



GRØNSPÆTTEBOG

Version 1.3

**Klinik for Gigt- og Bindevævssygdomme
Regionshospitalet Randers**

Seneste revision

21.11.2023

Første udgave

01.03.2023

Forfattere:
Agnete Donskov
Jonas Svenningsen

INDHOLDSFORTEGNELSE

INDHOLDSFORTEGNELSE.....	2
FORKORTELSER.....	3
NYTTIGE LINKS	3
LED HOMUNCULUS.....	3
INTRODUKTION TIL KLINIKKEN	4
REUMATOLOGISKE KONFERENCER OG UNDERVISNING	5
OPHÆNGNING TIL BIO- OG MR-KONFERENCE.....	5
NYHENVISTE	7
KONTROLLER	9
Perifere artritter (reumatoid artrit, psoriasisartrit, polyartrit, HLA-B27 associeret artrit).	9
Rygøjlegigt (axial spondylartrit/SpA, mb bechterew, sakroilitis).....	10
PMR/GCA	11
KONTROLHYPPIGHED	12
RADIOLOGISKE UNDERSØGELSER.....	13
DANBIO.....	13
OSTEOPOROSE OG REUMATOLOGISK SYGDOM	16

FORKORTELSER

AS: ankyloserende spondylitis, mb bechterew
AT: arteritis temporalis, fænotype af GCA
AU: urinsyregigt, arthrit urica
AxSpA: rygsøjlegigt, axial spondylartrit
AxPsA: psoriatisk rygsøjlegigt, axial psoriasisartrit
C-GCA: kæmpecellearteritis med affection af ekstrakranielle kar, fænotype af GCA
CTD: bindevævssygdom, connective tissue disease
DXA: Dual energi X-ray absorption bruges til bestemmelse af bone mineral density (BMD)
GCA: kæmpecellearteritis
LV-GCA: kæmpecellearteritis med storkarsvaskulit, fænotype af GCA
LVV: storkarsvaskulit, kan være en fænotype af GCA
MCTD: mixed-connective tissue disease
PMR: polymyalgi, muskelgigt
PsA: psoriasisgigt/artrit
PsO: psoriasis (hud)
RA: leddegigt, reumatoid artrit
ReA: reaktiv artrit
SLE: systemisk lupus erytematosus
SpA: rygsøjlegigt, spondylartrit
SS: Sjögren's syndrom
SSc: systemisk sklerodermi
UCTD: udifferentieret bindevævssygdom/connective tissue disease

NYTTIGE LINKS

[Dansk Reumatologisk Selskabs hjemmeside](#)

[NBV – arthrit urica](#)

[NBV – axial spondylartrit](#)

[NBV – kæmpecellearteritis og polymyalgi](#)

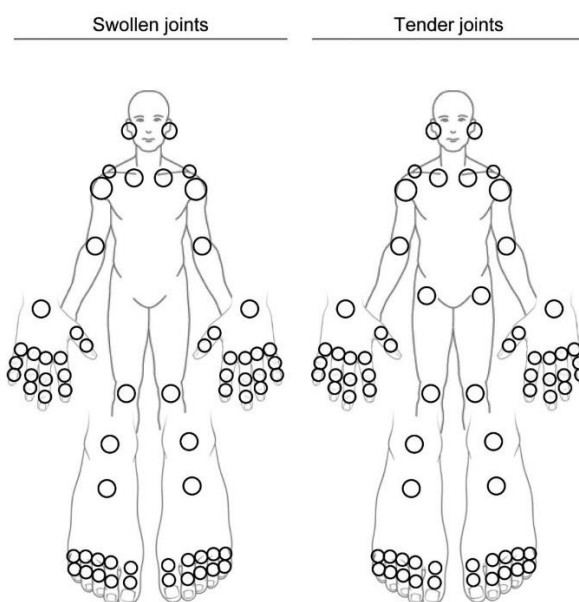
[NBV – osteoporose hos patienter med artrit](#)

[NBV – psoriasisartrit](#)

[NBV – reumatoid artrit](#)

[NBV – reumatologiske lægemidler](#)

LED HOMUNCULUS



INTRODUKTION TIL KLINIKKEN

Klinik for Gigt- og Bindevævssygdomme (KGB) ligger på 7. etage sammen med Klinik for Lever- Mave- og Tarmsygdomme (LMT).

Til klinikken er der fast tilknyttet 4 overlæger, 2 afdelingslæger, mellem 0 og 3 reumatologiske HU-læger. Desuden er der i klinikken 5 reumatologiske sygeplejersker og 2,5 sekretærer. Der arbejdes tæt sammen på tværs af faggrupperne.

På klinikgangen er der 6 konsultationsrum til lægerne og 4 rum til sygeplejerskerne. Sekretærene sidder mellem KGB og LMT.

Der er ultralydsskannere i alle rum som kan supplere ledundersøgelse og -injektioner.

