

Axial spondylartrit

Fastställd av Hälso- och sjukvårdsdirektören (HS 2021–00244) februari 2021 giltigt till mars 2023
Utarbetad av dåvarande Sektorsråd Reumatologi och Allmänmedicin, uppdaterad av Regionalt programområde Reumatiska sjukdomar och Primärvårdsrådet

Huvudbudskap

Axial spondylartrit är ett samlingsbegrepp för tillstånd med inflammation i sakroiliakaleder, kotpelare och ibland även perifera leder. Det är angeläget att dessa patienter diagnostiseras och får adekvat behandling tidigt. Initial utredning bör ske i primärvård, men diagnos bör ställas av reumatolog. Alla patienter bör bedömas av reumatolog vid nydiagnostiserad sjukdom för ställningstagande till om immunomodulerande behandling skall sättas in, för kontakt med fysioterapeut med reumaspecifik kompetens, samt för att erbjudas patientutbildning. För många patienter är träning och NSAID vid behov en adekvat behandlingsnivå. Dessa patienter kan följas i primärvården.

Nytt sedan föregående revidering

Utredning med bildiagnostik av sakroiliakaleder, samt kontroll av HLA-B27 bör göras på alla patienter med misstänkt axial spondylartrit. Utredningen bör göras i primärvård för att minska risken för att diagnosen fördröjs.

En anpassning av layout har gjorts i enlighet med VGR:s policy för styrande dokument inom hälso- och sjukvård HS 2019–00059. Tidigare rubrik ”Inflammatorisk utlöst ryggsmärta” är ändrat till ovanstående.

Bakgrund

Axial spondylartrit omfattar tillstånd som ankyloserande spondylit, icke-radiografisk axial spondylartrit, juvenil ankyloserande spondylit och spondylit associerat till psoriasis eller inflammatorisk tarmsjukdom (IBD).

Axial spondylartrit debuterar vanligen i 20–30 årsåldern, mycket sällan efter 40 år. Det är något vanligare hos män än hos kvinnor. Typiskt är så kallad inflammatorisk ryggsmärta, se nedan. Orsaken till sjukdomen är inte helt kartlagd, men ärftliga faktorer som HLA B27 har betydelse.

Inflammatorisk ryggsmärta innefattar ofta alla av följande:

- Smygande debut
- Debut före 40 års ålder
- Förbättrad av aktivitet
- Avsaknad av förbättring vid vila
- Nattnligt uppvaknande av ryggsmärta
- Sidoväxlande gluteal smärta.

Ankyloserande spondylit (tidigare kallad Bechterews sjukdom) är en vanlig form av axial spondylartrit. Den medför kronisk inflammation och ibland ökad nybildning av ben i sakroiliakalederna och eventuellt även mellan kotor i ryggen, med nedsättning av ryggrörligheten som följd. Vid andra axiala spondylartriter är skelettpåverkan mindre vanligt. Inflammatorisk ryggsmärta och stelhet kan dock vara lika påtaglig. Andra associerade symtom är perifer ledinflammation, korvtå/korvfinger (daktylit) och senfästesinflammation (entesit). Samsjuklighet med ögoninflammation (irit), inflammatorisk tarmsjukdom och psoriasis är vanligt och hjärtpåverkan (AV-block, aortainsufficiens) förekommer. Lungor och njurar påverkas sällan.

Utredning

För den enskilda patienten finns ett stort värde i att diagnostiseras och få symtomlindrande behandling tidigt. Utredning bör göras i primärvården, men diagnosen ställs av reumatolog.

Utredning baseras på anamnes, status, magnetkameraundersökning (MRT) av sakroiliakaleder, samt provtagning, enligt nedan.

Anamnes:

- Finns symtom passande med inflammatorisk ryggsmärta?
- Har ryggsmärtan varat >3 månader?
- Finns hereditet?
- Finns annan associerad inflammatorisk sjukdom? (IBD, irit, psoriasis)

Status:

- Inskränkt rörlighet i rygg eller uträtad ländlordos
- Ömhet eller provokationsömhet i SI-leder
- Synoviter i perifera leder
- Daktylit
- Entesit (Achilles)
- Psoriasis

Provtagning:

- HLA-B27
- Inflammationsmarkörer: SR och CRP

Bilddiagnostik av sakroiliakaleder:

Enligt de nationella riktlinjerna för rörelseorganens sjukdomar bör man som bilddiagnostisk metod i första hand använda MRT av sakroiliakalederna (detekterar tidigast tecken på inflammation).

