Pasientinfo- Psoriasisartritt

PASIENTINFORMASJON OM PSORIASISARTRITT

Du har i dag fått påvist psoriasisartritt. Vi har erfart at det ofte kan være vanskelig å ta til seg all informasjon gitt under én konsultasjon. Dette har vi sett et behov for å gjøre noe med, og har derfor ønsket å systematisere informasjonen. Alle som får diagnostisert psoriasisartritt, får et eget informasjonsark om sykdommen. God kunnskap om sykdommen er viktig da det gir grunnlag for å mestre situasjonen bedre og ta gode valg for helsen. Vi håper informasjonen vil svare på spørsmål du eller dine pårørende har om sykdommen, medikamenter du settes på og videre oppfølging ved vår avdeling og hos fastlege.

Informasjonsarket er delt inn i ni punkter så det skal bli lettere å finne frem.

[1. HVA ER PSORIASISARTRITT?](https://01.samnet.no/fagbibliotek/pasientinfopsoriasisartritt/#1++HVA+ER+PSORIASISARTRITT+)

[2. SYMPTOMER MAN KAN HA VED PSORIASISARTRITT](https://01.samnet.no/fagbibliotek/pasientinfopsoriasisartritt/#2++SYMPTOMER+MAN+KAN+HA+VED+PSORIASISARTRITT)

[3. BEHANDLING, BEHANDLINGSMÅL OG PROGNOSE](https://01.samnet.no/fagbibliotek/pasientinfopsoriasisartritt/#3++BEHANDLING++BEHANDLINGSM+L+OG+PROGNOSE)

[4. ULIKE TYPER MEDIKAMENTER VED PSORIASISARTRITT](https://01.samnet.no/fagbibliotek/pasientinfopsoriasisartritt/#4++ULIKE+TYPER+MEDIKAMENTER+VED+PSORIASISARTRITT)

[A: SYMPTOM-REDUSERENDE LEGEMIDLER](https://01.samnet.no/fagbibliotek/pasientinfopsoriasisartritt/#A++SYMPTOM-REDUSERENDE+LEGEMIDLER)

[B: SYKDOMS-REDUSERENDE LEGEMIDLER](https://01.samnet.no/fagbibliotek/pasientinfopsoriasisartritt/#B++SYKDOMS-REDUSERENDE+LEGEMIDLER)

[5. METHOTREXATE ER DET MEST BRUKTE MEDIKAMENTET](https://01.samnet.no/fagbibliotek/pasientinfopsoriasisartritt/#5++METHOTREXATE+ER+DET+MEST+BRUKTE+MEDIKAMENTET)

[6. OPPFØLGING HOS REVMATOLOG OG FASTLEGE](https://01.samnet.no/fagbibliotek/pasientinfopsoriasisartritt/#6++OPPF+LGING+HOS+REVMATOLOG+OG+FASTLEGE)

[A: Hos Revmatolog](https://01.samnet.no/fagbibliotek/pasientinfopsoriasisartritt/#A++Hos+Revmatolog)

[B: Hos Fastlege](https://01.samnet.no/fagbibliotek/pasientinfopsoriasisartritt/#B++Hos+Fastlege)

[7. TRENING, KOSTHOLD OG RØYKESLUTT](https://01.samnet.no/fagbibliotek/pasientinfopsoriasisartritt/#7++TRENING++KOSTHOLD+OG+R+YKESLUTT)

[8. ANNET HELSEPERSONELL SOM OFTE ER INVOLVERT I OPPFØLGINGEN](https://01.samnet.no/fagbibliotek/pasientinfopsoriasisartritt/#8++ANNET+HELSEPERSONELL+SOM+OFTE+ER+INVOLVERT+I+OPPF+LGINGEN)

[9. INFORMASON OM REVMATOLOGISK POLIKLINKK I MOSS](https://01.samnet.no/fagbibliotek/pasientinfopsoriasisartritt/#9++INFORMASON+OM+REVMATOLOGISK+POLIKLINKK+I+MOSS)

[LITTERATUR](https://01.samnet.no/fagbibliotek/pasientinfopsoriasisartritt/#LITTERATUR)

1. HVA ER PSORIASISARTRITT?

Psoriasisartritt er en autoimmun betennelsessykdom som både kan angripe ledd og gir betennelse i disse (artritt) og/eller angriper ryggsøylen og gir betennelse her (spondyloartritt). Med autoimmun sykdom menes at det er kroppens eget immunforsvar som angriper leddene og/eller ryggsøylen. Alle mennesker har et immunforsvar som blant annet skal ta seg av mikrober og virus som kommer inn i kroppen. Ved psoriasis feilreagerer immunforsvaret og går til angrep på ledd og/eller ryggsøylen.

