

Akut internmedicin – Behandlingsprogram 2010

REUMATOLOGI

Artriter – allmänt.....	2
Artrit – septisk.....	2
Artrit – annan infektiös.....	3
Artrit – hemartros.....	3
Artrit – kristalltyp.....	4
Artrit – reaktiv.....	4
Artrit – sarkoidos.....	5
Bakercysta – brusten.....	5
Henoch-Schönleins purpura.....	5
Polymyalgia reumatika (PMR).....	6
Polymyosit.....	6
Systemisk Lupus Erythematosus (SLE).....	7
Temporalisartrit.....	7
Vaskulitsjukomar.....	8

Redaktion:
Johan Hulting
Inger Gretzer Qvick
Ulf Ludwigs
Stefan Sjöberg

Stockholms läns landsting

REUMATOLOGI

Artriter - allmänt

Definition

Akut inflammation i led.

Klinisk bild

Vid akut monoartrit skall man alltid i första hand misstänka och utesluta septisk artrit. Misstanken bekräftas genom ledtappning. Ledvätskan är ofta starkt grumlig och flockig. Patienten är vanligen smärtpåverkad och har feber. Artriten kan vara ett delfynd vid sepsis men förekommer ofta utan uppenbara systemiska eller lokala infektionsfokus. Differentialdiagnostiskt vid akut artrit bör man i första hand tänka på kristallartrit. Akut artrit som föregåtts av infektionstecken senaste veckorna/månaden, särskilt från urogenitalia och GI-kanal, talar för reaktiv artrit. Inflammation i flera leder som utvecklas under några veckors tid tyder på debut av kronisk polyartrit. Akut exacerbation av ledinflammation vid kronisk artrit kan bero på infektion i leden särskilt om patienten står på immunosupprimerande behandling som kortison, methotrexate och TNF-blockad, vilka alla ökar infektionsrisken. Patienter med kronisk artrit har ofta ett atypiskt förlopp utan feber och allmänpåverkan.

Utredning

Blodprover: Blodstatus. CRP. Om symtom >1 vecka även SR. Om monoartrit P-Urat. Serologisk diagnostik för att utesluta Borrelia. Utvidgad analys indicerad då bakomliggande sjukdom skall påvisas. Tänk även på sexuellt överförbara sjukdomar som gonorré och klamydia vid mono-oligoartriter. CRP skall ställas i relation till storleken på inflammerad led. Ledvätskeprover: Celler, kristaller, odling vid misstanke på septisk artrit och alltid vid reumatoid artrit som behandlas med immunosuppression. Odlar från ledvätskan, även vid misstanke på kristallartrit. Vid oklar monoartrit så glöm ej tuberkulös artrit. Övriga odlingar. Vid misstanke på septisk artrit skall även blod-, svalg-, NPH- och urinodling tas innan antibiotikabehandlingen inleds.

Röntgenundersökning har ingen plats i akut artritdiagnostik med undantag av hemartros, när skelettskada måste klargöras.

	LPK i ledvätska x10 ⁹ /l	Poly	Kristaller	Viskositet
Normalt	<0,2	<25 %	0	Hög
Artros/posttrauma	<5	<25 %	0	Hög
Aseptisk artrit	5-50	25-70 %	0	Måttlig-låg
Kristallartrit	5-80	50-70 %	Urat/pyrofosfat	Låg
Septisk artrit	70-200	>70 %	0	Låg

Artrit - septisk

ICD-kod: Artrit-infektiös UNS M00.9

Akut ledsvullnad, som i 90 % är monoartikulär. Drabbar ytterst sällan frisk individ. Immunosuppression och högdos steroider predisponerar. Ibland nyligen genomgången ingrepp som ledpunktion, tandsanering och urinvägskateterisering. Artriten ofta lokaliserad till tidigare skadad led.

Diagnosen baseras på ledpunktion med celler i ledvätska enligt ovan samt odling av ledvätska. Vid misstanke om septisk artrit i höftled sker ledtappningen med hjälp av ultraljud. För snabbare diagnostik kan direktfärgning för bakterier göras. Ledvätske-laktat >7 mmol/l och ledvätske-/P-Glukoskvot <50 % styrker diagnosen. Odlas även från blod och tänkbar fokus.

