



Reumatoid artrit – den vanligaste inflammatoriska reumatiska sjukdomen

Uppdatering 12.4.2016

Reumatoid artrit (RA), som också kallas ledgångsreumatism, är en kronisk led-sjukdom som är två till tre gånger vanligare hos kvinnor än hos män. Vanligen insjuknar patienten vid omkring 60 års ålder. Med tidig diagnos och effektiv behandling kan man förhindra att sjukdomen framskrider hos största delen av patienterna.

Svullna och stela leder?

Ledsymtomen utvecklas i allmänhet rätt långsamt. Små och mellanstora leder ger oftast först symtom: fingrar, händer, handleder, fötter eller tår – ofta båda händerna eller fötterna. Vilken annan led som helst kan ändå vara den som först blir sjuk. Småningom sprider sig sjukdomen till flera leder.

En inflammerad led är svullen och ömmar vid beröring eller vid rörelse. Typiskt är att leden speciellt på morgonen är styv och stel, men att den inte värker vid vila.

Riskfaktorer

Ärftliga faktorer har uppskattats utgöra 60 procent av de riskfaktorer som inverkar på att RA bryter ut. Rökning fördubblar risken att insjukna och är tillsvidare den enda kända miljöriskfaktorn.

Undersökningar och diagnos

En av läkare konstaterad ledinflammation är utgångspunkten för misstanke på reumatoid artrit. Alla ledinflammationer är inte RA.

Vid misstanke om RA ska patienten utan dröjsmål remitteras till en reumatologisk poliklinik, och diagnosen baserar sig på undersökningar gjorda av en reumatolog (specialistläkare i reumatologi). Blodproven sänka och CRP tyder på inflammation, men värdena är inte alltid förhöjda. Hos två av tre patienter som nyligen insjuknat i RA finns det i blodet reumatoid faktor (RF) eller antikroppar mot citrullinerade peptider (CCPAb). Men även om antikroppar saknas betyder det inte att det inte skulle kunna vara fråga om reumatoid artrit.

Diagnostiska bildundersökningar

Reumatologen konstaterar ledinflammationen genom att känna med fingrarna, men också ultraljudsundersökning kan användas som hjälp. Händer och fotblad undersöks eventuellt med röntgen för att kartlägga om ledsador redan uppkommit. Toraxröntgen (hjärt-lungbild) tas också som en del av undersökningarna. Magnetundersökning behövs sällan.

Målsättningen med behandlingen är symtomfrihet

Antiinflammatoriska läkemedel (receptfria eller receptbelagda) kan användas som första hjälpen för symtom vid RA. Läkaren kan också injicera kortison i de inflammerade lederna. Kortisonbehandling via munnen kan inledas när de nödvändiga undersökningarna är gjorda.

Det finns ingen botande behandling för reumatoid artrit, men med en tidigt påbörjad, lämplig och tillräcklig läkemedelsbehandling är det möjligt att patienten på några månader blir symtomfri (remission). Remission innebär att patienten inte har värk eller svullnad orsakad av ledinflammation och att inte heller ledsador utvecklas.



Då återfår patienten sin funktions- och arbetsförmåga.

Den bästa effekten uppnås med en kombination av läkemedel

Behandlingen påbörjas med en kombination av antireumatiska läkemedel bestående av metotrexat, sulfasalazin och hydroxiklorokin (om till exempel läkemedelsallergier inte utgör ett hinder). Om reumatologen så bedömer kan också andra läkemedel användas. Dessutom påbörjas kortisonbehandling i små doser via munnen och kortison injiceras i inflammerade leder så att inflammationen slocknar så snabbt som möjligt.

Metotrexat

Metotrexat utgör grunden för läkemedelsbehandlingen. Det kan användas i tablettform men är effektivare som injektion under huden. Kvinnor får inte använda metotrexat fyra månader innan en graviditet börjar eller under graviditet eller amning. Män behöver inte avbryta sin metotrexatbehandling när en graviditet planeras.

Under antireumatisk läkemedelsbehandling tas laboratorieprov (så kallade säkerhetsprov) med regelbundna intervaller. Om biverkningar uppkommer ska patienten kontakta vårdenheten. När man handlar enligt dessa riktlinjer är behandlingen mycket trygg.

Biologiska läkemedel

Om den nämnda kombinationsbehandlingen med antireumatiska läkemedel inte är effektiv används biologiska läkemedel; också en dyr läkemedelsbehandling är kostnadseffektiv om den förhindrar att patienten invalidiseras och sjukpensioneras.

Biologiska läkemedel medför ökad infektionsrisk, och därför ska latent infektioner uteslutas innan behandlingen sätts in. Vaccinationskyddet (pneumokockvaccination inräknad) ska också vara i skick.

