

# Reumatologiske fremskridt

## Dansk Reumatologisk Selskab

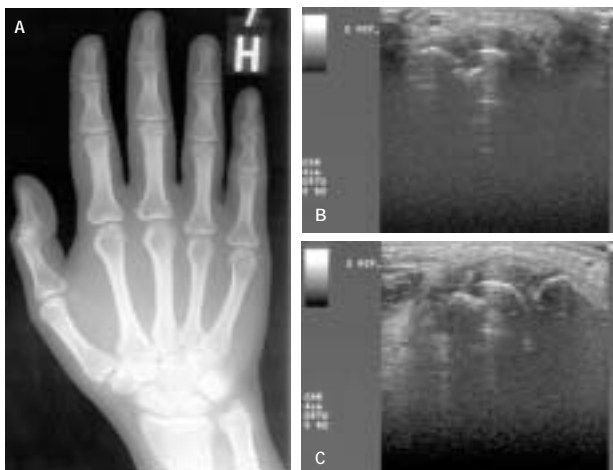
Konst. overlæge Lis Smedegaard Andersen, overlæge Ulrich Fredberg, overlæge Jesper Nørregaard, overlæge Claus Rasmussen, klinisk assistent Marcin Szkudlarek & professor Mikkel Østergaard

Reumatologien udvikler sig hastigt med store diagnostiske og behandlingsmæssige fremskridt inden for både degenerative og inflammatoriske sygdomme.

Reumatologisk diagnostik har primært været baseret på klinisk undersøgelse, røntgenundersøgelse (RTG) og blodprøver, mens lokaliseret lidelse i bløddelene ikke direkte kunne visualiseres. MR-skanning muliggør en sådan detaljeret bløddelsvurdering, men er for mange reumatologer stadig relativ utilgængelig.

I stigende grad anvender reumatologer nu ultralydsundersøgelse (UL) til let og hurtigt at objektivisere lokale smertegener og dysfunktioner og evt. aspirere eller injicere ultralydvejledt.

Parallelt med behandlingsforbedringer og tidlig intervention både ved reumatoid artrit (RA) og spondylartropatier (SpA) behøver man nu mere følsomme metoder til diagnostik og kontrol. Stigende evidens peger på, at MR er den nye guldstandard for bedømmelse af perifere og aksiale led ved RA og SpA. UL er mindre valideret, men nye danske resultater har vist, at synovit bedre bedømmes med Doppler-UL end ved klinisk vurdering, og erosioner tidligere påvises med UL end med RTG, måske endda med et forspring på op til to år, sådan som det er set med MR. Forandringer i sene- og kapseltilhæftninger ved SpA kan også erkendes visuelt.



Figur 1. A. Metakarpofalangeal (MCP)-led uden radiologisk påviselig erosion. B. MCP-led med erosion (transversel projektion). C. MCP-led med erosion (medial longitudinal projektion).

Ved skulderlidelser har MR og UL en stigende betydning.

UL er blevet en integreret del af idrætsmedicinen, og danske UL-studier har vist, at en tredjedel af selv totale achillesnerupturer overses ved en klinisk vurdering, hvorimod achilles- og patellartendinit overdiagnosticeres i to tredjedele af tilfældene.

I takt med at oplæringen integreres i uddannelsen, forventes UL at blive »reumatologens forlængede finger«.

Den medicinske teknologivurderings (MTV)-rapport »Behandling og diagnostik af leddegigt« understregede værdien af tidlig diagnostik (henvisning til reumatolog ved mindst seks uger varende ledhævelse) og intensiv anvendelse initialt med langsomtvirkende antireumatika og ved utilstrækkelig effekt behandling med tumornekrotiserende faktor (TNF)-alfa-hæmmere (infliximab eller etanercept). Disse stoffer har været et sensationelt fremskridt i behandlingen af svær RA, idet leddestruktion ved brug af stofferne stort set ophører.

Svære SpA-ramte patienter (mb. Bechterew eller psoriasisartrit) har med NSAID og fysisk træning hidtil været dårligt stillet behandlingsmæssigt. TNF-alfa-hæmmere er her ligeledes et gennembrud, idet halvdelen af patienterne bedres markant.

TNF-alfa er måske også centralt for inflammationen omkring hernieret nucleus pulposus-væv ved diskusprolaps. Efter en infliximabbehandling ved operationskrævende, lumbal diskusprolaps halveredes bensmerterne allerede efter en time (n = 10). Efter to uger var 60% smertefri, alle var i arbejde efter en måned, og ingen blev opereret i de følgende tre måneder.

Ved langvarige rygsmerter tyder studier på, at patientens forventning til behandlingen er vigtigere end typen af behandling. Dette stiller afgørende krav til fremtidens undersøgelser, idet f.eks. operationer umuliggør blinding.

Det er veldokumenteret, at kort ventetid, grundig undersøgelse, beroligende information suppleret med fokus på resurser og funktion har en positiv og langvarig effekt. Omvendt kunne fokusering på smerte og funktionstab f.eks. ved erstatningssager og kriseterapi være en årsag til de alvorlige forløb i disse situationer.

Reumatologien går en spændende fremtid i møde, ikke mindst fordi en del af frontlinjeforskningen specielt inden for muskuloskeletal UL og MR foregår inden for danske grænser.

Korrespondance: Lis Smedegaard Andersen, Kong Chr. X.s Gigthospital, Toldbodgade 3, DK-6300 Gråsten. E-mail: lsandersen@gigtforeningen.dk

Interessekonflikter: Ingen anført