

Fysioterapeutiska evidensbaserade behandlingsriktlinjer gällande behandling av vuxna personer med Spondylartrit (SpA).

2021-07-30

Upprättade av: leg fysioterapeut Marianne Olsson och leg sjukgymnast Karina Liljedahl.
Medicinkliniken, Reumatologisektionen, Länssjukhuset i Kalmar

Dessa riktlinjer är lokala och utarbetade av fysioterapeut/sjukgymnast vid Länssjukhuset i Kalmar. Syftet är att utifrån evidens och beprövad erfarenhet utveckla samsyn och ett gemensamt förhållningssätt i rehabiliteringen av patienter med spondartrit.

Faktabakgrund

Definition

Spondylartrit (SpA) är en paraplydiagnos som täcker ett antal autoimmuna kroniska inflammatoriska ryggsjukdomar. SpA drabbar olika delar av ryggen, dess småleder och ledband på olika nivåer, SI-leder och perifera leder. Inflammationer i senfästen (entesopatier) samt perifera ledengagemang kan förekomma. Förutom axiala och perifera leder kan andra organ drabbas till exempel ögon med inflammation i regnbågshinnan (iriter) (1).

Till gruppen SpA hör subgrupperna Ankyloserande Spondylit (AS), Psoriasisartrit (PsA), Reaktiv artrit (ReA), Enteroartrit (EA), Spondartrit UNS (USpA) samt Juvenil spondartrit (JIA) (1, 2).

Incidens och prevalens

Prevalensen för spondylartrit beräknas till mellan 0.45 % och 1 %. Vissa studier rapporterar att spondylartrit är lika vanligt bland män och kvinnor men enligt andra drabbas män oftare än kvinnor (2, 3). Debutåldern varierar för de olika sjukdomarna. Ungefär 0,2 % av Sveriges befolkning är diagnostiserade med den svårare formen av axial spondylartrit, AS, som drabbar yngre personer mellan 15-30 år med en medelålder på 24 år. AS är 2-3 gånger vanligare hos män än hos kvinnor (3)

Patofysiologi

Det som är speciellt för spondylartrit med axiellt engagemang är inflammation i de långsgående ledbanden vid ryggraden och i de yttersta delarna av kotkroppar och diskar. När inflammationerna så småningom läker ut kan det ske en förkalkning och förbening av vävnaden med stelhet och orörlighet som följd (4, 5).

Symtom

Karakteristiskt för inflammatoriska ryggsjukdomar är smygande debut med lågt sittande ryggsmärta, morgonstelhet och störd nattsömn. Besvären förbättras av aktivitet men inte av vila (1, 6).

Konsekvenser

Smärta och stelhet är de vanligast förekommande symtomen med nedsatt aktivitetsnivå som följd. Trötthet, nedsatt upplevd hälsa och livskvalitet är vanliga konsekvenser av sjukdomen vilket påverkar personen i ett vidare perspektiv. Symtomen innebär en ökad risk för permanent nedsatt rörlighet och försämring av kroppens funktioner samt ökad risk för komorbiditet (7).

Diagnostik

Det finns inget enskilt symtom eller test som säkerställer spondylartrit. Diagnosen är en kriteriediagnos. På en lista av olika symtom eller kännetecken skall man ha ett visst antal för att sägas ha diagnosen. Läkare/reumatolog ställer sjukdomsdiagnos och det finns flera olika instrument med diagnoskriterier att använda. Det mest använda är uppsättningen med de så kallade modifierade New York-kriterierna för diagnostisering av AS. För diagnos av axial spondylartrit används ofta ASAS:s (Assessment in SpondyloArthritis international Society) klassifikation (1).

Multidisciplinär samverkan

Reumateamets insatser vid spondylartrit. Inom reumatologisektionen vid Länssjukhuset i Kalmar finns ett team där fysioterapeut ingår. Med hjälp av teamets samlande kompetens får patienten redskap för att bättre kunna hantera sin sjukdom och sin livssituation. Informationsdag för nydiagnostiserade patienter och teamrehabilitering i grupp är interventioner som ofta erbjuds patienterna.

Fysioterapeutisk utredning/bedömning

Fysioterapeuten ställer funktionsdiagnos utifrån patientens upplevda problem och de kliniska fynd patienten uppvisar. Vanligt förekommande fynd är smärta, stelhet och nedsatt rörlighet i columna och större leder, samt även ibland övriga perifera leder, nedsatt allmänkondition, entesiter med smärta i muskelfästen (2).

