

Referat fra Eular-kongressen 2026 London

Etter svært innholdsrike og lærerike dager i London, på årets Eular-kongress, sitter vi her og prøver å samle alle inntrykk i et lite referat. Her kommer et lite sammendrag fra de to forelesningene som ga størst inntrykk.

Vi har jo nettopp startet en urinsyrepoliklinikk på St. Olavs, så vi må selvfølgelig ta med forelesningen om gout. 😊

Gout- Let us cure it together

Gout - the beginning, diagnostics, flares and ULT (foredrag av: Pascal Richette)

Pascal Richette snakket litt om hvordan urinsyregikt diagnostiseres i dag, samt vanlig behandling og årsaker bak sykdommen.

Det er 5 hovedfaktorer (+ diuretika behandling) til at pasienter har forhøyet urat:

- Arv (hovedårsaken)
- Kronisk nyresykdom
- Overvekt
- Dyslipidemi (ugunstig lipidstatus)
- Insulinresistens

Urinsyregikt kommer ofte som et resultat etter mange år med forhøyet urat

Diett:

- Gir lite variasjoner i uratverdi, men diett som gir overvekt og diabetes kan øke risiko for urinsyregikt.
- Noen dietter kan trigge anfall (purinholdige mat- og drikkevarer), men har ikke så mye å si på generell uratverdi i blodet.

Risiko for hjerte-kar sykdom:

Risiko for kardiovaskulær sykdom øker for hver gang man har et anfall. Foreleseren mente også at forhøyet verdi av urinkrystaller i blodet vil skape en slags inflammasjon som vil gi større risiko for hjerte-kar-sykdom, selv uten anfall.

Urinsyreanfall gir også høyere risiko for hjerteinfarkt og slag innen 3-4 måneder etter anfall, men aller mest de 30 første dagene.

En kan stille seg spørsmålet: bør man starte med urinsyresenkende etter første anfall? Er vi for treg med å starte i gang behandling, når vi tenker på risiko for kardiovaskulær sykdom?

Remisjon og oppløsning av tofi:

Jo lavere urat jo raskere vil man løse opp tofi-avleiringer. Når krystaller er til stede kan det være større risiko for kardiovaskulær sykdom, selv om det ikke gir anfall.

Å holde en uratverdi på 60mg/L (300) vil avleiringer løses opp innen 6 måneder.

Remisjon vil si ingen anfall over 12 måneder.

Forskning har vist at urat nivå under 50 mg/L (250) hadde bedre effekt på oppløsning av tofi. (Dette har ikke jeg hørt at vi har praktisert i Norge, men kanskje andre av dere har hørt noe om dette).

Kolkisin:

Pasienter bør starte med kolkisin i forbindelse med oppstart av urinsyresenkende behandling, da det er større risiko for anfall i startfasen. Vi vet fortsatt ikke hvor lenge man bør kontinuere kolkisin, men man bør bruke det minst 6 måneder for å unngå anfall.

Dose: 0,5 mg eller 1 mg, det er uenighet blant behandlere om hvilken dose en bør bruke.

Det er også en risiko for nye anfall ved seponering av kolkisin. En kan stille seg spørsmålet: Skulle vi vurdert nedtrapping av kolkisin?

The end - adherence and self-management (foredrag av: Annette de Thurah)

Annette de Thurah snakket om hvorfor urinsyregikt er så vanskelig å behandle, selv om vi har gode medisiner, forstår patofysiologien og har klare retningslinjer for behandling. Compliance over tid blant disse pasientene er dårlig.

Hvorfor er langtids-compliance dårlig?

- Symptomene kommer og går. Disse pasientene er ikke plaget hele tiden, og føler seg bra store deler av tiden. Det kan da være vanskelig å forstå hvorfor man skal bruke medisin.

- Serum urat er usynlig for pasienten. De har ikke «forhold» til det vi behandler.

40% av pasienter stopper med behandling etter et år. 50% starter ikke på igjen med behandling. Hvilke tiltak trenger denne pasientgruppen for å bli værende i remisjon.

Vanlig praksis i dag:

- Skrive resept på behandling etter retningslinjer.
- Pasienten har mulighet til å stille spørsmål om behandlingen og evt. Diskutere besymringer.
- Pasienten har tilgang til medisin.
- Pasienten har mulighet til å diskutere evt. Bivirkninger.

