

Regional medicinsk riktlinje

Axial spondylartrit

Huvudbudskap

Vikten av tidig diagnos och tidigt insatt behandling för att minska risken för ledskador och rörelseinskränkning. För att minska risken med att diagnosen fördröjs bör initial utredning med bilddiagnostik (MRT) av sakroiliakaleder, samt kontroll av HLA-B27 ske i primärvård. Alla patienter med ny misstänkt axial spondylartrit bör bedömas av reumatolog, som fastställer diagnos, bedömer om immunomodulerande behandling skall sättas in, förmedlar kontakt med fysioterapeut med reumaspecifik kompetens, samt erbjuder patientutbildning.

Förändringar sedan föregående version

Redaktionella ändringar.

Bakgrund

Axial spondylartrit är ett samlingsbegrepp för tillstånd med inflammation i sakroiliakaleder, kotpelare och ibland även perifera leder och omfattar tillstånd som ankyloserande spondylit, icke-radiografisk axial spondylartrit, juvenil ankyloserande spondylit och spondylartrit 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.

Ankyloserande spondylit (tidigare kallad Bechterews sjukdom) är en vanlig form av axial spondylartrit. Den medför kronisk inflammation och ibland ökad nybildning av ben i sakroiliakaleder och eventuellt även mellan kotor i ryggen, med nedsättning av ryggrörligheten som följd.

Vid andra axiala spondylaritrit är skelettpåverkan mindre vanligt. Inflammatorisk ryggsmärta och stelhet kan dock vara lika påtaglig.

Vårdnivå och samverkan

Primärvård

- Utredning av patient med misstänkt inflammatorisk ryggsjukdom även innefattande bilddiagnostik (MRT SI-leder) och blodprovstagning
- Behandling och uppföljning av patienter vilka har bedömts av reumatolog och som har god behandlingseffekt av träning och NSAID, låg inflammatorisk aktivitet och inte behöver immunomodulerande läkemedel.
- Återremittera till reumatologi om patient med tidigare stabil sjukdom får ökad sjukdomsaktivitet eller nytillkomna symtom.
- Fysioterapeut inom primärvård bedömer, behandlar och följer patienter med fastställd diagnos som har låg sjukdomsaktivitet/ är i stabil sjukdomsfas, om behov av fysioterapeutiska insatser föreligger.

Specialiserad vård

- Diagnos och bedömning av alla nyinsjuknade patienter
- Ställningstagande till insättning av immunomodulerande behandling
- Uppföljning av patienter som behandlas med immunomodulerande läkemedel
- Information om sjukdomen, patientutbildning
- Fysioterapeut med särskild kompetens inom reumatologi bedömer, behandlar och följer alla patienter med nydiagnostiserad sjukdom under första året efter diagnos, samt patienter med förhöjd sjukdomsaktivitet/i aktiv sjukdomsfas om behov av fysioterapeutiska insatser föreligger.

Utredning

Handläggning vid utredning

Utredning baseras på anamnes, symtom, status, magnetkameraundersökning (MRT) av sakroiliaka (SI)-leder och laboratorieprover.

Anamnes

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

Symtom

Inflammatorisk ryggsmärta innefattar ofta alla av följande:

- smygande debut

- debut före 40 års ålder
- förbättrad av aktivitet
- avsaknad av förbättring vid vila
- nattligt uppvaknande av ryggsmärta
- sidoväxlande gluteal smärta.

Associerade symtom är

- ledinflammation (synovit) oftast lokaliserade till stora leder
- korvfinger/korvtå (daktylit)
- senfästesinflammation (entesit)

Extra-muskuloskeletala manifestationer

- regnbågshinneinflammation (irit)
- inflammatorisk tarmsjukdom (IBD)
- psoriasis
- hjärtpåverkan (AV-block, aortainsufficiens).

Status

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

Laboratorieprover

- HLA-B27
- Inflammationsmarkörer: SR och CRP

Bilddiagnostik

I första hand MRT av sakroiliakalederna. Med MRT kan inflammation detekteras tidigt i förloppet. Om MRT inte är lämpligt används DT.

Behandling

Handläggning vid behandling

Smärtlindring och strukturerad träning är grundläggande i behandlingen.

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.

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

Fysioterapi

Regelbunden träning motverkar smärta och stelhet och bidrar till bibehållen funktionsförmåga och arbetsförmåga.

Alla patienter med nydiagnostiserad sjukdom bör följas av fysioterapeut med särskild kompetens inom reumatologi i specialiserad vård. Patienter med förhöjd sjukdomsaktivitet/ i aktiv sjukdomsfas som är i behov av fysioterapeutiska insatser bör också följas av fysioterapeut i specialiserad vård.

Fysioterapeut inom primärvård bedömer, behandlar och följer patienter med fastställd diagnos som har låg sjukdomsaktivitet/ är i stabils sjukdomsfas, om behov av fysioterapeutiska insatser föreligger.

För mer information se RMR Fysioterapi vid axial spondylartrit.

Läkemedelsbehandling

Långverkande NSAID dämpar ofta stelhet och smärta effektivt. Vid svikt eller bristande effekt provas minst ett ytterligare NSAID. Risk för biverkningar måste dock beaktas.

Uppföljning

Planera återbesök med 1–3 års mellanrum då följande genomförs

- bedöm smärtsituationen, efterhör om sömnstörande nattlig ryggvärk förekommer
- användning och effekt av NSAID, receptförnyelse
- efterhör om det förekommit episoder med irit, synovit, daktylit eller symtom på inflammatorisk tarmsjukdom
- kontroll av ledstatus och mätning av ryggrörlighet
- kardiovaskulär riskbedömning
- blodprover: SR, CRP, Hb.

Innehållsansvarig

Samordningsråd reumatologi.

Information om handlingen

Handlingstyp: Regional medicinsk riktlinje, RMR

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Katarina Almehed, (katal4), Verksamhetschef

Granskad av: Eva Klingberg, (evakl1),
Universitetssjukhusöverläkare

Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Dokument-ID: SSN12865-780821730-431

Version: 2.0

Giltig från: 2025-01-22

Giltig till: 2026-12-11