

Personer med reumatoid artrit bör uppmanas till fysisk aktivitet

Många personer med reumatoid artrit har nedsatt rörlighet, muskelfunktion och kondition. Symtomen leder ofta till otillräcklig fysisk aktivitet, men många kan förbättra sin kondition och muskelstyrka utan att sjukdomen förvärras.

NINA BRODIN, med dr, leg fysioterapeut

nina.brodin@ki.se

EMMA SWÄRDH, med dr, leg fysioterapeut; båda Karolinska

instituttet, institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle, sektionen för fysioterapi, Huddinge

Reumatoid artrit förekommer hos 0,5–1 procent av befolkningen i Europa och USA [1], och i Sverige hos 0,5–0,7 procent [2]. Kvinnor insjuknar oftare än män, könskvot 3:1 [1, 3], och insjuknandet kan ske i vilken ålder som helst, men är vanligast mellan 45 och 65 år. Incidensen beräknas vara 25–50 nya fall per 100 000 invånare och år [4]

Den grundläggande bakomliggande orsaken till reumatoid artrit är i stora delar fortfarande oklar, men kunskaperna om samspelet mellan en rad genetiska, immunologiska och miljömässiga faktorer för sjukdomens utveckling har ökat [5]. Av särskilt intresse är också livsstilsfaktorer, där rökning negativt påverkar såväl incidens som prognos och läkemedelsvar, och fysisk aktivitet predicerar mildare symtom vid diagnos. Reumatoid artrit presenterar sig vanligen som symmetrisk polyartrit med ett skovvis förlopp och karakteriseras av synovit, tendovaginit och bursit. Ofta ses destruktion av lednära ben och brosk. Osteopeni och osteoporos orsakas av sjukdomsprocessen i sig, fysisk inaktivitet och eventuell kortisonbehandling, och ökar risken för osteoporosrelaterade frakturer. Sjukdomen kan debutera akut eller komma smygande under en längre tid. Det vanligaste symtomet vid reumatoid artrit är kronisk smärta som dock varierar i intensitet, lokalisering och kvalitet. Ledsvullnad, stelhet, ömhet, sjukdomsrelaterad trötthet och stressreaktioner är vanliga.

Många personer med reumatoid artrit har, redan tidigt i sjukdomsförloppet och trots medicinsk behandling, nedsatt ledrörlighet, muskelfunktion och kondition. Utöver ledbesvären förekommer även allmänna inflammationssymtom och engagemang av inre organsystem. Sammantaget leder symtomen vid reumatoid artrit ofta till otillräcklig fysisk aktivitet, vilket tillsammans med trötthet och ibland direkt hjärt-lungpåverkan leder till nedsatt kondition. I jämförelse med befolkningen i övrigt löper personer med reumatoid artrit en ökad risk för hjärt-kärlsjukdom och förtida död [6]. Inaktiva personer med reumatoid artrit löper ökad risk att drabbas av hjärt-kärlsjukdom jämfört med dem som är fysiskt aktiva [7, 8].

Diagnoskriterier för reumatoid artrit har sammanställts av American College of Rheumatology. Klassifikationskriterier för personer med nydebuterade symtom finns sedan 2010 och bygger på en poängbaserad algoritm av ledengagemang (stora leder, små leder), serologi (reumatoid faktor, RF, och antikroppar mot citrullinerade peptider, ACPA), akutfasreaktion



Foto: Fotolia / JBL Bildbyrå

»Eftersom reumatoid artrit är en livslång sjukdom är det viktigt att den fysiska aktiviteten kan utföras så självständigt som möjligt ...«

(CRP, SR) och duration (<6 veckor, ≥6 veckor). Sjukdomen blir för de flesta kronisk. Uppblossande akuta skov av sjukdomen varvade med lugnare remissionsperioder leder i regel till en långsam försämring. I vissa fall ser man dock en allvarligare sjukdomsbild med snabb och stadig progress – en svårt destruktiv ledsjukdom med systemengagemang. Modern läkemedelsbehandling bidrar numera till betydligt bättre prognos för personer med reumatoid artrit. På grund av de individuella variationerna i sjukdomsförloppet är dock prognosen i enskilda fall svår att förutsäga.

