

Til deg som har fått kjempecellearteritt

Kjempecellearteritt er en autoimmun sykdom som påvirker enkelte av blodårene i kroppen.

Ved autoimmune sykdommer blir det en betennelse (inflammasjon) ved at immunforsvaret angriper friske celler og vev, i dette tilfellet den indre kledningen av arteriene (pulsårene). Arteritt betyr betennelse i arteriene. Ser man på blodårene i mikroskop, finner man typiske store, sammenslåtte celler, såkalte kjempeceller, derav navnet kjempecellearteritt.

Temporalisararteritt er et annet navn på sykdommen. Temporalisararterien er pulsåren i tinningen, og ofte er hodets blodårer angrepet.

Symptomer

Hodepine er vanligst, gjerne med ømhet og smerter i tinningen. Andre symptomer er smerter i kjeven når man tygger (kjeveklaudikasjon), ømhet i hodebunnen, for eksempel når man grer håret, visshetsfølelse i arm når man bruker den, tungesmerter, samt smerter i nakke, skuldre og hofter. Pulsårene til øynene kan påvirkes med synstap og blindhet som en fryktet komplikasjon. Man må derfor være særdeles oppmerksom på symptomer som dobbeltsyn, forbigående tåkesyn, tap av synsfelt eller lignende. Mange opplever feber, slapphet, vektnedgang, hoste, depresjon, men mange av symptomene er ofte ikke til stede.

Hvem er disponert for sykdommen?

Kjempecellearteritt forekommer nesten utelukkende hos personer over 50 år. De fleste som får sykdommen er over 70 år. Kvinner rammes 2-3 ganger oftere enn menn. Man kjenner ikke til årsak til sykdommen, men man antar det er en kombinasjon av genetiske faktorer og miljø.



Rapporter tyder på økt hyppighet i nordiske land og nord-amerikanere av skandinavisk avstamning.

Man ser også tegn til at livsstilsfaktorer som overvekt, høyt blodsukker og røyking kan påvirke risikoen for å utvikle kjempecellearteritt.

Diagnosen polymyalgia revmatika rammer også eldre hvor symptomene er stivhet og smerte i nakke, skuldre og hofter. Man antar at polymyalgia revmatika og kjempecellearteritt er beslektede sykdommer som kan opp opptre hver for seg eller samtidig.

Hvordan stilles diagnosen?

Sammen med typiske symptomer viser blodprøver nesten alltid tegn på betennelse med høy senkningsreaksjon og CRP. I tillegg gjør legen på revmatologisk avdeling ultralydundersøkelse av blodårer til hodet og armene hvor man finner fortykket blodårevegg. Noen ganger tar man en vevsprøve av tinningblodåren. MR, CT eller PET-CT gjøres også i enkelte tilfeller.

Ved mistenkt påvirkning av synet er det viktig at diagnosen stilles så fort som mulig, helst samme dag. Da samarbeider vi med øyelege eller annen spesialist.

Behandling

Prednisolon

Prednisolontabletter er hovedbehandlingen. Dette er et kraftig betennelsesdempende legemiddel som ligner kroppens eget hormon, kortisol. Man starter alltid med en høy dose, siden reduseres dosen og tilpasses hver enkelt pasient underveis i sykdomsforløpet. Medisinen skal tas om morgenen.

Tablettene finnes i styrker på 20 mg, 5 mg og 2,5 mg og det er viktig å forsikre seg om at man tar riktig dose.

Vanlig startdose er 40 mg hver morgen. Ved påvirkning av synet eller andre alvorlige komplikasjoner er startdosen 60 mg hver morgen. I noen sjeldne tilfeller bestemmer legen at man skal gi intravenøst drypp med kortison i høy dose i 3 dager og da blir du lagt inn på sykehuset.