Vi anbefaler, at lægen skriver planen som kladde i EPJ (resten af notatet anbefales dikteret). Patienten venter derefter på gangen eller i venteværelset indtil vedkommende er set af sygeplejersken mhp. effektivering af planen. Er der ikke behov for opfølgning ved sygeplejersken, kan hele notatet dikteres.

Vælger man selv at skrive notatet, er det vigtigt, at sekretæren får besked mht. booking af kontroltider og bestilling af blodprøver. Sygeplejerskerne kan om nødvendigt assistere ved procedurer eller lignende efter behov.

Derudover er det vigtigt at være opmærksom på, at flere patientgrupper (primært leddegigt, psoriasisgigt og rygsøjlegigt) skal have tastet data i den reumatologiske kvalitetsdatabase (DANBIO). Patienten vil typisk have tastet sin del ind inden konsultationen og lægen taster yderligere oplysninger ind under/efter konsultationen. Hvis patienten ikke har tastet ind, inden konsultationen gøres det umiddelbart efter. Se særskilt afsnit om DANBIO.

På programmet ses både nyhenviste, kontrol- og akutte patienter. Vi tilstræber gennemgang af dagens program med supervisor umiddelbart inden programmet starter, og der er hele dagen mulighed for løbende supervision. Det forventes, at alle nye patienterne, patienter der er diagnostisk uafklarede, akutte patienter og patienter hvor der foretages medicinændringer konfereres med supervisor.

Det anbefales at have orienteret sig i sit program på forhånd, da det maksimerer læringsudbyttet.

Ambulatorieprogrammerne fremgår af afviklingslisterne i EPJ.

REUMATOLOGISKE KONFERENCER OG UNDERVISNING

Reumatologiske forundringsmøder:

- Tirsdag kl. 8.00 i kaffestuen
- Her drøftes emner der er fagligt, organisatorisk eller relevant for driften

Biologisk konference:

- Tirsdag og torsdag kl. 14.15 – 14.45 i kaffestuen, Klinik for Gigt og Bindevævssygdomme
- Gennemgang af patienter hvor opstart eller skift af biologisk behandling er fundet indiceret

MR-konference:

- Én onsdag per måned, typisk 1. eller 2., kl. 8.30 ved MR-skanneren i RTG-afdelingen
- Gennemgang af RTG/MR-skanninger og sygdomshistorik typisk på patienter hvor spondylartrit mistænkes

Undervisning:

- Onsdag kl. 14.00 i kaffestuen
- Enten internt eller virtuelt tværregionalt

OPHÆNGNING TIL BIO- OG MR-KONFERENCE

Biokonference:

Alle patienter der skal opstartes eller skiftes i biologiske medicin drøftes hver tirsdag og torsdag eftermiddag inden dette iværksættes.

Beslutning om en patient skal drøftes på konference sker i samråd med superviserende speciallæge, inden dette iværksættes.

Når patienter sættes til biokonference, anbefales det at:

- DANBIO er opdateret
- Den specialespecifikke sygdomshistorik er lavet/opdateret
- Der foreligger et oplæg til behandlingen
- Der under plan ordineres biokonf og ifm afskrivning af diktatet vil pt bookes

Den specialespecifikke sygdomshistorik tilgås ved at

- I EPJ på patientniveau under fanebladet "Dokumentation".
- Vælges "Sygdomshistorik". Man kan med fordel tilføje den under favoritter.
- Højreklik i ruden og vælg "Opret specialespecifik sygdomshistorik".
- Vælg "Reumatologi" i drop down menuen.
- Højreklik i ruden med beskrivelse og vælg "Indsæt standart tekst"
- Vælg "Perifer artrit", "Inflammatorisk ryg sygdom", "Inflammatoriske systemsygdomme" i søgeruden efter relevans
- Udfyld relevante information og slet det irrelevante

MR-reumakonference:

Alle diagnostisk uafklarede patienter, hvor MR-skanningen rejser mistanke om sakroilit eller spondylartrit bør ophænges og drøftes på vores MR-konference, der finder sted onsdag ca. hver 4. uge. Kan evt. undlades, hvis primærbeskrivelsen er af Torben Nygaard, eller skanningen er drøftet med denne.

Da RTG-afdelingens system ikke samarbejder med EPJ skal det både ophænges på klinikkens og RTG afdelingens liste – se nedenfor.

