

# frågor & svar

nr 3/06 om reumatologi & rörelseapparatens sjukdomar

– ett angeläget kunskapsprojekt för alla läkare som möter patienter med smärta och reumatiska sjukdomar

**”Rätt använt är livet långt nog.”**

Seneca d.y.



**JULIO E. GOOBAR**

f.d. Chefläkare, Reumatologkonsult,  
Östersund.



**IDO LEDEN**

Överläkare, Reumatologsektionen,  
Kristianstad.



**STEFAN BERGMAN**

Med dr, Allmänmedicinare, Halmstad.

## Tänk vad tiden går ...

*Det lackar mot jul och därmed också nytt år. I mer än 10 år har Red. besvarat läsarfrågor och skrivit kommentarer om ledsjukdomar och smärtbehandling. Jag är mycket glad över att såväl läsare som specialistpanel visat fortsatt intresse. Vi har fått fler frågor och inlägg än vad vi vågade hoppas på från er läsare och specialistpanelen har i många fall gjort mer än den först lovat.*

*Jag vill också framföra ett personligt tack till alla kolleger och vänner som gratulerat mig till mina 50 år som verksam reumatolog. Ingen nämnd och ingen glömd! Nog med tillbakablickar. Nytt år står för dörren. Vi tackar på förhand för nya frågor och kommentarer från er aktiva och trogna läsare, liksom läkemedelsföretaget Meda som genom sitt obundna stöd möjliggör utgivningen även 2007.*

*Skicka in frågor om det som roar er och kommentera det som oroar! På svarsbrevet eller via e-post.*

**God Jul & Gott Nytt År!**

*Med hälsningar,*

Julio E. Goobar

f.d. Chefläkare, Reumatologkonsult, smarta@almagest.se



**Inget konsensus om steroiddoser vid PMR, Ido Leden, sid 2.**

**Ido Leden besvarar läsarfrågor om glukosaminsalter och om broskskyddande egenskaper hos kortison, sid 2.**

**Otillräckligt stöd för akupunktur vid värk i nacke/skuldra, Stefan Bergman, sid 3.**

**Publikationer om fibromyalgi kommenteras av Julio E. Goobar, sid 3.**

**I huvudet på en gammal reumatolog: Labtester vid reumatiska sjukdomar, Julio E. Goobar, sid 4–5.**



## Ido Leden besvarar läsarförfrågor om polymyalgia rheumatica och glukosamin



### Ingen konsensus kring steroiddoser vid PMR

Skall eller kan man lämpligen initialt injicera steroider vid nyupptäckt PMR?

Bo Hallbrink, Sala

Steroider är "the drug of choice" vid behandling av denna s.k. muskelreumatism, ej att förväxla med fibromyalgi. Flertalet patienter kan effektivt behandlas med enbart detta läkemedel.

Det finns tyvärr ingen konsensus kring initial steroiddos och därför en flora av rekommenderade initialdoser och efterföljande nedtrappningschema. Flertalet gäller behandling med Prednisolon tabletter, men enstaka

kollegor föredrar att använda steroider intramuskulärt, t.ex. Depo-Medrol.

Personligen använder jag alltid tabletter Prednisolon och följer Healy och McCartys kriterier från 1979, innebärande att initial steroiddos är 10 mg/dygn. Det går säkert också bra att använda Depo-Medrol i.m. som initiering, men få torde ha erfarenhet av hur man sedan optimerar underhållsbehandlingen om man fortsätter med denna beredningsform.

### Ingen konsensus kring glukosaminsalter

Glukosaminsulfat är den segrande artrosdrogen under flera år från

hälsokost som diskrediterades av glukosaminhydroklorid på sedvanligt sätt. Gör jämförande studier med g-sulfat! Och misshandla inte originalpreparaten genom lättsinniga strukturförändringar!

Dr Anders Trysius, Uppsala

Frågan behandlades av Läkemedelsindustrins informationsgranskingsman (IGM) i september 2003 (Dnr W547/2003). De som önskar ta del av detta fyrsidiga dokument kan vända sig till redaktionen.

Av det detaljerade och innehållsrika svaret framgår att läkemedelsverket okt 2002 fastslog att "de glukosaminstudier som publicerats har huvudsakligen utförts med saltet glukosaminsulfat. Salterna glukosaminsulfat och glukosaminhydroklorid är dock medicinskt likvärdiga. Under de betingelser som råder i mag-tarmkanalen spjälkas dessa salter redan i magsäcken." ([www.mpa.se](http://www.mpa.se))

Andra verkar dock inte, liksom kollegan Trysius, vara lika övertygade och frågan lär säkert komma upp till debatt igen i samband med nya studier. I sådana fall håller jag med frågeställaren om att det är av yttersta vikt med exakt redovisning av vilka substanser som studerats och jämförts.