Psoriasis er en kronisk hudsykdom som rammer om lag 1-2% av den norske befolkning. Omlag 10-15% av alle pasientene med psoriasis utvikler psoriasisartritt. Det er ikke sammenheng mellom utbredelse av psoriasis i huden og sannsynligheten for å utvikle psoriasisartritt.

De fleste pasienter som får diagnosen psoriasisartritt har allerede hudpsoriasis, men hos om lag 15-20% kommer hudsykdommen etter leddbetennelsen. Hos om lag 40% debuterer hudsykdommen og leddsykdommen samtidig. Mange pasienter med psoriasis får generelle leddplager uten ledsagende hevelser i sener og/eller ledd. Det kaller man på fagspråket for psoriasisartralgier.

Psoriasisartritt er like vanlig hos kvinner og menn, men menn synes å få sykdommen noe tidligere. Sykdommen debuterer som regel mellom 30-50 år, men det er ikke uvanlig at sykdommen kan opptre først i høyere alder.

Psoriasisartritt er assosiert til et gen (vevsprøve) som heter HLA-B27. Dette er et gen som finnes hos om lag 10-15% av den norske befolkningen, men pasienter som har dette genet er litt mer utsatt for å utvikle psoriasisartritt, og da spesielt affeksjon av ryggsøylen (spondyloartritt).

Diagnosen psoriasisartritt stilles ved hjelp av anamnese, klinisk undersøkelse, blodprøver, revmatologiske prøver, ultralydundersøkelse av ledd og/eller MR av ledd/ryggsøyle. I mange tilfelle bestiller vi også røntgenbilder av ledd og ryggsøyle.

2. SYMPTOMER MAN KAN HA VED PSORIASISARTRITT

1. Hevelser i ledd

* Psoriasisleddgikt kan i prinsippet ramme alle typer ledd
* Leddhevelsene kan ramme ett ledd eller flere ledd på en gang
* Leddhevelsene kan komme både akutt, over timer/dager eller gradvis over uker.
* Ved betennelse i leddene blir de smertefulle og man vil ha redusert bevegelighet. Mange pasienter opplever at leddene er spesielt stive om morgenen.

2. Ryggsmerter

* Om lag 20% får betennelse i ryggsøylen – det kaller vi på fagspråket spondyloartritt.
* Ryggplagene oppstår i de tilfelle før 40 årsalder.
* Typiske symptomer på spondyloartritt er ryggsmerter om natten, og som lindres av bevegelse. Man er ofte morgenstiv i ryggen i minst 30 minutter. Pasientene opplever bedring av ryggsmertene av å være i fysisk aktivitet, ikke av å være i ro.

3. Pølsefingre og pølsetær = daktylitt

En del pasienter opplever at en hel finger eller en hel tå blir hoven – dette kaller man på folkemunne for «pølsefinger/pølsetå»

4. Senefestebetennelser = entesitt

* En del pasienter opplevet at man får betennelser i entesene, dvs. stedet der sener eller ligamenter fester seg til bein.
* Vanligst sees dette rundt kneskålen, i hælen eller i foten, og man får smerter og hevelse i disse områdene.

5. Generelle leddplager uten leddhevelser = artralgier

Mange pasienter med psoriasisartritt får generelle leddplager uten ledsagende hevelser i sener og/eller ledd. Det kaller man på fagspråket for psoriasisartralgier.