Ophængning til MR-konference:

- Er billederne fra private udbydere (ex Aleris eller Capio) ordineres der under planen rekvisition af relevant billedmateriale (modalitet, anatomisk område, udbyder og tidspunkt) inden ophængning

- Ophængning til MR-konference ordineres under planen (anfør om det er førstkommande eller specifik dato)
- Under billeddiagnostik højreklik og vælg "Opret rekvisition"
- Under type vælg "Administration"
- Vælg "Ophængning af egn tidl. undersøgelse" eller " Ophængning t. konf. af fremmede billeder" afhængigt af hvor undersøgelsen er udført
- Under indikation angives kort tekst indeholdende nedenstående
 - o "Ophængning til reuma MR-konference"
 - o Tidspunkt hvor billederne bedes gennemgået (førstkommande eller dato)
 - o Sted og dato for aktuelle og evt. tidligere relevant billeddiagnostik
 - o Kort beskrivelse af symptomer og fund indeholdende
 - Inflammatoriske eller mekaniske rygsmerter
 - Evt. graviditeter inkl. årstal og komplikationer eller bækkenbelastende aktivitet
 - Familiær disposition og associerede sygdomme
 - Psoriasis, perifer artrit/daktylit/entesit, uveit, IBD
 - CRP og HLA B27 status
 - Effekt af NSAID

NYHENVISTE

Artrit og artralgi kan ses ved bindevævssygdomme og artritsygdomme kan have ekstraartikulære manifestationer. Derfor gennemgås organsystemerne oftest systematisk ifm. første kontakt og evt. løbende ved behov. Nedenstående er vejledende.

Der tages i udgangspunktet altid fuld journal for nyhenviste patienter, der ikke er henvist til videre kontrol af kendt sygdom fra en af regionens øvrige reumatologiske klinikker.

EKSPOSITIONTIONER:

Obs. forudgående infektioner ved kortvarig artritsygdom

DISPOSITIONER:

Gigtsygdom (ledde-, rygsøjle eller slidgigt), bindevævssygdomme, psoriasis, IBD

AKTUELT:

Fokus ved ledgener:

Varighed, ledinvolvering/lokalisering, hævelse, varighed af evt. morgenstivhed, bedring/forværring ved aktivitet/bevægelse.

Fokus ved ryggener:

Varighed, lokalisering af smerter, bedring/forværring ved aktivitet/bevægelse, bedring/forværring ved hvile, bedst/værest morgen eller aften, varighed af evt. morgenstivhed, tidspunkt for evt. natlige smerter og må pt op og gå, træning/fysioterapi? Graviditet/fødsler, effekt af NSAID

Fokus ved obs. PMR/GCA:

Skulder/hofteågsmerter, varighed af evt. morgenstivhed, distale gener (se ovenfor) Nytilkommen hovedpine, tindingesmerter, skalpømhed, nytilkomne synsforstyrrelser (især forbigående synsudfald og dobbeltsyn), tyggeclaudicatio, almene symptomer

Reumatologisk screening:

- Hududslæt, psoriasis, lysfølsomhed
- Regnbuehindebetændelse
- Tørhed af øjne/mund/skede, sår i næse/mund/skede
- Vedvarende tæthed af bihulerne/mellemøre, skorper i næsen
- Lungehinde/hjertesæksbetændelse
- IBD-symptomer (mavesmerter, diaré, blod/slim i afføringen)
- Raynaud (vis billeder)
- Senetilhæftningsproblemer (især med/lat epikondyl, supra/infrapatellart, achillessene, hælspe)re)
- Pølsefingere/-tæer
- Hævede kirtler
- Almene symptomer: feber, vægttab, nattesved

Øvrige organsystemer:

Som vanligt (CNS/PNS, CP, GI, UG)

OBJEKTIVT:

Almindelig fuld objektiv undersøgelse

Perifere led:

- Systematisk ledgennemgang af 66/68 led mhp. hævelse/ømhed
- Hudvurdering for udslæt/psoriasis
- Neglevurdering ved psoriasis (pitting, oil stains, hyperkeratose, onykolyse)

Ryg:

- Ryg: holdning, bevægelighed, ømhed
- BASMI ([se link](#))

- SI-led: undersøges for direkte og indirekte ømhed ([se figur 3](#))
- Ved mistanke om prolaps: Reflekser, sensibilitet, muskelkraft straktbenløftstest/foramenkompressionstest

PMR/GCA:

- Kan armene eleveres over skulderhøjde, impingementtegn (Hawkins/Neers test – [se link](#))
- kan pt rejse sig frit fra stol, ømhed over trochanter/tuber ischii
- Skalpømhed, tindingeømhed/hævelse svt. A. temporalis og evt. øvrige kranielle kar

PLAN:

Kan enten dikteres eller indtastes via dotten under "Plan og resultater".

Hvis der dikteres, og der er behov at patienten ses umiddelbart efter af sygeplejerskerne overleveres planen skriftligt eller mundtligt til sygeplejerske.