### PMR (Polymyalgia Rheumatica)

#### Diagnoskriterier enl Healy/McCarty 1979

1. Proximala smärtor > 1 månad utan atrofi eller svaghet
2. Ålder > 55 år
3. SR > 50 mm ofta > 100 mm
4. Påtaglig symtomlindring inom 4 dagar på Prednisolon 10 mg/dag

## Ido Leden besvarar läsarförfrågor om broskskyddande effekt av kortison jämte injektionsteknik

### Kortison tycks förvisso skydda brosket vid inflammatorisk ledsjukdom

Jag har tagit del av studier som tycks visa en kondroprotektiv av kortisoninjektion, t.ex. i knäled. Rätt eller fel?

Dr Bo Dettner

Fler och fler data ger stöd för att detta stämmer, såväl för lokalt som systemiskt kortison. Som vi rapporterade i F & S nr 1/2006 så visade Tomas Weitoft i sin avhandling att lokal kortisoninjektion i knäled (RA patienter) har god symtomlindrande effekt, men sannolikt också skyddar ledbrosket. Med mindre

sofistikerad metodik fann man redan 1988 att så var fallet.<sup>1</sup> Empiriskt har vi ofta kunnat konstatera detsamma.

Obehandlad gonit vid kronisk artrit destruerar snabbare än sådan som behandlas med steroider lokalt. Systemiskt tillförda steroider, lågdos prednisolon under två år, tycks också vara kondroprotektivt (händernas och fötternas småleder, patienter som nyinsjuknat med RA).<sup>2</sup>

Detta är omvälvande data som säkerligen kommer att föranleda kommentarer i fackpressen, t.ex. Läkartidningen. Redaktionen återkommer i ämnet om läsekretsen önskar, hör av er på svarsbrevet eller per e-post.

### Att aspirera ledvätska ger flera fördelar

Att tappa ledvätska vid punktion är grundregel och sker automatiskt när man prövar kolvens fjädring?

Dr Anders Trysius

Jag håller med! Evakuering av ledvätska vid ledpunktion utgör det ultimata beviset för att nålspetsen ligger intraartikulärt. Dessutom har bland andra Tomas Weitoft visat att steroidernas effekt blir bättre om ledvätska aspireras före steroidinjektionen.



Referenser: 1. Balogh Z, Ruzsonyi E. Scand J Rheumatol 1988; suppl 67: 80-2. 2. Svensson B et al. Arthritis Rheum. 2005 Nov; 52(11):3360-70.



## Stefan Bergman besvarar läsarfråga om akupunktur



### Otillräckligt vetenskapligt stöd för akupunktur vid skulder- och nackvärk

Jag vill gärna veta mer om akupunkturs möjligheter (och begränsningar) vid nack- och skulderbesvär.

Dr Roland Levin, Överum

I förhållande till den utbredda användningen av akupunktur är det ont om väl genomförda vetenskapliga studier att basera rekommendationer på. Kunskapsläget vad det gäller behandling av nack- och skuldersmärta sammanfattas i två nyligen publicerade systematiska översikter från Cochrane.<sup>1,2</sup>

När det gäller skuldersmärta<sup>1</sup> var studierna av varierande kvalitet och innefattade olika diagnoser. Interventionen var genomgående dåligt beskriven och varierande placebo användes i olika undersökningar.

Sammanfattningsvis fann man otillräckliga evidens får att kunna uttala sig om nyttan, med undantag för att en studie rapporterade kortvarig

