

Revmatiske sykdommer

Klassifikasjonskriterier og kliniske hjelpemidler

Det finnes over 200 forskjellige revmatiske sykdommer, og det sies at tidlig diagnose er viktig. Dessverre tar det ofte flere år fra de første symptomene oppstår til riktig diagnose stilles. De siste 20 årene har det heldigvis skjedd mye, og det finnes nå klassifikasjonskriterier, akronymer og nettressurser som skal hjelpe klinikere å redusere diagnoseforsinkelsen. Ved å bruke disse hjelpemidlene, sammen med grundig klinisk resonnering, kan vi forhåpentligvis redusere antallet unødvendige helsebesøk og feilaktige vurderinger før endelig diagnosestillelse.



AV HÅKON MORKEN
FYSIOTERAPEUT

I de to forrige utgavene av Fysioterapi i Privat Praksis kunne vi lese om hva klinikeren burde kunne om spondyloartritter (nr. 1, 2023), og en beskrivelse av en pasientpresetasjon og klinisk resonnering som ledet oss frem til en revmatisk diagnose (nr. 2, 2023). I denne artikkelen vil vi presentere klassifikasjonskriterier for enkelte revmatiske sykdommer, samt kliniske verktøy som kan brukes når man mistenker

revmatisk sykdom. Forhåpentligvis vil leseren få mer oversikt over aktuelle revmatiske sykdommer og sitte igjen med kunnskap som kan brukes allerede neste klinikkdag.

Revmatiske sykdommer og klassifikasjonskriterier

Spondyloartritt (SpA) er en fellesbetegnelse for en gruppe revmatiske sykdommer hvor aksial spondyloartritt og psoriasisartritt er de mest vanlige. De aksiale spondyloartrittene deles i hovedsak inn i radiologisk og ikke-radiologisk aksial spondyloartritt (1), og ASAS-kriteriene som vi ble kjent med i de forrige to bladene er gjeldende for diagnosestillelse (2).

For den radiologiske varianten kreves MR-verifisert sakroiliitt og minimum ett SpA-tegn, mens den ikke-radiologiske varianten krever at man tester positivt for HLA-B27 og har minst to SpA-tegn i tillegg (se tabellene for alle klassifikasjonskriteriene). Ut ifra tegnene får man en idé at selv om en pasient har en aksial spondyloartritt, så utelukker det ikke nødvendigvis perifere sykdomsmanifestasjoner. Faktisk så man i en observasjonskohortstudie at halvparten av pasientene, klassifisert som aksial spondyloartritt i henhold til ASAS-kriteriene, også hadde perifere manifestasjoner som artralgi, entesitt og daktylitt (3). Samme studie fant videre at perifer involvering bidro betydelig til den

AKSIAL SPONDYLOARTITT			PSORIASISARTITT		
Premis: MR-verifisert sakroiliitt (+ ≥1 poeng) eller HLA-B27-positiv (+ ≥2 poeng)			Premis: Inflammatorisk leddsykdom (ledd, rygg eller entese) ≥3 poeng for diagnose		
Domene	Spesifikke funn	Poeng	Domene	Spesifikke funn	Poeng
Aksial manifestasjon	Inflammatorisk ryggsmerte	1	Hud	Nåværende psoriasis, tidligere psoriasis eller familiehistorie for psoriasis, helt verifisert av fastlege/hudlege/revmatolog	1
Perifer manifestasjon	Entesitt	1	Nagl	Neglåstrosfi (onykolyse, pitting og hyperkeratose) ved observasjon	1
	Uveitt	1	Finger/hå	Pågående daktylitt eller tidligere episode registrert av revmatolog	1
	Daktylitt	1	Serologi	Negativ revmatoid faktor	1
	Psoriasis	1	Radiografi	Bevis på dårlig definert ny ossifikasjon nær ledaløjer (ikke osteofyter) på vanlige røntgenbilder av hånd og fot	1
Mage/tarm-manifestasjon	Crohns sykdom	1			
	Ulcenøs kolitt	1			
Arterier	Familiehistorie for SpA	1			
Blod	HLA-B27-positiv	1			
	Forhøyet CRP	1			
Medisiner	God effekt av NSAIDs	1			

Gjeldende klassifikasjonskriterier for aksial spondyloartritt og psoriasisartritt.

