

Mälarsjukhuset, Eskilstuna
Sjukgymnastiken 2, Reumatologkliniken
2007-07-11/ C Berterud Andersson, A Hagelberg, H Olsson, A Partanen
2009-09-17 / L Östblom, anpassat och reviderat till Akademiska sjukhuset Uppsala
Kontaktperson: L Östblom

Behandlingsriktlinjer för patienter med Systemisk lupus erythematosus (SLE)

Dessa behandlingsriktlinjer är anpassade och reviderade av sjukgymnaster vid sjukgymnastikavdelningen, Akademiska sjukhuset.

Kliniska omständigheter

Patienterna kommer från C-län, med remiss från reumatologklinikens läkare eller från Akademiska sjukhusets region med specialistvårdsremiss.

Behandlingsmål

Huvudmål:

Hantera sjukdomens konsekvenser utifrån patientens egna livsmål.

Delmål:

Öka kunskap

Bibehålla/öka funktion

Minska smärta

Litteratursökning

Den första sökningen gjordes av sjukgymnasterna vid reumatologkliniken Mälarsjukhuset i Eskilstuna.

Sökning skedde i databaserna Medline, AMED, Svemed+, Pedro, Pubmed, Cinahl, och Cochrane. Sökningen begränsades till de senaste 10 årens publikationer (1997-2007) samt till artiklar skrivna på engelska, svenska eller norska.

Sökord: systemic lupus erythematosus i kombination med: physiotherapy, exercise, rehabilitation, pain, patienteducation.

Efter sökning plockades 22 artiklar ut för läsning och av dessa bedömdes 13 vara relevanta och valdes ut för närmare granskning. 11 artiklar valdes slutligen ut för att tas med i utvecklandet av behandlingsriktlinjerna, varav 3 är randomiserade kontrollerade studier.

Även facklitteratur har använts till bakgrundsfakta.

Ny sökning genomfördes 090914 av sjukgymnasterna vid reumatologkliniken på Akademiska sjukhuset. Samma sökord och databaser användes som vid ovanstående sökning. Ny sökperiod: 2007-2009. En relevant artikel hittades.

Resultat

Systemisk lupus erythematosus (SLE) är en kronisk inflammatorisk multisystemsjukdom med många kliniska symtom. SLE förekommer i alla åldrar och är 6-8 gånger vanligare hos kvinnor än hos män. Medianålder för sjukdomsdebut i Sverige ligger strax under 50 år. I

Sverige insjuknar ca 5 patienter/100 000 invånare per år och prevalensen för SLE är 70-80 fall/100 000 invånare (år 2000).

Symtom i leder är frekvent och 90 % av alla patienter med SLE besväras av ledvärk och ledinflammation, vilket är debutsymtom hos 50 % av patienterna. Ledbesvären drabbar framför allt små och perifera leder i händer och fötter och är i många fall migrerande. Svullnad av lederna är ofta mindre uttalat jämfört med reumatoid artrit. Feber, trötthet, allmän sjukdomskänsla och viktreduktion förekommer ofta. Tröttheten kan vara mycket uttalad vid skov av sjukdomen. Även kronisk trötthet är vanlig och anses av många patienter som ett av de mest besvärande symtomen. Kronisk trötthet kan leda till funktionsnedsättning. En vanlig orsak till trötthet är också att patienten är fysiskt nedgången med nedsatt kondition. Symtombilden är ofta komplex och kan engagera de flesta organsystem (1, 2).

Det har visats i en studie av Tench et al (3) att personer med SLE är mindre tränade och har minskad träningskapacitet, minskad muskelstyrka, ökad trötthet och en större fysisk oförmåga jämfört med inaktiva friska personer. Här rekommenderar författarna att behandling utvecklade för att minska depression och förbättra kondition bör beaktas i den allmänna behandlingen av trötthet och oförmåga vid SLE.