Behandling

Parenteral antibiotikaterapi omedelbart efter odlingar.

- Om fokus i huden: Inj Cloxacillin 2 g x 3 iv
- Om oklart fokus: Inj Cefuroxim 1,5 g x 3 iv eller inj Cloxacillin 2 g x 3 iv + inj aminoglykosid (Garamycin) 4 mg/kg x 1 iv som engångsinjektion
- Vid penicillinallergi: Hudfokus, inj Clindamycin 150 mg/ml, 4 ml x 3 iv
- Vid penicillinallergi och oklart fokus, inj trimetoprim-sulfa (Bactrim) 10 ml x 2 iv.

Dränera abscesser, eventuellt spoldränage i leden. God prognos om tidig behandling. Beroende på agens kan leden destrueras på några dygn. Vanligen fortsatt omhändertagande på infektions- eller ortopediklinik.

Artrit – annan infektiös

ICD-koder: M01.5 i kombination med ICD-kod för respektive virusinfektion, t ex Rubellaartrit M01.4 + B06.8; Borrelia M01.2 + A69.2

Borrelia debuterar oftast asymmetriskt som oligoartrit i medelstora och stora leder, särskilt knän med intermittenta attacker av cirka 1 veckas duration. Påtaglig sjukdomskänsla, trötthet, ibland lätt feber. Artritdebut några veckor upp till två år efter fästingbett ibland utan erythema chronicum migrans. Ca 30 % av patienterna kan inte ange att de blivit fästingbitna. Artritskoven kan recidivera under flera år, och blir kroniska i cirka 10 %.

Vissa virusinfektioner kan ge övergående artrit till exempel influensa, rubella (även vaccination), parotit B, hepatit B. Ovanliga agens: Adenovirus, EB-virus (mononukleos), herpes varicellae/zoster, enteroviroser (ECHO, coxsackie), parvovirus B-19 (erythema infectiosum), sindbis-virus ("Ockelbosjukan"), HIV.

Diagnos med blodserologi. Vid ledpunktion analys av celler.

Behandling

I första hand NSAID (ibuprofen (Brufen), Diklofenak, Naproxen).

Vid Borreliaartrit: Tabl doxycyklin (Doxyferm) 0,1 g, 2 x 1 x XIV po, eventuellt i kombination med NSAID initialt. Inga lokala steroider på grund av sämre effekt av antibiotika.

Artrit – hemartros

ICD-kod: Hemartros M25.0

Akut svullen led inom 2 timmar efter direkt slag eller ofysiologisk rörelse i leden. Ses även vid grav kronisk artrit med uttalade leddestruktioner. Ökad incidens vid hemofili och antikoagulantiterapi. Handläggs vanligen av ortoped.

Artrit - kristalltyp

ICD-koder: Gikt M10.0; Pyrofosfat M11.8

Ledinflammation på grund av kristallutfällning i led. Urat och pyrofosfat påvisas med polarisationsmikroskopi. Synovie-LPK kan vara högt. Uratkristaller förstörs och kan ej vänta på analys mer än någon timme. (Se under procedurer).

Primär gikt (hereditär enzymdefekt) är relativt ovanlig.

Sekundär gikt orsakas av alkoholism, diuretikaterapi, maligna blodsjukdomar, nedsatt njurfunktion.

Akut debut av monoartrit oftast i stortåns MTP-led, men vilken led eller senskida som helst kan drabbas. Ofta lätt feber. Förekomst av tofi stödjer giktdiagnosen. Ca 20 % har normalt P-Urat vid attack. Hyperurikemi ej specifikt för gikt.

Pyrofosfatartrit förekommer hereditärt (vanligen män) eller idiopatiskt (vanligen kvinnor) eller associerat till hyperparatyreoidism, hypotyreos eller hemokromatos. Påfrestningar, t ex infektionssjukdom, nyligen genomgången operation eller lindrigare trauma kan utlösa attack. Artros i den drabbade leden ökar sannolikheten för pyrofosfatartrit. Vanligaste lokaliseringen är knäled hos män, handled hos kvinnor. Vanligen äldre personer, ej lika ilsken som gikt.