REVMATOID ARTRITT		
Premiss: Synovittfunn i minimum ett ledd ≥6 poeng for diagnose		
Domene	Spesifikke funn	Poeng
Leddaffeksjon	1 stort ledd	0
	2-10 store ledd	1
	1-3 småledd	2
	4-10 småledd	3
	>10 ledd og minst et småledd	5
Serologi	Lav positiv revmatoid faktor eller ACPA (anti-CCP)	2
	Stærk positiv revmatoid faktor eller ACPA	3
Akutt fase respons	Forhøyet senkning eller CRP	1
Varighet av symptomer	Under 6 uker	0
	6 uker eller lenger	1

CSA-skår		
≥3 poeng gir høy sensitivitet ≥4 poeng gir høy spesifisitet		
Domene	Spesifikke funn	Poeng
Historie	Leddsymptomer siden <1 år	1
	Symptomer i MCP-ledd	1
	Morgensivhet ≥60 min	1
	Mest symptomer om morgenen	1
	Førstegradslekting med RA	1
Klinisk undersøkelse	Vanskelig å løse en knyttneve	1
	Positiv MCP squeeze test	1

Gjeldende klassifikasjonskriterier for revmatoid artritt med klinisk suspekt artralgi-skår.

totale sykdomsaktiviteten ved aksial spondyloartritt.

Dersom en pasient under 40 år presenterer med korsrygg smerter som forverres i ro og bedres med aktivitet, og i tillegg opplever nattlige smerter og morgensivhet som vedvarer >60 minutter, bør SpA være en av de aktuelle diagnosene på lista di.

Psoriasis er en hudsykdom og epidemiologiske data viser at 2 % av befolkningen har psoriasis (4). Omtrent en fjerdedel av disse utvikler igjen psoriasisartritt (PsA) (5). Mange av dem som utvikler PsA gjennomgår først en pre-klinisk fase preget av uspesifikke muskelskjelettplager – inkludert artralgi, fatigue og stivhet (6), men psoriasis kan også tilkomme etter en slik symptomdebut. Store kohortstudier har dessuten vist at nesten halvparten av pasientene med psoriasis har muskelskjelettsmerter (7, 8), og kun et fåtall av disse har vært hos revmatolog (7). Altså er det sannsynlig at flere mennesker med psoriasis, som har kroppslige smerter, går med en udiagnostisert PsA.

I 2006 publiserte American College of Rheumatology (ACR) en klassifikasjon for PsA som de kalte CASPAR (Classification criteria for psoriatic arthritis) (9). Forutsetning for bruk av CASPAR-kriteriene er etablert

inflammatorisk leddsykdom, og dersom man kan krysse av for flere PsA-tegn og oppnår ≥3 poeng, er dette indikativt for PsA. Perifer affeksjon er særlig vanlig ved PsA, men det er verdt å merke seg at premisset for klassifikasjonen kan være en inflammatorisk ryggsmerte. Som vi forstår ut ifra kriteriene, bør klinikerne være obs på både hud- og negleforandringer (kan være subtile og noe pasienter er ikke klar over det selv), og man bør spørre om pasienten har hatt episoder med daktylitt (les: pølsefinger/-tå). Plakkpsoriasis er den vanligste formen for psoriasis og begynner vanligvis som små flekker som kan vokse i størrelse og få en sølvhvitt, skjellende skorpe. Neglepsoriasis er vanlig spesielt når PsA er til stede, og det vanligste tegnet på negleforandringer er bittesmå, hvite hull i neglene (også kalt pitting) (4).

Revmatoid artritt (RA), eller leddgikt, er en annen vanlig inflammatorisk revmatisk sykdom. Ved RA er leddene preget av synovitt, som videre kan føre til skade på brusk og ben (10). Norsk revmatikerforbund rapporterer at RA kan oppstå i alle aldre, men at det er vanligst i alderen 40-60 år (11). Man regner med at bortimot 0,5-1 % av befolkningen i Norge har leddgikt, med cirka 25 nye tilfeller årlig per 100.000. Kvinner er mer utsatt enn menn. I

motsetning til PsA, gir RA vanligvis symmetrisk leddpåvirkning, og det er sjeldent med affeksjon av aksiale ledd og DIP-ledd, entesitter og daktylitter (10). En annen måte å skille PsA, RA og SpA på, er alder ved sykdomsdebut: Mens PsA og RA oftere oppstår mellom 40 og 60 år, er det vanligere at sykdomsdebut ved SpA skjer før fylte 40 år (12).

