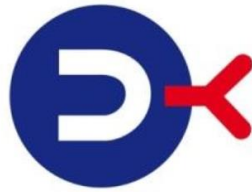




Gjør
kloke
valg



Norsk revmatologisk
forening

DEN NORSKE LEGEFORENING

Unngå å forskrive moderat til høydose glukokortikoidbehandling ved revmatiske sykdommer uten å gjøre en grundig risiko-nytte vurdering, ha en god plan for oppfølging og iverksette nødvendige forebyggende tiltak.

Begrunnelse: Moderate – høye doser glukokortikoider $>7,5 \text{ mg/dg} \leq 100 \text{ mg/dg}$ bør ikke forskrives før man har gjort en grundig vurdering av nytte opp mot potensiell risiko. Alle pasienter bør før oppstart få vurdering av komorbiditet som disponerer for bivirkninger, dette kan være nedsatt glukosetoleranse, tidligere magesår og kardiovaskulær sykdom. Ha en god plan for oppfølging av glukokortikoidbehandlingen, titrer dosen etter respons og utvikling av bivirkninger. Hos pasienter med eller risiko for steroidindusert osteoporose bør forebyggende og terapeutiske tiltak iverksettes.

Referanser:

- EULAR evidence-based and consensus-based recommendations on the management of medium to high-dose glucocorticoid therapy in rheumatic diseases. N Duru et al. Ann Rheum Dis 2013.
- Glucocorticoid-Induced Osteoporosis L Buckley et al. N Engl J Med 2018.
- Nasjonal prosedyre- Osteoporose: Utredning, behandling og oppfølging av A. M. Hjelle,
- E. M. Apalset, T. T. Borgen og M. Hoff <https://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-revmatologisk-forening/Fagradets-innstillinger/Ferdige-norske-prosedyrer/>
- Prevention of glucocorticoid morbidity in giant cell arteritis F. Buttgerit et al. Rheumatology 2018.
- Comparison of high versus low-medium prednisone doses for the treatment of systemic lupus erythematosus patients with high activity at diagnosis. Ioana Ruiz-Arruza et al Autoimmunity Reviews 14, 2015.

Unngå å rekvirere MR av rygg eller ledd hvis ikke det har en sannsynlig diagnostisk eller behandlingsmessig konsekvens.

Begrunnelse: Det er et overforbruk av MR innenfor revmatologien. Mange MR-bilder tas uten at det får en behandlingsmessig konsekvens. En god klinisk undersøkelse og bruk av ultralyd kan erstatte en del MR-undersøkelser.

Referanser:

- Bildediagnostikk ved ikke-traumatiske muskel- og skjelettlidelser. Nasjonal faglig retningslinje. Helsedirektoratet 2014.
- Riksrevisjonens undersøkelse av bruken av poliklinisk billediagnostikk, Riksrevisjonens administrative rapport nr. 1 2017 <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2016-2017/bilediagnostikk.pdf>
- Overuse of Magnetic Resonance Imaging, D. J. Emery Jama Intern Med 2013

Unngå for lang behandlingsslengde med bisfosfonater.

Begrunnelse: Osteoporosebehandling med bisfosfonater bør revurderes etter 3-5 år po bruk eller 3 års iv bruk og behandlingspause bør vurderes. Samvalg mellom pasient og behandler er sentralt siden det handler om langvarig forebyggende behandling.

Referanser:

- Nasjonal prosedyre- Osteoporose: Utredning, behandling og oppfølging av A. M. Hjelle,
- E. M. Apalset, T. T. Borgen og M. Hoff <https://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-revmatologisk-forening/Fagradets-innstillinger/Ferdige-norske-prosedyrer/>
- EULAR/EFORT recommendations for management of patients older than 50 years with a fragility fracture and prevention of subsequent fractures. W.F. Lems et al. Ann Rheum Dis 2017.
- 2017 American College of Rheumatology Guideline for the Prevention and Treatment of
- Glucocorticoid-Induced Osteoporosis. L. Buckley et al. Arthritis Care & Research 2017.

Unngå glukokortikoidinjeksjoner i ledd uten sikre holdepunkter for inflammasjon.

Begrunnelse: Behandling og behandlingsmålet er basert på en felles avgjørelse mellom pasient og revmatolog og vil i de fleste artrittsykdommer være remisjon. Så lenge behandlingsmålet ikke er nådd, skal grunnbehandlingen justeres. Dersom det er sykdomsoppbluss kan det i tillegg være aktuelt å gi glukokortikoidinjeksjoner i ledd med sikker artritt. En nyere studie viser at glukokortikoidinjeksjoner gir best effekt i ledd med ultralyd verifisert artritt med moderat Doppler aktivitet, uavhengig av om leddet er hovent eller ikke.

Referanser:

- Nasjonal prosedyre for diagnostikk, behandling og oppfølging av revmatoid artritt i Norge. A. B. Aga og E. A. Haavardsholm. <https://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-revmatologisk-forening/Fagradets-innstillinger/Ferdige-norske-prosedyrer/>
- The Impact of Ultrasound on the Use and Efficacy of Intraarticular Glucocorticoid Injections in Early Rheumatoid Arthritis: Secondary Analyses From a Randomized Trial Examining the Benefit of Ultrasound in a Clinical Tight Control Regimen. L. B. Norberg et al. Arthritis & Rheumatology 2018.

Unngå å starte biologisk behandling ved axial spondyloartritt uten sikre tegn på inflammasjon.

Begrunnelse: Det bør ikke startes biologisk sykdomsmodifiserende behandling (bDMARDs) ved axial spondyloartritt uten signifikant benmargssødem på MR og/eller forhøyet CRP. Det er mange årsaker til benmargssødem på MR som degenerasjon, traume og fødsel, så MR funn må vurderes opp mot klinikk.

Referanser:

- Nasjonal prosedyre: Utredning, behandling og oppfølging av axial spondyloartritt ved Hilde Stray. <https://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-revmatologisk-forening/Fagradets-innstillinger/Ferdige-norske-prosedyrer/>
- 2016 update of the ASAS-EULAR management recommendations for axial spondyloarthritis. van der Heijde D, et al. Ann Rheum Dis 2017.
- Associations between spondyloarthritis features and MRI findings. B. Arnbak et al. Arthritis and Rheumatology 2016.
- Frequency and anatomic distribution of MRI features in the SI joints of young athletes. U. Weber et al. Arthritis Rheumatol. 2018.