

KJEMPECELLEARTERITT FOR FASTLEGER

Gudleik Kalsnes Jørstad og Per Jarle Tungevang (overleger ved Revmatologisk avdeling Moss)

Vaskulitt er en betegnelse på inflammasjon i blodårenes karvegg. Kjempecellearteritt er en granulomatøs inflammasjon som i hovedsak affiserer de store og mellomstore arteriene. Temporalisarteritt er en inflammasjon i arteria temporalis og kan skyldes kjempecellearteritt eller annen systemisk vaskulitt, samt at infeksjoner kan gi sekundær vaskulitt. Det riktige begrepet er derfor kjempecellearteritt.

Det viktigste for fastleger er de klassiske symptomene på temporalisarteritt

- **alder > 50 år**
- **hodepine**
- **synsforstyrrelse** (forbigående tåkesyn, dobbeltsyn og/eller synsfeltutfall)
- **tyggesmerter**
- **med ledsagende høy SR/CRP.**
- **Dersom fastlege mistenker temporalisarteritt må man øyeblikkelig ringe vakthavende revmatolog for konferering.**

Hvis vakthavende revmatolog ikke er til stede (hverdager etter kl. 20:00, lørdager etter kl. 14:00 og/eller søndager/helligdager) skal fastlege ringe vakthavende indremedisiner på Kalnes for konferering og ev. innleggelse.

Behandling med Prednisolon skal stases umiddelbart dersom diagnosen mistenkes!

- Tidlig og aggressiv behandling er helt avgjørende for utfallet!
- Diagnostiske undersøkelser må ikke forsinke oppstart av behandling!

Alle pasienter som diagnostiseres med kjempecellearteritt vil få utlevert eget

informasjonsark! Hva slags pasientinformasjon hver enkelt får avhenger av hvordan deres kjempecellearteritt klassifiseres. I pasientinformasjonene står blant annet generell informasjon om sykdommen, behandlingen som gis og hensikten med denne, samt videre oppfølging både hos revmatolog og fastlege. Disse informasjonsarkene finnes på www.kompetansebroen.no.

1. Pasientinformasjon om temporalisarteritt med synsaffeksjon
2. Pasientinformasjon om temporalisarteritt uten synsaffeksjon
3. Pasientinformasjon om storkarsvaskulitt
4. Pasientinformasjon om storkarsvaskulitt med uttalt affeksjon av store kar
5. Pasientinformasjon om blandet kjempecellearteritt

6. Pasientinformasjon om blandet kjempecellearteritt med uttalt affeksjon av store kar

Prosedyren er delt inn i åtte punkter så det skal være lettere å finne frem

1. HENSIKTEN MED EGEN PROSEDYRE FOR FASTLEGER

2. HVA ER KJEMPECELLEARTERITT OG HVEM FÅR DET

3. MAN SKILLER MELLOM TRE HOVEDGRUPPER

1. TEMPORALISARTERITT
2. STORKARSVASKULITT ELLER NON-KRANIELL STORKARSVASKULITT
3. BLANDET KJEMPECELLEARTERITT

4. SYMPTOMER VED KJEMPECELLEARTERITT

5. UTREDNINGSPLAN

6. DIFFERENSIALDIAGNOSER

7. BEHANDLINGSPLAN

8. OPPFØLGINGPLAN

1. HENSIKTEN MED EGEN PROSEDYRE FOR FASTLEGER

Hensikten er å standardisere og sikre målrettet utredning, behandling og oppfølging av pasienter med kjempecellearteritt som sokner til sykehuset Østfold.

Det viktigste for fastleger er de klassiske symptomene på temporalisarteritt

- alder > 50 år
- nyoppstått hodepine
- synsforstyrrelse (forbigående tåkesyn, dobbeltsyn og/eller synsfeltutfall)
- tyggesmerter
- med ledsagende høy SR/CRP
- Dersom fastlege mistenker temporalisarteritt må man øyeblikkelig ringe vakthavende revmatolog for konferering.

Hvis vakthavende revmatolog ikke er til stede (hverdager etter kl. 20:00, lørdager etter kl. 14:00 og/eller søndager/helligdager) skal fastlege ringe vakthavende indremedisiner på Kalnes for konferering og ev. innleggelse

Primært vil vi revmatologisk avdeling ta hånd om pasienten selv og kalle denne inn til rask time, helst samme arbeidsdag, og innen 24 timer. Dette kalles Fast-Trac KCA.