Kortison (glukokortikoid)

Kortison (glukokortikoid) är en viktig del av behandlingen. Det dämpar snabbt symtomen på ledinflammation, bidrar till symtomfrihet (remission) och gör att leddestruktionen (erosion) framskrider långsammare. Kortison används i små doser så att benskörhet och andra kända biverkningar vid stora doser kan undvikas. Kortisonbehandlingen avslutas när patienten är symtomfri, men den kan vid behov påbörjas på nytt om symtomen kommer tillbaka.

Den reumatiska inflammationen orsakar osteoporos. Därför är det viktigt att patientens intag av D-vitamin och kalcium är tillräckligt. Vid behov påbörjas skelettstärkande läkemedelsbehandling mot osteoporos.

Smärtstillande medel enligt behov

Målsättningen med antireumatisk läkemedelsbehandling och kortisoninjektioner är att ledinflammationerna snabbt ska dämpas så att smärtstillande medel inte behövs. Antiinflammatoriska smärtstillande läkemedel kan vid behov användas om deras riskfaktorer beaktas. Risken för irriterad mage kan minskas med syraneutraliserande medel (skyddsläkemedel för magen).

Användning av opioider rekommenderas inte eftersom det inte finns pålitlig forsknings-evidens om deras effekt vid behandling av reumatisk smärta. Risken för biverkningar är också betydande.



Kost

Det finns inte tillräcklig evidens för kostens (vegetarisk, medelhavs-, elementar- eller elimineringsdiet) inverkan på symtomen vid reumatoid artrit (smärta, stelhet och rörelseförmåga). Det rekommenderas att patienten undviker övervikt och fetma samt vid behov bantar.

Större risk för hjärt- och kärlsjukdomar

För en patient med reumatoid artrit bedöms också risken för hjärt- och kärlsjukdomar, eftersom den reumatiska inflammationen inverkar skadligt på blodkärlen och på så sätt ökar risken för hjärt- och kärlsjukdomar. Målsättningen för blodfettsnivån är densamma som för andra högriskpatienter (se God medicinsk praxis- patientversionen [Dyslipidemier](#)).

Det är bra att bestämma blodfetts- och blodsockernivån när den akuta inflammationen har dämpats, till exempel efter tre månader.

Motion är en viktig del av behandlingen av reumatoid artrit

Målsättningen för motionen är bättre uthållighet, muskelstyrka och rörlighet i lederna. Normal hälsotion passar de flesta och den förbättrar funktionsförmågan.

Motion är en viktig del av behandlingen för en patient med reumatoid artrit



Rekommendationen är att motionera aerobiskt (jogga, gå raskt, springa, cykla, skida, ro, gå i trappor, gå på aerobic, simma eller dansa) åtminstone två och en halv timme i veckan och att styrketräna (till exempel muskelkonditions- eller gymträning) minst två gånger i veckan.

Vid besvär i de nedre extremiteternas stora leder kan det kännas bättre att cykla eller simma än att gå eller jogga, vilket belastar benen mera.

Operativ behandling

Med aktiv läkemedelsbehandling av reumatoid artrit minskar behovet av operativ behandling. Antalet reumaoperationer har minskat betydligt under de senaste åren. Patienter som länge har lidit av reumatoid artrit kan ha ledsador där operation kan ge symptomlindring. Stelheten och smärtan i lederna kan lindras genom att hinnor i ledkapslar eller senskidor avlägsnas operativt (operativ synovektomi). En operation där en led görs stel (artrodes) kan göra den svårt angripna leden smärtfri och förbättra extremitetens funktionsförmåga.



Operationen kan också korrigerar funktionsnedsättande felställningar eller förhindra att de blir värre. Svåra reumatiska förändringar i halsryggen kan behandlas operativt. Också störande slemsäckar och reumatiska knutor kan opereras.

Den större infektionsrisken som är förknippad med biologiska läkemedel bör beaktas när man överväger operation. När det gäller patienter med stor infektionsrisk gör man uppehåll i behandlingen med biologiska läkemedel före och efter en operation. Vid små icke-brådskande operationer (elektiva ingrepp) behövs inget sådant uppehåll.

Vad patienten bör veta

När patienten och läkaren har gått igenom nyttan och riskerna med behandlingen beslutar de tillsammans hur den reumatoida artrit ska behandlas.

Vid patienthandledningen behandlas bland annat följande:

- sjukdomens art
- vad en obehandlad sjukdom kan leda till
- hur sjukdomen behandlas
- hur viktigt det är med en noggrann läkemedelsbehandling och att patienten förbinder sig till den; symtomfrihet (remission) är en helt realistisk behandlingsmålsättning i synnerhet för en nyligen insjuknad patient
- hurdana biverkningar läkemedelsbehandlingen kan medföra; man kan bli tvungen att byta läkemedel, men riskerna med att lämna reumatoid artrit obehandlad är mångdubbla jämfört med läkemedelsbehandlingens risker.