MRT:

- Kan användas i alla faser av sjukdomen
- Detekterar såväl inflammatorisk aktivitet som strukturella förändringar i det lednära skelettet.
- Skall omfatta såväl T1- som STIR-sekvenser
- Omfattningen av förändringarna bör kvantifieras för att underlätta tolkningen. Små inflammatoriska infiltrat förekommer i relativt stor omfattning även i normalbefolkningen och kan sakna klinisk relevans.

Datortomografi:

- Detekterar strukturella förändringar, vilka ofta uppstår först senare i sjukdomsförloppet.
- Saknar förmåga att detektera inflammatorisk aktivitet.

Konventionell röntgenundersökning:

- Bör inte göras på grund av låg diagnostisk precision.

Ledtider

Bilddiagnostisk bör kunna genomföras inom en månad.

Behandling - uppföljning**Basal behandling av axial spondylartrit:**

Fysisk aktivitet är grundläggande i behandlingen. Regelbunden träning motverkar smärta och stelhet och bibehåller funktionsförmågan. Tidig kontakt med fysioterapeut är viktig för instruktion av en individuellt anpassad träningsregim som innefattar rörlighetsträning, konditionsträning och muskelträning. Målsättningen är att träningen sker i egen regi, men att uppföljningar sker med fysioterapeut vid behov.

Mer information finns i [Regional medicinsk riktlinje - Fysioterapi vid axial spondylartrit](#).

Rökstopp är viktigt. Tobaksrökning är associerad till sämre prognos, ökad bennybildning och tilltagande funktionsnedsättning.

Långverkande NSAID dämpar ofta stelhet och smärta effektivt. Vid svikt eller bristande effekt provas minst ett ytterligare NSAID. Risk för biverkningar måste dock beaktas. Behandling med fysioterapi och NSAID kan initieras och monitoreras i primärvården.

Axial spondylartrit med hög sjukdomsaktivitet:

Vid fortsatt hög sjukdomsaktivitet, trots basal behandling enligt ovan är det ofta aktuellt att behandla med immunomodulerande läkemedel. Denna behandling insätts och monitoreras av reumatolog. Dessa läkemedel har ofta en mycket prompt effekt på sjukdomsaktivitet och fysisk funktion, med förbättrad hälsorelaterad livskvalitet som följd.

Vårdprocess – vårdnivå

Primärvård:

Patientgruppen söker i första hand primärvården. Här görs grundläggande utredning med anamnes, status och provtagning. Patient med misstänkt inflammatorisk ryggsmärta bör utredas vidare med MRT av SI-leder och HLAB27 i primärvård. Vid misstanke om axial spondylartrit, baserat på en sammanvägning av anamnes och utredningsfynd enligt ovan, remitteras patienten vidare till reumatolog. Behandling med NSAID kan initieras i primärvården.

Patient med fastställd axial spondylartrit med god behandlingseffekt av träning och NSAID samt låg inflammatorisk aktivitet laboratoriemässigt kan, efter att patienten varit på bedömning hos reumatolog, fortsatt behandlas i primärvård.

Patienten skall återremitteras till reumatolog för bedömning vid behandlingssvikt på NSAID eller tillkomst av förhöjda inflammationsparametrar, artrit, daktylitter eller upprepade iriter. Patient med fastställd axial spondylartrit skall också informeras om möjlighet att skicka egenremiss för ny bedömning hos reumatolog vid försämring.

Reumatologi:

Vid misstanke om axial spondylartrit remitteras patienten till reumatologienheten. Bedömning kan även göras av reumatologkonsult i primärvården, om sådan finns.

Reumatologen fastställer diagnos, bedömer om immunomodulerande behandling skall sättas in, förmedlar kontakt med fysioterapeut med reumaspecifik kompetens, tillser att patienten får information om sin sjukdom samt erbjuder patientutbildning. Patienter som behandlas med immunomodulerande läkemedel följs på reumatologienheten, medan patienter som har god effekt av träning och NSAID, samt låg inflammatorisk aktivitet återremitteras till primärvården.

Uppföljning av denna riktlinje

Kvalitetsregister-Svensk Reumatologis Kvalitetsregister (SRQ):

Alla patienter som diagnostiseras med axial spondylartrit bör följas upp i SRQ i samband med besök på reumatologienheten, för bedömning av sjukdomsaktivitet och för att utvärdera effekt och eventuella biverkningar av behandling.

Innehållsansvarig

Eva Klingberg, Universitetssjukhusöverläkare
Ordförande i RPO Reumatiska sjukdomar
Reumatologkliniken, Sahlgrenska Universitetssjukhuset