
Reumatoid artritt

REDAKSJONELT

BREKKE M

KVIEN TK

Tidlig diagnose og aktiv behandling er avgjørende

Reumatoid artritt er en kronisk, potensielt aggressiv sykdom som vanligvis har betydelig innvirkning på pasientens fysiske, psykiske og sosiale situasjon. Sykdommen har en prevalens på ca. 0,5% hos voksne i Norden. Den er 2-3 gangervanligere hos kvinner og kan oppstå når som helst i livet, men median alder for sykdomsdebut er nå ca. 60 år. Reumatoidartritt kjennetegnes av kronisk inflammasjon i mange ledd og kan også affisere indre organer. Typiske symptomer er leddsmerter, leddstivhet, som er særlig uttalt om morgenen, og ofte en betydelig tretthet. CRP og SR er forhøyet hos de fleste, mens reumatoid faktor kan påvises hos drøyt halvparten av pasientene. Diagnosen stilles etter fastsatte kriterier, der forekomsten av symmetrisk synovitt, særlig i småleddene, er det mest spesifikke.

Diagnostikk og behandling av reumatoid artritt er til tider svært krevende, og det er nødvendig med et godtsamarbeid mellom primærlege og reumatolog. Man ønsker i dag å behandle reumatoid artritt raskt og aggressivt for å forsøke å bremse sykdommen i starten og gjøre funksjonstapet for pasienten så lite som mulig. Tidlig diagnose er derfor viktig, og pasienter med nyoppstått leddhevelse som oppsøker lege, skal henvises til reumatolog så snart som mulig. Allmennlegen bør forvente at pasienten blir mottatt i løpet av få uker. Dersom symptomlindring er nødvendig i ventetiden, bør man velge ikke-steroide antiinflammatoriske midler eller paracetamol og unngå systemiske steroider, som kan gjøre diagnostikken vanskelig og gi bivirkninger.

Det er vist at tidlig innsatt behandling med såkalte sykdomsmodifiserende antireumatiske medikamenter (disease-modifying antirheumatic drugs) virker gunstig inn på forløpet av reumatoid artritt (1). Behandling med sykdomsmodifiserende antireumatiske midler er i dag regelen så snart diagnosen reumatoid artritt er stilt. Vanlig startbehandling er monoterapi med gull, sulfasalazin eller metotreksat. Hvis behandlingen har effekt, bør den vedlikeholdes over lang tid. Seponering av medikamentene hos pasienter

som er i full eller partiell remisjon, økerrisikoen for at sykdommen forverrer seg. Til tross for godt dokumentert effekt i placebokontrollerte undersøkelser, viser longitudinelle observasjonsstudier at ca. 50% av pasientene må seponere de sykdomsmodifiserende antireumatiskemidlene på grunn av manglende effekt eller bivirkninger i løpet av de første 1-2 behandlingsårene.

Allmennpraktikeren har to viktige roller i oppfølging av sykdomsmodifiserende behandling. Kontrollopplegget medtanke på bivirkninger vil oftest være primærlegens ansvar i henhold til bestemte retningslinjer for hvert enkeltmedikament (2). Videre er det viktig at pasienter henvises til ny vurdering ved tegn på oppblussing av sykdommen. Det vil da være aktuelt å skifte til en annen type antireumatisk middel eller å starte kombinasjonsbehandling.

Kombinasjoner av flere medikamenter er vist å virke bedre enn ett medikament alene (3). Man vil som regel søke å kombinere medikamenter med ulike bivirkningsprofil, og kan da bruke lavere doser enn ved monoterapi. De vanligstekombinasjoner har metotreksat som basisbehandling med tillegg av sulfasalazin alene, av sulfasalazin og hydrokysyklarokin eller av syklosporin. Valg av behandlingsregime blir foretatt på bakgrunn av pasientens alder og kjønnsammenholdt med sykdomsaktivitet og sykdoms karakteristika. Endring av sykdomsmodifiserende medikasjon er en spesialistoppgave.

Ettersom mange pasienter må seponere de sykdomsmodifiserende antireumatiske midlene pga. manglende effekt eller bivirkninger, er det et viktig fremskritt at nye sykdomsmodifiserende legemidler nå er blitt tilgjengelig. Leflunomid påvirker celledelingen gjennom hemming av pyrimidinsyntesen. En nylig publisert undersøkelse har vist at leflunomid har en antiinflammatorisk effekt på linje med sulfasalazin, og at begge medikamentene bremser røntgenologisk progredieringsammenliknet med placebo (4). En ny gruppe legemidler rettet mot det proinflammatoriske cytokin TNF α har vist meget god antiinflammatorisk effekt. Etanercept er et TNF α -bindingsprotein og er effektivt både alene og i kombinasjon med metotreksat (5), mens infliximab, et anti-TNF α -antistoff, har best effekt i kombinasjon med metotreksat (6). Både leflunomid og etanercept er godkjent i USA på indikasjonen reumatoid artritt og vil sannsynligvis bli tilgjengelig i Europa om kort tid. Infliximab er foreløpig bare godkjent for bruk ved Crohns sykdom i USA. Det forventes å bli et aktuelt behandlingstilbud for pasienter med aktiv og progredierende reumatoid artritt.

Det brede spekteret av sykdomsmodifiserende behandling som nå er blitt tilgjengelig ved reumatoid artritt, gjør det enda viktigere at diagnosen stilles tidlig. Man er i dag bedre enn for 10-15 år siden i stand til å kontrollere sykdomsaktivitet og sykdomsforløp. Dette forutsetter imidlertid at alle ledd i behandlingskjeden yter sitt bidrag til denne gunstige utviklingen.

Mette Brekke

Tore Kristian Kvien

Mette Brekke (f. 1953) er spesialist i allmennmedisin og har deltatt i et forskningsprosjekt om leddgiktspasienter.

Tore Kristian Kvien (f. 1949) er professor og spesialist i reumatologi.

LITTERATUR

1. Brooks PM. Clinical management of rheumatoid arthritis. *Lancet* 1993; 341: 286-92.
 2. Kvien TK, Haga HJ, Kvalvik AG. Standardutvikling i Norsk Revmatologisk Forening: kontrollopplegg ved bruk av sykdomsmodifiserende legemidler. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1996; 19: 2315-8.
 3. O'Dell JR, Haire CE, Erikson N, Drymalski W, Palmer W, Eckhoff PJ et al. Treatment of rheumatoid arthritis with methotrexate alone, sulfasalazine and hydroxychloroquine, or a combination of all three medications. *N Engl J Med* 1996; 334: 1287-91.
 4. Smolen JS, Kalden JR, Scott DL, Rozman B, Kvien TK, Larsen A et al and the European Leflunomide Study Group. Efficacy and safety of leflunomide compared to placebo and sulfasalazine in active rheumatoid arthritis: a double blind, randomised multicentre trial. *Lancet* 1999; 353: 259-66.
 5. Weinblatt ME, Kremer JM, Bankhurst AD, Bulpitt KJ, Fleischmann RM, Fox RI et al. A trial of etanercept, a recombinant tumor necrosis factor receptor: Fc fusion protein, in patients with rheumatoid arthritis receiving methotrexate. *N Engl J Med* 1999; 340: 253-9.
 6. Maini RN, Breedveld FC, Kalden JR, Smolen JS, Davis D, Macfarlane JD et al. Therapeutic efficacy of multiple intravenous infusions of anti-tumor necrosis factor alpha monoclonal antibody combined with low-dose weekly methotrexate in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1998; 41: 1552-63.
-

Publisert: 30. april 1999. *Tidsskr Nor Legeforen*.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 29. mars 2026.