6. Regnbuehinnebetennelse = iridosyklitt

* Pasienter med psoriasisartritt er noe mer utsatt for regnbuehinnebetennelse, og dette gjelder primært de som er HLA B-27 positive
* Det som kjennetegner regnbuehinnebetennelse er at man får ubehag og smerter i øyet. Øyet blir rødt, tårefolden øker, og synet kan bli uklart. Ofte kommer symptomene relativt akutt og starter oftest på en side.
* Dersom du får slike symptomer er det viktig at du oppsøker fastlege/legevakt samme dag, og mest trolig vil du bli vurdert av en øyelege. Uten riktig behandling kan du få varige øyeskader. Derfor er viktig å utelukke tilstanden og igangsette riktig behandling

7. Urinsyregikt

* Pasienter med psoriasis er mer utsatt for å få urinsyregikt. I mange tilfelle kan det være vanskelig skille mellom anfall med psoriasisartritt og urinsyregikt.
* Ofte pleier urinsyregiktanfallene å komme mer akutt, de kommer oftest akutt om natten eller tidlig om morgenen, de er ofte mer smertefulle og vanligvis gir de høyere CRP. Derfor ønsker vi at det tas blodprøver før timer hos oss. Ultralydundersøkelse kan også være til stor hjelp til å skille mellom anfall med psoriasisartritt og urinsyregikt.

8. Autoimmun mage-tarm sykdom = Ulcerøs colitt og/eller Morbus Chron

* Pasienter med psoriasisartritt er mer utsatt for kroniske betennelsessykdommer i tarmen, og dette gjelder oftere de som er HLA B-27 positive. Betennelse i tarmen medfører at tarmen ikke kan utføre sin normale funksjon, og dette kan føre til ulike plager.
* Dersom du opplever magesmerter, hyppig avføringstrang, diare, blodig og slimete avføring, dårlig matlyst eller vekttap må du ta opp dette med din fastlege. Fastlegen vil da ta nødvendige undersøkelser og vurdere henvisning til spesialist i mage-tarm sykdommer.

9. Hudpsoriasis

De aller fleste pasienter har typiske psoriasishudendringer før man får leddhevelsen – hudpsoriasis kjennetegnes i de fleste tilfellene med rødlige avgrensede utslett med skjelldannelse. 15-20% får psoriasisartritt før man utvikler hudsykdom.

10. Neglendringer

Det er relativt vanlig hos pasienter med psoriasisartritt at de får neglendringer. Typiske tegn på neglpsoriasis er små hull i neglene, neglesengseparasjon (onkylose), misfarging og forandringer i neglens form og tykkelse.

11. Hjerte-kar sykdom

* Pasienter med psoriasisartritt er noe mer utsatt for hjertekarsykdom. Det er derfor viktig å redusere risikofaktorer for dette. Derfor bør du snakke med fastlegen for å kontrollere blodtrykk, blodsukker og kolesterolverdier.
* Videre anbefales alle med psoriasisartritt røykeslutt – hvis du trenger hjelp med dette, konsulter fastlegen.

3. BEHANDLING, BEHANDLINGSMÅL OG PROGNOSE

Behandlingen må person-tilpasses i stor grad fordi sykdommen forløper svært forskjellig fra person til person.

Det finnes mange ulike medikamenter man kan benytte ved behandling av psoriasisartritt.  De siste 20 årene har man utviklet en rekke nye og effektive medikamenter som har gjort sykdomskontroll og påvirkning av sykdomsbyrde lettere. Tidlig behandling kan dempe symptomene og forebygge varig leddskade. Hvilke medikamenter som velges avhenger av flere faktorer som alder, kjønn, gravidtetsønske, andre sykdommer og andre medikamenter den enkelte bruker. Det gjøres en faglig vurdering av revmatolog med tanke på medikamentvalg.

Da psoriasisartritt er en autoimmun sykdom dreier det seg om å finne medikamenter som «hemmer» immunsystemet slik at leddene ikke angripes og potensielt skades. Behandlingen kan sammenlignes med en trappetrinnsmodell. Man starter med medikamenter med lavere styrke, men legger til mer potente immundempende medikamenter ved behov dersom en ikke oppnår behandlingsmål.

Psoriasisartritt kan ikke kureres. Behandlingsmålet er å holde sykdommen i sjakk og forebygge skade av leddene. Det vil si at behandlingsmålet er å stanse sykdommen helt – det kaller vi på fagspråket remisjon. Medikamentene virker best hvis de startes raskest mulig etter at diagnosen er stilt.

Ved oppstart av nye medikamenter mot psoriasisartritt følges pasientene tett i oppstartsfasen inntil de kommer i remisjon. I starten vil det bli relativt tett oppfølging ved revmatologisk avdeling, men når vi får kontroll på sykdommen vil vi øke kontrollintervallene hos oss.