Inflammatoriska mekanismer är tydligt involverade i kardiovaskulära sjukdomar hos patienter med SLE eller RA. En god behandling vid reumatologiska sjukdomar med kontroll av inflammationen och förbättrad funktionell kapacitet bör också minska risken för kardiovaskulär sjukdom. Med detta som grund bör regelbunden träning vara uppmuntrat hos patienter med reumatiska sjukdomar, bland annat SLE (4).

Det har setts i en studie av Keyser et al (5) att den aeroba kapaciteten är påtagligt försämrade och otillräcklig hos kvinnor med SLE för att orka med dagliga aktiviteter, jämfört med inaktiva friska kvinnor. Denna funktionella aeroba försämring korrelerar med uppfattningen av svår aktivitetsbegränsande trötthet.

Ramsey-Goldman et al (6) undersökte i en randomiserad kontrollerad pilotstudie effektiviteten och säkerheten av 8 veckor övervakad/ledd träning följt av 28 veckor av huvudsakligen självträning. Effekterna av konditions- och rörlighets/styrketräning jämfördes. Personerna i konditionsträningsgruppen tränade på en intensitet av 70-80 % av max och hade liknande träning både vid den övervakade träningen och vid den senare självträningen. Den andra gruppen tränade under den första perioden framför allt rörlighet och under andra perioden kompletterades träningen med styrkeövningar. Ingen skillnad kunde ses i de olika uppmätta variablerna (bland annat trötthet, kondition, muskelstyrka, sjukdomsaktivitet) mellan grupperna. Båda konditions- rörlighets- och styrketräningen bedömdes som säkra och ökade ej sjukdomsaktiviteten.

Att träning säkert kan utföras för SLE-patienter utan att sjukdomsaktiviteten ökar påvisade även Tench et al (7) i sin studie från 2003. Här undersökte även författarna effekten av en graderad konditionsträning för behandling av trötthet vid SLE. Nittiotre kvinnor med mild SLE delades in i tre grupper: en konditionsträningsgrupp, som tränade minst 3 gånger/vecka 30-50 min/gång, utförde hemträning med promenader, cykling eller simning på en intensitet av 60 % av max, en grupp tränade avspänning minst 3 gånger/v samt en grupp som inte hade någon intervention. Träningsgruppen och avspänningsgruppen hade en ledd träning varannan vecka. Tröttheten förbättrades signifikant enligt Chalder fatigue scale i träningsgruppen. I samma grupp skattade 49 % av patienterna sig själva som mycket eller väldigt mycket bättre efter träningsperioden jämfört med 28 % i avspänningsgruppen och 16 % av patienterna i kontrollgruppen. Författarna drog utifrån dessa resultat slutsatsen att en lämpligt anpassad

träning säkert kan förskrivas till SLE-patienter med en inaktiv sjukdom utan allvarliga organengagemang samt att träningen kan förbättra trötthetsbesvären hos dessa patienter. Liknande resultat med att aerob träning ej försämrar sjukdomsaktiviteten och kan ha fördelaktiga effekter på trötthet och fysisk funktion visar Clarke-Jenssen et al (8) i sin studie (single subject experimental design). Här bestod träningen av gång på löpband med en intensitet på 70 % av max, 3 gånger/vecka under en 12 veckors träningsperiod. Träningsstiden ökade successivt från 25-40 minuter. Även här bör påpekas att deltagarna hade en låg sjukdomsaktivitet i sin SLE-sjukdom.

Forskningsresultaten ovan styrker Carvalho et al (9) ytterligare genom att i sin studie visa att ledd konditionsträning var väl tolererad och förbättrade signifikant träningstolerans, kondition, trötthet, livskvalité, depression samt funktionell kapacitet hos SLE-patienter med en låg sjukdomsaktivitet.

Att beteendeorienterade interventioner även är önskade vid behandling av trötthet utöver träning skriver Neill et al (10) om i sin litteraturstudie. Här var syftet att ge en översikt av icke farmakologiska interventioner för trötthet hos vuxna med tre vanliga autoimmuna sjukdomar, bland annat SLE. Träning, nutrition, beteendemedicinska och fysiologiska interventioner visade signifikanta minskningar i trötthet hos vuxna med kroniska autoimmuna tillstånd.

