

Ledgångsreumatism

Ledgångsreumatism (reumatoid artrit, arthritis rheumatoides) är en långvarig inflammation i lederna. Ofta talar man endast om "reumatism", vilket kan föranleda missförstånd. I Finland insjuknar årligen omkring 1 700 vuxna personer i ledgångsreumatism. Sjukdomen drabbar oftast kvinnor mellan 60 och 70 år. Mest sällsynt är den hos unga män. I Finland har cirka 35 000 vuxna personer insjuknat i ledgångsreumatism. En del reumatiska sjukdomar hos barn anses vara samma sjukdom.

Sjukdomsorsak och -utbrott

Den bakomliggande orsaken är okänd, men sjukdomen hör till gruppen autoimmuna sjukdomar, där kroppens immunförsvar tagit fel och angriper kroppens egna vävnader. Ledgångsreumatism är inte en ärftlig sjukdom, men benägenheten att insjukna i den är i viss mån ärftlig. Rökning är den viktigaste yttre riskfaktorn för insjuknande i ledgångsreumatism. Åtminstone hos kvinnor ökar övervikt risken att insjukna. Infektioner, psykiska faktorer och leddskador har eventuellt också betydelse. Kostens betydelse samt exponering för mögel har också misstänkts, men i det fallet har inget klart samband kunnat konstateras.

Förändringarna i kroppen debuterar eventuellt på andra håll än i lederna, eftersom man ibland kan påvisa reumatoid faktor i blodet hos personer som först i ett senare skede drabbas av ledsymptom. Den inflammerade ledhinnan förtjockas, nya blodådror bildas på den och vävnaden angrips av inflammationsceller. De aktiverade inflammationscellerna utsöndrar inflammationsframkallande transmittorer (interleukin, prostaglandin, TNF-alfa) som förs vidare via blodomloppet till olika delar av kroppen och förorsakar symptom på inflammation, t.ex. trötthet, febrighet samt förhöjd sänka och CRP.

Vävnaden som angripits växer och sprider sig längs ytan på ledbrosk och ben. Inflammationen angriper brosk, ben och ledband. Vid svåra former av sjukdomen förstörs strukturerna i leden så småningom. Lyckligtvis sker detta endast sällan numera.

Symptom

Ledgångsreumatism debuterar oftast som lindrig ledvärk, med symptom som uppträder på morgonen, t.ex. ömmande trampdynor eller fingrar samt stelhet. Det mest framträdande symptomet är svullna leder. Om inflammationen är kraftig, förorsakar den rodnad och värmeökning i leden. I sin mest typiska form är ledgångsreumatismen symmetrisk och angriper lederna i händer och tår, men den kan även sprida sig till alla extremiteter. Även käkled och halskotor kan drabbas. Distala interfalangealleder och nedre delen av ryggen drabbas sällan. Debutsymptom vid ledgångsreumatism är försämrad allmänkondition, sjukdomskänsla, trötthet och morgonstelhet i lederna.

Sjukdomsförlopp

Ibland kan kroppens egen försvarsmekanism bota sjukdomen, och sjukdomsaktiviteten avstannar då antingen helt eller åtminstone för en längre tid. Oftast är ledgångsreumatism dock en långvarig sjukdom och kan pågå t.o.m. under flera årtionden. Brosk- och bensskador

uppstår redan några veckor efter insjuknandet. I fall man med behandling inte påverkar sjukdomsförloppet, är risken att leddskadorna förvärras och fler leder drabbas.

Skador på de större extremiteterna (höft, knä, axelled) och halskotor förorsakar mest problem. Trots att rörligheten i lederna och ledernas övriga funktioner kan försvåras mycket, upplever ändå de flesta patienterna - dock inte alla - att värken är det största problemet. Värken uppträder främst som ömhet i lederna, men i synnerhet under sjukdomens inledningsfas är värken inte betydande.

Så småningom kan ledgångsreumatismen också ge symptom på andra ställen än i lederna. Den långvariga inflammationen förorsakar förtvining av kroppsvävnader: huden blir tunn, musklerna förtvinar, skelettet blir skört och blodets hemoglobin sjunker. Slemhinnorna i ögon, mun och könsorgan blir torra (Sjögrens syndrom). Reumatiska knölar, noduli, kan uppstå på ställen som är utsatta för tryck, främst på armbågar, fingrar och tår. Lungorna kan drabbas av lungsäcksinflammation (pleurit) eller bindvävsbildning i lungorna (lungfibros). En långvarig inflammation kan leda till amyloidos, men njurskada till följd av den är numera ytterst sällsynt.

Samtidiga hjärt- och kärlsjukdomar utgör ett stort hot mot dem som insjuknat i ledgångsreumatism. Det är av yttersta vikt att hjärt- och kärlsjukdomarna kommer under behandling så att livslängden hos dem som insjuknat i ledgångsreumatism inte blir kortare än för den övriga befolkningen.

Diagnostik

Det kan vara svårt att ställa rätt diagnos i sjukdomens inledningsfas, medan långvarig ledgångsreumatism är lätt att diagnostisera. När man misstänker ledgångsreumatism ska patienten utan fördröjning remitteras till specialist. Viktiga faktorer för diagnostiseringen är uttalad leddsvullnad, i synnerhet i fingrar och i handleder, ömma trampdynor, förhöjd sänka samt påvisad reumatoid faktor och antikroppar mot citrullinerad peptid i blodet.