Anbefales at indeholde, hvor relevant:

- Ordination/ændring/fastholdelse relevant medicin
- Information om udlevering af patientinformation/medicinliste mv
- Ordination af parakliniske undersøgelser inkl. blod eller urinprøver dd.
 - o For RTG og DEXA se relevante afsnit
- Plan for evt. fremadrettet kontrol af biokemi
 - o Typisk kontrolleres med MTX-prøver
 - o vedr. DMARD-behandling
 - Nyopstartede typisk efter 2, 4, 6 og 8 uger
 - Ved ændringer typisk hver 2. uge indtil efter stabil dosis
 - I stabil dosis typisk hver (8.)10.-12. uge
 - o For PMR/GCA-ptt
 - Typisk efter 2 uger
 - Herefter hver 4.-6. uge – typisk én uge efter hver nedtrapning
 - o Oftest biokemi kort inden næste kontrol
- Om pt skal gå til DANBIOregistrering
- Tidsramme for næste kontrol eller anden opfølgning

Patienter, hvor der er mistanke om inflammatorisk gigtsygdom, ses sammen med supervisor mhp. sikker speciallægevurdering.

Konstateres reumatoid artrit, psoriasisartrit, polyartrit, spondylartrit eller bechterew, oprettes patienten med supervisor i DANBIO og følges til DANBIOrummet mhp. indtastning af patientdelen.

Patienter med nydiagnosticeret artritsygdom eller ændringer af medicinen kommer omkring klinikkens sygeplejersker inden de går.

FMK afstemmes og det laves relevante recepter i slutningen af alle fremmødekonsultationer.

KONTROLLER

Perifere artritter (reumatoid artrit, psoriasisartrit, polyartrit, HLA-B27 associeret artrit)

ANAMNESEFOKUS:

- Ømme og hævede led?
- Morgenstivhed?
- Bivirkninger til medicinen? Infektionstendens
- Evt. rygning og træning
- Ved psoriasisartrit: obs. inflammatoriske rygsmerter, daktylitis, entesitis, IBD, uveit

OBJEKTIVT FOKUS:

- Systematisk ledgennemgang af 66/68 led mhp. hævelse/ømhed
- Ved psoriasis: status af hud+negle
- gives arava/leflunomid måles blodtryk ifm. kontrol

PARAKLINIK:

- Blodprøver (betydende påvirkning af CRP, levertal, hæmatologi, nyrefunktion ift. behandlingen) ([se link](#))
- Billeddiagnostisk
 - o Foretaget siden sidste kontrol? Informer pt om svaret. Er ændring af behandling nødvendig?
- DEXA
 - o Foretaget siden sidste kontrol? Informer pt om svaret. Er ændring af behandling nødvendig?
- Ved ordination af ny paraklinik, informer pt om at svar gives ved næste kontrol, medmindre svar tilsiger andet

DANBIO (Se evt. separat afsnit om DANBIO):

- Patienter med en af ovenstående diagnoser er vanligt oprettet i DANBIO og ved hver kontrol journaliseres også her (én patientindtastet del og én lægeindtastet del)
 - o Hvis patienten IKKE har indtastet sin del, ellers gøres dette efter endt konsultation i DANBIO-rummet på klinikgangen
- Lægen indtaster ifm. konsultationen:
 - o Enten via et nyt visit eller i det allerede indtastede af patienten
 - Ledscoringen på 66/68 led mhp. hævede/ømme
 - Samlet vurdering af sygdomsaktiviteten (VAS behandler)
 - Evt. blokade
 - o Opdaterer RTG, DEXA og aktuelle medicin hvis relevant

FMK:

- Afstemmes ved afslutningen af konsultationen
- Laves relevante recepter i slutningen af alle fremmødekonsultationer.

PLAN:

- Ændring/fastholdelse relevant medicin
- Evt. information om udlevering af patientinformation/medicinliste mv
- Evt. ordination af parakliniske undersøgelser inkl. blod- eller urinprøver dd.
 - o *For RTG og DEXA se relevante afsnit*
- Plan for fremadrettet kontrol af biokemi
 - o Typisk kontrolleres med "MTX-prøver"
 - o ptt i DMARD-behandling
 - Nyopstartet typisk efter 2, 4, 6 og 8 uger
 - Ved ændringer hver 2. uge indtil efter stabil dosis
 - I stabil dosis typisk hver 8.-12. uge
 - o Oftest biokemi kort inden næste kontrol
- Om pt skal gå til DANBIOregistrering
- Tidsramme for næste kontrol eller anden opfølgning (se afsnit om kontrolhyppighed)

Rygsøjlegigt (axial spondylartrit/SpA, mb bechterew, sakroilitis)

ANAMNESEFOKUS:

- Inflammatoriske rygsmerter (bedring aktivitet, forværring hvile, natlige smerter (opvågningen sidste halvdel), morgenstivhed >30 min)
- Perifere ledgener (smerter/hævelse/stivhed) inkl. daktylitis og entesitis
- Uveit/psoriasis/IBD symptomer eller aktivitet
- Bivirkninger til medicinen, infektionstendens
- Træning, rygning

OBJEKTIVT FOKUS:

- BASMI ([se link](#))+ thoraxekspansion
- Evt: SI-led ([se figur 3](#))
- Ved perifer artrit:
 - o Systematisk ledgennemgang af 66/68 led mhp. hævelse/ømhed
 - o Gennemgang for entesitter og daktylitter
- Ved psoriasis: status af hud+negle