- Diagnostikk må ikke forsinke oppstart av behandling.
- Fast-Trac KCA innebærer en rask vurdering med ultralyd eller annen billeddiagnostisk metode som umiddelbart kan bekrefte diagnosen og oppstart av adekvat behandling

Ofte vil vi be vakthavende øyelege om tilsyn samme dag.

Dersom vakthavende revmatolog og/eller øyelege mener det er indikasjon for innleggelse på medisinsk avdeling Kalnes, både med tanke på utredning som skal gjennomføres og/eller behandling som skal gis, vil vakthavende revmatolog avtale dette med kolleger på medisinsk avdeling Kalnes direkte.

2. HVA ER KJEMPECELLEARTERITT OG HVEM FÅR DET?

Kjempecellearteritt er den vanligste systemiske vaskulittsykdommen hos personer over 50 år.

Kjempecellearteritt er både vaskulittsykdom og en immunologisk sykdom. Kort oppsummert skjer det en immunologisk respons mot intima-mediakomplekset i karveggen. Derfor rammer tilstanden kun arterier utgående fra aorta.

Sykdommen er nesten fraværende hos pasienter < 50 år. De fleste får diagnosen ved 70-75 år.

Insidens er ca. 30 per 100 000 hos pasienter > 50 år.

Kvinner rammes dobbelt så hyppig som menn, men dette gjelder de under 70 år. Etter 70 års alder er forekomsten lik hos kvinner og menn.

Høyest insidens er rapportert fra nordiske land, og fra nord-amerikanere av skandinavisk avstamning. Sykdommen er mindre vanlig hos ikke-kauasiere.

Røyking øker risikoen for å utvikle sykdommen, mens diabetes mellitus synes å redusere risikoen.

3. MAN SKILLER MELLOM TRE HOVEDGRUPPER

1. TEMPORALISARTERITT = KRANIELL KJEMPECELLEARTERITT

1A med synsaffeksjon

1B uten synsaffeksjon

2. STORKARSVASKULITT ELLER NON-KRANIELL STORKARSVASKULITT

2A uten uttalt karaffeksjon

2B med uttalt karaffeksjon

3. BLANDET KJEMPECELLEARTERITT

3A blandet kjempecellearteritt uttalt karaffeksjon

3B blandet kjempecellearteritt med uttalt karaffeksjon

1. TEMPORALISARTERITT = KRANIELL KJEMPECELLEARTERITT

Klassisk temporalisarteritt > kun affeksjon av kranielle kar > c-KCA

1A Med synsaffeksjon

1B Uten synsaffeksjon

Den vanligste formen for kjempecellearteritt

Median debutalder rundt 71-72 år.

Disse vil ofte angi typiske symptomer som

- nyoppstått hodepine
- synsforstyrrelser (forbigående tåkesyn, dobbeltsyn og/eller synsfeltutfall)
- tyggesmerter

Meget sjelden debuterer temporalisarteritt med synstap som første og eneste symptom, men vanligvis har pasienten hodepine.

«Dessverre» er det ofte slik at de pasientene som er mest utsatte for synsaffeksjon ofte har lite symptomer, og ikke nødvendigvis er blant dem man mistenker å ha sykdommen. Disse pasientene behøver heller ikke nødvendigvis ha høy SR og CRP, men ofte ser man trombocytose. Dette gjelder primært eldre pasienter.

Synstap forekommer hos 15-20% av pasientene. Dersom synsskade er skjedd, oppstår synstap også på det andre øyet hos 25-50% innen en uke hvis behandlingen blir utsatt.

Videre klassifiserer vi temporalisarteritt inn i 2 undergrupper avhengig av synsaffeksjon eller ikke

1. Temporalisarteritt med synsaffeksjon – benevnes ofte komplisert temporalisarteritt
2. Temporalisarteritt uten synsaffeksjon – benevnes ofte ukomplisert temporalisarteritt

2. STORKARSVASKULITT ELLER NON-KRANIELL STORKARSVASKULITT

Storkarsvaskulitt > affeksjon av store kar utgående fra aorta > LV-GCA

2A Uten uttalt karaffeksjon

2B Med uttalt karaffeksjon

Den neste vanligste formen.