Du vil få utdelt eget informasjonsark om de ulike medikamentene du settes på. Disse kan du selv finne ved å søke på «pasientinformasjon om legemidler» på [www.legeforeningen.no](http://www.legeforeningen.no/).

Ved oppstart av nye medikamenter er det ofte nødvendig med blodprøver mellom planlagte kontroller på sykehuset – dette vil du få egen informasjon om.

Prognosen ved psoriasisartritt er radikalt forbedret med de nye legemidlene, og i dag finnes det god medisinsk behandling for de aller fleste pasientene og man skal kunne delta i et normalt liv på lik linje med friske pasienter. Vellykket behandling tilsier at man kan leve som normalt. Behandlingen av psoriasisartritt går over flere år, og mange pasientene må bruke medikamenter mot psoriasisartritt livet ut.

4. ULIKE TYPER MEDIKAMENTER VED PSORIASISARTRITT

Psoriasisartritt behandles medikamentelt med tabletter, sprøyter og/eller med infusjoner (rett i blodåre). Kortisonsprøyter rett i leddene brukes ofte som et supplement til de andre legemidlene, og gis oftest dersom det oppstår hevelser i leddene.

Man skiller medikamenter ved psoriasisartritt inn i to ulike kategorier

* A: Symptom-reduserende legemidler
* B: Sykdoms-reduserende legemidler

A: SYMPTOM-REDUSERENDE LEGEMIDLER

Dette er medikamenter som lindrer symptomer, men som ikke stopper sykdomsutviklingen. Eksempler på slike medisiner er:

1. NSAIDS (Ibux, Naproxen/Naprosyn/Napren-E, Voltaren/Diklofenak, Brufen (Retard), Vimovo eller Arcoxia
2. Paracetamol
3. Kortison.

Man finner frem til det som fungerer best. Bruk av betennelsesdempende legemidler som motvirker smerter og stivhet og kan muliggjøre fysisk aktivitet benyttes.

En sjelden gang kan magesår være en bivirkning ved bruk av NSAIDs, og for å forhindre dette bør tablettene tas sammen med mat og drikke.

Det er ikke alle som kan bruke betennelsesdempende medisin, og spesielt gjelder dette NSAIDs. Diskuter alltid bruk og dosering av betennelsesdempende medisin med fastlegen.

Det mest brukte symptomreduserende legemidlet som benyttes er kortison – enten som tabletter eller rett inn i leddet (injeksjon). Kortison gir rask, men kortvarig bedring av symptomer. Grunnen til at vi benytter kortison er at det tar noe tid før effekten av de sykdoms-reduserende legemidlene inntrer. Ved psoriasisartritt bruker man derfor som regel de første 6-8 ukene prednisolon i tablettform. Oftest er doseringen 5-15 mg/daglig i avtrappende dose.

B: SYKDOMS-REDUSERENDE LEGEMIDLER

Sykdoms-reduserende legemidler stopper sykdomsutviklingen, og er de viktigste medikamentene ved psoriasisartritt. Målet med slike medikamenter er fravær av sykdomsaktivitet eller lav sykdomsaktivitet. Da det kan ta flere uker før slike medikamenter gir ønsket effekt brukes ofte kortisonpreparater i mellomtiden. Slike sykdoms-reduserende legemidler kalles på fagspråket DMARDs (Disease Modifying Anti Revmatic Drugs).

Det finnes flere ulike typer DMARDs, både såkalte syntetiske og biologiske. Effekten av medikamentene vil bli vurdert hyppig i starten, og behandlingen vil bli endret ved behov. Hos en del pasienter bruker man kombinasjon av ulike typer DMARDs. Hvis et medikament eller en kombinasjon av medikamenter ikke virker tilfredsstillende eller gir bivirkninger, vil man bytte til andre medikamenter. Ved god effekt av medikamentene kan det gå lengre tid mellom hver kontrolltime på revmatologisk avdeling.

5. METHOTREXATE ER DET MEST BRUKTE MEDIKAMENTET

I nesten alle tilfelle er methotrexate førstevalg ved behandling av psoriasisartritt. Methotrexate er et sykdoms-reduserende legemiddel. Vi pleier å si at methotrexate ansees som «gullstandard» i behandlingen. Methotrexate har bidratt til at personer med psoriasisartritt nå har mindre aggressiv sykdom og får mindre skade av leddene.

