

Behandling af spondylartrit ("rygsøjlegigt")

Du skal behandles for spondylartrit. Der er intet anerkendt dansk navn for denne gruppe af sygdomme, men ofte bruges ordet "rygsøjlegigt".

Gruppen af spondylartrit-sygdomme omfatter:

- bechterews sygdom (ankyloserende spondylit)
- psoriasis artrit (psoriasisgigt)
- postinfektøs artrit (reaktiv gigt)
- enteropatisk artrit (ved inflammatorisk tarmsygdom)
- uspecifik spondylartrit.

Alle disse sygdomme har en række fællestræk, men også væsentlige forskelle i symptomer og sygdomsforløb.



Spondylartrit er flere sygdomme med nogle af de samme symptomer, herunder smerter og stivhed i lænden.

Det kan i nogle tilfælde, specielt i starten af sygdommen, være vanskeligt at fastslå, hvilken sygdom der er tale om, indtil sygdomsforløbet bliver tydeligere. Vi vil derfor beskrive en række symptomer i det følgende, som du kan være opmærksom på, om du oplever eller har oplevet. Dine iagttagelser kan hjælpe lægen med at diagnosticere sygdommen, så den mest virksomme behandling kan blive sat i gang.

Symptomer ved spondylartrit

Smerter og stivhed i ryggen

Symptomerne begynder hos de fleste med snigende smerter og stivhed lavt i lænden. Smerterne kan være svære at lokalisere og kan veksle i intensitet fra dag til dag og også i løbet af dagen. Oftest starter smerterne før 40-årsalderen, hos nogle allerede i barnealderen. Smerterne er hyppigst lokaliseret lavt i lænden, dybt inde i balderne og kan

stråle ned bag på lårene. Smerterne kan veksle fra side til side og er ofte udløst af sygdomsaktivitet i de bagerste bækkenled (sacro-iliaca-leddene). Symptomerne kan dog komme fra alle dele af rygsøjlen fra nakke og ned til haleben.

Ofte beskriver patienterne det sådan, at smerten vækker patienten i de tidlige morgentimer, og at det bliver bedre, hvis man kommer op at stå op eller gå omkring. Der vil desuden være tydelig morgenstivhed i ryggen, ofte mere end 1 time. Det er typisk, at fysisk aktivitet hjælper på smerterne, og at hvile ikke har nogen virkning. Mange har oplevet, at ibuprofen og lignende gigtmicin lindrer smerterne.

Ømme led

Det behøver ikke kun at være ryggen, der giver symptomer. Typisk kan det dreje sig om et hævet og ømt skulder-, hofte- eller knæled. Nogle oplever hælsmarter, som er værst om morgenen, men bedres op ad dagen. Dette kan skyldes irritation der, hvor akillessenen sidder fast på hælbenet



Fortykket hæl-tilhæftning af akillessenen på højre side.

Pøsefinger/pølsetå

Der kan også ses irritation omkring sener i fingre og tæer, hvilket giver anledning til, at en hel finger eller tå hæver op. Dette kaldes en pøsefinger/pølsetå.



Pøsefinger på højre hånd

Ømhed ved kravebenet

Nogle patienter oplever smerter og ømhed ved kravebenene og stramning omkring brystkassen, hvilket skyldes gigttaktivitet i leddene mellem ryggen og ribbenene.



Øjne

Der kan også være symptomer, som kun de færreste vil forbinde med gigtsygdom i rygsøjlen. Det kan være røde og smertende øjne med sløret syn og øget tårevæske. Det er udtryk for betændelse i øjets regnbuehinde.

Hud, hår og negle

Der kan være symptomer fra hud, hårbund og negle, som et udtryk for psoriasis.

Tarm

Nogle patienter oplever hyppige, løse, tynde afføringer, eventuelt med blod. Det kan være udtryk for betændelse i tarmvæggen. Tarmsygdommene kan være Crohns sygdom og Colitis Ulcerosa.