Eventuellt analyser för associerade tillstånd (P-Calcium, tyreoidesprov, P-Ferritin). Radiologiskt påvisad kondrokalcinos är ospecifikt och förekommer även vid artros och gikt.

Behandling

NSAID (ibuprofen (Brufen), Diklofenak, Naproxen) tills attacken avklingat. Vid kontraindikation mot NSAID rekommenderas tabl Prednisolon 5 mg, 3 x 1 i snabb nedtrappning. Tabl probenecid (Probecid) 500 mg, 0,5 x 2 första veckan, därefter 1 x 2 - kan även ges akut om andra medel är olämpliga.

Vid gikt ställningstagande till profylax med tabl allopurinol (Zyloric) 100-300 mg x 1 po eller vid kontraindikation mot detta tabl probenecid (Probecid) 500 mg x 2 po med samtidig alkalisering av urinen med tabl Natriumbikarbonat 1 g, 1-2 x 3 po. Allopurinol bör ej ges under pågående giktattack.

Artrit - reaktiv

ICD-kod: Reaktiv artrit UNS M02.9

Akut/subakut debut av aseptisk asymmetrisk oligo-/polyartrit i medelstora och stora leder, särskilt i nedre extremiteterna. Oftast övergående på 2-6 månader. Vanligen yngre, i övrigt friska. Debut inom 4 veckor efter bakteriell övre luftvägsinfektion (beta-hemolytiska streptokocker, Mykoplasma), enterit (Shigella typ 1 och 2, Salmonella, Yersinia typ 3, Campylobakter, Giardia) eller urogenital infektion (Klamydia, Neisseria, Ureoplasma). Ofta associerade symtom i form av uretrit och konjunktivit (Reiters triad) samt tendinit och hudförändringar.

Diagnos med blodserologi. Riktade odlingar efter symtom. Vid ledpunktion analys av celler.

Behandling

Påvisad infektion behandlas enligt sedvanlig praxis, vilket dock ej påverkar artritförloppet. NSAID (ibuprofen (Brufen), Diklofenak, Naproxen). Om kontraindikation (äldre, njursjukdom eller hjärtsvikt) i stället intraartikulär steroidinjektion (se under procedurer).

Artrit - sarkoidos

ICD-kod: Sarkoidos M14.8

Vanligen yngre personer, bilateral fotledsartit, ibland även knäartit, med påtaglig periartrit och typisk ljusviolett hudrodnad. Måttlig feber, ibland även rethosta eller retrosternalt obehag är förekommande symtom. Erythema nodosum kan uppträda.

Diagnosen grundas på anamnes och status samt påvisande av bilaterala hiluslymfom på lungröntgen. Lymfomen kan komma efter artritdebuten. Ledsymtomen är övergående inom 3-4 månader. S-ACE kan vara förhöjt och stödja diagnosen.

Behandling

Artriter vid sarkoidos brukar vara ilskena. NSAID (ibuprofen (Brufen), Diklofenak, Naproxen) och eventuellt intraartikulär steroidinjektion. Vid allmänpåverkan tabl Prednisolon 5 mg, 2-3 x 1 po.

Bakercysta - brusten

ICD-kod: Brusten bakercysta M66.0

Klinisk bild

Bakercysta förekommer framför allt vid kronisk knäledsartit och palperas som en lätt fluktuerande utfyllnad i knävecket. Om den brister uppstår en bild som är mycket svår att skilja från djup ventrombos med ömt, svullet underben. Diagnos med ultraljud.

Behandling

Högläge, elastisk binda, NSAID (ibuprofen (Brufen), Diklofenak, Naproxen). Vid knähdrops kan man ge steroidinjektion intraartikulärt.

Henoch-Schönleins purpura

ICD-kod: D69.0

Definition

Småkärlsvaskulit som engagerar hud och njurar. Vanligare hos barn men även vuxna kan insjukna och då allvarigare förlopp och högre frekvens njurengagemang.

Klinisk bild

Purpura framför allt nedre extremiteter, ibland även ansiktet. Buksmärta. Artralgi. Glomerulonefrit hos ca 50 %.

Utredning

Blodprover: Blod-, elektrolytstatus, CRP. U-sticka. Vid behov njurbiopsi som visar IgA-depositioner. Sådana kan ses även i huden.

