

Utredning av ikke-septisk artritt

Gjelder for: Hele SiV
Dokumenttype: Retningslinje
Sist endret: 03.01.2023

1. HENSIKT

Sikre en standardisert og adekvat utredning av pasienter med ikke-purulent artritt.

2. ANSVAR

Leger i indremedisinske spesialiteter som håndterer pasienter med akutt og kronisk artritt.

3. FREMGANGSMÅTE

Prosedyrene som skisseres under er ment som veiledende ved utredning av denne pasientgruppen, og skal ikke nødvendigvis gjennomføres i hvert enkelt utredningsløp.

3.1 Leddvæskeundersøkelser

3.1.1 Celletelling. Leddvæske tilsettes et EDTA-glass uten gel, og telling av leukocytter gjøres maskinelt ved Avd. for med.biokjemi. [Leukocytter \(leddvæske\)](#)

3.1.2 Polarisasjonsmikroskopi. Definitiv diagnostikk av urinsyregikt gjøres ved polarisasjonsmikroskopi. Polarisasjonsfilter er tilgjengelig ved laboratoriet. Typiske funn er rikelige, spisse, dobbeltbrytende krystaller på en bakgrunn av massiv polymorfonuklær leukocytose. Krystallene har klar-gul dobbelbrytning (i motsetning til calcium-pyrofosfat krystaller som har rombeform med blek-blå dobbeltbrytning). Se etter krystaller som penetrerer cellemembranen.

3.1.3 Bakteriologisk dyrkning. Det bør alltid rekvireres bakteriologisk dyrkning av leddvæske (sterilt glass og Amies transportmedium). Undersøkelsen rekvireres elektronisk i DIPS. Husk alltid å anføre lokalisasjon og hvorvidt det foreligger leddprotese. Gramfarging utføres alltid parallelt, men denne undersøkelsen har lav sensitivitet (40-75%).

3.1.4 PCR analyser. Ved klinisk mistanke om bakteriell artritt og hvor bakteriologisk dyrkning kommer ut negativt, kan leddvæsken sendes til Mikrobiologisk Institutt, Rikshospitalet for 16S rDNA (prokaryote organismer) og ITS eller 18S rDNA (eukaryote organismer) PCR analyser. Dette må spesifikt anføres i opplysningsfeltet ved elektronisk rekvirering. Eget rekvisisjonsskjema til Rikshospitalet må fylles ut. Borrelia-PCR analyse kan rekvireres dersom det er kliniske momenter som indikerer at det foreligger borreliose (jfr. punkt 4). Enda høyere sensitivitet ved Borrelia-artritt har PCR-analyse av synovialbiopsi.

3.1.5 Mycobakteriedyrkning. Gjennomføres bare på spesiell klinisk indikasjon.

3.2 Serologiske undersøkelser

3.2.1 Autoantistoffer. IgM revmafaktor, anti-CCP-antistoffer og ANA. Bare ved samtidige kliniske forhold som gir grunn til å mistenke granulomatøs vaskulitt (kutane vaskulittlesjoner, proteinuri/hematuri/akutt nyresvikt, lungeinfiltrater, sinusitt m.v.), rekvireres ANCA.

3.2.2 Infeksjonsserologi. Streptokokkantistoffer, parvovirus B19, Borrelia, hepatitt B, hepatitt C, evt. Yersinia enterocolitica og HIV. På helt spesiell indikasjon: Parotittvirus og Rubella.

3.3 Andre mikrobiologiske undersøkelser

3.3.1 Blodkulturer x2 ved febrilia og alltid før evt. antibiotikabehandling.

- 3.3.2 Plasma.** HLA B27 PCR ved mistanke om ankyloserende spondylitt.
- 3.3.3 Avføring.** Dyrkning med tanke på patogene tarmbakterier.
- 3.3.4 Halssekret.** Dyrkning med tanke på betahemolytiske streptokokker.
- 3.3.5 Nasofarynkssekret.** Mycoplasma og chlamydophila PCR.
- 3.3.6 Urin.** Bakteriologisk dyrkning (midtstråleprøver). Chlamydia trachomatis PCR (førstestråleprøve).
- 3.3.7 Sekret fra urethra/cervix/anus.** Chlamydia trachomatis og gonokokk-PCR analyser, evt. gonokokkdyrkning.

3.4 Radiologiske undersøkelser

- 3.4.1** Vanlig røntgenundersøkelse av ledd har lav sensitivitet ved akutt artrittsykdom. Man kan imidlertid visualisere hydroks, og ved akutt eksaserasjon av artrose fremstilles de tilgrunnliggende kroniske forandringene. Det samme gjelder kondrokalsinose som i visse tilfeller gir karakteristiske røntgenforandringer. Ved kronisk artritt vil en rekke radiologiske forandringer kunne oppstå; redusert bruskhøyde, usurer, subkondrale cyster o.a. Røntgen av cervical- og thoracalcolumna samt ileosacralledd kan avdekke diagnostiske forandringer ved Mb.Bechterew. Skjelettdeformiteter ved akutt forverring av Charcot-ledd kan være karakteristiske. Ved akutt oligo- eller monoartritt bør det derfor sikres røntgenbilder ved innkomst.
- 3.4.2** Ultralydundersøkelse av ledd kan avklare hvorvidt det foreligger intraartikulær væskeansamling eller periartikulær hevelse (som bl.a. kan ses ved leddaffeksjon ved sarkoidose).
- 3.4.3** MR undersøkelse har høy sensitivitet for å avdekke forandringer ved akutt artritt slik som benmargødem og endret væskesignal ved hydroks. Undersøkelsen er mer ressurskrevende og må vurderes utført etter individuell vurdering. Ved akutt reaktiv artritt og krystallartritt har denne undersøkelsesmodaliteten gjerne begrenset terapeutisk nytteverdi.