Urinveje

Bakterielle infektioner i maven eller urinvejene kan give anledning til forbigående led- og/eller rygsøjlegigt.

Årsager til spondylartrit

Årsagen er endnu ukendt, men der er en betydelig arvelig komponent. Man ved, at der er ofte, er en sammenhæng mellem en bestemt vævstype (HLA-B27) og sygdommen. Vævstypen kan undersøges med en blodprøve. Vævstypen HLA-B27 findes hos 9% af den danske befolkning, og heraf vil kun 5% udvikle rygsøjlegigt.

Sygdommen foregår i overgangen mellem brusk og knogler samt mellem sener, ledbånd og knogler. Her finder en irritationsbetændelse sted, og det kan give anledning til knoglenydannelse i ledbånd. På længere sigt kan dette medføre sammenvoksning af knogler og dermed stivhed og øget krumning af rygsøjlen. Til gengæld lindres smerterne ofte.

Sådan stiller lægen diagnosen spondylartrit

Sygehistorie

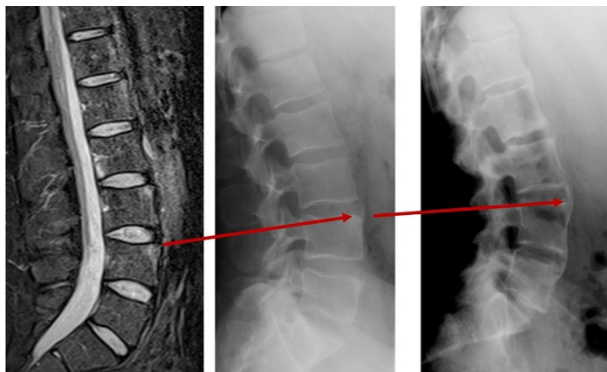
De vigtigste oplysninger, som lægen bruger til stille diagnosen rygsøjlegigt, er sygehistorien med rygsmerter af mere end 3 måneders varighed, morgenstivhed, debut af smerter før 45-års-alderen og lindring ved fysisk aktivitet samt eventuelt tidligere regnbuehindebetændelse.

Undersøgelse med blodprøver

Ved undersøgelse vil lægen især lede efter tegn på nedsat bevægelighed i rygsøjle og hofter, hævede led eller tegn på psoriasis. I blodprøver vil lægen især se efter tegn på betændelse (forhøjet CRP) og undersøge, om du har vævstypen HLA-B27, som der ofte er sammenhæng med.

Skanningsbilleder

Smerterne i ryggen kan være udtryk for andre tilstande i ryggen, og derfor benytter lægen hyppigt billedundersøgelser i udredningen. En særlig MR-skanning af bækkenled og hele rygsøjlen vil kunne vise gigtforandringer tidligt i forløbet. Almindelige røntgenbilleder af bækkenled og rygsøjle viser ofte først forandringerne efter mange års sygdom.



MR-skanning og røntgenbilleder af rygsøjlen set fra siden. Der ses sammenvoksning af ryghvirvler henover bruskskiven (diskus).



Normal røntgen af bækkenled



Sammenvoksede bækkenled efter mange års sygdom

Vurdering af behovet for behandling

Når diagnosen er stillet, skal lægen vurdere, hvad behovet for behandling er. Her er det vigtigt at forstå, at fællesbetegnelsen spondylartrit dækker et bredt spektrum af symptomer og sygdomstegn. Ikke alle patienter skal derfor behandles ens, og der vil være store forskelle på, hvor plagede patienterne er af sygdommen. Enkelte patienter klarer sig uden behandling, og nogle patienter har kun beskedne gener med periodevis smerter og stivhed.

Sygdommen har ofte langvarige gode eller dårlige perioder. Det er langt fra alle, der udvikler den svære krumning eller stivhed i rygsøjlen, som man ellers ofte kan læse om i forbindelse med Bechterews sygdom. Muligvis kan sygdommen også forsvinde med tiden.