Mulige tiltak

Lav «intensitet» (mindre ressurskrevende)

- App påminnelse
- Dosett
- Tekstmelding
- Mulighet til å kontakte helsepersonell i spesialisthelsetjenesten.

Høy «intensitet» (mer ressurskrevende)

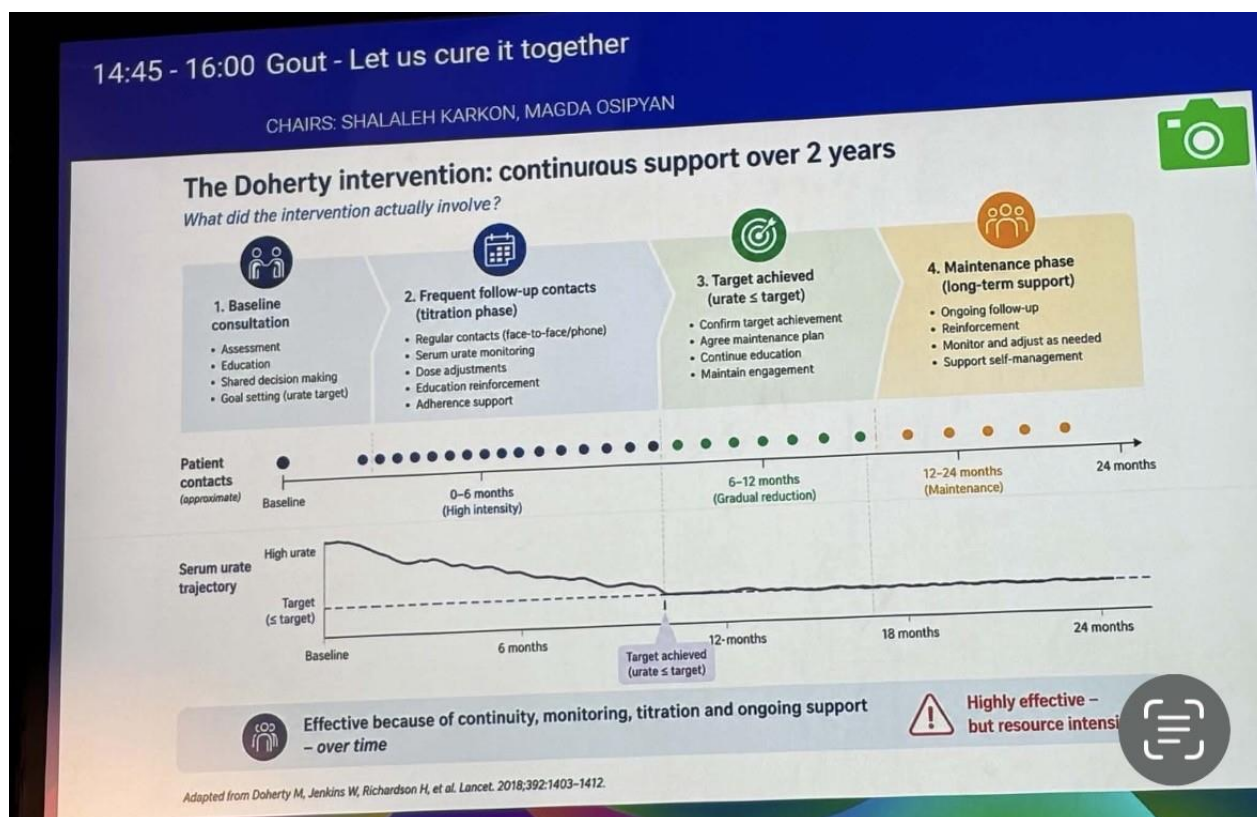
- Psykisk støtte
- Hyppige konsultasjoner med sykepleier
- Egenmestrings-kurs

Egenmestring (self management) støtte ved urinsyregikt er ikke en luksus, det er en nødvendighet.

En bør gjøre en systemisk vurdering av risiko for compliance, for å vurdere om det trengs mye eller lite ressurser for å få pasienten varig remisjon. En trenger individuell støtte, one size does not fit all.

Kontinuitet er viktig. Self-management handler om mye mer enn bare å gi informasjon på en enkelt konsultasjon.

Bildet under viser graf for uratverdi, samt prikker for sykepleiekonsultasjoner. Ved uratmål nådd, holdes det færre konsultasjoner. Her ser man også at pasientens urat holder seg stabil i lang tid etter målurat er nådd. Foreleser har kommentert at dette er svært effektivt, men krever mye ressurser.



