

Regional medicinsk riktlinje

Jättecellsarterit

- Tillämpning av nationellt vårdförlopp

Syfte

Riktlinjen syftar till att förbättra diagnostik och uppföljning av patienter med nydebuterad jättecellsarterit (Giant Cell Arteritis, GCA) med kranialt engagemang (tidigare kallat temporalisarterit).

Huvudbudskap

- Vid misstanke om GCA bör kortisonbehandling startas utan dröjsmål.
- Vid välgrundad misstanke om GCA bör patienten utredas med objektiv undersökningsmetod.
- Vid bekräftad diagnos remitteras patienten till reumatolog.

Bakgrund

För klinisk och epidemiologisk bakgrund, se kunskapsstöd [Jättecellsarterit](#), 1177 för vårdpersonal.

Riktlinjen är en tillämpning av nationellt vårdförlopp [Jättecellsarterit \(GCA\)](#) som startar vid misstanke om GCA och avslutas om misstanken avskrivs eller sex månader efter bekräftad diagnos.

Misstanke föreligger, enligt vårdförloppet, när en patient är 50 år eller äldre och uppfyller minst två av följande kriterier:

- Huvudvärk av ny karaktär.
- Skalpömheter.
- Tuggsmärta.
- Ögonsymtom, till exempel övergående eller permanent synnedsättning och/eller dubbelseende.
- Symtom på polymyalgia reumatika (smärta och stelhet i arm- och lårmuskulatur).
- Avvikande fynd vid palpation av temporalartärer (pulsbortfall, sidoskillnad, ömhet, uppdrivet kärl).

- Förhöjd SR och/eller CRP.

Observera att kombinationen ”symtom på polymyalgia reumatika” och ”förhöjd SR eller CRP” inte ensamt inger misstanke.

Patienter med nedanstående ska inte inkluderas i vårdförloppet:

- En annan diagnos är mer sannolik utifrån den kliniska bilden.
- Symtomen beror på skov hos patient med känd GCA.

Vårdnivå och samverkan

Vid misstanke om GCA kontaktas reumatolog (dagtid) eller medicinsk bakjour (jourtid) telefonledes, för värdering av misstanke och rådgivning kring handläggningen.

Vid välgrundad misstanke om GCA förväntas patientansvarig läkare:

- Starta kortisonbehandling utan dröjsmål.
- Lämna adekvat information till patienten.
- Remittera för objektiv utredning och säkerställa att svar, på de undersökningar som genomförs, följs upp. Vanligtvis är det den som skriver remissen som bevakar svar. För att underlätta uppföljning av de utredningar som initieras från akutmottagningen, hänvisas till lokala överenskommelser.
- I alla fall där man startar kortisonbehandling på misstanke om GCA bör man även ta ställning till behovet av osteoporosprofylax, magskyddande behandling, blodtryckskontroller och blodsockerkontroller. För osteoporosprofylax hänvisas till [RMR Osteoporos](#).
- Vid bekräftad diagnos GCA, remittera patient till reumatolog.
- Om diagnos inte bekräftas, men klinisk misstanke om GCA kvarstår, ny telefonkontakt med reumatolog för konsultation.

Patientansvarig läkare är den, företrädesvis inom primärvård, akutsjukvård eller slutenvård, som först fattar misstanke om GCA. Fattas misstanke om GCA på jourcentral hänvisas patienten vidare till akutsjukvården, om ingen annan lokal överenskommelse finns.

Utredning

Diagnos GCA baseras på kliniska symtom enligt ovan samt förhöjda inflammationsprover (SR och CRP).

Verifiering av diagnos genom objektiv utredningsmetod bör alltid eftersträvas.

- Ultraljud av a. temporalis och a. axillaris är förstahandsmetod, förutsatt snar tillgång till undersökning (inom 72 h från kortisonstart).

- I andra hand, om ultraljud inte finns tillgängligt eller utfaller inkonklusivt, rekommenderas temporalartärbiopsi (helst inom 2 veckor från kortisonstart).

Behandling

GCA med synpåverkan

Vid misstanke om GCA med synpåverkan startas intravenös kortisonbehandling skyndsamt (metylprednisolon 500 eller 1000 mg iv i 3 dygn, därefter peroral behandling). Om inte detta finns tillgängligt, starta peroral kortisonbehandling i hög dos (prednisolon 40–60 mg), i väntan på möjlighet att ge kortison intravenöst.

Observera att behandlingen inte får fördröjas av kontakter med specialiserad vård eller av diagnostiska åtgärder. Vid misstanke om GCA med synpåverkan bör patienten remitteras akut till sjukhus för intravenös behandling med högdos kortison. Patient med synpåverkan bör bedömas av ögonläkare.

GCA utan synpåverkan

Vid misstanke om GCA utan synpåverkan startas peroral kortisonbehandling i hög dos (prednisolon 40–60 mg). Dosen trappas sedan ner, se [nedtrappningsschema](#).

Uppföljning

Vid bekräftad diagnos GCA bör patienten kallas till reumatologklinik för nybesök inom 4 veckor. Uppföljning sker på reumatologmottagning de första 6 månaderna efter diagnos.

Efter 6 månader kan de patienter som uppnått stabil inflammationskontroll remitteras åter till primärvården för fortsatt uppföljning och nedtrappning av kortison.

Reumatologen behåller ansvar för uppföljning och behandling av de patienter som behandlas med annat immunmodulerande läkemedel än kortison.

Innehållsansvarig

Samordningsråd Reumatologi.

Information om handlingen

Handlingstyp: Regional medicinsk riktlinje, RMR

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Kajsa Stubendorff, (kajsa2), Överläkare

Granskad av: Katarina Almehed, (katal4), Verksamhetschef

Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Dokument-ID: SSN11800-2140136717-955

Version: 1.0

Giltig från: 2026-08-10

Giltig till: 2028-08-10