PARAKLINIK:

- Blodprøver (betydende påvirkning af CRP, levertal, hæmatologi, nyrefunktion ift. behandlingen) ([se link](#))
- Billeddiagnostisk
 - o Foretaget siden sidste kontrol? Informer pt om svaret. Er ændring af behandling nødvendig?
 - o MR-svar af private aktører kan findes under arkiv, epikriser eller korrespondancer.
- DEXA
 - o Foretaget siden sidste kontrol? Informer pt om svaret. Er ændring af behandling nødvendig?
- Ved ordination af ny paraklinik, informer pt om at svar gives ved næste kontrol, medmindre svar tilsiger andet

DANBIO (Se evt. separat afsnit om DANBIO):

- Patienter med en af ovenstående diagnoser er vanligt oprettet i DANBIO og ved hver kontrol journaliseres også her (én patientindtastet del og én lægeindtastet del)
 - o Hvis patienten IKKE har indtastet sin del, følges patienten efter endt konsultation til DANBIO-rummet på klinikgangen
- Lægen indtaster ifm. konsultationen:
 - o "BASMI" fanebladet.
 - o Ledscore
 - o Samlet vurdering af sygdomsaktiviteten (VAS behandler)
 - o Evt. blokade
 - o Opdaterer RTG, MR, DEXA og aktuelle medicin hvis relevant

FMK:

- Afstemmes ved afslutningen af konsultationen
- Relevante recepter laves i slutningen af alle fremmødekonsultationer.

PLAN:

- Ændring/fastholdelse relevant medicin
- Evt. information om udlevering af patientinformation/medicinliste mv
- Evt. ordination af parakliniske undersøgelser inkl. blod- eller urinprøver dd.
- Plan for fremadrettet kontrol af biokemi
 - o Typisk kontrolleres med "MTX-prøver"
 - o ptt i DMARD-behandling
 - Nyopstartet typisk efter 2, 4, 6 og 8 uger
 - Ved ændringer hver 2. uge indtil efter stabil dosis
 - I stabil dosis typisk hver 8.-12. uge
 - o Oftest biokemi kort inden næste kontrol
- Om pt skal gå til DANBIOregistrering

- Tidsramme for næste kontrol eller anden opfølgning (se afsnit om kontrolhyppighed)

PMR/GCA

ANAMNESE FOKUS:

- Tilkommen eller forværring af hovedpine, skalpømhed,
- Tyggeclaudicatio, synsforstyrrelser
- Proximale smerter/stivhed, evt perifere ledsmerter/hævelse
- Generel sygdomsfornemmelse, feber, væggtab, nattesved

OBJEKTIVT FOKUS:

- Ømhed af hårbunden,
- Ømhed/fortykkelse/puls svt. a. temporalis
- Kan armene løftes over hovedet,
- Kan patienten rejse sig uden at bruge armlænet.

PARAKLINIK:

- Blodprøver (betydende påvirkning af CRP, levertal, hæmatologi, nyrefunktion ift. behandlingen)
- Billeddiagnostisk
 - o Foretaget siden sidste kontrol? Informer pt om svaret. Er ændring af behandling nødvendig?
- DEXA
 - o Foretaget siden sidste kontrol? Informer pt om svaret. Er ændring af behandling nødvendig?
- Ved ordination af ny paraklinik, informeres pt om at svar gives ved næste kontrol, medmindre svar tilsiger andet

FMK:

- Afstemmes ved afslutningen af konsultationen
- Laves relevante recepter i slutningen af alle fremmødekonsultationer
- Eventuelle problemer med at forstå udtrappingsplanen?

PLAN:

- Ændring/fastholdelse relevant medicin
- Evt. information om udlevering af patientinformation/medicinliste mv
- Evt. ordination af parakliniske undersøgelser inkl. blod- eller urinprøver dd.
- Plan for fremadrettet kontrol af biokemi
 - o Typisk kontrolleres med MTX-prøver hver 4.-6. uge
 - o Ved dosisøgning 1-2 uger efter effektivering
 - o Oftest biokemi kort inden næste kontrol
- Tidsramme for næste kontrol eller anden opfølgning
 - o Mange PMR/GCA-ptt kan følges helt eller delvist telefonisk
 - o Undlades ved tunghørhed, hukommelsessvækkelse eller usikkerhed omkring diagnosen

KONTROLHYPPIGHED

Vejledende kontrolhyppighed for patienter med reumatoid artrit
(kan i udgangspunktet anvendes på øvrige perifere artrittilstande)

Patienter med nykonstateret reumatoid artrit og spondylartrit/bechterew ses typisk hver 3.-4. måned indtil remission er opnået og mindst 3 gange det første år.