* Methotrexate kan enten gis som tabletter eller i sprøyteform. Dosen er ofte 15-20 mg per uke. Effekten av medisinen kommer som regel i løpet av 6-8 uker, og derfor brukes kortison i mellomtiden inntil effekten inntrer. Effekten av methotrexate vurderes etter 3 måneders behandling.
* Methotrexate skal tas en fast dag i uken. For å forhindre bivirkninger av medisinen gis folsyre – dette tas daglig. De vanligste generelle bivirkningene av methotrexate er kvalme, hodepine og svimmelhet 1-2 dager etter inntatt dose.
* Alle pasienter som settes på methotrexate vil få eget informasjonsskriv om medikamentet.
* Før du starter opp med methotrexate er det viktig at det tas blodprøver og røntgenbilde av lunger. Dersom dette ikke er gjort i forkant av timen vil det tas i forbindelse med konsultasjonen.
* Regelmessig kontroll av blodprøver er viktig ved medisinering med methotrexate. Ved oppstart anbefales blodprøver minimum hver måned de første tre månedene. På sikt anbefales det blodprøver minimum hver tredje måned.
  + Ved oppstart methotrexte ved revmatologisk avdeling kontroller vi blodprøvene. Det vil si at vi legger inn bestilling på blodprøver hver måned som du selv tar ved nærmeste helsehus – vi kontakter deg om avvikende blodprøvesvar tilsier at du ikke kan fortsette med medikamentet.
  + På sikt kan fastlegen overta ansvaret for blodprøvekontrollene. Vi har lagt ut nødvendig informasjon til våre kolleger i primærhelsetjenesten om methotrexate og andre sykdoms-reduserende legemidler på www.fastlegeportalen.no.

6. OPPFØLGING HOS REVMATOLOG OG FASTLEGE

A: Hos Revmatolog

Internasjonale guidelines anbefaler at pasienter med psoriasisartritt følges opp av revmatolog. Revmatologens rolle er vurdere sykdomsaktivitet og tegn til bivirkninger av medisiner. I begynnelsen følger vi pasienter med psoriasisartritt med hyppige kontroller inntil det oppnås lav sykdomsaktivitet.

Pasienter med psoriasisartritt vil få tilbud om å være med i et register som heter Go Treat It (GTI). Kort oppsummert fungerer dette prosjektet som et hjelpemiddel for å følge sykdommen og brukes i forskning på leddgikt. Hvis du er interessert i å delta vil du få et eget informasjonsark om hva dette innebærer.

Ved oppstart av nye medikamenter ved leddgikt er det viktig at man kontrollerer blodprøver regelmessig. Vi anbefaler at du kontroller blodprøver hver måned de første tre månedene. Vi legger inn bestilling på blodprøver som du kan ta på nærmeste helsehus der du bor – du må selv huske på å ta blodprøvene! Vi kontakter deg om det er avvikende blodprøvesvar.

Når du kommer til kontroll for din psoriasisartritt, enten det er i startfasen eller når du er kommet i remisjon, anbefaler vi at du tar blodprøver i forkant av timen hos oss og har med deg oppdatert medisinliste. Dette er viktig så du får best mulig vurdering av den revmatologen du kommer til. Dette effektiviserer og bedrer rask vurdering.

B: Hos Fastlege

Oppfølging av pasienter med psoriasisartritt foregår i spesialisthelsetjenesten, og i forløpet i samarbeid med fastlege.

All nødvendig informasjon om de ulike medikamentene du settes på finner fastlegen ved å søke på [www.fastlegeportalen.no](http://www.fastlegeportalen.no/).

Når pasienter med psoriasisartritt er kommet i remisjon kan blodprøvekontroller foregå hos fastlegen. Det er dog ditt ansvar som pasient å huske på å ta disse blodprøvene – de skal som regel tas hver tredje måned ved stabil sykdom.

Pasienter med psoriasisartritt er noe mer utsatt for hjerte- og karsykdom. Derfor bør du snakke med fastlegen for å kontrollere blodtrykk, blodsukker og kolesterolverdier.

Videre anbefales alle med psoriasisartritt røykeslutt – hvis du trenger hjelp med dette, konsulter fastlegen.