I likhet med pasienter som utvikler PsA, kan individer med RA også gjennomgå en pre-klinisk fase før diagnosestillelse. I 2016 definerte den europeiske revmatologiorganisasjonen EULAR et sett med karakteristika hos pasienter med artralgi mistenkelig for progresjon til RA (se tabell) (13). Skåren, som de kalte clinically suspect arthralgia score (eller CSA-skår), anses som sensitiv ved poengsum ≥3 (av totalt 7 oppnåelige poeng). En CSA-skår ≥4 gir i tillegg en høy spesifisitet.

De nyeste klassifikasjonskriteriene for RA ble utviklet av arbeidsgrupper fra ACR og EULAR og er fra 2010. Premisset for å bruke kriteriene er synovittfunn i minst ett ledd, som ikke kan forklares med annen sykdom, og RA-diagnosen krever minimum 6 poeng. Uten blodprøver kan man for øvrig maksimalt få 6 poeng.

Tenk gjerne RA når en pasient med alder over 40 år oppsøker deg med

POLYMYALGIA REVMATIKA

Premis: Alder ≥ 50 år, bilateral verk i skuldrene, og abnormal CRP og/eller senkning
Uten ultralyd ≥ 4 poeng for diagnose, og med ultralyd ≥ 6 poeng

Domene	Spesifikke funn	Poeng
Leddaffeksjon	Høyt smerte eller redusert leddutslag	1
	Fravær av annen leddinvolvering	1
Kjennetegn	Morgensivhet varighet >45 min	2
Serologi	Fravær av reumatoid faktor og ACPA (anti-CCP)	2
Ultralydfunn	Minst én skulder med subakromiell bursitt og/eller biceps tenosynovitt og/eller glenohumeral synovitt, og minst én hofta med synovitt og/eller trochanterbursitt	1
	Begge skuldre med subakromiell bursitt og/eller biceps tenosynovitt og/eller glenohumeral synovitt	1

URINSYREGIKT

Premis: Episode med hevelse eller smerte i ledd eller slimpose
 ≥ 8 poeng for diagnose

Domene	Spesifikke funn	Poeng
Leddaffeksjon	Ankel/forfot, og/eller Stortåens grunnledd (MTP1)	1 2 (maksimalt 2)
Kjennetegn for episoden	Erytem over leddet Smertefullt ved berøring/trykk Store vansker for å bruke leddet	1 1 1
Tidforløp ved anfall	Tid til maksimal smerte <24 timer Symptomtilbakegang ≤ 14 dager Fullstendig tilbakegang	1 ved én episode og ≥ 2 tegn 2 ved flere episoder og ≥ 2 tegn
Klinisk topus	Til stede	4
Urinsyre nivå (mellom anfall)	$<240 \mu\text{mol/l}$ $360 - < 480 \mu\text{mol/l}$ $480 - < 600 \mu\text{mol/l}$ $\geq 600 \mu\text{mol/l}$	-4 2 3 4
Leddvæskeprøve	Leddvæske negativ for uratskvaler	-2
Billediagnostikk	Ultralyd- eller DECT-positiv	4
Konvensjonell radiografi	Typisk erosjon	4

Gjeldende klassifikasjonskriterier for polymyalgia revmatika og urinsyregikt.

bilaterale leddsmerter og -hevelse, uten noen god forklaring på hvorfor, der DIP-leddene samt tommelens og stortåens grunnledd ikke er affisert.

Polymyalgia revmatika (PMR) er en inflammatorisk revmatisk lidelse som primært påvirker mennesker over 50 år (14). Diagnostisering av PMR kan være utfordrende, i og med at symptomene assosiert med sykdommen kan ligne på andre tilstander. En pasient med PMR presenterer vanligvis med bilaterale muskelsmerter (derav navnet polymyalgia) i skuldre og hofter, samt tegn på generell sykdom i form av trøtthet, slapphet, hodepine og feber. PMR er for øvrig tett beslektet med temporaliseritt (15).