Median debutalder 65 år = dvs. de rammer ofte litt yngre pasienter.

Overandel kvinner.

Rammer kun store kar og gir derfor mer diffuse symptomer der andre diagnoser er mer sannsynlige. Det tar derfor ofte lengre tid å stille diagnosen. Har oftere B-symptomer med feber, nattesvette og vekttap er typisk. Mange har kronisk tørrhoste.

Komplikasjoner fra øyne/syn forventes ikke.

Sykdomsforløpet varer lengre - man vil forvente lengre behandlingstid med Prednisolon.

Vi klassifiser tilstanden inn hvorvidt pasienten har uttalt karaffeksjon eller ikke ved radiografisk(e) undersøkelse(r).

- Dette er en skjønnsmessig vurdering.
 - Klassifiseringen har noe å si i forhold til oppstartsdosen Prednisolon som gis initialt.
3. Stokarsvakulitt uten uttalt karaffeksjon – oppstart 40 mg Prednisolon
 4. Stokarsvakulitt med uttalt karaffeksjon – oppstart 60 mg Prednisolon

3. BLANDET KJEMPECELLEARTERITT

Blandet kjempecellearteritt > både temporalisarteritt og storkarsvaskulitt > blandet-KCA

Den minst vanligste formen av kjempecellearteritt.

Vi klassifiser tilstanden inn hvorvidt pasienten har uttalt karaffeksjon eller ikke ved radiografisk undersøkelse.

- Dette er en skjønnsmessig vurdering.
 - Klassifiseringen har noe å si i forhold til oppstartsdosen Prednisolon som gis initialt.
5. Blandet kjempecellearteritt uten uttalt karaffeksjon – oppstart 40 mg Prednisolon
 6. Blandet kjempecellearteritt med uttalt karaffeksjon – oppstart 60 mg Prednisolon

4. SYMPTOMER VED KJEMPECELLEARTTRITT

Kjempecellearteritt kan mistenkes hos en pasient > 50 år med

1. Nyoppstått hodepine.
2. Palpasjonsømheter i hodebunnen.
3. Tyggesmerter/kjeveclaudicatio.
4. Synsforstyrrelser = forbigående tåkesyn, dobbeltsyn og/eller synsfeltutfall.
5. Allmennsymptomer = feber, nattesvette og vekttap.
6. PMR-symptomer med smerter og stivhet i skuldre/hofter.
7. Claudicatosymptomer fra over-ex. og/eller under-ex.
8. Tørrhoste.
9. Høy SR/CRP

Kardinalsymptomene på klassisk temporalisarteritt er

1. Nyoppstått hodepine

- Hodesmertene kan sitte i tinningområdet, bakhodet eller diffust i hele hodet.

- En del pasienter vil angi at det er vondt å gre seg eller ta på området.

2. Synsforstyrrelser

- 15-20 % av pasientene angir en eller annen form for synsforstyrrelse, og er en fryktet og relativt hyppig komplikasjon til temporalisarteritt
- De vanligste synsforstyrrelsene pasientene angir er forbigående tåkesyn, dobbeltsyn og/eller synsfeltutfall.
- Meget sjelden debuterer temporalisarteritt med synstap som første symptom, men vanligvis har pasienten ledsagende hodepine.

3. Tyggesmerter = kjeveclaudicatio

- Smerter i kjevene ved tygging.

4. Andre symptomer ved kjempecellearteritt

- Øresus eller redusert hørsel.
- Smaksendringer - ofte smaker søtt søtere, og salt smaker saltere.
- Redusert allmenntilstand.
- Lavgradig feber, nattesvette og vekttap.
- Smerter og stivhet i skuldre og hofter = sekundære PMR-symptomer.
- Tørrhoste.

5. UTREDNINGSPLAN

ALLTID	<u>RING REVMATOLOG ØYEBLICKELIG HVIS MISTANKE OM TILSTANDEN</u> 1. Sykehistorie 2. Somatisk status 3. Blodprøver 4. Ultralyd ledd, kranielle og store kar: Helst på dagtid 08-16 så flere kan vurdere pasienten.
VURDERE	5. Temporalisbiopsi: Revmatolog tar stilling til indikasjon for biopsi og hvem som skal ta den 6. Øyelegetilsyn
ANNET	7. BMD 8. Revmaprøver 9. Urinstix 10. Rtg. thorax 11. Ultralyd abdomen 12. CT thorax/abdomen/bekken 13. PET 14. CT angio eller MR angio 15. CT caput 16. BMD 17. Mammografi 18. Hemo-fec

1. SYKEHISTORIE

Spør etter klassiske symptomer på temporalisarteritt

- nyoppstått hodepine?
- synsfenomen i form av forbigående tåkesyn, dobbeltsyn og/eller tap av synsfelt?
- tyggesmerter?