Sygdoms-aktivitet	Definition	Kontrol-hyppighed	Evt. udskydelse	Overvej
Vedvarende aktivitet	<ul style="list-style-type: none"> Hævede + ømme led + Forudgående aktivitet (<6 mdr.) +/- Forhøjet CRP 	3-4 mdr. + Pt. henvender sig ved gigtaktivitet	1 mdr.	Behandl aktiviteten (ia/im steroid evt. po) + Intensiver eller afvent effekt af DMARD ^{^§}
Enkeltstående aktivitet (Flare)	<ul style="list-style-type: none"> Hævede + ømme led + Forudgående remission* (>6-9 mdr.) +/- Forhøjet CRP 	(3-)6-9 mdr. + Pt. henvender sig ved gigtaktivitet	2 mdr.	Behandl aktiviteten (ia/im steroid evt. po) + Fasthold DMARD [^]
Nyopnået remission*	<ul style="list-style-type: none"> Normal CRP + 0 hævede led + Aktivitet ved seneste kontrol 	6 mdr. + Pt. henvender sig ved gigtaktivitet	3-5 mdr.	Fasthold DMARD [^] + Reduktion af evt. prednisolon
Vedvarende remission*	<ul style="list-style-type: none"> Normal CRP + 0 hævede led + Forudgående remission (>6-9 mdr) 	9-11 mdr. + Pt. henvender sig ved gigtaktivitet	Max 400 dage ml 2 kontroller	>1-2 år med remission => reduktion af DMARD [^]
Langvarig remission*	<ul style="list-style-type: none"> >1-2 år med remission uden DMARD 	Afsluttes til EL + Genhenvises ved gigtaktivitet		Afslutning i DANBIO

[^]DMARD: Disease Modifying Anti-Rheumatic Drug (fx. methotrexat, salazopyrin, biologisk mv)

[§] fuld effekt af DMARD-behandling indtræder tidligst efter 3 mdr.; intensiveres med intervaller ≥ 3 mdr.

*Remission: Én definition er DAS28-CRP $\leq 2,6$; alternativ definition er ≤ 1 hævede led + ≤ 1 ømt led + CRP < 10

RADIOLOGISKE UNDERSØGELSER

Perifere artritter (RA, PsA):

Ved diagnose:

- Røntgen af hænder, fødder og thorax.
- Kan underbygge diagnose og bidrager til prognosen på diagnosetidspunktet.

I forløbet:

- Røntgen af hænder og fødder eller øvrige udføres ikke regelmæssigt
- Ved mistanke om ulmende aktivitet, men manglende evident klinik ex. ledhævelse kan det være indiceret
- Evt. ifm. behandlingsskifte, hvis det vurderes, at der er behov for en ny RTG-status.

Mistanke om cervikalinvolvering:

- RTG columna cervicalis med funktionsoptagelse (også kaldet nikkeoptagelse)
- Mhp. at visualisere cervical instabilitet

Spondylartrit:

Før diagnose:

- Ved mistanke om inflammatorisk rygssygdom bestilles MR af SI ledene + columna thorakolumbalis
- Evt. RTG af SI-led +/- columna lumbalis mhp. klassificering (bechterew) og i differentialdiagnostisk øjemed.

Efter diagnosen:

- RTG af SI-led mhp. klassificering (bechterew).

Ved mistanke om progression:

- Forny MR, hvis der er gået over 6 mdr. fra sidste skanning
- Kan udelades ved fravær af andre sikre objektive aktivitetsmarkører fx CRP-forhøjelse

DANBIO

Yngre læger tilknyttet Klinik for Gigt- og Bindevævssygdomme, vil være oprettet som bruger i DANBIO, hvor der grundlæggende er journaliseringspligt ligesom ved EPJ for leddegigt og rygsøjlegigtpatienter.

Alle patienter med kronisk artritssygdom (RA, PsA, SpA og polyarthritis) er vanligt oprettet i DANBIO og hver kontrol har et tilsvarende komplet DANBIO visit – dvs. både læge- og patientindtastning.

Patienter med RA, SpA og AS følges her. Der kan være enkelte undtagelser, hvor DANBIO ikke er oprettet eller er inaktiveret.

Nydiagnosticerede patienter med kronisk perifer eller axial artritssygdom oprettes i samarbejde med supervisor i DANBIO.

Patientindtastet data:

Patienter kan indtaste data hjemmefra via DANBIO.dk, før eller efter den ambulante kontrol.

Det er en fordel at patienten på forhånd indtastet data, og da vælges den røde firkant i venstre hjørne med den korrekte dato (op til 1 mdr. før fremmøde) – husk at opdatere datoen.

Har patienten ikke indtastet data, vælges "Tilføj nyt visit", og patienten følges umiddelbart efter konsultationen ud til DANBIOrummet mhp. indtastning.