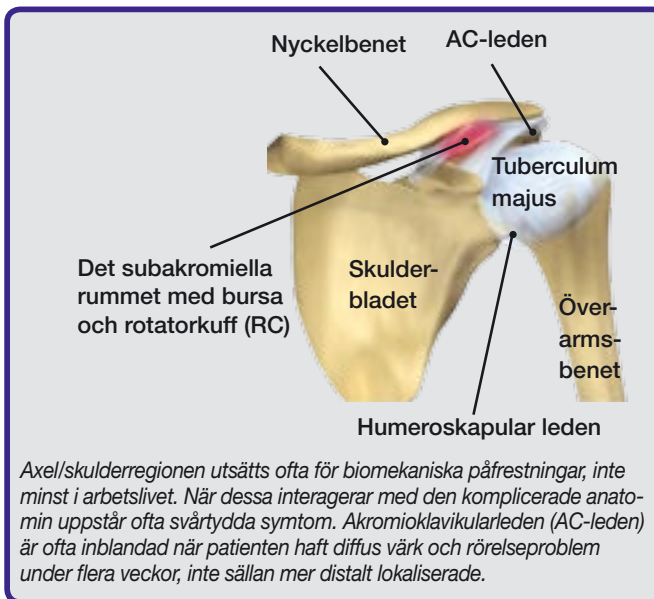
effekt (2 till 4 veckor) på smärta och funktion jämfört med placebobehandling. Evidensen var emellertid även otillräcklig för att stödja en rekommendation att sluta använda akupunktur vid skuldersmärta. Biverkningarna studerades inte i de flesta av studierna, men visade samma spektrum som vid placebobehandling.

Även när det gäller behandling av nacksmärtor<sup>2</sup> finns det förhållandevis

få studier och dessa är av varierande kvalitet. Det finns ett visst stöd för att akupunktur på kort sikt förbättrar kronisk nacksmärta jämfört kontroller som får placebobehandling, massage eller står på väntelista.

Sammanfattningsvis är kunskapsläget alltför begränsat för att kunna ge säkra rekommendationer. Det finns ett behov av större och mer välgjorda studier. I väntan på dessa kan det vara

rimligt att pröva akupunktur som adjuvant behandling för de patienter som efterfrågar det, men det finns idag inga övertygande skäl för att använda akupunktur.



#### Referenser

- Green S, Buchbinder R, Hetrick S. Acupuncture for shoulderpain. Cochrane Database of Systematic Reviews 2005.
- Trinh KV, Graham N, Gross AR, Goldsmith CH, Wang E, Cameron ID, Kay T, Cervical Overview Group. Acupuncture for neck disorders. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006.



### Publikationer om fibromyalgi kommenteras av Julio E. Goobar

#### Samsjuklighet vid fibromyalgi

Jag har tagit del av ett abstrakt<sup>1</sup> från en mycket intressant studie genomförd vid University of Cincinnati College of Medicine och Harvard Medical School/McLean Hospital, och som presenterades vid American College of Rheumatology möte (oktober 2004; San Antonio, Texas).

Enligt författarna finns en betydande co-morbiditet hos individer med fibromyalgi (FM), inte minst med vissa psykiatriska tillstånd. Associationen av FM med bipolarsjukdomar och ätstörningar har särskild betydelse p.g.a. att dessa

psykiatriska tillstånd inte specialstuderats i tidigare studier av FM.

Författarna anser att undersökningsresultaten har stor klinisk- och teoretisk betydelse, inkluderande möjligheten att FM skulle kunna dela patofysiologiska länkar med psykiatriska och andra sjukdomar, inklusive kroniskt trötthetssyndrom och irritabel kolon. Patienterna med FM bör rutinemässigt bli föremål för diagnostisk bedömning för samtidig psykiatrisk sjukdom, samt av andra tillstånd såsom kroniskt trötthetssyndrom och irritabel kolon.

#### Om barnfibromyalgi

Enligt dr Barm Bernstein<sup>2</sup>, från the Rheumatology Department, Childrens Hospital, Los Angeles, USA, bör generaliserad muskuloskeletal ömhet

och smärtor överstigande 3 månaders duration hos barn klassificeras som fibromyalgi även om patienten inte möter vuxnas diagnoskriterier med 11 av 18 ömma punkter.

"As few as seven tender points justify the diagnosis. It is clearly fibromyalgia if they have everything else." Trötthet, dålig sömnkvalitet, huvudvärk, irritabel kolon samt patientens upplevda känsla av ledsvullnader är en vanlig symtomdebut.



- Referenser: 1. Arnold LM et al. Arthr & Rheum; Abstrat Suppl, vol 50, nr 9; Sept 2004: S697-8.
2. Rheumatology News International; Fall 2004; www.rheumatologynews.com.



## Julio E. Goobar: I huvudet på en gammal reumatolog Laborrietester vid reumatiska sjukdomar



Labtester är relativt ofullkomliga komplement till anamnes och status. Avvikande eller oväntade resultat kan leda till fel- eller överdiagnostik, med konsekvenser som olämplig medicineri-  
ng, kompl. utredningar/konsultationer, långa väntetider, sjukskrivningar, inkomst- och produktionsbortfall etcetera. Därmed även risk för negativa psykosociala konsekvenser.