Behandling

Hos barn oftast god prognos utan behandling. Vid tecken på kronisk progressiv glomerulonefrit ges högdos kortison och eventuellt cytostatika.

Polymyalgia reumatika (PMR)

ICD-kod: Polymyalgia reumatika M35.3

Definition

PMR är en inflammatorisk sjukdom utan påvisbara morfologiska inflammatoriska förändringar. Debut före 50 års ålder är mycket ovanligt och prevalensen ökar med stigande ålder. Omkring 2/3 är kvinnor och 1/3 drabbas av både PMR och temporalisarterit.

Kliniska fynd

Långsamt eller subakut insjuknande under flera veckor med tilltagande värk, rörelsesmärter och stelhet symmetriskt i framförallt axel- och höftregionen inklusive omgivande muskulatur. Symtomen är mest uttalade på morgonen med bl a svårigheter att sätta sig upp från liggande. Samtidigt eller tidigare uppträder allmänsymtom i form av trötthet, sjukdomskänsla, subfebrilitet, aptitlöshet och viktnedgång. I status ses passiv och aktiv rörelseinskränkning med rörelsesmärter i axel- och höftregioner. I blodprov hög sänka (vanligen 50-100) och CRP, lätt anemi, lätt leukocytos, lätt-måttlig trombocytos, elfores med akut inflammatorisk bild.

Utredning

Blodprover: SR, CRP, blodstatus, CK och elfores. PMR-liknande symtom kan förekomma som paramalignt fenomen.

Behandling

Steroider ger dramatisk förbättring inom 1-2 dygn. Tabl Prednisolon 5 mg, 4 x 1 po. Om patienten inte upplever en dramatisk förbättring inom 1-2 dygn skall man ifrågasätta diagnosen.

Eftersom steroidbehandlingen kommer att bli långvarig bör patienten erhålla osteoporosprofylax.

Steroidnedtrappning

Före steroidnedtrappning kontroll av SR, CRP och allmäntillstånd. Nedanstående nedtrappningsschema rekommenderas vid sänkning av dagsdosen prednisolon. Alltför snabb nedtrappning leder ofta till recidiv. Behandlingstiden brukar uppgå till minst ett år.

1. När SR och/eller CRP normaliserats minskas prednisolon från 20 till 15 mg. (Om dosen >20 mg prednisolon minskas dagsdosen med 5 mg var eller varannan vecka.)
2. I intervallet 15-10 (20-10) mg prednisolon minskas dagsdosen med 2,5 mg varje månad.
3. I intervallet 1,25-10 mg minskas dagsdosen med 1,25 mg varje månad.

Polymyosit

ICD-kod: Polymyosit M33.2

Generell muskelsvaghet med eller utan värk, förhöjda inflammationsparametrar och förhöjd CK. Utredningsfall.

Systemisk Lupus Erythematosus (SLE)

ICD-kod: SLE M32.0-9

Klinisk bild

Anamnes på fotosensitivitet. Diskoida utslag, fjärilsexantem, orala ulcerationer, pleurit, perikardit, artrit, epilepsi, psykos. Laboratoriefynd med förhöjd SR ofta utan CRP-stegring, leukopeni, trombocytopeni, hemolytisk anemi. Vid nefrit förhöjt kreatinin med hematuri och albuminuri.

Utredning

Blodprover: Blodstatus, SR, vid anemi hemolysprov, kreatinin. Urinstatus. Kärnantikroppar. Andra immunologiska analyser och elfores ej motiverade på jourtid. Vid känd diagnos och akut sjuk patient, utred främst potentiellt livshotande manifestationer (blodbild, akut nefrit, perikardit och akut pankreatit) eller septiska komplikationer. Akut sjuk patient skall diskuteras med reumatologbakjour. Avvakta om möjligt med steroider tills reumatolog konsulterats.

Temporalisariter

ICD-kod: M31.6; i kombination med polymyalgia reumatika M31.5

Definition

Temporalisariter eller jättecellsariter är en fläckvis inflammation i stora till medelstora artärer. Cirka 20 % av patienterna utan kliniska tecken på temporalisariter har inflammatoriska förändringar i detta kärl. I typiska fall ses jättecellsariter men frånvaro av jätteceller utesluter inte diagnosen.

