

Typ av artrit:	Insjuknande	En / flera leder	Direkt mikroskopi	Ledvätske analys	Färg på punktat	Blod analys	Övrigt
Trauma	Urakut	En	-	-	Ua. Alt blod / fett	-	Anamnes på kontusion - distorsion Röntgen – fraktur?
Bakteriell	Snabbt	En	Direkt färgning av bakterier	Led-LPK > 70 –200 Led-glu <50% av p-glu Led-laktat >7 mmol/L Odling!!! Aerob+Anaerob x2	Grumlig, purulent	LPK CRP Glu	Behöver inte vara påverkad patient. Drabbar sällan i övrigt friska individer Röntgen – främmande kropp?
Reaktiv	1-5 v efter infektion	Flera	-	-	Normal	- (ev. Hep-C)	Anamnes för diagnos – tarm eller urogenital infektion. Utlandsvistelse? Hep-C artrit kan ge samma bild som vid RA-debut
Gikt	Urakut	En	Polarisation - kristaller	Led-LPK kan vara kraftigt förhöjd, ovanligt >70	Gulnad filmjolk	s-urat > 450 mmol/L. SR, CRP vanl. förhöjd.	Drabbar ofta äldre, diuretika beh, njur insuff, alkohol misbrukare. S-urat kan dock vara inom ref. värde, ovanligt <350
Pyrofosfat	Akut	En	Polarisation -kristaller	Led-LPK 5 – 50, kan vara kraftigt förhöjd, ovanligt >70 dock	Filmjolk	SR, CRP, s-urat, el-leverstatus	Röntgen – chondrocalcinosis, artros Vanligen äldre pat. Ofta artros. Vanligen större leder (ev. handled)
Artros synovit	Långsam	En	-	Ökad mängd ledvätska, möjligen förhöjt Led-LPK.	Ev. ngt mörkare		Belastande bilder på röntgen kan ge tecken på sänkt ledspringa.
Psoriasis	Långsam	En eller flera	Polarisation -kristaller	Led-LPK förhöjt		RF, SR, CRP	Polyartrit i småleder, ffa. DIP-leder. Nagelförändringar. Kontrollera kriterier för psoriasisartrit vid misstanke.
Reumatoid	Långsam/ smygande	>3 leder, symmetriskt engagemang				Anti-CCP (diagnostiskt) RF (70%) SR, CRP	Allmän trötthet. Röntgenperiartikulär urkalkning, usurer, sänkt ledspringa. Artrit i PIP, MCP, handled. EJ i DIP. Kontroller kriterier vid misstanke. (Symtom > 6 v samt 4/7 kriterier)