I syfte att medvetandegöra det begränsade diagnostiska värdet av "reumatoprover" vill jag först låta kollegorna ta del av en undersökning av antikroppsprofiler hos behandlingsnaiva *tuberkulospatienter* vs. kontroller som presenterades vid ACR 2005 i San Diego (Elkayam et al. Arthr & Rheum 2005). Man bestämde prevalensen för S-anti-CCP och S-IgM reumatoid faktor (RF). Författarna konkluderar att en betydande andel av patienter med aktiv TB hade höjda titrar av båda.

**"Den viktigaste undersökningsmetoden är ledstatus och det viktigaste instrumentet är och förblir läkarens hjärna."**

Den viktigaste undersökningsmetoden är *ledstatus* och det viktigaste instrumentet är och förblir läkarens hjärna. Det som först och främst måste *analyseras* är anamnestiska fakta och kliniska fynd! Många miljoner kronor kastas årligen bort p.g.a. onödiga labtester. Vanligen tas urinsyra, HLA-B-27, RA-

test och ANA. Många tror att labsvaren ger rätt diagnos men så är det inte.

### Svensk Konsensus?

Dåvarande Östersunds Reumatiker-sjukhus (saknad av många) delspansorerade en kongressresa till Cypern 1999 på temat reuma-immunologi. Ett tjugotal svenska reumatologer från flertalet kliniker deltog i en work-shop i vilken vi skulle försöka fastställa riktlinjer (konsensus) gällande RA-test, ANA, HLAB-27 och S-Urat vid utredningen av reumatiska sjukdomar i *primärvården*. Moderatorer var Bo Ringertz och under-tecknad. Föredragande var också Solbritt Rantapää Dahlqvist och Ido Leden.

**"Ett tjugotal svenska reumatologer från flertalet kliniker deltog i en work-shop i vilken vi skulle försöka fastställa riktlinjer ..."**

Slutdokumentet (se sid 5) skulle efter hemkomsten genomgå en sista granskning-runda bland deltagarna innan publicering. Tyvärr rann projektet ut sanden och jag tar mig i stället friheten att nu delge läsarna min kopia av dokumentets senaste utkast.

### Viktigt tillägg (november 2006):

Under senare har ett nytt laborietest lanserats; *Anti-CCP antikroppar*, dvs. antikroppar mot cyklisk citrullinerad peptid, med vilken man uppnår en sensitivitet för RA jämförbar med RF-test

men betydligt högre specificitet. Anti-CCP antikroppar har i studier endast påvisats hos enstaka patienter med andra diagnoser än RA, t.ex. SLE och PMR. Man anser att denna analys bör kunna ersätta RF som primärt test vid misstänkt RA. Förekomst av anti-CCP antikroppar hos friska individer är en stark prediktor för utveckling av RA. Vid tidig artrit är testet en stark diagnostisk markör för RA och även en prognostisk markör för graden av framtida inflammatorisk aktivitet och utveckling av erosiva ledförändringar.

Även om Anti-CCP antikroppar ger en betydligt träffsäkrare diagnostik och mindre risk för falskt seropositivt resultat bör man i primärvården beställa analysen endast vid konstaterade inflammatoriska ledförändringar. Om positivt stärks misstanke om bakomliggande RA.



### Slutdokument

#### Inför provtagning, tänk på Cochranes aforism:

Innan du beställer ett prov, bestäm vad Du gör om det är positivt och vad Du gör om det är negativt. Är svaret på bägge frågorna detsamma, beställ inte provet!

### Konsekvenserna av övertro på "reuma-tester" enligt Wolfe<sup>2</sup>

"Every rheumatologist has seen patients with backpain or osteoarthritis or fibromyalgia and a positive RF test result labeled as having RA and treated with disease-modifying antirheumatic drugs. Commercial laboratories promote panels that include disparate items such as C-reactive proteins, antistreptococcal tests, rheumatoid factor, and uric acid".

Referens: Wolfe et al. Arthr & Rheum 1991; 34:951-9.

Förslag till:

## Riktlinjer gällande RF, ANA, HLA B27 och urat vid utredning av reumatiska sjukdomar i primärvården

Utbudet av immunologiska analyser har ökat kraftigt de senaste åren. För att förbättra möjligheten till optimalt omhändertagande av patienter med symtom från rörelseorganen följer här riktlinjer för hur de vanligaste proverna vid dessa sjukdomar bör användas i primärvården.