Legen bestemmer nøyaktig dosering, men vanlig nedtrapping av dose er å ta bort 5 mg daglig annenhver uke til dosen er 20 mg hver morgen. Deretter trappes det ned med 2,5 mg annenhver uke til dosen er 10 mg hver morgen, og deretter med 1,25 mg annenhver uke til dosen er 5 mg hver morgen.

En vedlikeholdsdose med Prednisolon 5 mg beholdes i lang tid, ofte minst 1 år. Det er viktig å følge nøyaktig legens dosering av Prednisolon, og man må aldri avslutte medisineringen brått. Ved tilbakefall økes Prednisolon til siste effektive dose. Som regel er minimum behandlingstid 2 år.

Det er mange bivirkninger ved bruk av Prednisolon, og dette gjelder både på kort og lang sikt. Mulige bivirkninger er avhengig av dosering og behandlingstid. Nedtrappingsplanen ved Prednisolon er derfor en avveining av fordeler mot ulemper. På den ene siden må vi gi høy nok dose for å holde betennelsen i sjakk, men på den andre siden må vi ikke gi for høy dose over lang tid som vil risikere at du vil kunne få bivirkninger.

Norsk revmatologisk forening har et eget informasjonsskriv om Prednisolon som vi deler ut når du er på revmatologisk poliklinikk. Der står det om virkning og mulige bivirkninger samt andre gode råd. Dette finner du også ved å søke på *prednisolon tbl* på legeföreningen.no.

Andre medikamenter

Forebyggende medisin mot magesår

Høye doser Prednisolon kan føre til magesår og det gis derfor rutinemessig magesårsforebyggende medisin. Legen vurderer om man kan slutte ved lavere doser, for eksempel når man bruker lavere dose enn 10 mg Prednisolon hver morgen.

Kalk og D-vitamin

Prednisolon kan gi økt risiko for benskjørhet og derfor anbefales tablett med kalk og D-vitamin.

Acetylsalisylsyre

Acetylsalisylsyre er en blodfortynnende medisin. Det anbefales ikke rutinemessig, men legen vurderer som det skal brukes hvis det foreligger risikofaktorer for hjerte- karsykdom.

Methotrexate og RoActemra

Ved høy sykdomsaktivitet hvor man trenger høy Prednisolondose kan det bli aktuelt med såkalte kortisonsparende medisiner.

Oppfølging

Ta kontakt med fastlegen din etter 1 uke for kontroll, inkludert blodtrykk og måling av blodsukker.

Vi planlegger kontrolltime på revmatologisk poliklinikk i Moss hver måned fram til sykdommen er under kontroll (remisjon). Deretter får du ny kontrolltime etter 3, 6 og 12 måneder, deretter årlig til du er ferdig med Prednisolonbehandlingen. Blodprøver tas cirka 1 uke før hver kontrolltime.

Du blir henvist til bentetthetsmåling og får benskjørhetsforebyggende medisin hvis det viser seg at du er disponert for benskjørhet.

Vi ønsker at du registreres i Norsk Vaskulittregister, NorVas. Du blir spurt om deltagelse og må da signere samtykke. Sykepleier på revmatologisk dagpost vil informere og veilede deg. Registeret er landsomfattende og kan blant annet sammenligne behandlingen ved de forskjellige revmatologiske avdelingene.

Revmatologisk avdeling i Moss

De første konsultasjonene hos oss gjøres ofte på revmatologisk dagpost hvor du treffer både sykepleier og lege. Ved stabil sykdom følges du opp på revmatologisk poliklinikk. Vi har såkalt pasientansvarlig overlege (PAL). Det betyr at vi, så langt det lar seg gjøre, har en fast overlege som har hovedansvaret og oppfølgingen av deg.

Hvis du merker økende sykdomsaktivitet og ikke har effekt av medisinene du har fått, kan du ta kontakt med revmatologisk avdeling for råd.

Ring sentralbordet på 69 86 00 00 og spør etter vakthavende sykepleier.

08.00-20.00 på hverdager

09.00-14.00 på lørdager