För att fastställa ledgångsreumatism används ofta klassifikationskriterier som senast blivit uppdaterade år 2010. Ovan nämnda viktiga symptom och fynd ingår i kriterierna. Kriterierna är också viktiga med tanke på den medicinska forskningen. För att kunna fastställa diagnosen krävs att läkaren har en tillräckligt hög expertis på området. Ibland kan det finnas orsak att sätta in effektiv behandling även om patienten inte uppfyller de officiella kriterierna.

Påvisad reumatoid faktor, ibland även andra antinukleära antikroppar, i blodet hos patienter med ledgångsreumatism är ett tecken på en immunologisk störning. Antikroppar mot citrullinerad peptid har en något högre specificitet för ledgångsreumatism, och därför undersöker man det samtidigt. Reumatoid faktor kan dock inte påvisas hos alla patienter. Då talar man om seronegativ ledgångsreumatism. Reumatoid faktor kan ibland påvisas hos patienter med andra sjukdomar och ibland hos helt friska personer. Reumatoid faktorn är sålunda inte avgörande för diagnosen ledgångsreumatism. Utan påvisad ledinflammation finns ingen orsak att undersöka om reumatoid faktor finns i blodet.

Behandling

Ledgångsreumatism kräver mångsidig behandling, och därför deltar personal från många olika delar av sjukvården i patientens vård. Eftersom sjukdomstiden vanligtvis pågår under flera årtionden, bör patienten självmant söka information om sjukdomen och dess

behandling. Man har fortfarande inte kunnat påverka sjukdomsförloppet hos ledgångsreumatiker på annat sätt än med läkemedel. Effektiv läkemedelsbehandling är synnerligen viktigt tidigt i sjukdomen och alltid vid tecken på lefskada. Läkemedelsbehandling föreskriven av specialist ska sättas in utan fördröjning så fort som diagnosen är ställd. Också när sjukdomen lugnar ner sig ska patientens tillstånd bedömas årligen av en läkare väl insatt i reumatiska sjukdomar.

Läkemedelsbehandlingen består framför allt av standardbehandling vars syfte är att bromsa sjukdomsförloppet. De mest använda läkemedlen är metotrexat, sulfasalazin och hydroxiklorokin. Oftast används dessa som kombinationsbehandling, och dessutom lägger man till glukokortikoider, d.v.s. kortison. Också andra alternativ är möjliga. Åtminstone i en tidig sjukdomsfas ska målet vara att den valda behandlingen senast inom ett halvt år leder till remission.

Om sjukdomen bedöms vara svårartad och det redan finns tecken på lefskada, ska patientens utvärderas tillräckligt ofta. Ifall den påbörjade behandlingen inte tydligt ger effekt inom tre månader, bör man i allmänhet överväga biologisk behandling eller januskinashämmare. Läkemedlen medför ofta biverkningar, men det är tydligt att nyttan är mycket större än de skadliga verkningarna. Standardbehandlingens effekt är större ju tidigare i sjukdomsförloppet den påbörjas.

De flesta patienter behöver smärtlindring vid sidan av övrig behandling. Förutom paracetamol används en mängd antiinflammatoriska läkemedel. Dessa har ingen betydelse för sjukdomsförloppet, men god smärtlindring förbättrar livskvaliteten för de drabbade. Läkemedlen lindrar smärtan och upprätthåller ledernas funktion. Kortisoninjektioner i leder minskar svullnaden åtminstone tillfälligt och förbättrar märkbart ledens rörlighet. Alla läkare som behandlar patienter med ledgångsreumatism bör ha beredskap att behandla med kortisoninjektioner.

Med **kirurgiska ingrepp** kan man avlägsna inflammerad vävnad från leder eller senskidor (putsning), men behovet av sådana ingrepp är litet numera. Däremot har reparation av skadade leder med proteser utvecklats och ökat. Den här typen av reumaortopedi är viktig för att förhindra funktionsnedsättning hos de drabbade. Fysioterapin inriktas dels på smärtbehandling, dels på att bevara ledfunktionen med hjälp av sjukgymnastik. Dessutom instrueras patienter om träningsprogram som de kan utföra på egen hand. Också i sjukdomens aktiva fas är det viktigt att sköta om ledernas rörlighet och musklerna.

Ergoterapins syfte är att hitta på arbetssätt som minskar belastningen i leder. Med hjälp av olika skenor undviker man felväxt av lederna samt lindrar värken i dem.

Målet med rehabilitering är att bevara arbets- och funktionsförmågan. Kurser där den insjuknade får lära sig att leva med sin långtidssjukdom är en viktig del av rehabiliteringen genast efter insjuknandet. Yrkesverksamma personer och ungdomar bör ha möjligheter till yrkesinriktad rehabilitering. Den FPAfinansierade rehabiliteringen för personer med svår funktionsnedsättning är effektiv för dem som är hårdast drabbade av sjukdom. De som insjuknat i ledgångsreumatism bör lära sig att träning på egen hand är en naturlig del av livet.

Prognos

Tidigt i sjukdomen är det svårt att fastställa en prognos och därför bör även en lindrig ledgångsreumatism tas på allvar. Målet med behandlingen bör vara att patienten uppnår

remission, d.v.s. att symptomen försvinner helt, och att lederna inte uppvisar några som helst tecken på inflammation. I dag kan de flesta som insjuknat i ledgångsreumatism leva ett normalt liv, bilda familj och bevara sin arbetsförmåga. Trots effektiv behandling kan sjukdomen ibland vara aktiv i årtionden och skada lederna, men patienterna behöver sällan vara rädda för att till exempel förlora rörelseförmågan.

Uppdaterad 9.10.2017