Ømhet i skallen? Gjør det vondt å gre seg?

Øresus eller redusert hørsel?

Smaksendringer?

B-symptomer med feber, nattesvette og/eller vekttap?

Ledsagende PMR-symptomer?

- morgenstivhet over en time?
- stivhet og smerter i nakke, skuldre, hofter, lår og nedre del av rygg?

Røyker pasienten?

2. SOMATISK STATUS

Generell organstatus inkludert malignitetsvurdering.

Vurdere arteria temporalis klinisk

- fortykket?
- øm?
- redusert eller fravær av puls?

Auskultere med tanke på stenoseulyder - gjelder både hjerte, carotider, subclavia og aksillaris.

3. TYPISKE LABORATORIEFUNN PÅ BLODPRØVER

1. Forhøyet SR og CRP

Svært unntaksvis har noen pasienter normale akutfaseparametre, men normale akutfaseparametre gir mistanke om annen diagnose!

2. Trombocytose

3. Utfall i leverfunksjonsprøver, spesielt ALP

4. Anemi

4. ULTRALYD AV TEMPORALARTERIER OG STORE KAR

- Ultralyd av ledd, temporalkar og store kar utføres alltid på revmatologisk avdeling. Vi ser da etter typiske tegn til kjempecellearteritt og PMR.

- Det bør bemerkes at ultralyd er et diagnostisk hjelpemiddel, og enkelte pasienter vil mangle relevante funn ved ultralyd.

5. ANDRE UNDERSØKELSER SOM KAN OG VIL VURDERES UTFØRT

a: VURDERE Temporalisbiopsi

- Revmatolog vil ta stilling på om biopsi er nødvendig for sikker diagnose
- Hvis ultralyd viser sikre funn forenlig med kjempecellearrteritt anses det som ikke nødvendig å ta temporalisbiopsi

b: VURDERE Øyelegetilsyn

- Alle pasienter som med kjempecelleateritt og synsforstyrrelse bør tidlig henvises øyelege.

c: ALLTID BMD: («body mass density»)

- Bentetthetsmåling med tanke på bruk av Prednisolon over tre måneder

d: Revmaprøver

- Tas ved klinisk mistanke.
- Gjelder primært ANCA og IgG4.
- Andre revmaprøver kan også vurderes ut ifra sykehistorie,

e: Urinstix

- Hvis mistanke om annen årsak til klinisk bilde

f: Røntgen thorax

- Hvis mistanke om annen årsak til klinisk bilde og ev. koeksisterende PMR

g: Ultralyd abdomen

- Ved mistanke om nyrecancer

h: CT thorax/abdomen/bekken

- Ved mistanke om malignitet

i: PET-CT (Positron emisjons-tomografi)

- Ved usikkerhet om diagnosen
- PET-CT bør begrenses til spesialisthelsetjenesten da det er en dyr undersøkelse.
- PET-CT brukes for å utelukke eller bekrefte mistanke om storkarsvaskulitt/non-kraniell storkarsvaskulitt eller andre alvorlige differensialdiagnoser som infeksjoner eller malignitet.

j: CT angio eller MR angio

- Benyttes i mindre grad enn før nå som vi har PET.

k: CT caput

- Med tanke på andre årsaker til hodepine.

l: Mammografi

- Ved klinisk mistanke om brystkreft.

m: Hemo-fec

- Ved mistanke om blødningsanemi

6. DIFFERENSIALDIAGNOSER

1. Andre årsaker til hodepine

Subaraknoidalblødning

Apoplexi

Sinusvenetrombose

Tumor cerebri

Meningitt

Encefalitt

Sinusitt

Migrene

Klusterhodepine

Tensjonshodepine

2. Lokale tilstander i hode/halsgebet

Trigeminusnevralgi

Herpes zoster

Sinusitt

Tannsykdommer

3. Infeksjoner

Endokarditt

Abscess

Tuberkulose

Osteomyelitt

4. Malignitet

Nyrecancer

Myelomatose

Lymfomer
Leukemier
Andre solide tumores

5. Andre revmatiske sykdommer

ANCA-assosierte vaskulitter (GPA, MPA, EGPA og/eller PAN)
Takaysus arteritt
IgG4-sykdom