Kliniska fynd

Huvudvärk, skalpömhet, ont i käkmuskulaturen vid tuggning ("tuggclaudicatio"). Synstörning av varierande typ är ett allvarligt varningstecken. Ge akt på diplopi, dimsyn, övergående synfältsbortfall, ptos och amaurosis fugax, vilka samtliga kan föregå bestående synnedsättning. Ögonbottenstatus är ofta normalt. Några patienter debuterar med smärtfri blindhet. Ofta palperas uppdrivna, ömma, ibland ej pulserande temporalisartärer. Laboratoriefynd med hög sänka, lätt anemi, lätt leukocytos och lätt till måttlig trombocytos. Serumelfores visar akut inflammatorisk bild.

Utredning

Blodprover: SR, CRP, blodstatus, elfores.

Det är inte nödvändigt, men ofta önskvärt, att utföra temporalisbiopsi då frånvaro av patologiska förändringar inte utesluter diagnosen. Temporalisbiopsi beställs i samband med att kortisonbehandlingen påbörjas och bör utföras inom 7-10 dagar. Ingreppet är endast aktuellt vid motsägelsefulla fynd i anamnes, klinik och/eller laborationer.

Ibland förekommer en mer utbredd aortabågsariter. Palpera radialispulsar (sidoskillnad), auskultera karotiskärl, subklavia, brachialis, aorta och femoralis, mät blodtryck i båda armarna. Om misstänkta blåsljud remitteras patienten till dopplerundersökning för kartläggning av kärlengagemanget.

Behandling

Symtom på temporaliserit men utan synnedsättning och ögonmuskel-pareser: Tabl Prednisolon 1 mg/kg/dygn. Nedtrappning se PMR.

Några dagar gammal ensidig synnedsättning utan symtom eller tecken från andra ögat: Tabl Prednisolon 100-200 mg/dygn eller parenteralt i ca 3 dagar.

Ensidig synnedsättning några timmar eller begynnande tecken från andra ögat (t ex transitorisk synnedsättning, ischemi i ögonbotten) *kräver omedelbar behandling med högdos steroider* – inf metylprednisolon (Solu-Medrol) 500-1000 mg iv per dygn i minst 3 dagar. Nedtrappning se PMR.

Vaskulitsjukdomar

ICD-koder: M30-M32

Definition och klassifikation

Immunologiskt medierad inflammation i blodkärl. Klassificeras beroende på storlek av inflammerade kärl.

Stora kärl

Jättecellersarterit (Se temporaliserit).

Takayasu - granulomatös vaskulit i aorta och dess förgreningar framför allt subclavia, brachialis (blodtrycket svårnätt eller sidoskillnad), karotis, ibland njurartärer med hypertoni.

Medelstora kärl

Polyarteritis nodosa kärlinflammation med aneurysmbildning i tarmar, njurar, hud och nerver.

Små blodkärl

Wegeners granulomatos – granulomatös inflammation med engagemang av kärl framför allt i övre (frekventa mediaotiter, sinuiter, näsengagemang med nästäppa) och nedre luftvägar (spridda lunginfiltrat) och njurar. Positiv ANCA.

Churg-Strauss syndrom - granulomatös, eosinofil inflammation, framför allt i lungorna med astmaliknande symtom. ANCA positiv med specificitet för MPO.

Henoch-Schönleins purpura - se särskild rubrik.

Klinisk bild

Varierande bild från akut till flera månaders förlopp. Oftast förekommer allmänsymtom i form av feber och viktning. Även vanligt med artralgi och myalgier. I övrigt symtom beroende på drabbade kärl. Typiskt symtom från flera organ samtidigt.

Allmänna tecken på inflammation med hög SR och CRP, anemi, leukocytos, trombocytos. Elfores med förhöjda akuta inflammatoriska parametrar.

Utredning

Blodprover: Blod-, elektrolytstatus, CRP, SR, elfores. U-sticka. I övrigt riktad efter klinisk misstanke. Sjukdomsbilden avgör vårdnivån.

Behandling

I vissa fall brådskande men såväl utredning som behandling bör göras i samråd med specialist.