7. TRENING, KOSTHOLD OG RØYKESLUTT

Trening og fysisk aktivitet kan bedre stivheten og smertene. Det er viktig å vite at trening ikke gjør leddene mer betente eller fører til skade av leddene. Personer med psoriasisartritt anbefales å være fysisk aktive både for å forbedre og opprettholde fysisk og psykisk helse. Personer med leddgikt har nedsatt funksjon og står i fare for å få redusert muskelstyrke og kondisjon, hjertekarsykdom og benskjørhet. Trening er derfor spesielt viktig for å forebygge slike sykdomskonsekvenser. Generelt er det viktig at aktivitet og trening må ha en viss intensitet for å gi gunstige helseeffekter. En god pekepinn er at man blir svett, andpusten eller får økt puls under aktiviteten.

Mange pasienter med psoriasisartritt opplever at kostholdet virker inn på sykdommen. Det er viktig med et sunt kosthold. Enkelte pasienter kan reagere på enkelte matvarer, men dette varierer mye. Leddgikt bidrar til økt risiko for åreforkalkning. Det er derfor viktig at risikofaktorer for hjerte-karsykdom reduseres, som høyt kolesterol, røyking, dårlig kontrollert blodsukker og overvekt. Høyt inntak av flerumettede fettsyrer ved «middelhavsdiett» reduserer risiko for åreforkalkning.

Røyking er en risikofaktor for sykdommen og for dårlig prognose. Man vet at røyking også bidrar til at medikamentene ikke virker like effektivt. Røyking disponerer også for hjerte-karsykdom. Vi anbefaler røykeslutt. Her kan du også få hjelp av fastlegen.

8. ANNET HELSEPERSONELL SOM OFTE ER INVOLVERT I OPPFØLGINGEN

* Ergoterapeuter: Ergoterapeuter ser behov for hjelpemidler for å mestre hverdagen og spesielle oppgaver på en best mulig måte når ledd og muskler svikter.
* Fysioterapeuter: Fysioterapeuter vil kunne vurdere muskelkraft og fysisk funksjon. De kan utforme plan for individuell aktivitet og øvelser for å bevare bevegelse og styrke.
* Revmasykepleiere: Revmasykepleiere med god kjennskap til revmatiske sykdommer kan gi supplerende informasjon, følge opp behandling og være koordinerende.
* Sosionomer: Sosionomer kan informere om rettigheter og stønader.

9. INFORMASON OM REVMATOLOGISK POLIKLINKK I MOSS

Ved revmatologisk avdeling i Moss har vi såkalt pasient-ansvarlig overlege (PAL). Det vil si at vi tilstreber, så langt det lar seg gjøre, at én fast overlege har hovedansvaret for oppfølgingen. Dette er gunstig både for pasient, for vår avdeling og for fastlegen.

Hvis du har kjent leddgikt og merker økende aktivitet i din psoriasisartritt, og ikke har effekt av symptom-reduserende legemidler, kan du ta kontakt med revmatologisk avdeling for råd. Ring sentralbord på 08600 og spør etter vakthavende revmasykepleier som er tilstede hverdager 08:00 – 20:00 og lørdager 09:00-14:00. Revmasykepleier vil kunne gi råd per telefon, samt vurdere om du skal settes opp til en raskere kontrolltime eller til en øyeblikkelighjelp time. Hvis behov for raskere kontrolltime eller øyeblikkelighjelp time vil vi som regel anbefale at du tar blodprøver i forkant av timen, og disse kan vaktsykepleier bestille.

Hvis du skulle ha generelle spørsmål om din psoriasisartritt, medikamenter du er satt på, videre oppfølging og/eller annet –kan du også ta kontakt med vakthavende revmasykepleier i Moss.

LITTERATUR

1. [www.helsebibliotket.no](http://www.helsebibliotket.no/)
2. www.helsenorge.no
3. www.bindevevssykdommer.no
4. pasientinformasjon revmatologisk avdeling Diakonhjemmet

Opprinnelig: [PASIENTINFORMASJON PSORIASISARTRITT](https://fastlegeportalen.no/app/uploads/2015/12/PASIENTINFORMASJON-PSORIASISARTRITT.pdf)

[Gudleik Jørstad](https://samnet.no/profil/383)  18.08.2021

© Fastlegeportalen 2015 - 2022