Videre forskning trengs for å forstå hvordan digitale løsninger kan brukes til oppfølging av disse pasientene (diakonhjemmet har et forskningsprosjekt). Digitale løsninger kan bli fremtiden for denne pasientgruppen, da ressurser i helsevesenet bare blir færre og færre.

The future - laboratory models of gout and how understanding disease pathogenesis can improve clinical care (foredrag av: Alexander So)

Alexander So snakket litt om fremtiden for urinsyregiktbehandling.

Tarmen står for ca 35% at daglig urinsyreutskillelse. Tidligere var det bare tenkt at nyrene sto for urinsyrenivået i blodet. ABCG2 frakter urinsyre fra tarmen. Unge kan ha en mutasjon i dette genet som gjør at deres urinsyrenivå derfor er høyere. Forskning videre på dette kan nok gjøre at vi kommer oss lenger i behandlingen av urinsyregikt og forhøyet urat.

Er urinsyregikt bare 1 sykdom/diagnose, eller burde man kategorisere urinsyregikt?

- Gout
- Gout + overvekt
- Gout + DM + metabolsk sykdom
- Gout + dyslipidemi
- Gout + kardiorenal sykdom + diuretika

Responderer de forskjellig på behandling?

Rethinking care for brighter outcomes in older adults with RMDs (foredrag av: Marta Novella-Navarro, Dieter Wiek og Marloes van Onna)

- “Old age is not for sissies”

Det er tydelig at vi har en befolkning som på verdens basis stadig blir eldre, mer syk og har mindre muligheter for hjelp. Innen 2050 vil over 80 % av eldre mennesker leve/bo i land og områder med dårlig økonomi og velferd. Vi har en befolkning som stadig blir eldre og fra 2015 til 2050 så vil andelen mennesker over 60 år øke fra 12 til 22%. Det er en dobling av antall eldre som sannsynligvis trenger velferdsstaten. Utfordringene og behovet for eldreomsorg vokser raskere enn det imøtekommes. Når det kommer til eldre med revmatisk sykdom så har det stor betydning om de har hatt sykdom i mange år før aldringen begynner eller om de blir syke i godt voksen alder. Man ser også utfordringer med å behandle eldre på grunn av sammensatte problemstillinger, flere sykdommer og begrensinger. det kom frem i alle disse foredragene at eldre ofte underbehandles og feil vurderes, da man ser mer på alder enn aktuell sykdom og riktig diagnostisering.

Ageing: concept and implications

World Health Organization

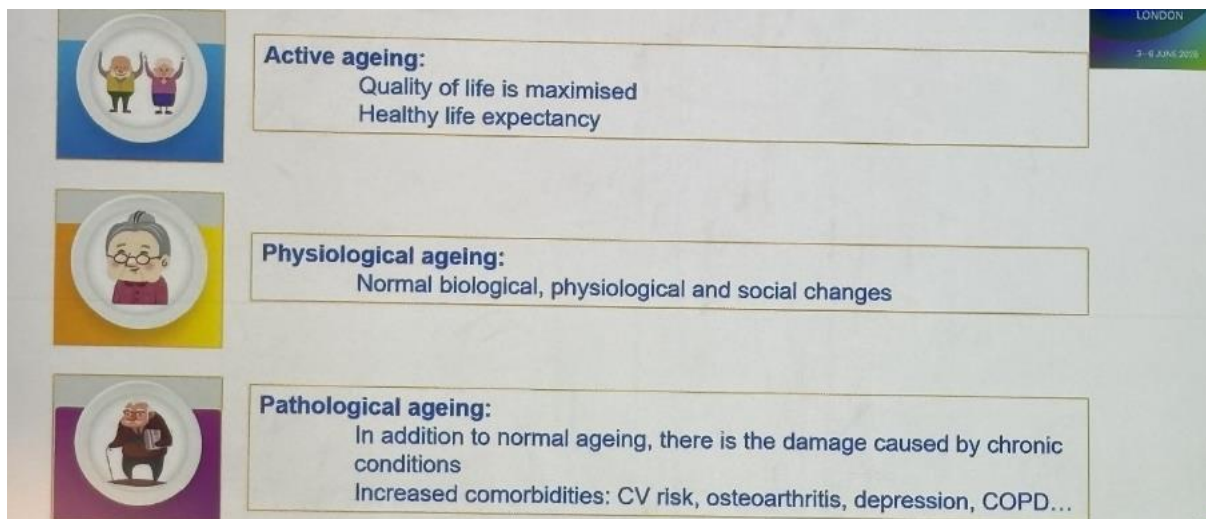
eular²⁶
EUROPEAN CONGRESS OF RHEUMATOLOGY
LONDON
11-14 JUNE 2018

Physiological process that begins at conception and causes changes in the characteristics of species throughout the entire **life cycle**; these changes produce a limitation in the organism's adaptability to the environment.