Fysisk aktivitet vid behandling av reumatoid artrit

Målen för läkemedelsbehandling har under senare år flyttats fram betydligt, och med dagens behandling strävar man efter att uppnå remission, det vill säga att artriterna inte är kliniskt

SAMMANFATTAT

Personer med reumatoid artrit bör rekommenderas aerob och muskelstärkande fysisk aktivitet för att öka kondition och muskelstyrka samt för att minska smärta och aktivitetsbegränsningar. **Aerob fysisk aktivitet** kan utföras på land eller i vatten. **Det finns inga absoluta** kontraindikationer för fysisk aktivitet för

patienter med reumatoid artrit, men associerade tillstånd som till exempel perikardit, hjärtsvikt, lungfibros och vaskulit kan ibland kräva särskild anpassning och övervakning. **Den fysiska träningen** måste anpassas till svängningar i sjukdomens förlopp.

märkbara, även om det fortfarande är få som uppnår detta mål. De läkemedel som används vid behandling av reumatoid artrit är i första hand sjukdomsmodifierande antireumatiska läkemedel (DMARD) i kombination med kortison samt NSAID, och biologiska läkemedel i form av till exempel TNF-alfablockerare. De goda effekter som ses av läkemedelsbehandling kan tillskrivas både tidigt insatt adekvat behandling med DMARD och kortison men även tillgången till biologiska läkemedel i de fall DMARD är otillräckliga för att bromsa inflammationen. Biologiska läkemedel, speciellt i kombination med DMARD, har de senaste åren revolutionerat behandlingen av reumatoid artrit. Skelett- och leddestruktioner synliga på röntgen kan normaliseras vid modern och framgångsrik biologisk behandling.

Personer med reumatoid artrit bör uppmanas att vara fysiskt aktiva för att förbättra och bibehålla sin fysiska och psykiska hälsa samt reducera riskerna för följsjukdomar. Det är viktigt att diskutera hur den fysiska aktiviteten ska kunna bli en naturlig del i vardagen. På grund av sjukdomens varierande förlopp bör dock den organiserade fysiska aktiviteten individualiseras. Eftersom reumatoid artrit är en livslång sjukdom är det viktigt att den fysiska aktiviteten kan utföras så självständigt som möjligt, även om träningen som beskrivs i vetenskapliga studier ofta har varit övervakad på klinik.

Effekt av fysisk aktivitet vid reumatoid artrit

Personer med låg till måttlig sjukdomsgrad utan stora leddestruktioner kan förbättra kondition och muskelstyrka utan att sjukdomen förvärras genom att utföra landbaserad aerob och/eller muskelstärkande fysisk aktivitet samt konditionsträning i vatten [9-24]. Personer med reumatoid artrit kan med fördel följa den allmänna rekommendationen om fysisk aktivitet för att förebygga andra sjukdomar. Det finns otillräckligt vetenskapligt underlag för att säkert kunna uttala sig om huruvida fysisk aktivitet vid reumatoid artrit kan påverka etablerad kardiovaskulär risk och riskfaktorer, men ett fåtal studier visar positiva effekter [25].

Effekt i förhållande till typ av fysisk aktivitet

Lämpliga former för fysisk aktivitet är cykling, längdskidåkning, stavgång, promenader, motionsgymnastik, dans samt styrketräning. Den fysiska aktiviteten kan även bedrivas i uppvärmd bassäng då vattnet avlastar kroppens tyngd samtidigt som det ger möjlighet till ett mjukt och jämnt motstånd. Uppvärmning, aeroba- och/eller muskelstärkande delar samt nedvarvning ska ingå i varje pass. Intensiteten bör initialt vara lägre än rekommenderad för att sedan successivt öka under en period på minst 2-3 veckor. Den fysiska aktiviteten måste även ständigt anpassas till svängningar i sjukdomens förlopp. Den så kallade 24-timmarsregeln kan tillämpas, vilken innebär en tillfällig sänkning av belastningen om det uppstått ökad smärta som varat minst ett dygn direkt efter den fysiska aktiviteten. För att underlätta den fysiska aktiviteten kan till exempel handledsortoser, specialanpassade skor och inlägg samt alternativa övningar behöva utprovas.

