

Lathund vid misstanke om jättecellsarterit (GCA) hos patienter över 50 år

Diagnostik

Minst 2 kriterier (punkter A till F) ska vara uppfyllda.
Välj annars annan diagnostik/behandling.

A. Ögonsymtom

- arterisk optikusinfarkt (oftast)
- plötslig, smärtfri, bestående, grav (<0.1) synnedsättning (ofta övre eller nedre synfälts halva - altitudinell)
 - prodromer kan förekomma (veckor)
- övriga symtom från artärförsörjning:
- ptos – m. orbicularis oculi (sällan)
 - diplopi – ögonmuskulatur (sällan)
 - amaurosis fugax eller dimsyn med synfältsbortfall – a. centralis retinae

B. Huvudvärk av ny karaktär

- ytlig, "ny" huvudvärk
- oftast tinning, hjässa men även kind, bakhuvudet
- stör på nätterna, svarar dåligt på smärtstillande

C. Skalpömhät

D. Tuggclaudicatio

- ont/trötthet i tuggmuskulaturen i samband med ätande; kan även påverka tungan

E. Avvikande palpation a. temporalis

- avsaknad av pulsen
- ömhet
- uppdriven kärl

F. Hög SR/CRP eller PMR-symtom

Diffdiagnoser

ögonsymtom:

icke-arterisk optikusinfarkt:

- ofta mindre grav (>0.1)
 - utan allmänna symtom och prodromer
 - ofta smärtfri
- optikusneurit:*
- oftast hos yngre och subakut debut
 - lindrig till måttlig smärta vid ögonrörelser
 - oförmåga att känna igen färger
- glaskropp- eller näthinneavlossning:*
- flugor i synfältet, blixtrar, ridåfenomen

Diffdiagnoser huvudvärk:

- bältros
- migrän
- Hortons huvudvärk
- trigeminusneuralgi
- käkledsbesvär
- tandinfektion

Övriga diffdiagnoser:

- malignitet
- infektion

Obs! Vid GCA förekommer ofta sjukdomskänsla, viktnedgång, trötthet, subfebrilitet

Handläggning

vid misstänkt GCA

med ögonsymtom

1. patient till labb (SR, CRP, b-glukos och HbA1c)
2. telefonkontakt med reumatologen (vardag 8-20; helg 9-17; övrig tid medicinbakjour Kga/Lbg/USÖ)
3. ordination på plats – Prednisolon 40-60 mg p o (eller Betapred 0,5 mg 10 tabl)
4. akut remiss till "Reumatologi USÖ" eller akutmottagningen Kga/Lbg/USÖ (se nedan)
5. transport (obs! sjukresa, pat får inte köra själv) till Reumatologimottagningen USÖ (öppet må-to 7.30-16.30 fr 7.30-14) eller akutmottagningen Kga/Lbg/USÖ.

Avvakta ev återremiss från reumatologen

utan ögonsymtom

1. patient till labb (CRP, b-glukos, HbA1c, SR, Hb, LPK, TPK, eGFR, ALAT, Ca, elfores, urinsticka)
2. telefonkontakt med reumatologen
3. ordination på plats – Prednisolon 40 mg p o (eller Betapred 0,5 mg 10 tabl)
4. recept Prednisolon 10 mg 4 tabl/d i 2-4 v., Kalk + vit D 500 mg/800 IE 1 x 1
5. remiss ultraljud a. temporalis (akut)
6. lämna patientinfo (kortisonbehandling, GCA)
7. boka telefonuppföljning om 1 v.
8. starta Prednisolonbevakning med provtagning CRP/SR om 1 v.

Vid telefonkontakt (ca 1 vecka från debuten)

1. meddelande om prover/ultraljudet, uppföljning effekt/biverkningar kortison (telefon till reumatologen vid utebliven effekt eller oklar diagnostik)
2. om diagnosen är fastställd – remiss lungröntgen och bentäthetsmätning (om pat >80 år överväg behandling direkt, annars bevak resultatet)
3. registrera diagnosen M31.6

Fortsatt prednisolonbehandling

Efter 2-4 veckor från starten sänk Prednisolon med 10 mg varannan vecka (till 20 mg), därefter med 2,5 mg var 2-4 vecka till 10 mg, därefter med 1,25 mg varje 1-2 månad. Kontrollera HbA1c var 6:e månad om Prednisolon $\geq$ 5 mg/d. Efter 1 år förväntas patienten ligga på högst 5 mg/d (vid avsaknad av symtom). Behandlingstid ca 2 år. Telefonkontakt med reumatologen om patienten inte svarar på kortison, inte klarar nödvändiga kortisondosen (biverkningar) eller inte klarar att gå ner i dosen.