Biological: the result of the accumulation of wide variety of molecular and cellular **damage** over time, leading to a **gradual decline** in physical and mental capacities, an increased risk of disease, and ultimately, death.

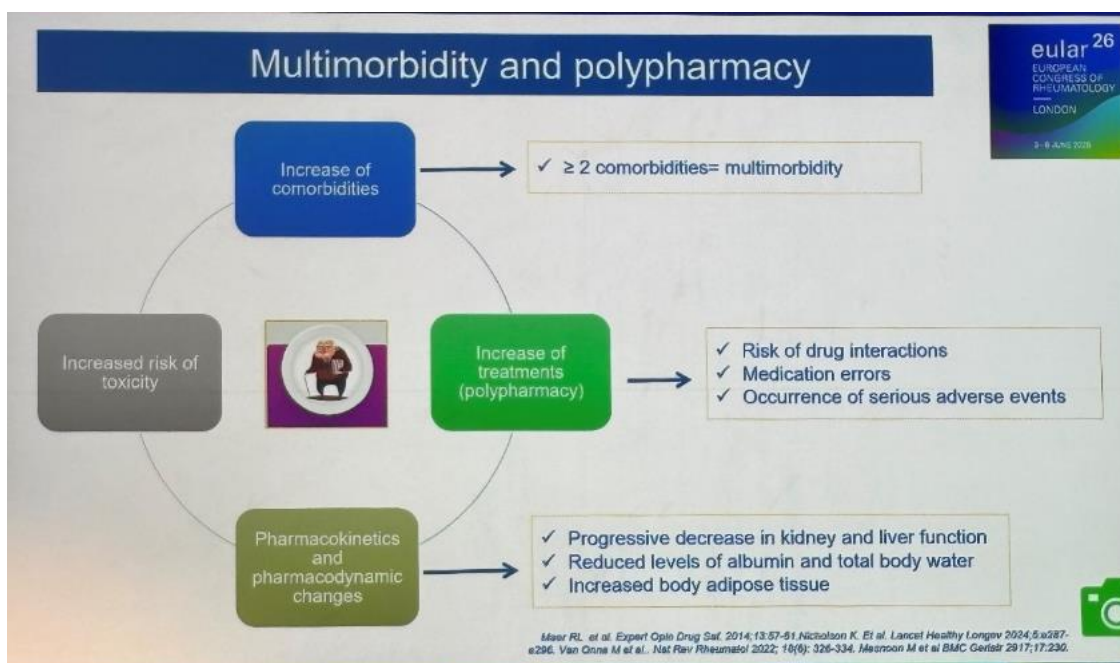
Social: ageing is often associated with other life transitions, such as retirement, moving to more suitable housing, and death of friends and partners.

WHO beskriver at aldring generelt skjer psykisk, biologisk og sosialt.



Om du har levd et friskt liv før du blir syk i voksen alder, har du bedre forutsetninger for å håndtere sykdom og behandling man har da også en forventning om at ting ordner seg fordi man ikke har håndtert større kriser tidligere. Man kan kanskje driste seg til å si at de har en sterke psyke. En møter en del pasienter som sier: Jeg har vært heldig og vært frisk frem til nå, så dette takler jeg.

Har man fått sykdommen tidlig har den naturlig nok tært på i lang tid og man blir raskere svak og får økt risiko for en «tyngre» alderdom. Kroppen eldres raskere da den har vært under «angrep» i lang tid og «alderstyngende» symptomer inntreffer raskere.



Her ser man også hvor lite som skal til før man får økt fare for komplikasjoner, og at det ved å ha flere diagnoser som er behandlingskrevende kan gjøre det utfordrende å gi riktig medikamentell behandling med tanke på compliance og belastning på kroppens vitale organer.

