller tom lågt.

Oligo-artrit i det här fallet ger misstanke om ex PsA.

Noduli ofta vid RA.

Radiologi bilden kan även ses vid erosiv artros.



## 55 årig man

- Senaste veckor ökad värk och svaghet övre och nedre extremiteter, purpuric rash kring ögonen och fingrar. CK högt. Rtg pulm stort infiltrat hö lungga.

**Vilka antikroppar tror du mest associerade med pats sjukdom?**

1- Anti-centromer

2- Anti-Jo-1

3- Anti-RNP

4- Anti-Scl-70

5- Anti-dsDNA



**Svar: Anti-Jo1**

**Aminoacyltransferas RNA syntetase  
(tRNA)**

## Myositer (Idiopatisk inflammatorisk myopati)

- Proximal, symmetrisk svaghet
- Karakteristiska hudsymtom
- Inre organ engagemang
- Cancer association?
- Statiner?
- Utredning: Hög CK, SR, CRP, ALAT, ASAT, LD, MSA, MAA, HMGCR.
- MRI?
- Muskelbiopsi?
- ~~EMG: typiska förändringar?~~



## 24 årig kvinna

- Tidigare frisk. Svullen och öm vad.
- Status: svullen, konsistens ökad underben vä.
- LPK 5,4. lymfocyter ua, TPK 88.
- APTT förlängd, SR 18, CRP 12.
- DVT.

### Primär orsak?

1- Primär APS

2- Sekundär APS

3- SLE

4- Sjögren S



FIGURE 1: Livedo reticularis. One of the cutaneous signs most commonly associated with the antiphospholipid syndrome.



- 35 årig man med recidiverande genitala sår, uveit, munsår.

### Diagnos?

- 1- SS
- 2- Behcets D
- 3- RA
- 4- SSc
- 5- SLE



Recidiverande orala sår, genitala sår.

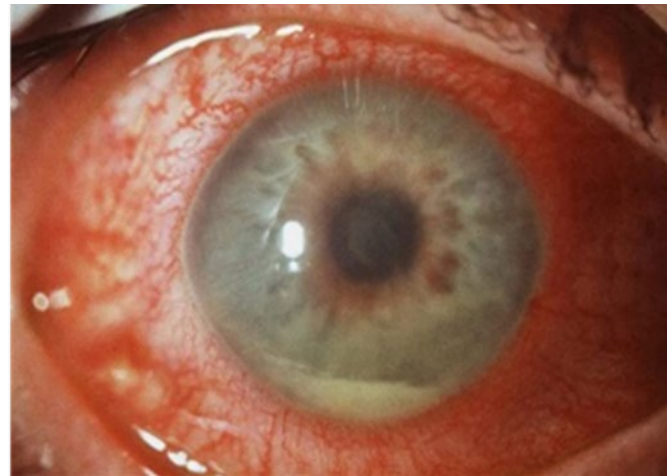
Artrit.

Uveit både främre och bakre.

Hud manifestationer: EN, Pathergi test

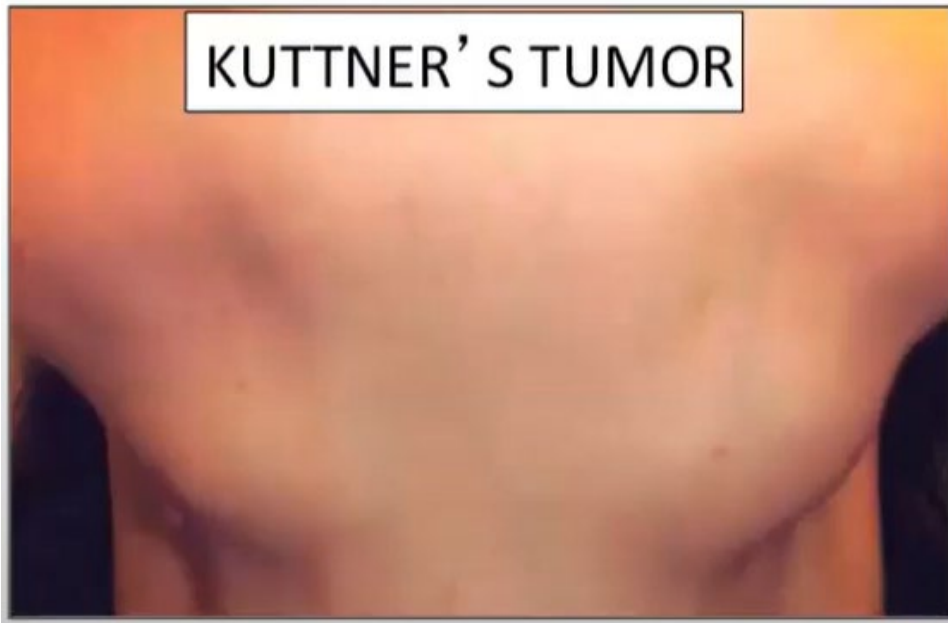
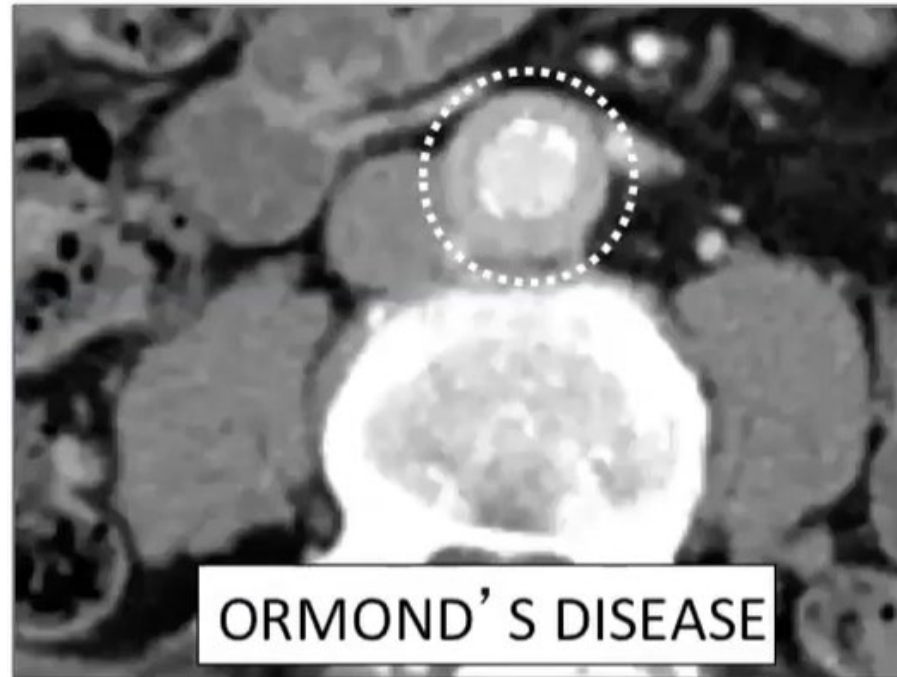


Acne-like rash.  
*Photo retrieved from  
MedicineNet.*



Uveitis.  
*Photo retrieved from  
Frontiers in Neurology.*





**Bonus  
fråga:  
Vad är  
detta?**

Frågor?

