

Huvudprocess Reumatoid artrit	Specialitet Reumatologi	Processledare Susanne Sundvall	Sida 1 av 4
Dokument-Id CAREINVSOM-3-221	Godkännadatum	VIS-Redaktör Katarina Englund	Version 0.1

Reumatoid artrit

Utredning

**241216 DENNA RUTIN SKALL
UPPDATERAS**

Berörda enheter

Reumatologi kliniken, Sunderbysjukhus, Primärvård och slutenvård inom NLL, privata vårdgivare

Syfte

Beskrivning av utredning och diagnostik vid misstänkt Reumatoid artrit

Processbeskrivning

Diagnostik

Patognomona fynd saknas. Reumatoid artrit är en ”igenkänningsdiagnos” som grundas på anamnes och statusfynd.

Förekomst av allmänna inflammationssymptom och symmetrisk polyartrit (som sparar de distala interfalangeallederna) och där duration överstiger sex veckor, skall leda till en stark misstanke om Reumatoid artrit.

Som hjälp vid diagnostik används nedanstående kriterier. För RA diagnoskrävs minst 4 av de 7 kriterierna. Vanligast vid tidig RA är att patienterna fyller kriterierna 1-4.

Gamla ACR diagnoskriterier för RA från 1987 :

1. Morgonstelhet kring leder i mer än en timme
2. Artriter i tre eller flera ledområden (av armbågs-, hand-, MCP-, PIP, knä-, fot- och MTP-leder)
3. Artrit i händernas leder (hand-, MCP- eller PIP-led)
4. Symmetrisk artrit.
5. Reumatoida noduli
6. Positiv reumatoidfaktor*
7. Röntgenförändringar typiska för RA med periartikulär urkalkning, broskreduktion eller usurer

Kriterierna 1-4 skall ha funnits i minst 6 v. För RA diagnoskrävs minst 4 av de 7 kriterierna

**Citrullinantikroppar har en större specificitet för RA än RF.*

Huvudprocess Reumatoid artrit	Specialitet Reumatologi	Processledare Susanne Sundvall	Sida 2 av 4
Dokument-Id CAREINVSOM-3-221	Godkännadatum	VIS-Redaktör Katarina Englund	Version 0.1

Nya klassifikationskriterier:

Klassifikation

De vetenskapliga kriterier som används är skapade för klassifikation och ej diagnostik, men kan ge visst stöd vid oklardiagnos. Under 2011 skapades nya kriterier för att möjliggöra tidig identifiering av potentiellt destruktiv artrit innan några destruktions påvisas. Dessa kriterier är gemensamt antagna av de europeiska och amerikanska reumatologorganisationerna (EULAR respektive ACR).

De nya kriterierna är:

MINST EN INFLAMMERAD LED?	
JA	
↓	
ANNAN DIAGNOS SOM FÖRKLARAR FYNDET? JA →	EJ
NEJ	RA
↓	
TYPISKA RA-FÖRÄNDRINGAR PÅ RÖNTGEN? JA →	RA
NEJ	
↓	
LEDER ÖMMA OCH/ELLER SVULLNA:	
1 stor led	0 p
2-10 storaleder	1 p
1-3 små leder* (stora leder räknas ej)	2 p
4-10 små leder* (stora leder räknas ej)	3 p
> 10 leder (varav åtminstone en liten)	5 p
SEROLOGISKA ANALYSER	
Negativ RF och negativ för CP-antikroppar	0 p
Låg titer RF eller låg titer CP-antikroppar	2 p
Hög titer RF eller hög titer CP-antikroppar	3 p
SYMTOMDURATION	
< 6 veckor	0 p
> 6 veckor	1 p
AKUTFASREAKTANTER	
Normal CRP och normal SR	0 p
Förhöjd CRP eller förhöjd SR	1 p
Summa:	
Summan > 6 p = RA eller likartad persisterande destruktiv	

Huvudprocess Reumatoid artrit	Specialitet Reumatologi	Processledare Susanne Sundvall	Sida 3 av 4
Dokument-Id CAREINVSOM-3-221	Godkännadatum	VIS-Redaktör Katarina Englund	Version 0.1

sjukdom.