Det finns måttligt starkt vetenskapligt underlag (evidensstyrka +++) för att korttids (8-12 veckor) landbaserad aerob

»Den fysiska aktiviteten måste även ständigt anpassas till svängningar i sjukdomens förlopp.«

fysisk aktivitet (3 gånger per vecka, 30-75 minuter per tillfälle) med måttlig till hög intensitet (minst 40 procent av VO_2 -max med progression upp till 65 procent av VO_2 -max) [10-13] kan förbättra kondition och minska självupplevd smärta, men inte öka muskelstyrka. Det vetenskapliga underlaget för hur aktivitetsbegränsningar påverkas är begränsat (evidensstyrka ++).

Det finns måttligt starkt vetenskapligt underlag för att korttids (8-12 veckor) vattenbaserad aerob fysisk aktivitet (3 gånger per vecka, minst 60 minuter per tillfälle) med måttlig till hög intensitet (minst 40 procent av VO_2 -max med progression upp till 80 procent av VO_2 -max) [12, 19-20] kan förbättra kondition. Det vetenskapliga underlaget för hur muskelstyrka, aktivitetsbegränsningar och självupplevd smärta påverkas är begränsat (evidensstyrka ++).

Det finns måttligt starkt vetenskapligt underlag (evidensstyrka +++) för att korttids (12-26 veckor) landbaserad aerob och muskelstärkande fysisk aktivitet (2-3 gånger per vecka, 30-80 minuter per tillfälle) med måttlig till hög intensitet (minst 40 procent av VO_2 -max med progression upp till 75-80 procent av VO_2 -max, samt progressiv ökning upp till 70 procent av 1 repetitionsmaximum, RM) [14-18] kan förbättra kondition och muskelstyrka, men inte självupplevd smärta. Det vetenskapliga underlaget för hur aktivitetsbegränsningar påverkas är begränsat (evidensstyrka ++).

Det finns måttligt starkt vetenskapligt underlag (evidensstyrka +++) för att långtids (52-104 veckor) landbaserad aerob och muskelstärkande fysisk aktivitet (2-3 gånger per vecka, 30-90 minuter per tillfälle) med måttlig till hög intensitet (minst 40 procent av VO_2 -max med progression upp till 85 procent av VO_2 -max, samt progressiv ökning upp till 70 procent av 1 RM) [9, 21-24] kan minska aktivitetsbegränsningar samt förbättra kondition och muskelstyrka. Muskelstyrka kan dessutom bibehållas över tid. Det vetenskapliga underlaget för hur självupplevd smärta påverkas är begränsat (evidensstyrka ++).

Det saknas ännu vetenskapligt underlag för att uttala sig om dos-respons sambandet mellan å ena sidan dosen av aerob och/eller muskelstärkande fysisk aktivitet och å andra sidan effekten på exempelvis aktivitetsbegränsningar, kondition, muskelstyrka och självupplevd smärta.

Allt tyder på att verkningsmekanismerna vid fysisk aktivitet är desamma vid medicinskt kontrollerad reumatoid artrit som hos befolkningen i övrigt. Hos personer med reumatoid artrit kan fysisk aktivitet leda till färre svullna och ömma leder. Mekanismerna bakom dessa positiva effekter av fysisk aktivitet är inte helt klarlagda. Fysisk aktivitet tros kunna öka produktionen av hormoner och andra substanser som påverkar immunförsvaret. En annan möjlig mekanism är att aerob fysisk aktivitet kan aktivera det parasympatiska nervsystemet, som har en antiinflammatorisk effekt. Fysisk aktivitet kan också motverka så kallad reumatoid artrit-kakexi genom att öka andelen fettfri kroppsmassa.