Den MR-skanning, som lægen bruger til at stille diagnosen, er så følsom en undersøgelse, at selv forbigående gigtreaktioner i bækkenleddene kan tolkes som blivende rygsøjlegigt. Det er langtfra altid tilfældet.

Behandlingsmulighederne for de svære tilfælde har i dag ændret sig markant i forhold til tidligere, og man kan forvente, at sygdommen derfor vil få et bedre forløb for en større del af patienterne.

BASDAI- og BASMI-score

For at vurdere behovet for behandling, vil du typisk blive bedt om at udfylde et såkaldt BAS-spørgeskema, der består af en række spørgsmål om smerter og påvirkning af daglige aktiviteter. Dine svar på disse spørgsmål omregnes til et tal, der indgår som et mål for sygdomsaktiviteten. Tallet kaldes BASDAI-scoren.

Desuden vil lægen typisk undersøge ryg og led for stivhed og bevægelighed efter et standardiseret skema. Disse målinger omregnes til en såkaldt BASMI-score. BASDAI og BASMI bliver gentaget ved besøg i ambulatoriet og indgår i valget af behandling.

Du vil typisk blive fulgt i en periode med 6-12 ugers mellemrum i starten, indtil den rigtige langtidsbehandling kan fastlægges. Senere kan du nøjes med færre kontrolbesøg, og ved inaktiv sygdom overgår kontrollen til din praktiserende læge. Indlæggelse er stort set aldrig nødvendig.

Sådan kan du selv bedre sygdommen

Træn din ryg

Lægen vil vurdere, om der er behov for henvisning til en fysioterapeut. Hos fysioterapeuten vil du få instruktion i rygøvelser og træning, som kan øge din bevægelighed i ryggen. Lav gerne rygøvelser dagligt. Nogle har også glæde af fx at deltage i vandgymnastik.

Undgå at krumme ryg ved arbejde eller hvile

Du kan forebygge øget krumning af rygsøjlen, hvis du undgår at krumme ryggen i arbejds- og hvilestillinger. Brug desuden en fast madras og undgå store hovedpuder, som giver krumning af nakken.

Deltag i informationsmøder

Søg information og vejledning ved fx at deltage i informationsmøder, som bliver arrangeret på afdelingen. Her kan du også møde og erfaringsudveksle med andre, der har samme sygdom. Tag desuden pårørende med, så dine pårørende lærer, hvordan de kan støtte dig.

Muligheder for medicinsk behandling

Der findes flere lægemidler til behandling af spondylartrit. Primært drejer det sig om almindelige "gigtpiller" i form af non-steroide antiinflammatoriske stoffer, NSAID, som dæmper symptomgivende inflammation.

Behandling med NSAID

NSAID har ofte god effekt på de natlige rygsmerter. NSAID kan tages om aftenen, fx som depottablet, der virker 8-12 timer. Det kan hjælpe på både morgen-stivhed, dårlig nattesøvn og træthed om dagen.

Hvis aftendosis alene ikke hjælper nok om dagen, kan den suppleres med hurtigtvirkende NSAID af samme type som aftenmedicinen. NSAID ser også ud til at hæmme sygdomsprocessen med forbening af ledbånd langs rygsøjlen. Dermed mindskes stivheden og tendensen til krumning af rygsøjlen. Det kan være hensigtsmæssigt at prøve flere forskellige typer NSAID, fordi der er individuelle forskelle i effekt og bivirkninger.

Nogle patienter har brug for supplerende medicin mod mavesyre for at kunne tåle NSAID. Anbefalingen er at forsøge med daglig NSAID i højeste tilladte og tålte dosis. Du skal derfor også tage medicinen på dage, hvor du måske ikke har så mange symptomer. Efter 4-8 ugers behandling vurderes effekten. Ved mangelfuld effekt anbefaler vi at skifte til et andet NSAID-præparat og anvende det i en tilsvarende periode efter samme princip. De fleste patienter klarer sig med NSAID som eneste medicinske handling.