Vid utredning av inflammatoriska reumatiska sjukdomar är alltid noggrann anamnes och omsorgsfull status den väsentligaste grunden för diagnostik. Kompletterande laboratorieutredning av inflammationen (SR/CRP) kan ge viktig information om sjukdomsprocessen. Analys av RF, ANA, och HLA B27 har ofta ringa värde i den primära utredningen och kan leda till felaktig beslutsprocess. Inget av proverna, inklusive urat, rekommenderas vid utredning av ospecifik led- och ryggvärk eller utbredd/generell värk.

RF (reumatoid faktor) och ANA (antinukleära antikroppar) – provtagning är sällan indicerad i primärvården. RF och ANA diskriminerar inte mellan inflammatorisk och icke-inflammatorisk orsak till smärtor i rörelseorganen.

### Utredning vid misstanke om kronisk inflammatorisk reumatisk sjukdom:

Anamnes och status utgör grunden, t.ex. vid utredning av reumatoid artrit, psoriasisartrit och systemsjukdomar. Ofta är det lämpligt att kontrollera laboratorieprover som SR/CRP och Hb (för att påvisa inflammation) samt LPK\*, TPK\*\* och U-status (vid misstanke om systemsjukdom). Om objektiva fynd styrker misstanke om RA/annan inflammatorisk ledsjukdom eller inflammatorisk systemsjukdom bör som regel reumatolog konsulteras.

### När finns indikation för analys av RF och ANA?:

Vid konstaterad inflammatorisk ledsjukdom stärker förekomst av RF misstanke på bakomliggande RA.

Då anamnes, status och basala laboratorieprover (enl. ovan) inger misstanke om inflammatorisk systemsjukdom.

### HLA B27 är ej ett diagnostiskt test.

Vid utredning av HLA B27-relaterade sjukdomar är anamnes, kliniska fynd, röntgen m.m. vägledande. HLA B27-typning har ingen plats i utredning inom primärvården av dessa tillstånd. Provet har hög sensitivitet men alldeles för låg specificitet och normal förekomst är upp till 16% i Sverige. Det är inte motiverat att ta HLA B27 hos friska barn eller andra släktingar till individer med HLA B27-relaterad sjukdom.

### Indikation för att ta S-urat:

Vid misstanke om akut gikt, akuta inflammationer i leder eller mjukvävnader hos tiazidbehandlad patient, vid kroniska ledbesvär hos patienter med anamnes på tidigare giktattacker och vid uppföljning av behandling med urinsyresänkande terapi (allopurinol, probecid).

\* LPK = leukocyter \*\* TPK = trombocyter

Vad tycker ni läsare? Kommentarer välkomnas på svarsbrevet eller e-post: [smarta@almagest.se](mailto:smarta@almagest.se)

Till Dina patienter  
med mild och måttlig artros

**Relifex**<sup>®</sup> nabumeton

Meda AB, 08 630 19 00

## Ett säkert alternativ till COX-2 hämmare<sup>1, 2, 3</sup>

Relifex är ett säkert alternativ för patienter med mild till måttlig artros.<sup>1</sup>

Den kliniska erfarenheten av Relifex är omfattande, fler än 65 miljoner patienter har behandlats.<sup>4</sup>

Doseringen med Relifex är flexibel, normal dos är 1 g per dygn med möjlighet att gå upp till 2 g.<sup>5</sup>

Relifex finns som tablett 500 mg och löslig tablett 1g. Relifex doseras en gång per dygn, normaldos är 1 g per dygn med möjlighet att gå upp till 2 g. Relifex går att kombinera med waran-behandling. För fullständig information, se FASS.

**MEDA**

1) T. Hedner et al, Drugs 2004; 64 (20): 2315-43 2) Truitt et al, Aging Clin Exp Res 2001; 13:112-121  
3) Food and Drug Administration; 2001 [http://www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/01/briefing/3677b2\\_06\\_cardio.pdf](http://www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/01/briefing/3677b2_06_cardio.pdf)  
4) Data on file, Meda AB 5) FASS 2005

### Frågor & svar om reumatologi & rörelseapparatens sjukdomar

ges ut av Det Mångkulturella Förlaget (DMF), Box 531, 451 21 Uddevalla  
på uppdrag av Spenshult, Halmstad, med stöd av Meda AB.

Redaktion: Julio E. Goobar, Ingemar Petersson, Ido Leden, Stefan Bergman och Urban Carlström.

Ansvarig utgivare: Urban Carlström. e-post: [smarta@almagest.se](mailto:smarta@almagest.se)

© DMF, 2006 ISSN 1402-2141 All rights reserved.