Fysisk aktivitet och läkemedel vid reumatoid artrit

Försiktighet rekommenderas vid högintensiv fysisk träning i samband med kortisonbehandling. Kortison är en katabol (nedbrytande) steroid, och vid kortisonbehandling minskar styrkan och hållfastheten i muskler och senor. Detta kan medföra ökad risk för bristningar eller rupturer vid alltför

■ FAKTA. Rekommenderad fysisk aktivitet vid reumatoid artrit

Personer med reumatoid artrit bör rekommenderas aerob och muskelstärkande fysisk aktivitet för att

- öka kondition och muskelstyrka
måttligt starkt vetenskapligt underlag (evidensstyrka +++)
- minska smärta och aktivitetsbegränsningar
begränsat vetenskapligt underlag (evidensstyrka ++).

stor fysisk belastning. Vid långvarig peroral lågdoskortisonbehandling kan fördelarna med fysisk aktivitet och fysisk träning överväga riskerna, men detta bör alltid bedömas från fall till fall.

Kontraindikationer/risker

Det föreligger inga absoluta kontraindikationer för fysisk träning vid reumatoid artrit. Perikardit, hjärtsvikt, pleurit, lungfibros, vaskulit och njurengagemang kan dock förekomma. Personer med dessa komplikationer behöver specialutformad fysisk aktivitet övervakad av sjukvårdspersonal. Vid osteoporos är fysisk aktivitet en viktig del av behandlingen för att stärka skelettet. Viktigt att komma ihåg är att frakturrisken samtidigt är förhöjd och att särskild uppmärksamhet och försiktighet bör riktas mot att förhindra fallolyckor. Personer med destruktion i stora leder ska informeras om att nyttan av högtintensiv fysisk träning bör vägas mot en risk att deras leddestruktion eventuellt påskyndas. Även vid förekomst av ledplastik bör ibland viss försiktighet råda framför allt beträffande muskelstärkande fysisk aktivitet med höga belastningar. Inför och efter ledplastikoperationer är dock fysisk aktivitet som regel av godo för att upprätthålla muskelfunktion och rörlighet i så hög utsträckning som möjligt.

Behov av medicinsk kontroll

Behov av hälsokontroller är de gängse, exempelvis screening för hjärt-kärlsjukdom. Grad av leddestruktion bör bedömas innan fysisk aktivitet påbörjas.

Utvärdering och uppföljning

För att lägga upp ett individuellt anpassat program och för att kunna utvärdera fysisk aktivitet är det av största vikt att använda test för kondition, muskelstyrka, funktion och andra

relevanta mått innan programmet utformas, och sedan upprepa dessa med jämna mellanrum. För de flesta personer är det motiverande att veta att testet kommer att upprepas, vilket därför kan bidra till att programmet följs.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

SUMMARY

Besides pharmacological treatment regular physical activity is one of the cornerstones of care in rheumatoid arthritis (RA). However, recent research has shown insufficient levels of physical activity in the RA population. This is of concern given the increased risk of cardiovascular disease. There is moderate quality evidence supporting that short-term land-based aerobic exercise on moderate to high intensity results in positive effects on oxygen uptake and pain, but not muscular strength; short-term water-based aerobic exercise on moderate to high intensity results in a positive effect on oxygen uptake; short-term land-based aerobic and strengthening exercise on moderate to high intensity results in positive effects on oxygen uptake and muscular strength, but not pain, and long-term land-based aerobic and strengthening exercise on moderate to high intensity results in positive effects on activity limitation, oxygen uptake and muscular strength.