* Små leder= MCP, PIP, MTP, handleder. Exkluderar CMC1, MTP1, DIP 1-5.

Utredning

Status Leta efter artriter

Lab Laboratorieanalyser och röntgen har begränsat diagnostiskt värde i det tidiga skedet.

SR, CRP, trombocyter	Vanligen förhöjda vid RA
Hb	Vanligen normokrom, normocytär anemi
Asat, Alat, ALP, krea , urat, U-sticka	Utgångsvärden inför behandling
RF	Inom 1 år är 70% av RA-pat RF+ RF varierar ej med sjukdomen RF ej ensamt diagnostiskt för RA!(RF förekommer även hos friska och t ex i samband med infektioner, malignitet m). Bör endast tas vid klara artriter
Anti-Citrullinantikroppar (a-CCP)	Högre specificitet för RA än RF Tas vid polyartritbild (utöver RF) och bör ingå i artritdiagnostiken redan inom Primär- vården

Röntgen

1. Hand- och fotskelett skall alltid röntgas vid stark misstanke om RA eller när diagnosen är bekräftad (utgångsläge inför terapi)
2. Röntgenförändringar kan föreligga vid diagnostillfället eller kan komma senare.
3. Vanligen ses den första röntgenförändringen i lilltårnas grundleder, i andra hand i övriga metatarsofalangeal- eller metakarpofalangealleder
4. Vänta aldrig på röntgenförändringar för diagnostik, då anti-reumatisk terapi måste påbörjas före första röntgenförändring för att ge bästa resultat.

Differentialdiagnoser

Viktigaste differentialdiagnoser är:

1. Psoriasis artropati:

- förekomst av psoriasis hos patienten eller nära släktingar
- artriter kan debutera före hudsymptomen
- engagerar ofta fingrarnas ytterleder
- ofta oligoartikulär, asymmetrisk artritbild
- kan kliniskt likna spondartrit

2. Reaktiv artrit

- oftast oligoartrit i stora och medelstora leder

3. Spondartrit

Huvudprocess Reumatoid artrit	Specialitet Reumatologi	Processledare Susanne Sundvall	Sida 4 av 4
Dokument-Id CAREINVSOM-3-221	Godkännadatum	VIS-Redaktör Katarina Englund	Version 0.1

- perifera asymmetriska artriter kan förekomma
- ett påtagligt inslag av sakrolilit eller spondylit

4. Humant parvovirus B19 och andra post-viros artriter

- förkylningsviruset humant parvovirus B19 kan ge upphov till RA liknande sjukdomsbild utan leddestruktioner, vilken läker ut på 1-2år.

5. Kollagenoser t.ex. SLE

- ofta en relativt mild symmetrisk polyartrit med påtagligt inslag av tenovaginit + andra organengagemang (t.ex. hud, njurar, lungor)

Handläggning

Alla misstänkta nydebuterade RA skall remitteras till Reumatologen för att säkerställa diagnos och initiera behandling.

Remiss till reumatologmottagningskallinhålla:

1. Sjukdomens debut-duration
2. Kollagenosanamnes
3. Hereditet: RA? Psoriasis?
4. Rökare?
5. Aktuella symtom och aktuell behandling
3. Aktuellt ledstatus) kliniska artiter?
4. Lab: SR/CRP, Hb, vita, TPK, ALAT, krea, U-sticka samt Citrullinantikroppar
5. Beställ gärna röntgen hand-fotskelett, men vänta ej på svar om stark misstanke om artrit

Eventuella undantag: multisjuka eller äldre patienter med beskedlig artritbild där enda behandling utgörs av lokala eller perorala kortikosteroider, antimalariamedel (Plaquenil, Klorokinfosfat) eller Salazopyrin. Man kan själv eller efter kontakt med Reumatologen initiera behandling med ovan nämnda antireumatiska läkemedel).