ACR og EULAR utviklet i 2012 det de kalte for provisoriske klassifikasjonskriterier for PMR (14), og elleve år senere er disse fortsatt gjeldende. Kriteriene inkluderer både kliniske tegn og laboratoriefunn, og man har tilleggsvalget om å benytte ultralyd. Premisset for bruk av kriteriene er alder ≥ 50 år, verk i begge skuldrene, samt abnormal CRP og/eller senkning. I algoritmen uten ultralyd trengs en skår ≥ 4 (av totalt 6) for å diagnostisere PMR, mens det med ultralyd krever ≥ 5 poeng (av totalt 8). Ultralydfunn beskrives som unilaterale eller bilaterale subakromiell bursitt, biceps tenosynovitt og/eller

glenohumeral synovitt, og det må være minst ett funn i hofteområdet – enten i form av hofteledds synovitt eller trochanterbursitt.

Om en pasient eldre enn 50 år oppsøker deg med plutselige bilaterale smerter i skuldre og hofter, som er mest uttalte om morgenen og vedvarer lenger enn 45 minutter, og som i tillegg opplever generell sykdomsfølelse – tenk på PMR som en mulig differensialdiagnose.

Krystallartritter er den siste gruppen sykdommer som vil bli omtalt, og de to viktigste tilstandene er urinsyregikt og kondrokalsinose. Urinsyregikt, også kjent som Kaptein Voms syndrom eller podagra, er en relativt vanlig tilstand som utløses av urinsyrekrystaller i ledd, seneskjeder eller slimposer (16). Et anfall med urinsyregikt oppleves som svært smertefullt og smertetoppen nås som regel etter 24 timer. Det er vanlig med rødme og hevelse over leddet som er affisert (typisk stortåens grunnledd), og man kan oppleve episodiske anfall der det går flere måneder og år mellom hver gang. Er urinsyrenivået høyt, kan tilstanden gå over i en fase med langvarige betennelser, men typisk varer et anfall i noen dager og opp mot to uker.

Man har ACR/EULAR-klassifikasjonskriterier også for urinsyregikt, og

disse kom i 2015 (16). Før dette var påvisning av urinsyrekrystaller gjennom aspirasjon av leddvæske ansett som gullstandarden. Med de nye kriteriene, trengs det 8 poeng for å tilfredsstille kravene om diagnose, og inngangsporten til evalueringen er minst én episode med hevelse, smerte eller ømhet i ledd eller slimpose. Kriteriene inkluderer, i likhet med PMR-kriteriene, bruk av ultralyddiagnostikk, der billedfunn typisk for urinsyregikt utgjør 4 poeng.

Kondrokalsinose, eller pseudogikt, kan minne om urinsyregikt. Det er først og fremst store og mellomstore ledd som angripes, og kne og håndledd er spesielt utsatt. Tilstanden forklares av nedfelling av kalsiumpyrofosfat (og ikke urinsyrekrystaller som ved urinsyregikt) i leddene og fører til anfall med leddbetennelse. Det er hyppig forekommende hos de med artrose, og er økende med alderen. Blant personer over 85 år kan kondrokalsinose påvises hos hele 50 prosent (17). ACR og EULAR har ikke definert klassifikasjonskriterier for denne tilstanden, men ultralyd (ved siden av leddvæskeprøver) anses som en nyttig diagnostisk modalitet (18).

Felles for urinsyregikt og kondrokalsinose, er at det kan minne om episoder med kalkbrist. Når det gjelder kalkbrister snakker vi deri-



SPADE
Spondyloarthritis
Diagnosis Evaluation Tool

Royal National Hospital for Rheumatic Diseases
Royal United Hospitals Bath **NHS**
NHS Foundation Trust

Home SPADE Tool FAQs Contact

In your patient with chronic back pain, tick all the symptoms that apply to determine the likelihood of axial spondyloarthritis

Inflammatory type of back pain	<input type="checkbox"/>
Heel pain (enthesitis)	<input type="checkbox"/>
Peripheral arthritis	<input type="checkbox"/>
Dactylitis	<input type="checkbox"/>
Iritis or anterior uveitis	<input type="checkbox"/>
Psoriasis	<input type="checkbox"/>
IBD (Crohn's disease or ulcerative colitis)	<input type="checkbox"/>
Positive family history of axial SpA, reactive arthritis, psoriasis, IBD or anterior uveitis	<input type="checkbox"/>
Good response to NSAIDs	<input type="checkbox"/>

SPADE-tool og noen av SpA-tegnene man kan svare bekreftende på eller ikke.

mot om en tredje gruppe krystaller, hydrokysapatitt, og som vanligvis affekterer skulderen (rotatorcuffen og den subakromielle bursa). Stian Christophersen skrev en artikkel om kalsifisert rotatorcufftendinopati noen år tilbake, og leseren henvises til Fysioterapi i Privat Praksis nr. 1-2019, dersom man ønsker å lese mer om akkurat dette.