REFERENSER

1. Scott DL, Wolfe F, Huizinga TW. Rheumatoid arthritis. *Lancet*. 2010;376:1094-108.
2. Simonsson M, Bergman S, Jacobsson LT, et al. The prevalence of rheumatoid arthritis in Sweden. *Scand J Rheumatol*. 1999;28:340-3.
3. Englund M, Jöud A, Geborek P, et al. Prevalence and incidence of rheumatoid arthritis in southern Sweden 2008 and their relation to prescribed biologics. *Rheumatology (Oxford)*. 2010;49:1563-9.
4. Uhlig T, Kvien TK. Is rheumatoid arthritis disappearing? *Ann Rheum Dis*. 2005;64:7-10.
5. Klareskog L, Catrina AI, Paget S. Rheumatoid arthritis. *Lancet*. 2009;373:659-72.
6. Avina-Zubieta I, Avina-Zubieta JA, Choi HK, et al. Risk of cardiovascular mortality in patients with rheumatoid arthritis: a meta-analysis of observational studies. *Arthritis Rheum*. 2008;59:1690-7.
7. Metsios GS, Stavropoulos-Kalinoglou A, Sandoo A, et al. Vascular function and inflammation in rheumatoid arthritis: the role of physical activity. *Open Cardiovasc Med J*. 2010;4:89-96.
8. Turesson C, Matteson EL. Cardiovascular risk factors, fitness and physical activity in rheumatic diseases. *Curr Opin Rheumatol*. 2007;19:190-6.
9. van den Berg MH, Ronda HK, Peeters AJ, et al. Using internet technology to deliver a home-based physical activity intervention for patients with rheumatoid arthritis: a randomized controlled trial. *Arthritis Rheum*. 2006;55:935-45.
10. Baslund B, Lyngberg K, Andersen V, et al. Effect of 8 wk of bicycle training on the immune system of patients with rheumatoid arthritis. *J Appl Physiol* (1985). 1993;75:1691-5.
11. Harkcom TM, Lampman RM, Banwell BF, et al. Therapeutic value of graded aerobic exercise training in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 1985;28:32-9.
12. Minor MA, Hewett JE, Webel RR, et al. Efficacy of physical conditioning exercise in patients with rheumatoid arthritis and osteoarthritis. *Arthritis Rheum*. 1989;32:1396-405.
13. Neuberger GB, Aaronson LS, Gajewski B, et al. Predictors of exercise and effects of exercise on symptoms, function, aerobic fitness, and disease outcomes of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 2007;57:943-52.
14. Lyngberg KK, Harreby M, Bentzen H, et al. Elderly rheumatoid arthritis patients on steroid treatment tolerate physical training without an increase in disease activity. *Arch Phys Med Rehabil*. 1994;75:1189-95.
15. Van den Ende CHM, Hazes JMW, Le Cessie S, et al. Comparison of high and low intensity training in well controlled rheumatoid arthritis. Results of a randomized clinical trial. *Ann Rheum Dis*. 1996;55:798-805.
16. Flint-Wagner HG, Lisse J, Lohman TG, et al. Assessment of a sixteen-week training program on strength, pain, and function in rheumatoid arthritis patients. *J Clin Rheumatol*. 2009;15:165-71.
17. Stavropoulos-Kalinoglou A, Metsios GS, Veldhuijzen van Zanten JJ, et al. Individualised aerobic and resistance exercise training improves cardiorespiratory fitness and reduces cardiovascular risk in patients with rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2013;72:1819-25.
18. Strasser B, Leeb G, Strehblow C, et al. The effects of strength and endurance training in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol*. 2011;30:623-32.
19. Sanford-Smith S, Mackay-Lyons M, Nunes-Clement S. Therapeutic benefit of aquaerobics for individuals with rheumatoid arthritis. *Physiother Can*. 1998 Winter; 50:40-6.
20. Hsieh LF, Chen SC, Chuang CC, et al. Supervised aerobic exercise is more effective than home aerobic exercise in female chinese patients with rheumatoid arthritis. *J Rehabil Med*. 2009;41:332-7.
21. de Jong Z, Munneke M, Zwinderman AH, et al. Is a long-term high-intensity exercise program effective and safe in patients with rheumatoid arthritis? Results of a randomized controlled trial. *Arthritis Rheum*. 2003;48:2415-24.
22. de Jong Z, Munneke M, Kroon HM, et al. Long-term follow-up of a high-intensity exercise program in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol*. 2009;28:663-71.
23. Hansen TM, Hansen G, Langgaard AM, et al. Longterm physical training in rheumatoid arthritis. A randomized trial with different training programs and blinded observers. *Scand J Rheumatol*. 1993;22:107-12.
24. Hurkmans EJ, van den Berg MH, Ronda KH, et al. Maintenance of physical activity after Internet-based physical activity interventions in patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology*. 2010;49:167-72.
25. Janse van Rensburg DC, Ker JA, Grant CC, et al. Effect of exercise on cardiac autonomic function in females with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol*. 2012;31:1155-62.