Den behandlande läkaren och reumaskötaren deltar i reumapatientens behandling. Patienten bör ha en egen kontaktperson. En fysioterapeut sköter motionshandledningen.

Vid behov kan patienten också hänvisas till en ergo-, fot-, närings- eller psykoterapeut eller till en socialarbetare.

Rehabilitering

Rehabilitering förbättrar patientens funktions- och arbetsförmåga samt också välmåendet. Behandlingen och rehabiliteringen stöder varandra: om en lyckad behandling återställer funktionsförmågan blir behovet av rehabilitering mindre. Det finns ett starkt vetenskapligt belägg för att hälsotion ökar funktionsförmågan.

Medicinsk rehabilitering

Om ledsador har uppkommit förbättras patientens funktionsförmåga med ergoterapi och arbetssätt som skonar lederna. Individuella hålfotsinlägg kan lindra smärtan i fotblad och fotsulor. Vattengymnastik kan lindra smärtan och kan rekommenderas speciellt om sjukdomen har skadat benens bärande leder. Det har inte påvisats att värme- eller köldbhandling skulle ha långvarig effekt på reumasymtomen, funktionsförmågan eller smärtmedicineringen.

Yrkesinriktad rehabilitering

Ändamålet med yrkesinriktad rehabilitering är att göra det möjligt för en handikappad person att delta i yrkeslivet genom att utveckla den yrkesmässiga färdigheten och arbetsförhållandena. Möjligheterna att fortsätta arbetet ska utredas senast när sjukpenning har utbetalats i 90 dagar. Rehabilitering för personer i stadigvarande arbete bekostas av patientens pensionsförsäkringsbolag, för andra av FPA (<http://www.kela.fi/kuntoutus>).



Behandlingens längd

Behandlingen av reumatoid artrit påbörjas i allmänhet på sjukhusets reumatologiska poliklinik. Den reumatologiska enheten säkerställer till exempel under två års tid att remissionen fortsätter. Det är bra om patienten efter detta också fortsättningsvis årligen uppföljs av en specialistläkare i reumatologi. Under uppföljningsbesöken bedöms sjukdomens aktivitet (både patientens och läkarens uppfattning) och laboratorieprov tas.

Säkerhetsprov i samband med läkemedelsbehandlingen liksom vaccinerings kan skötas inom primärvården eller företagshälsovården.

Antireumatiska läkemedel används i allmänhet länge, eftersom reumasymtomen ofta kommer tillbaka om läkemedelsbehandlingen avslutas. Om patienten har varit symptomfri i årtal kan medicineringen vid behov minskas. Om sjukdomen aktiveras på nytt återgår man till en sådan medicinering som tidigare varit effektiv.

Förekomst av reumatoid artrit

Två tredjedelar av de insjuknade i Finland är under 65 år gamla. Hos kvinnor förekommer reumatoid artrit två till tre gånger så ofta som hos män. Hälсотillståndet hos patienter med reumatoid artrit har under de senaste årtiondena blivit bättre enligt flera undersökningar.

Mera information om ämnet

På Reumaförbundets i Finland (www.reumaliitto.fi) webbplats finns bland annat [Reuma-abc](#) som passar för reumapatienter, personer som arbetar med reumasjuka, studerande inom området och för anhöriga.

De organisationer som omnämns i patientversionen ger mera information i ämnet. Finska Läkarföreningen Duodecims redaktion för God medicinsk praxis svarar inte för kvaliteten eller tillförlitligheten gällande uppgifter som andra organisationer har gett.

Författare

Patientversionen är uppdaterad utifrån [Finska Läkarföreningen Duodecims God medicinsk praxis-rekommendation](#) av medicinska redaktören **Kirsi Tarnanen**. Texten är granskad av ordförande för arbetsgruppen för God medicinsk praxis, specialistläkaren i internmedicin och reumatologiska sjukdomar **Kari Puolakka** vid Södra Karelen centralsjukhus.

Översättningen till svenska är bekostad av **Finska Läkaresällskapet**.

Ansvarsbegränsning

God medicinsk praxis-rekommendationerna är sammandrag gjorda av framstående experter gällande diagnostik av enskilda sjukdomar och behandlingens effektivitet. De ersätter inte den bedömning som görs av en läkare eller annan professionell vårdpersonal om en enskild patients bästa möjliga diagnostik, behandling och rehabilitering vid vårdbeslut.