Lægeindtastet data:

RA:

Der udfyldes under "ledscore" fanebladet:

- ledscoringen af 66/68 led mhp. hævelse/ømhed

- Samlet vurdering af sygdomsaktiviteten (VAS behandler)

PsA + polyarthritis:

Der udfyldes under "ledscore" fanebladet:

- Ledscoring af 66/68 led mhp. hævelse/ømhed
- Samlet vurdering af sygdomsaktiviteten (VAS behandler)

AS, SpA, AxPsA, sakroilitis:

Der udfyldes under "BASMI" fanebladet ([se link](#))

- Væg-tragus, lateral flexion, modificeret Schober, intermalleollær afstand, cervikal rotation og thoraxexpansion

Der udfyldes under "Ledscore" fanebladet

- Samlet vurdering af sygdomsaktiviteten (VAS behandler)
- Ved perifere artrit: ledscoringen af 66/68 led mhp. hævelse/ømhed

INJEKTIONER:

Under fanebladet "Injektioner" udfyldes evt. injektioner mhp. præparat, dosis og led.

BLODPRØVER OG MEDICINÆNDRINGER:

CRP, Rheumafaktor, antiCCP og HLA-B27 tilgår automatisk.

Nye RTG- og DEXA-skanninger eller ændringer af DMARD indtastes af lægen.

AFLSUTTEDE PATIENTER:

Afsluttes en patient der er oprettet i DANBIO til egen læge eller anden afdelingen, eller vurderes ude af stand til at udfylde DANBIO trods hjælp, registreres dette under "Stamdata" (findes i menuen til venstre) i fanebladet "STATUS" med dato og årsag og efterfølgende tryk på "Gem (og ret patient status til ikke-aktiv)".

Oversigtsbillede (patienttavle) i DANBIO:

The screenshot shows the DANBIO patient overview table for Regionshospitalet Gødstrup. The table lists various clinical parameters and their values over time. Annotations highlight specific features:

- 2020-09-15 20:30 Nyt Kiosk visit Avis:** A red notification bubble in the top left corner.
- Til indtastning af RTG/DEXA:** A red annotation pointing to the 'VIS DATO-TAVLE' and 'INFO' buttons.
- Indtastning uden patientdata:** A red annotation pointing to the 'RA alerts' row in the table.
- Ændring af medicin:** A red annotation pointing to the 'MDHAQ (0-3)' row in the table.

AKTIVE PROJEKTER	LABA	DIAGNOSE ÅR OG MÅNED	RYGNING	BO/BS/TS DMARD	CS DMARD	SENESTE RONTGEN	SENESTE DXA	ESR/RF/ANTI-CCP	ÅRLIG STATUS LÆGE	STATUS
Link	CRP: 1.5 (2022-04-29)	RA seronegativ M06.0 (2018-11)	har aldrig roget	Imraldi (Adalimumab) s.c.	Lefunomid (Aravon) p.o.	2019-12-12	-/-	Neg/Neg (LABA) Neg/Neg (MANUEL)	2021-11-30 BESTIL	tahsenperdawood Aktiv
VIS DATO-TAVLE		INFO								
Print	13Dec 2018	25Jul 2019	29Nov 2019	08Jun 2020	30Nov 2021	23Apr 2022				
1. Besøgstype	std	std	std	std	std	std	Besøgstype			
2. bo/bs/ts DMARD	-	-	-	Imraldi	Imraldi	Imraldi	bo/bs/ts DMARD			
3. bo/bs/ts dosis	-	-	-	40	40	40	bo/bs/ts dosis			
4. bo/bs/ts hyppighed	-	-	-	fv.2u	fv.2u	fv.2u	bo/bs/ts hyppighed			
5. Methotrexat (p.o/s.c/i.m)	25/po	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-	Methotrexat (p.o/s.c/i.m)			
6. Lefunomid p.o.	-/-	-/-	10/1xd	10/1xd	10/1xd	10/1xd	Lefunomid p.o.			
7. Injektioner n(ml)	-	1(2.0)	1(0.5)	-	-	-	Injektioner n(ml)			
8. CRP mg/l	8	4	5	1	0.5	1	CRP mg/l			
9. DAS28CRP	-	-	4.1	1.5	1.5	2.2	DAS28CRP			
10. CDAI	-	-	16.2	3.3	3.4	7.6	CDAI			
11. RA alerts	-	-	Beh+	-	-	-	RA alerts			
12. VAS smerte (0-100)	-	72	80	14	20	23	VAS smerte (0-100)			
13. VAS træthed (0-100)	-	53	78	57	71	80	VAS træthed (0-100)			
14. VAS global (0-100)	-	91	96	24	26	69	VAS global (0-100)			
15. HAQ (0-3)	-	1.5	1.125	0.375	-	-	HAQ (0-3)			
16. MDHAQ (0-3)	-	1.3	0.9	0.0	0.2	0.3	MDHAQ (0-3)			
17. PASS	-	Nej	Nej	Ja	Ja	Ja	PASS			
18. Siden sidst (Anker)	-	Værre	Værre	Bedre	Værre	Lidt værre	Siden sidst (Anker)			
19. VAS behandler (0-100)	7	33	26	9	8	7	VAS behandler (0-100)			
20. Hævede led (0-66)	1	-	-	-	-	-	Hævede led (0-66)			
21. Ømme led (0-68)	2	-	-	-	-	-	Ømme led (0-68)			
22. Hævede led (0-28)	0	2	2	0	0	0	Hævede led (0-28)			
23. Ømme led (0-28)	1	-	2	0	0	0	Ømme led (0-28)			
24. Hoved: Hævede led (0-6)	0	-	-	-	-	0	Hoved: Hævede led (0-6)			
25. Hoved: Ømme led (0-6)	0	-	-	-	-	0	Hoved: Ømme led (0-6)			
26. Fødder: Hævede led (0-12)	1	-	-	-	-	0	Fødder: Hævede led (0-12)			