Behandling med binyrebarkhormon

Binyrebarkhormon kan i sjældne tilfælde anvendes i perioder med svær sygdomsaktivitet. Effekten kan holde sig i uger til måneder. Det er risikoen for bivirkninger, der begrænser brugen af binyrebarkhormon.

Binyrebarkhormon kan indsprøjtes lokalt ved bækkenleddene. Behandlingen er ofte effektiv ved lokale symptomer og har begrænsede bivirkninger.

Andre gigtmidler

Gigtmidler som Methotrexat og Sulfasalazin kan have en effekt på ledsymptomer, men har ingen sikker effekt på gig i rygsøjlen.

Muligheder for biologisk behandling

Har du gentagne eller alvorlige episoder med regnbuehindebetændelse eller vedvarende udtalt aktivitet i rygsøjlegigten, kan der være grund til at forebygge dette med biologiske lægemidler.

Biologisk behandling med såkaldte TNF-a-hæmmere har dokumenteret effekt på smerter, træthed, stivhed, hævede led og regnbuehindebetændelse. Behandlingen bruges i de sværeste tilfælde, hvor træning og NSAID ikke kan dæmpe sygdomsaktiviteten tilfredsstillende.

Behandlingen består i indsprøjtning eller infusion ved hjælp af et drop med vekslende interval. Effekten er ofte markant og indtræder i løbet af dage til uger.

Effekten vurderes efter 12 uger, hvor den maksimale virkning gerne skulle være opnået. Behandlingen nedsætter sygdomsaktiviteten, så du vil opleve betydelig bedring i funktionsevne og færre smerter. Der ses effekt hos 2 ud af 3. Hos den sidste tredjedel, der ikke har oplevet effekt, kan vi forsøge at skifte til et andet biologisk lægemiddel.

Biologisk behandling har kun været anvendt i få år. Erfaringerne tyder på, at den biologiske behandling tit kan gives i mindre doser end anbefalet, og at behandlingen af og til endda helt kan indstilles efter nogle år uden efterfølgende opblussen af sygdommen. Biologisk behandling er kostbar og er derfor underlagt nationale retningslinjer.

Kontakt og mere viden

Har du spørgsmål, er du velkommen til at kontakte os. Vil du vide mere om gigt, kan du eventuelt læse mere på patienthaendbogen.dk. Søg fx på "spondylartropati".



Reumatologisk Ambulatorium

Tlf. 97 64 09 90

Vi træffes bedst: Mandag – torsdag 8.00 – 11.00 og 13.00 – 15.00

Fredag 8.00 – 11.00 og 13.00 – 14.30

Tast 1: Sekretær

Ændring af tid og øvrige spørgsmål

Tast 2: Sygeplejerske

Ved smerter og bestilling af medicin



Forløb af sygdommen

Afhængigt af typen af rygsøjlegigt vil sygdomsforløbet variere.

- **Reaktiv.** Ved den reaktive form vil kun cirka 20 % opleve et længerevarende forløb.
- **Tarmsygdom.** Ved spondylartrit som følge af tarmsygdom, vil sygdommen ofte bedres, når tarmsygdommen kommer i to.
- **Bechterews sygdom.** Hos 75 % ses en langsom udvikling, men hos 25 % vil sygdommen udvikle sig hurtigere. Man kan ikke på forhånd sige, hvilken gruppe den enkelte patient med Bechterews sygdom tilhører.

Enkelte patienter med Bechterews sygdom udvikler svær krumning af brystrygsøjlen, og nogle udvikler svær slidgigt i hofterne. I begge tilfælde er der gode ortopædkirurgiske behandlingsmuligheder.

Eventuel knogleskørhed (osteoporose), der opdages tidligt, kan behandles effektivt.

Tilknytning til arbejdsmarkedet

Rygsøjlegigt kræver normalt ikke særlige foranstaltninger ved uddannelse og job. Her spiller uddannelse, jobmotivation og mulighed for at påvirke egen jobsituation naturligvis en vigtig rolle.