Två andra litteraturstudier (11, 12) påvisade att evidensen för träning/behandling vid SLE är begränsad och att vidare forskning behövs. Denna bör då framför allt inriktas mot att utvärdera effekten av träning på grupper med varierad grad av sjukdomsaktivitet samt att dokumentera de långvariga effekterna på sjukdomen.

En undersökning om skandinaviska sjukgymnasters erfarenheter av behandling av SLE-patienter visade att information och aktiv träning användes mest frekvent som behandlingsåtgärd och rapporterades ha en god effekt enligt klinisk erfarenhet. Tolkningen av resultatet bygger på svar i 51 enkäter från sjukgymnaster som arbetar kliniskt med SLE-patienter. Detta stämmer enligt författarna väl överens med de kliniska studier som tidigare gjorts på SLE-patienter (13).

Den artikeln som hittades vid den senaste sökningen har tyvärr ingen frisk kontrollgrupp och är inte en randomiserad studie. Det som framkommer är i linje med andra studier och bekräftar det som redan sagts (14).

Rekommendationer

Ovan nämnda studier visar att patienter med SLE har stor nytta av att vara fysiskt aktiva genom träning i form av kondition, styrka och/eller rörlighetsträning. Träningen enligt studierna ovan har ej visat på några negativa effekter hos patienter med en låg till måttlig sjukdomsaktivitet samt visat att den uttalade tröttheten lindras, vilket ofta upplevs som ett av de mest besvärande symtomen vid SLE. Positiva effekter har även setts på kondition, träningstolerans, funktionell kapacitet, depression samt livskvalité.

Rekommendationerna för träningsintensiteten vid konditionsträning bör ligga runt 60-80 % av maximal syreupptagningsförmåga beroende på sjukdomsaktivitet och individuell träningskapacitet. Intensiteten individanpassas och bör successivt ökas från en lägre nivå till att börja med, med tanke på SLE-patienternas ökade trötthet och minskade träningskapacitet. Fysisk träning 3 gånger/vecka mellan ca 30-50 minuter inklusive uppvärmning och nedvarvning rekommenderas. Promenader, bassängträning/simning, cykling är förslag på lämpliga aktiviteter.

Styrketräning har också visat sig vara en lämplig träning men här är evidensen mer bristfällig jämfört med för konditionsträning. I Ramsey-Goldmans (6) studie nämns ett styrketräningsprogram innefattande 2 till 3 set av 10 repetitioner med gradvis ökande motstånd beroende på individens kapacitet. Här rekommenderas även isometrisk träning för dessa patienter då det tidigare har setts att den isometriska styrkan är nedsatt hos SLE-patienter (6, 11).

Rörlighetsträning anpassas efter individens behov.

För att stimulera till fortsatt träning utanför sjukvården bör Fysisk aktivitet på recept-FaR® (FYSS 2008) skrivas (15).

Omhändertagandet av patienter med SLE på sjukgymnastiken, Akademiska sjukhuset

Samtliga patienter inom slutenvård och öppenvård som kommer via remiss bedöms individuellt utifrån aktuella problem och sjukdomsaktivitet. Sjukgymnasten bedömer ledfunktion, muskelfunktion, förflyttning- och gångförmåga, smärta samt kondition.

Information, regim och allmänna råd ges. Stor hänsyn tas till sjukdomsduration och patientens sjukdomsinsikt. Beaktande tas även till patientens psykiska status och trötthet.

Patienten behandlas utifrån de fynd som har gjorts genom individuella behandlingar.

Dagvård

Nydiagnosmottagning: Alla patienter med nydiagnostiserad inflammatorisk sjukdom får en samordnad tid för bedömning hos arbetsterapeut, kurator, sjukgymnast och läkare. Åtgärder efter behov.

Öppenvård

Öppenvårdsmottagning finns för klinikens patienter efter remiss från reumatolog.

Träning i grupp: Patienter med SLE, som bor i C-län, ingår också i teamverksamheten. Se behandlingsriktlinjer för patienter med reumatoid artrit.