Fysioterapeuten bedömer hållning, muskelfunktion (töjningsgrad, eventuell försvagning och smärta) samt patientens aktivitetsnivå och träningsbehov. Ryggundersökning görs alltid vid axial spondylartrit och spondartrit med symtom från ryggen. Denna innefattar inspektion i vila och rörelse, ryggrörlighetsmätning och registrering av axial rörlighet i formuläret BASMI (Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index). För de patienter vilka är inkluderade i Svensk reumatologis nationella register (SRQ) skrivs mätresultaten för BASMI in i detta register. Resultatet av ryggrörlighetsmätningen ligger till grund för utformning av träningsprogram.

Utifrån patientens subjektiva beskrivning av problemen samt sjukgymnastens objektiva bedömning och följande funktionsdiagnos görs en behandlingsplan.

Mål

Det övergripande medicinska målet med behandlingen av de inflammatoriska reumatiska ledsjukdomarna är remission. Remission innefattar förutom inflammationskontroll och uppbromsning av destruktivitet även bibehållen fysisk funktion och delaktighet i samhället. De individuella fysioterapeutiska målen fastställs tillsammans med patienten utifrån patientens behov och utvärderas regelbundet och efter avslutad behandling.

Generella mål:

- Ökad kunskap om sjukdom och om träning.
- Self-management stödja och lotsa patienten så att patienten självständigt kan hantera sin sjukdom.
- Lotsa patienten till etablerad träning i linje med Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011.
- Förbättra/bibehålla rörligheten i columna och i övriga leder.
- Bibehållen muskelstyrka, allmän funktion, funktionell hållning och funktionsnivå.
- Öka möjligheten till fysisk aktivitet trots sjukdom och smärta.
- Genom kunskap och träning förbättrad/bibehållen hälsorelaterad livskvalitet.

Fysioterapeutisk behandling

Centralt för rehabiliteringen är, tillsammans med patientutbildning, olika former av individanpassad och regelbunden fysisk aktivitet och träning. Daglig motion hjälper mot smärta och stelhet. Individanpassad fysisk ryggt träning är en standardbehandling vid axial spondylartrit. Den farmakologiska behandlingen skapar optimala förutsättningar för fysisk aktivitet och träning. I linje med modern rehabiliteringsstrategi för reumatiker erbjuds vid behov dagrehabilitering i grupp där information och patientundervisning är viktiga delar av behandlingen. Dagrehabiliteringen i Kalmar omfattar 3 veckor. Den fysioterapeutiska rehabiliteringen sker även vid behov individuellt (2).

Muskelfunktionsträning enligt konceptet Medicinsk Träningsterapi (MTT), en högrepetitiv träningsform, är vanligtvis ett bra sätt att träna för patienter med smärta. Träning i varmt vatten, promenader och cykling är lugn motion som brukar fungera i perioder med mer smärta.

Patientutbildningen innefattar information och samtal om riktlinjerna för hälsofrämjande fysisk aktivitet och träning. Patientens aktuella fysiska aktivitetsnivå och träningsrutiner utforskas och jämförs med dessa riktlinjer. Fysioterapeuten samtalar även med patienten om övriga livsstilsfaktorer: kost, alkohol- och tobaksbruk (8).

Uppföljning – mål och mätetal

Behandlingen utvärderas med samma instrument som används vid bedömningen. Vid axiala problem mäts alltid ryggens rörlighet.

Referenslista:

1. Rasmussen SE, Rasmussen A, Keller KK, Østgård RD. Inflammatorisk ryggsygdom. Ugeskr Læger. 2020;182:V09190502.
2. Haglund E. Prevalence, physical activity and work in patients with spondyloarthritis. Lund: Lund University; 2013.
3. Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar 2012 : osteoporos, artros, inflammatorisk ryggsjukdom och ankyloserande spondylit, psoriasisartrit och reumatoid artrit : stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2012.
4. Sieper J, Poddubnyy D. Axial spondyloarthritis. The Lancet. 2017;390(10089):73-84.
5. Braun J, Baraliakos X, Buehring B, Kiltz U, Fruth M. Imaging of axial spondyloarthritis. New aspects and differential diagnoses. Clin Exp Rheumatol. 2018;36(Suppl 114):35-42.
6. Rudwaleit M, Van der Heijde D, Khan M, Braun J, Sieper J. How to diagnose axial spondyloarthritis early. Annals of the rheumatic diseases. 2004;63(5):535-43.
7. Gustafsson J, Kvarnström M, Nived O. Reumatologföreningen har utarbetat riktlinjer för primärprevention.
8. Osthoff A-KR, Juhl CB, Knittle K, Dagfinrud H, Hurkmans E, Braun J, et al. Effects of exercise and physical activity promotion: meta-analysis informing the 2018 EULAR recommendations for physical activity in people with rheumatoid arthritis, spondyloarthritis and hip/knee osteoarthritis. RMD open. 2018;4(2):e000713.