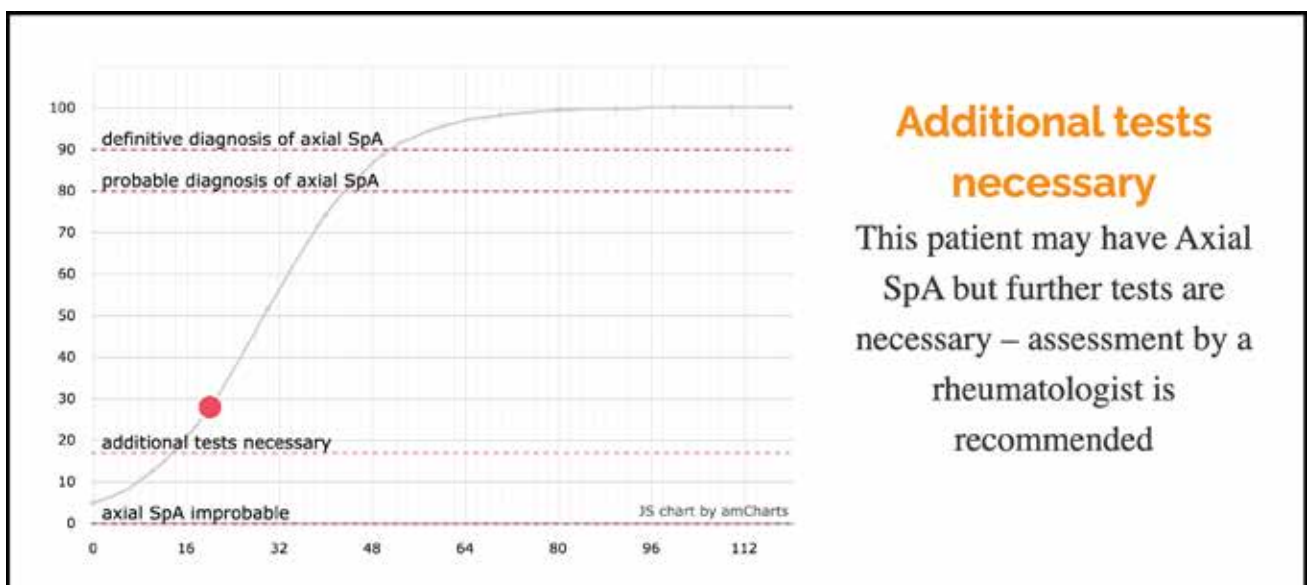
Hjelpemidler

Klassifikasjonskriteriene hjelper oss med å identifisere ulike revmatiske sykdommer, og de skaper en felles forståelse og et felles språk oss hel-

sepersonell imellom. Som fysioterapeuter og kiropraktorer setter vi ikke revmatiske diagnoser, men vi kan likevel oppnå poengsummer som tilfredsstillende kravene til diagnose uten blodprøvesvar og ultralyd. Leseren oppfordres til å ha de ulike klassifikasjonskriteriene for hånd, slik at de kan tas frem når man mistenker noe revmatisk. Er man i nærheten av en poengsum indikativt diagnose, er dette god informasjon å ha med når man henvender seg til fastlege eller revmatolog. Det er imidlertid ikke gitt at alle mottagere kjenner til kriteriene, men jo oftere vi refererer

til dem i henvisningene våre, og jo flere vi sender dem til, jo flere vil etter hvert få kjennskap til dem.