Slutenvård

De personer som är svårast sjuka får hjälp med mobilisering och smärtlindring.

Utvärdering

Utvärdering sker i början av en behandlingsperiod och efter avslutad behandlingsperiod. Utvärderingsinstrument som är valida och reliabla finns samlade i REFORM-pärmen (16) som utges av sektionen för reumatologi.

Andra förekommande mätmetoder vid SLE är smärtskattning med Visuellt Analog Skala (VAS) (17) och rörelsemätning med goniometer (18).

Referenser

1. Boström C, Jung K, Nilsson E, Rolandsson B. Fysisk träning av patienter med SLE. Sjukgymnasten 1993;(11):37-8.
2. Klareskog L, Saxne T, Enman, Y. Reumatologi. Lund: Studentlitteratur; 2005.
3. Tench C, Bentley D, Vleck V, McCurdie I, White P, D´Cruz D. Aerobic fitness, fatigue, and physical disability in Systemic lupus erythematosus. The Journal of Rheumatology 2002; 29(3):474-481.

4. Turesson C, Matteson EL. Cardiovascular risk factors, fitness and physical activity in rheumatoid diseases. *Curr Opin Rheumatol*. 2007;19(2):190-6.
5. Keyser R, Rus V, Cade WT, Kalappa N, Flores RH. Evidence for aerobic insufficiency in women with Systemic lupus erythematosus. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)*. 2003;49(1):16-22.
6. Ramsey-Goldman R, Schilling EM, Dunlop D, Langman C, Greenland P, Thomas RJ, Chang RW. A pilot study on the effects of exercise in patients with Systemic lupus erythematosus. *Arthritis Care and Research*. 2000;13:262-269.
7. Tench CM, McCarthy J, McCurdie I, White PD, D'Cruz DP. Fatigue in systemic lupus erythematosus: a randomised controlled trial of exercise. *Rheumatology* 2003;42:1050-1054.
8. Clarke-Jensen A, Fredriksen PM, Lilleby V, Mengshoel AM. Effects of supervised aerobic exercise in patients with systemic lupus erythematosus: A pilot study. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)*. 2005;53(2):308-312.
9. Carvalho MR, Sato EI, Tebexreni AS, Heidecher RT, Schenkman S, Barros Neto TL. Effects of supervised cardiovascular training program on exercise tolerance, aerobic capacity, and quality of life in patients with Systemic lupus erythematosus. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research)*. 2005;53(6):838-844.
10. Neill J, Belan I, Ried K. Effectiveness of non-pharmacological interventions for fatigue in adults with multiple sclerosis, rheumatoid arthritis, or systemic lupus erythematosus: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 2006;56(6):617-635.
11. Ayán C, Martín V. Systemic lupus erythematosus and exercise. *Lupus*. 2007;16:5-9.
12. Strömbeck B, Jacobsson L. The role of exercise in the rehabilitation of patients with systemic lupus erythematosus and patients with primary Sjögren's syndrome. *Curr Opin Rheumatol*. 2007;19:197-203.
13. Clarke-Jensen A, Mengshoel A. Fysioterapi ved bindevævssygdommer. *Nordisk fysioterapi*. 2000;4:50-57.
14. Boström C, Dupre B, Tengvar P, Jansson E, Opava CH, Lundeberg IE. Aerobic capacity correlates to self-assessed physical function but not to overall disease activity or organ damage in women with systemic lupus erythematosus with low-to-moderate disease activity and organ damage. *Lupus* (2008) 17,100-104.
15. FYSS 2008. Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och behandling. Statens folkhälsoinstitut, rapport R 2008:4. Elanders 2008 (www.fysss.se)
16. LSR. REFORM- Reumatologisk fysioterapi och riktlinjer för mätmetoder. Stockholm: Sektionen för reumatologi, LSR; 1999.
17. Wewers M, Lowe N. A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena. *Research in Nursing and Health* 1990;13:227-236.
18. Clarkson HM. Musculoskeletal assessment. Joint range of motion and manual muscle strength. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins;2000.