Oversigtsbillede under visit i DANBIO:

Søgning

20230106 [PSA]

Klik her for at se om der er patientskemaer som kan importeres Tilføjelse af patientdata

DANBIO KIOSK ↻

-

HOSPITAL

-
-

PATIENT

-
-
-
-
-
-
-

JONAS CHRISTOFFER SVENNINGSEN

-
-
-

STANDARD HAQ HUD/ØJNE **LEDSORE (28/68)** INJEKTIONER BASDAI BASFI **BASMI** ENTESER ULTRALYD

Dato for visit: januar 6, 2023

(mærkér hvis akut visit ELLER standard visit varetaget af sygeplejerske) **Faner til indtastning af lægedata**

Akut/Extra
 Sygeplejerske visit

Kun til manuel indtastning af CRP mg/l (1-4 cifre, evt. kommatal med en decimal). LABA datafangst fremgår af patienttavlen og skal ikke indtaste

Kun til manuel indtastning af CRP nmol/l. LABA datafangst fremgår af patienttavlen og skal ikke indtastes

Kommentarer

Planlægger patienten at få børn?

Ja
 Nej

Vis ekstra faner *Anvendes typisk når patient har skiftet diagnose siden visit blev udfyldt*

Ja
 Nej

OSTEOPOROSE OG REUMATOLOGISK SYGDOM

For en mere uddybende gennemgang henvises til relevante NBV.

Ved følgende skal DXA-skanning overvejes:

- Mænd ≥ 50 år og postmenopausale kvinder med RA eller AS
- Alle med prednisolonbehandling ≥ 5 mg/dag i mere end 3 mdr. eller intermitterende i løbet af et år tilsvarende mere en 3 mdr. over 1 år*.

Øvrige håndteres af EL

FORTOLKNING af DXA

Der laves måling af bone mineral density (BMD) i både columna og collum femoris (neck og total). Målingen sammenlignes med en yngre person af samme køn og afvigelse i standard deviation angives som T-score:

- Normal: T-score $> -1,0$
- Osteopeni: T-score mellem $-1,0$ og $-2,5$
- Osteoporose: T-score $\leq -2,5$

Ved yngre individer bruges i stedet Z score, hvor $-2,0$ er under forventede ift. køn og alder.

DIAGNOSE OG UDREDNING

Osteoporose defineres ved:

- T-score $\leq -2,5$ ved postmenopauselle kvinder (mænd pragmatisk >50 år) eller
- lavenergifraktur af columna eller collum femoris.

Ved mistanke om sammenfald:

- rtg. af columna thorakolumbale

Alle med osteoporose udredes med relevant osteoporoseblodprøvepakke (mænd/kvinder +/- sammenfald)

BEHANDLING

- Alle i risiko for osteoporose:
 - o Calcium 800-1000 mg/dgn og D-vitamin 20 µg/dgn anbefales til alle
 - o Typisk gives unikalk forte x2
- Osteopeni + prednisolon:
 - o kalk + d-vitamin og antiresorptivbehandling
- Osteoporose:
 - o Behandlingsindikation ved:
 - lavenergifraktur i hoftel eller columna
 - T-score $\leq -2,5$ foruden mindst én risikofaktor (ex RA eller AS)
 - o kalk + d-vitamin og antiresorptivbehandling

Antiresorptiv behandling:

- 1. valg: alendronat 70 mg/ugen
 - o HUSK: eGFR > 35 og d-vitamin i/over niveau
- 2. valg: Overvej binosto

KONTROL

Normal DXA => ca. hvert 5. år

Osteopeni => ca. hvert 3. år

Osteoporose => ca. hvert 2. år

Signifikante ændringer af BMD er:

- Columna lumbalis: 3 %
- Total hip: 5 %
- Femoral neck: 7 %

HENVISNING

Henvises til Klinik for Diabetes og Knoglesygdom ved:

- Signifikant fald trods alendronat
- Intolerabilitet for alendronat
- T-score < -3 og mindst et sammenfald med højdereduktion > 25 %
- Mindst to sammenfald hver med højdereduktion > 25 %
- Yngre individer med mistanke osteoporose