SCREEND'EM er et annet klinisk hjelpemiddel som kan brukes, og som hyppig blir linket til i ulike sosiale medier (se bilde) (19). SCREEND'EM er et spørreskjema sammensatt av ordene skin, colitis and chron's, relatives, eyes, early morning stiffness, nails, dactylitis, enthesitis og movement and medication effect. Bakgrunnen for verktøyet er enkel: Nesten alle med SpA presenterer med entesitter. Stiller man de som



Resultat fra SPADE-tool etter å ha svart bekreftende på to av tolv spørsmål.

opp søker oss med vonde sener spørsmål som omfavner akronymets domener, vil man i større grad klare å identifisere pasienter med mulig revmatisk sykdom. Inkorporer spørsmålene i anamnesen din, og kanskje opprett en frase i journalsystemet ditt så du husker dem alle?

SPADE-tool er enda et verktøy som kan brukes i møtet med pasienter med langvarige korsryggsmerter. Verktøyet finnes på nett (se nettsiden www.spadetool.co.uk), er basert på tidligere nevnte ASAS-kriterier, og skal hjelpe helsepersonell å definere sannsynligheten for SpA. Inne på nettsiden krysser man av for ulike SpA-tegn pasienten kjenner seg igjen i, og man får deretter opp en kalkyle for diagnosesannsynlighet og et forslag for hva man bør gjøre videre (se bilde). Man svarer på totalt tolv spørsmål, og det er nok at man svarer bekreftende på to av disse for at henvisning videre anbefales. Svarer man bekreftende på ≥ 3 eller flere spørsmål, vil kalkylen beregne at man har en «sannsynlig» eller «definitiv» aksial SpA-diagnose. Ta med resultatet og hva det betyr i henvisningen til fastlegen, og lag en frase på det i journalsystemet ditt.

Avslutningsvis gjøres leseren igjen oppmerksom på diagnoseforsinkelsen vi står overfor når det gjelder revmatiske sykdommer. Fysioterapeuter eller kiropraktorer er ofte første kontaktpunkt for pasienter med muskelskjelettsmerter, og dersom pasienten forteller deg at hen har vært hos tre-fire andre terapeuter tidligere med aksiale eller perifere symptomer, eller en kombinasjon av disse to, bør du være obs på at det kan være noe revmatisk underliggende. Med økt kunnskap om revmatiske sykdommer vil man enklere kunne identifisere dem, istedenfor å behandle sykdomsmanifestasjonene som isolerte entiteter. Underbygger man i tillegg sine mistanker med klassifikasjonskriterier, poengsummer og kalkyler, tror jeg vi som terapeuter i større grad vil kunne plukke opp mange mennesker med udiagnostisert revmatisk sykdom.

Se kilder/referanser side 36

SCREEND'EM BEFORE YOU TREAT'EM

A clinical tool to help identify spondyloarthritis (SpA)

SKIN

6-42% of patients with psoriasis develop psoriatic arthritis.



COLITIS OR CROHN'S

Arthritis is one of the most common extra-intestinal manifestations of inflammatory bowel disease. The prevalence of SpA in patients with Crohn's is estimated to be 26% at 6 year follow up.



RELATIVES

There is a strong relationship between SpA and HLA-B27 positive patients.

Family members of patients with SpA who are HLA-B27 positive have a 16-fold increase chance of developing ankylosing spondylitis if they are also HLA-B27 positive.



EYES

Acute anterior uveitis (AAU) can cause a painful, red eye with photophobia and blurred vision. 40% of patients presenting with idiopathic AAU have undiagnosed SpA. 50% of patients with AAU are HLA-B27 positive and >50% of these have SpA.



EARLY MORNING STIFFNESS

Inactivity related stiffness that lasts for more than 30 minutes is suggestive of inflammatory disease.

NAILS

Nail lesions occur in 87% of SpA patients and include:

- small depressions in the nail (pitting)
- thickening of the nails
- painless detachment from the nail bed (onycholysis).



DACTYLITIS

Sausage like swelling of the digits is a hallmark sign of psoriatic arthritis, occurring in 50% of cases.



ENTHESITIS

98% of SpA patients have at least one abnormal enthesis. The most common sites are the Achilles tendon, plantar fascia and patellar tendon.



MOVEMENT & MEDICATION EFFECT

SpA patients report improvement with activity but not with rest, and a favourable response to NSAIDs.

Created by
Paul Kirwan

@pdkirwan

ISBN/EAN: 978-90-75823-92-9, d18 page 32

THE KNEE RESOURCE
HEALTH CARE INFORMATION
designed by freepik.com