3.5 Biokjemiske analyse

Følgende analyser bør rekvireres: SR, CRP, utvidet hematologisk status, ferritin, bilirubin, urinsyre, glucose, nyrestatus, ASAT, ALAT, LD, ALP, gamma-GT, CK, amylase, albumin, ACE og procalcitonin (sendeprøve Sykehuset i Telemark). Serumelektroforese bør rekvireres ved forhøyet SR og INR/APTT i tilfeller hvor spontan hemartros mistenkes. D-dimer vil være forhøyet i de fleste tilfeller av hydroks i ledd, og har lav nytteverdi. Calprotectin i avføring (Fecaltest; sendeprøve OUS, Ullevål) bør rekvireres dersom det foreligger momenter som gir mistanke om inflammatorisk tarmsykdom.

4. GENERELT

Både akutt og kronisk artrittsykdom er hovedsakelig en utrednings- og behandlingsoppgave innen fagfeltet revmatologi. Områdefunksjon i revmatologi er lokalisert til Sykehuset i Telemark ved Betanien Hospital i Skien, og pasienten bør derfor henvises dit, evt. til privatpraktiserende spesialist (Revma Vestfold i Tønsberg). Kliniske forhold som hereditær disposisjon for inflammatorisk leddsykdom, tilstedeværelse av oligo- eller polyartritt, kjent psoriasis eller inflammatorisk tarmsykdom bør vekke mistanke om immunologisk betinget leddlidelse og bør avstedkomme utredning hos revmatolog.

En generell medisinsk biokjemisk innkomststatus hører med ved utredningen av de fleste former for artrittsykdom. Denne bør suppleres med analyser som kan være av betydning for vurdering av ulike diff.diagnoser (s-urinsyre) og andre tilstander som kan være assosiert med artrittsykdom slik som myositt (CK).

CRP er et sensitivt parameter (90-100% ved cut-off verdi 50 mg/l) ved septisk artritt, men har lav spesifisitet i forhold til krystallartritt og andre inflammatoriske tilstander. Verken senkningsreaksjon eller leukocytverdi i blod har spesielt høy sensitivitet eller spesifisitet. Inflammasjonsparameteret procalcitonin har imidlertid i flere studier høy spesifisitet (90-100%) ved septisk artritt. Dette parameteret kan imidlertid også være signifikant forhøyet hos enkelte pasienter med krystall-artritt. Procalcitonin viser i ulike studier lav og varierende sensitivitet (50-85%) ved septisk artritt.

Ved adult Stills sykdom ses ofte betydelig hyperferritinemi. Sarkoid-artritt kan gi forhøyet s-ACE, men analysen har relativt lav sensitivitet.

Telling av leukocytter i leddvæske har begrensninger når det gjelder sensitivitet og spesifisitet, spesielt for å skille mellom septisk artritt og krystall-artritt. Det er likevel, sammen med diff.telling, det beste primære laboratorieparameteret. Spesifisiteten for septisk artritt ved lkc $>100/10^9$ er høy (93-100%) og ved lkc $>50/10^9$ noe lavere (74-97%). Andel polymorfonukleære $>90\%$ har spesifisitet på 68-83% for septisk artritt.

Ved eksplisitt mistanke om septisk artritt bør pasienten imidlertid henvises til Ortopedisk avdeling ved SiV slik at diagnostisk leddpunksjon kan gjøres før evt. artroskopisk leddskylling. Ledd med akutt urinsyregikt er ofte betydelig inflammatorisk preget og med svær akutfase-reaksjon. Disponerende faktorer for krystall-artritt av denne typen er bl.a. overvekt, kjent hyperurikemi, diuretikabruk, diabetes mellitus, nyresvikt og tidligere episoder med urinsyregikt/podagra.

Visse bakterielle leddinfeksjoner slik som artritt ved borreliose og tuberkuløs artritt gir ikke purulent leddvæske og kan være vanskelig å skille klinisk fra reaktiv og andre inflammatoriske artrittsykdommer. Borrelia-artritt gir sjelden febrilia, akutt-fasereaksjon eller forhøyet SR av betydning og gir vanligvis monoartritt i større, vektbærende ledd. Reaktiv artritt er en aseptisk immunologisk reaksjon i tilknytning til eller etter en infeksjon i annen lokalisasjon, hovedsakelig som monoartritt eller asymmetrisk oligoartritt i store ledd. Parvovirus B19 gir vanligvis polyartritt i små ledd.

Ved mistanke om giktfeber utføres streptokokkantistoffer som omfatter anti-streptolysintiter (AST) og anti-DNase B etter 2-4 uker. Det er ønskelig med parsera hvor første prøve tas akutt og andre prøve etter 2-3 uker. Husk at giktfeber er et syndrom som omfatter mer enn artritt.

N.gonorrhoeae og sjeldnere N.meningitidis kan gi migrerende artritt. Bakteriemi med N.meningitidis serogruppe W135 kan gi artralgi med periartikulært eksantem.

Salmonella spp. kan, i tillegg til reaktiv artritt, i sjeldne tilfeller også gi septisk artritt i flere små ledd.

5. INTERNE REFERANSER

[1.6.1.17.3](#)

[Akutt septisk artritt - pasientlogistikk og primærbehandling](#)

6. EKSTERNE REFERANSER

7. VEDLEGG