

## Referat – Reumatologisk temadag

### Velkomst og introduktion

Praksiskonsulent Simon Nielsen bød velkommen på vegne af praksiskonsulentordningen og orienterede kort om samarbejdet mellem hospital og almen praksis samt om lettilgængelige kommunale tilbud. Der blev desuden gjort opmærksom på en kommende kirurgisk temadag om kræft og træning (link vedhæftet).

Herefter bød overlæge Peter Mosborg velkommen og præsenterede organiseringen i den reumatologiske afdeling. Afdelingen har dagligt to speciallægespor, herunder en supervisorfunktion, som ved behov fungerer som primær kontakt for praktiserende læger, samt ét uddannelseslægespor. Derudover er der sygeplejeambulatorier.

Peter Mosborg beskrev kulturen i Gigtklinikken med fokus på betydningen af at blive set og lyttet til i et fagligt fællesskab. Dette kan blandt andet understøttes gennem fælles aktiviteter som oplæsning og sang. Inden programstart blev deltagerne inviteret til fællessang. Der var indledningsvist tekniske udfordringer med lyd til online deltagere, som blev løst kort efter opstart.

---

### Akut hævet led

Overlæge Sidsel Aaboe gennemgik håndtering af akut hævet led. Første kliniske overvejelse er altid purulent artrit, som kræver akut indlæggelse. Ved tvivl kan reumatologisk bagvagt konfereres.

Differentialdiagnostisk bør især overvejes krystalartrit og opblussen i kendt inflammatorisk gigtsygdom. Ved purulent artrit ses feber hos ca. 60 % og monoartrit hos ca. 80 %, men klinisk kan tilstandene være vanskelige at skelne. Ved tvivl bør patienten vurderes akut i sekundær sektor.

---

### Krystalartritter – urinsyregigt og pyrofosfatartrit

Arthritis urica kan ofte diagnosticeres klinisk. Røntgen kan vise karakteristiske "billetklip"-forandringer. Behandling af akut anfald er NSAID (hvis muligt), alternativt colchicin eller kort prednisolonkur.

Ved første anfald kan allopurinol opstartes med behandlingsmål serumurat  $<0,36$  mmol/L. Under optitrering anbefales colchicin som anfaldsprofylakse.

Henvielse til reumatolog anbefales ved:

- utilstrækkelig effekt af allopurinol  $>600$  mg
- polyartikulær sygdom

- ledinvolvering over knæniveau
- eGFR <20
- transplanterede patienter

Pyrofosfatartrit blev ligeledes gennemgået. Chondrocalcinose ses ofte som degenerativt fund uden symptomer. Ved kliniske anfald kan colchicin anvendes.

---

### **Reaktiv artrit**

Reaktiv artrit er ofte mildere og ses hyppigere hos HLA-B27-positive. Tilstanden kan opstå efter infektioner som klamydia, tonsillitis eller gastrointestinale infektioner.

---

### **Polyartrit og inflammatoriske ledsmerter**

Inflammatoriske ledsmerter er typisk værst om morgenen og natten, ledsages af morgenstivhed og kan forstyrre nattesøvnen. Objektiv hævelse af flere led, ofte småled, er centralt.

De hyppigste årsager er reumatoid artrit og psoriasis artrit, men også immunterapi kan udløse artrit. Rygning øger risikoen for reumatoid artrit markant (op til 10 gange), hvorfor rygestop er vigtigt.

Behandlingsstrategien blev opsummeret som: *“Hit fast, hit hard”* – tidlig og effektiv behandling for at forebygge ledskade.

En case illustrerede diagnostik og behandlingsstrategi ved RA. En anden case viste, at ledsmerter hos patienter med psoriasis ikke nødvendigvis skyldes psoriasis artrit, men kan være degenerative.

---

### **Systemiske bindevævssygdomme – SLE**

En case med mistanke om SLE illustrerede betydningen af at tænke i systemiske symptomer ved polyartrit. Patienten havde ledsmerter, Raynauds fænomen, recidiverende orale ulcerationer og positiv ANA.

---

### **Aksial artrit og inflammatoriske rygsygdomme**

Overlæge Annette Schlemmer gennemgik kriterier for mistanke om inflammatorisk rygsygdom.

Mistanke bør opstå ved:

- debut <45 år
- rygsmerter >3 måneder
- natlige smerter og morgenstivhed
- lindring ved bevægelse
- baldesmerter (sacroiliitis)

CRP kan være let forhøjet (typisk 15–40 mg/L), og HLA-B27 er positiv hos ca. 90 %. Associerede tilstande omfatter psoriasis, uveitis og inflammatorisk tarmsygdom.

Der blev henvist til [www.danskreumatologi.dk](http://www.danskreumatologi.dk) for kliniske redskaber.

---

### **Polymyalgia rheumatica (PMR)**

Overlæge Jonas Svenningsen gennemgik PMR, som typisk debuterer efter 50-årsalderen og hyppigst ses hos kvinder.

Karakteristika:

- smerter og stivhed i skulder- og hofteregion (“T-shirt-området”)
- udtalt morgenstivhed
- forhøjet CRP

Der blev henvist til regional forløbsbeskrivelse på Sundhed.dk.

PMR er ikke en vaskulit, men en inflammatorisk tilstand i periartikulært væv. Der kan være overlap med kæmpecellearterit (GCA). Ved symptomer som ny hovedpine, kæbeklaudikation eller synsforstyrrelser skal der reageres akut med henblik på at forebygge synstab.

---

### **Kroniske smerter**

Martin Bak gennemgik kroniske smerter. Smertesansen mister ved kroniske tilstande sin regulerende funktion. Vurdering bør fokusere på funktion og livskvalitet.

Ved tilstande som fibromyalgi er smerterne ikke udtryk for vævsskade, men for ændret central smertebearbejdning.

Herefter fulgte et kort oplæg ved sygeplejerske Stine Skov om sygeplejerskens opgaver i relation til patienter med kronisk gigtsygdom. Der blev sat fokus på information og oplæring i sygdomsforståelse samt på Gigtforeningens tilbud til patienter.

---

## **Henvisninger og samarbejde mellem sektorer**

Afslutningsvis blev visitation af henvisninger drøftet. I nogle tilfælde anbefales yderligere udredning i almen praksis før henvisning. Afdelingen kan kontakte praksis telefonisk med konkret rådgivning.

Dette kan opleves som afvisning af henvisninger. Randers-modellen blev fremhævet som et godt eksempel, hvor afvisninger ledsages af konkret faglig vejledning.

Der blev også peget på udfordringer i forhold til tidsressourcer og overenskomstmæssige rammer.

---

## **Afrunding**

Peter Mosborg afsluttede med en refleksion over forskellen mellem at "give" og at "levere" og opfordrede til en kultur præget af faglig generøsitet og relationel involvering.

Der var en god og åben faglig dialog mellem almen praksis og hospitalssektoren med fælles fokus på optimale patientforløb.