1

LEDDGIKT (RA) - PASIENTINFORMASJON OM

REVMATOLOGISK AVDELING MOSS

\* Du har i dag fått påvist leddgikt. 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 med diagnostisert leddgikt 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. Hvis du skulle ønske mer detaljert informasjon

finnes eget temahefte om leddgikt på www.revmatiker.no.

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

1. HVA ER LEDDGIKT?

2. SYMPTOMER PÅ LEDDGIKT

3. BEHANDLING, BEHANDLINGSMÅL OG PROGNOSE

4. ULIKE TYPER MEDIKAMENTER SOM BRUKES VED LEDDGIKT

5. METHOTREXATE ER DET MEST BRUKTE MEDIKAMENTET

6. OPPFØLGING HOS REVMATOLOG OG FASTLEGE

7. TRENING, KOSTHOLD OG RØYKESLUTT

8. ANNET HELSEPERSONELL SOM OFTE ER INVOLVERT I OPPFØLGINGEN

9. INFORMASJON OM REVMATOLOGISK POLIKLINIKK I MOSS

1. HVA ER LEDDGIKT?

\* Leddgikt kalles på fagspråket revmatoid artritt (RA), og er en autoimmun sykdom som gjør

at leddene hovner opp og blir smertefulle. Med autoimmun sykdom menes at det er kroppens

eget immunforsvar som angriper leddene. Alle mennesker har et immunforsvar som blant

annet skal ta seg av mikrober og virus som kommer inn i kroppen. Ved leddgikt feilreagerer

immunforsvaret og går til angrep på eget vev og lager betennelse i leddene, noe som fører til

at de blir hovne. Ubehandlet kan en slik leddbetennelse gi skade av leddene. Pasienter med

leddgikt er også mer utsatt for å utvikle benskjørhet (osteoporose) og hjerte-kar sykdom.

\* I Norge har omlag 0.5-1% av befolkningen leddgikt. Det er omlag 25 nye tilfeller per

100.000 innbyggere. Sykdommen rammer kvinner tre-fire ganger hyppigere enn menn.

Sykdommen debuterer i alle aldersgrupper, men oppstår hyppigst hos personer over 50 år.

Røyking disponerer for utvikling av leddgikt.

\* Man skiller mellom seropositiv og seronegativ leddgikt. 70-80% av alle pasientene har

utslag på revmaprøver (anti-ccp og/eller RF), og kalles derfor sero-positive. Det utvikles hos

disse autoantistoffer i det kroppens immunforsvar reagerer mot det skadede vevet.

\* Diagnosen leddgikt stilles ved hjelp av anamnese, klinisk undersøkelse, blodprøver,

revmatologiske prøver og ultralydundersøkelse. I mange tilfelle bestiller vi også

røntgenbilder. I sjeldne tilfelle der vi er i tvil om diagnosen, tas MR-undersøkelse av leddene.

2

2. SYMPTOMER PÅ LEDDGIKT

\* Leddgikt debuter som regel gradvis, og de første symptomene de fleste pasienter opplever er

at leddene blir stive og hovne om morgenen, og at de føles ømme. Leddgikt rammer som

regel de små leddene i hender og føtter, men kan i det senere i forløpet også ramme andre ledd

som knær, hofter, albuer og skuldre.

\* Leddgikt gir som oftest det man kaller symmetrisk affeksjon. Med dette menes at det er de

samme leddene på begge sider av kroppens som angripes, men ikke nødvendigvis samtidig.

\* Mange pasienter med leddgikt føler seg også ved debut slappe og slitne, og har en

«influensafølelse» i kroppen.

3. BEHANDLING, BEHANDLINGSMÅL OG PROGNOSE

\* Det finnes mange ulike medikamenter man kan benytte ved behandling av leddgikt. 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, graviditetsønske, andre sykdommer og andre medikamenter

den enkelte bruker. Det gjøres en faglig vurdering av revmatolog med tanke på

medikamentvalg.

\* Da leddgikt 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.

\* Leddgikt 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 vi på

fagspråket kaller remisjon. Medikamentene virker best ved oppstart raskest mulig etter at

diagnosen er stilt.

\* Ved leddgiktbehandling er det slik at vi ved revmatologisk avdeling følger pasientene tett i

oppstartfasen inntil de kommer i remisjon. Derfor er det slik at man i starten vil få relativt tett

oppfølging hos oss, men når vi forhåpentligvis får kontroll på leddgikten, 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.

\* Ved oppstart med nye medikamenter er det ofte nødvendig med blodprøver mellom

planlagte kontroller på sykehuset – dette vil du få egen informasjon om.

\* Prognosen ved leddgikt 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 leddgikt går over flere år, og mange pasientene må bruke medikamenter mot

leddgikt livet ut.

3

4. ULIKE TYPER MEDIKAMENTER VED LEDDGIKT

\* Leddgikt 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 leddgikt 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:

a. NSAIDS (Ibux, Naproxen/Naprosyn/Napren-E, Voltaren/Diklofenak, Brufen (Retard),

Vimovo eller Arcoxia

b. Paracetamol

c. Kortison.

\* Man finner frem til det som fungerer best av betennelsesdempende legemidler som

motvirker smerter og stivhet og kan muliggjøre fysisk aktivitet.

\* 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 leddgikt 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 leddgikt. 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.

4

5. METHOTREXATE ER DET MEST BRUKTE MEDIKAMENTET

\* I nesten alle tilfelle er methotrexate førstevalg ved behandling av leddgikt. Methotrexate er

et sykdoms-reduserende legemiddel. Vi pleier å si at methotrexate ansees som «gullstandard»

i behandlingen. Methotrexate har bidratt til at personer med leddgikt 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, noe du selv tar ved nærmeste helsehus – og vi kontakter deg om det er avvikende

blodprøver som 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: REVMATOLOG

\* Internasjonale guidelines anbefales at leddgiktpasienter følges opp av revmatolog.

Revmatologens rolle er å vurdere sykdomsaktivitet og tegn til bivirkninger av medisiner. I

begynnelsen følger vi pasienter med leddgikt med hyppige kontroller inntil det oppnås lav

sykdomsaktivitet.

\* Pasienter med leddgikt 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 kontrollerer blodprøver hver måned de

første tre månedene. Vi legger inn bestilling på blodprøver som du kan ta på nærmeste

5

helsehus der du bor – du må selv huske på å ta blodprøvene! Vi kontakter deg om det er

avvikende blodprøver.

\* Når du kommer til kontroll for din leddgikt, 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. Hensikten er at du skal få best mulig vurdering av den revmatologen

du kommer til. Dette effektiviserer og bedrer rask vurdering.

B: FASTLEGE

\* Oppfølging av pasienter med leddgikt 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.

\* Når pasienter med leddgikt 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 leddgikt 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 leddgikt 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 leddgikt 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 leddgikt 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 hjertekarsykdom. Vi anbefaler røykeslutt. Her kan du også få hjelp av fastlegen.

6

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: Revmasykepleier 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 leddgikt, 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 leddgikt, 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

2. www.helsenorge.no

3. www.bindevevssykdommer.no

4. pasientinformasjon revmatologisk avdeling Diakonhjemmet