8. BEHANDLINGSPLAN

1. Behandling med Prednisolon skal stases umiddelbart dersom diagnosen mistenkes!

- Tidlig og aggressiv behandling er helt avgjørende for utfallet.
- Diagnostiske undersøkelser må ikke forsinke oppstart av behandling.
- Behandlingsmålet ved temporalisarteritt er å forhindre synstap.

2. Det finnes ingen absolutt behandlingsplan man skal følge

- Det finnes ikke noen absolutt plan som man må/skal følge, men hver pasient må individuelt vurderes ut ifra klinikk, ultralydfunn og andre sykdommer.
- Alle pasienter vil få utlevert egen behandlingsplan avhengig av hvordan sykdommen klassifiseres. Dette vil fremkomme av journal.

3. Behandlingsprinsipper oppstart Prednisolon

<i>a: synsforstyrrelser</i>	Hvis synsforstyrrelser vurderes Metylprednisolon iv 500 mg i 3 dager, alternativt Prednisolon 1 mg/kg/dag opp til 60 mg. For pulsbehandling med Metylprednisolon er litteraturgrunnlaget svært begrenset.
<i>b: ikke synsforstyrrelser</i>	For pasienter uten synsforstyrrelse en startdose 40 mg Prednisolon.
<i>c: uttalt kar-affeksjon</i>	Hvis uttalt kar-affeksjon på ultralyd og/eller CT/MR og/eller PET kan oppstartdose Prednisolon 60 mg i 1-2 uker vurderes.

4. Andre medisiner som gis eller vil vurderes gitt

Somac® 20-40 mg Inntil Prednisolon er < 10 mg.
Videre dosering vil individuelt vurderes.

<i>Calcigran Forte</i>	Som osteoporose-profylakse.
<i>Albyl-E® 75 mg</i>	Skal gis etter individuell vurdering. Acetylsalisylsyre anbefales ikke rutinemessig til pasienter med kjempecellearteritt, men kan være aktuelt dersom det foreligger kardiovaskulære risikofaktorer.
<i>Methotrexate®</i>	Revmatolog vil vurdere om det er indikasjon for Methotrexate® som Prednisolonsparende.
<i>RoActemra®</i>	Hos pasienter som ikke responderer på Methotrexate® vil revmatolog vurdere indikasjon for Tocilucimab (RoActemra®).
<i>Bisfosfanater</i>	Bisfosfanater vurderes etter BMD-måling.
<i>Bactrim®</i>	Bactrim® som profylakse mot Pneumocystis vil vurderes dersom tilstedeværelsen av ≥ 2 risikofaktorer. Dosen vil doseres etter nyrefunksjon, der vanlig dose 1 tbl daglig (hvis GFR > 30). Man følger da nasjonal veileder for Pneumocystisprofylakse fra 2024 fra Norsk Revmatologisk Forening <ul style="list-style-type: none"> • Interstitiell lungesykdom eller annen kronisk lungesykdom • Lymfopeni • CD-4 tall under 200 • Alder 65 år • Tidligere PCP • Koeksisterende malignitet • Nyresvikt • Diabetes Mellitus

5. Bivirkninger av Prednisolonbruk

Bivirkningene ved bruk av Prednisolon, både på kort og lang sikt, anses som godt kjent for kollegaer i primærhelsetjenesten. Vi har skrevet om de vanligste bivirkninger i pasientinformasjonen som alle pasienter får utlevert ved diagnosetidspunkt.

