

Gäller för: Neuro- och rehabiliteringsklinik

Innehållsansvar: Marie Kebke, (marjo428), Underläkare, ST

Godkänd av: Malin Camper, (malgu5), Verksamhetschef

Giltig från: 2024-10-15

Giltig till: 2026-10-15

Kortisonbehandling vid jättecellsarterit och polymyalgia reumatika

Sammanfattning

Råd kring insättning, uppföljning och dosering av kortisonbehandling vid jättecellsarterit (GCA) och polymyalgia reumatika (PMR).

Förutsättningar

Startdosen kan variera men alltid viktigt att behandla till **symtomfrihet och normaliserad SR och CRP**, först därefter börjar man sänka kortison dosen. För att åstadkomma detta kan man behöva olika doser för olika patienter men här nedan följer ett förslag till dosering som fungerar för många patienter. Lungröntgen med tanke på eventuell genomgången TB, som måste beaktas inför långvarig kortisonbehandling.

Genomförande

Vid GCA bör äldre patienter i allmänhet sjukhusvårdas något dygn, bland annat med hänsyn till risken för psykiska symtom när äldre patienter får mycket hög steroiddos. Uppföljning därefter i primärvården i allmänhet, men viktigt speciellt i början att det inte blir något glapp i ordinationer. Tillägg av protonpumpshämmare bör övervägas om patienten sedan tidigare behandlas med ASA eller NSAID och om höga kortison doser ordinerar. Risken för fraktur ökar omedelbart vid insättning av kortison och vid planerad behandling med >5 mg prednisolonekvivalenter >3 mån måste kalcium och D-vitamin ges samtidigt och benspecifik behandling övervägas. Vid förhöjd frakturrisik (FRAX >10%) bör därför behandling inledas omgående, i väntan på bentäthetsmätning. Rekommendationen från

terapi­grupp osteoporos är att Zoledronsyra rekommenderas i första hand, men vid insättning av högdos kortison kan per oral behandlig övervägas om det inte är möjligt att samtidigt starta behandling med Zoledronsyra (njursvikt ska uteslutas före insättning). Blodtryck och blodsocker bör monitoreras under behandling med glukokortikoider, speciellt under inledande fas. Trombyl (ASA) eller annan antikoagulation ska inte användas rutinmässigt vid GCA. För sjukdomsbeskrivning hänvisas till utmärkta artiklar på <https://www.internetmedicin.se/> samt [https://svenskreumatologi.se/srfs-riktlinjer/\(GCA\)](https://svenskreumatologi.se/srfs-riktlinjer/(GCA)).

Vid symtom på jättecellsartrit med synsymtom (amourosis fugax, dubbelseende, episod av synfältsdefekt, ptos, nystagmus, störningar i färgsinne)

Pulsinfusion metylprednisolon (Solu-Medrol) 500–1000 mg iv tre dagar i rad, kan övervägas. Följs därefter av peroral prednisolonbehandling 1 mg/kg enligt nedan. Om tillräckligt stark misstanke och pulsbehandling kan dröja ska patienten omedelbart få 80 mg prednisolon per os.

Dessa patienter vårdas ineliggande.

Vid symtom på jättecellsartrit utan synsymtom

Prednisolon 40 – 60 mg/dag i en dos tills symtomfrihet och normaliserad SR och CRP, oftast minst 2–4 veckor. Om påtaglig förbättring men ej symtomfrihet på initialdosen kan man som alternativ till att öka totaldosen omfördela dygnsdosen till 2-dos, med den större dosen på morgonen t ex 40+0+20 mg. Vid symtomfrihet och normal SR och CRP påbörjas nedtrappning.

Förslagsvis minskar du därefter med 10mg varannan vecka till 20 mg per dag. Därefter sänkningar med 2,5 mg med 2-4 veckors mellanrum till 10 mg per dag. Om inga tecken på recidiv inträffar, kan man därefter reducera med 1,25 mg var eller varannan månad.

Finns också förslag på nedtrappningschema för GCA att lämna till patient (men får anpassas vid behov). Räkna med en behandlingstid på minst 1,5-2 år.

Vid GCA kan tocilizumab som tillägg till prednisolon rekommenderas till patienter med återfall eller aktiv sjukdom trots kortisonbehandling. Vid nydiagnostiserad GCA kan

tocilizumab övervägas vid stor risk för framtida biverkan av kortison och mycket uttalad inflammation. Eventuell tocilizumabbehandling bör skötas av reumatologspecialist. Tocilizumab är ej aktuellt vid PMR.

Vid symtom på polymyalgia reumatika utan symtom på jättecellsartrit

Prednisolon 20 – 30 mg/dag. Behandla till symtomfrihet och normaliserad SR och CRP, ofta ca 2-3 veckor. Om påtaglig förbättring, men ej symtomfrihet kan man också här pröva 2-dos förfarande innan man prövar dosökning.

Vid symtomfrihet och normaliserad SR och CRP påbörjas nedtrappning.

Minska förslagsvis dygnsdosen med 2,5 mg varannan till var tredje vecka till 10 mg/dag. Om inga recidiv inträffar kan man därefter minska med 1,25 mg varje till varannan månad till utsättning.

Se förslag på nedtrappningsschema för PMR.

Förbered patienten på att det kan bli återfall. Öka då till ett dossteg högre än där patienten fick symtom åter. Följ därefter schemat igen.

Dokumentinformation

För innehållet svarar

Marie Kebke, ST-läkare reumatologsektionen, verksamhetsområde neurologi, rehabilitering och nära vård, SÄS

Fastställt av

Malin Camper, verksamhetsområdeschef, verksamhetsområde neurologi, rehabilitering och nära vård, SÄS

Nyckelord

Polymyalgia reumatika (PMR), jättecellsartrit (GCA), temporalisartrit, kärlinflammation, reumatism, kortison, kortisonbehandling

Information om handlingen

Handlingstyp: Riktlinje

Gäller för: Neuro- och rehabiliteringsklinik

Innehållsansvar: Marie Kebke, (marjo428), Underläkare, ST

Godkänd av: Malin Camper, (malgu5), Verksamhetschef

Dokument-ID: SAS9663-236895260-7

Version: 6.0

Giltig från: 2024-10-15

Giltig till: 2026-10-15