1. Måneansikt

2. Små hudblødninger

3. Økt fare for infeksjoner

4. Stigende blodsukker

5. Økt blodtrykk

- 6. Benskjørhet
- 7. Økt magesyre
- 8. Utposninger i tarm
- 9. Økt appetitt og vekt oppgang
- 10. Skade av hoftelrådet
- 11. Uro og søvnproblemer

9. OPPFØLGINGSPLAN

1. Som ved behandlingsplan finnes det ikke en absolutt kontrollplan man skal følge!

- Det vil nødvendigvis være forskjeller når det gjelder hvordan ulike pasienter responderer på behandlingen.
- Vi anbefaler alle pasienter kontroll hos fastlege med blodprøver og blodtrykk én uke etter oppstart høy-dose Prednisolon. Dette også for at fastlege skal ha tid til å gå gjennom bivirkninger ved bruk av høy-dose Prednisolon.

Kontroll etter oppstart Prednisolon	Blodprøver dagen før time	Hos hvem
1 uke	x	Fastlege
1 måned	x	Revmatolog
3 måneder	x	Revmatolog
6 måneder	x	Revmatolog
12 måneder	x	Revmatolog
24 måneder	x	Revmatolog

2. Kontroller ved revmatologisk poliklinikk

Pasientene vil følges opp ved vår poliklinikk fremover. Vi tar sikte på å kontrollere de

- 1 måned etter oppstart Prednisolon
 - 3 måneder etter oppstart Prednisolon
 - 6 måneder etter oppstart Prednisolon
 - 12 måneder etter oppstart Prednisolon
 - 24 måneder etter oppstart Prednisolon
- Det kan bli endringer i kontrollene underveis avhengig av hvordan pasientene responderer på behandlingen
- Pasientene er informert om å ta kontakt med lege dersom de skulle oppleve problemer med synet etter oppstart Prednisolon eller de under nedtrappingen av Prednisolon merker

hodepine.

Det er viktig at pasientene tar blodprøver før hver kontrolltime. Dette for å se hvordan de responderer på behandlingen. Revmatolog vil bestille blodprøvene, men pasientene selv må huske å ta de før kontrollene.

3. Kontroller hos fastlege

Mange pasienter vil oppleve bivirkninger ved bruk av Prednisolon. Det er viktig at pasientene tar opp disse med fastlegen.

Vi anbefaler alle pasienter å bestille time hos fastlegen en uke etter oppstart Prednisolon, og at de tar blodprøver før timen.

Vi anbefaler influensavaksine årlig.

4. Sykdomsaktiviteten vurderes etter Kerr`s kriterier

Nytilkommet eller forverring av to eller flere av de overstående faktorer er indikasjon på aktiv sykdom og tilsier intervensjon.

a: Allmennsymptomer

- feber, myalgier og arthralgier.
- annen årsak enn artritt bør utelukkes.

b: Forhøyet SR og CRP

c: Tegn til vaskulær ischemi eller inflammasjon

- claudicatio.
- ikke palpabel eller svak puls perifert.
- asymmetri ved blodtrykksmåling på over- og/eller under-ekstremiteter.

d: Typiske angiografiske forandringer ved bildediagnostikk

5. Nyttige kliniske tips ved oppfølging

Omtrent 1/3 vil få tilbakefall av sykdommen i løpet av prednisolonreduksjonen, og de aller fleste får det i løpet av det første året.

De vanligste symptomene på tilbakefall er hodepine og PMR-symptomer.

På blodprøver vil SR og CRP øke hos 80 % av alle pasientene ved oppbluss.

Seponeringsforsøk av Prednisolon gjøres vanligvis etter to år. Seponering forutsetter inaktiv sykdom de siste 6 måneder = dvs. ingen symptomer og normal SR og CRP.

Ca. 50 % av pasientene vil trenge Prednisolon i 3-4- år før seponering lykkes.

Pasienter med affeksjon av store kar trenger ofte lengre behandlingstid.

Pasienter med kjempecellearteritt har dobbelt så stor risiko for å utvikle aneurismer i aorta sammenlignet med befolkningen forøvrig. Det foreligger ingen internasjonal konsensus vedrørende kontroll av bildediagnostikk mtp. tidlig oppdagelse av dette.

Man kan vurdere CT aorta tidlig i sykdomsforløpet, og så etter tre-fem år.

- 80 % av pasientene som utvikler denne komplikasjonen har hypertensjon.
- 80 % er thorakale aneurismer, og 20 % er abdominale aneurismer.

De fleste vil utvikle aneurismer i løpet av de første fem årene fra sykdomsdebut, men risikoen er forhøyet i opptil sju år.

Hvis pasienten er i remisjon etter to år kan kontrollene overlates til primærhelsetjenesten.