Det er ble vist til en studie som er gjort på eldre med Lupus hvor man ser på antall medikamenter og sannsynlighet for feil og overmedisinering.

Eks: 206 pasienter

74% > står på 5 medisiner

34% > står på 10 medisiner.

22% sto fast på opioider og 34% sto på benzodiazepiner.

Det viste seg at mange aldri ble vurdert for seponering av medikamenter og sto unødig på behandlinger som forverret livskvalitet. Faren for avhengighet og eller unødig belastning på kroppen er derfor stor.

Her er noen fine råd som jeg tar med meg for å ha en god behandling og oversikt over medikamentene:

-Gjennomgå alle medisinene og indikasjon

-Vurder risiko ved å stå på en fast behandling og om det fortsatt er nødvendig behandling.

-Veie fordeler og ulemper ved en evt behandling opp mot bivirkninger og belastning . Det er ikke alderen som beslutter om pasienten skal behandles. Det er den klinisk undersøkelse, lab-prøver og pasientens ønske.

- Ta den voksne pasienten på alvor å bidra til en bedre alderdom med trygg medisinsk behandling.

Ageism- alders-diskriminering

Det viser seg stadig at eldre er underbehandlet for sin revmatiske lidelse fordi man legger smerte, utmattelse på aldring og slitasje. Man velger litt raske løsninger som lindrer her og nå, men som ikke behandler.

Ved behandling av eldre kan det virke som man er mere opptatt av:

-Raske løsninger.

-Risikoen for en eventuell bivirkning vs selve effekt av behandling. (Det krever noe større oppfølging å behandle)

-Bytte fra dmards til symptom lindring/smertestillende pga redsel for at det skal være hardt på organene. (Det krever oppfølging)

- Eldre oppfattes som krevende da de kan være noe tregere og har smerter pga slitasje og alderdom.

Pasienter med nedsatt kognitiv funksjon skal ha samme behandling og tilbud som en eldre uten kognitiv svikt, en ung og en frisk person. Det er viktig at man forklarer for og ulemper med pasienten selv slik at de får medbestemmelse for egen helse og behandling. Ved nedsatt kognitiv funksjon må vi se til pårørende eller pleiepersonell som kjenner pasienten godt. Virker de urolige eller tilfreds? Dette kan vil gi god hjelp til å vurdere om pasienten er godt behandlet eller ikke.

Når det kommer til forskning så gjøres det utrolig mye bra, men, forskningen er «ung» med det menes det at de som er eldre blir ekskludert på grunn av alder, da får man ikke adekvate tall på pasientgruppen som er voksen. Vi mister relevant data/informasjon. Jeg stiller spørsmål til hvordan skal vi vite hva som er best behandling for en aldrende populasjon om man ikke har tall som kan indikere bedre og god kvalitet på medisiner de til med flere alvorlige diagnoser, nyresvikt, kardiovaskulær sykdom når det ikke forskes på dem? For det er jo nettopp disse ting som gjør at man velger lindrende behandling fremfor sykdomsmodifiserende behandling. Dette er ageism og en lettvin løsning. Når er man eldre? Dette varierer også, alt fra 40år til 70år ifølge de tall og studier som ble lagt frem og oftest ekskludert fra studier pga alder. så de fleste av oss

som jobber innenfor revmatologi er allerede gamle...

16.00 - 17.45 Rethinking care for brighter outcomes in older adults with RMDs

CHAIRS: JOSÉ ANTONIO P. DA SILVA, ANNE-KATHRIN RAUSCH

The world is ageing, our clinical research is not...

- Analysis of **240 RA RCTs** including 77.071 participants
 - Upper age limit exclusion criterion in 41.3% of RCTs
 - Mainly people ≥ 75 years were excluded
- Analysis of **290 RA trials** between 2013-2022
 - 75% of trials excluded older people
 - Only one trial solely enrolled people ≥ 65 years
- Analysis of **515 AIRD RCTs** including 152.185 participants between 2010-2023
 - Upper age limit exclusion criterion in 56.4% of RCTs
 - Most frequently cut-off at 70 years



Maastricht UMC+

Strait A, et al. JAMA Netw Open 2019;2:e1914745. Manko A, et al. Rheumatology 2024;63
Tumba M, et al. Arthritis Rheumatol. 2022

Budskapet og det som fikk meg til å virkelig våkne er: Eldre bølgen kommer og den kommer raskt, eldre blir ofte ekskludert fra forskning og studier, og vi mister viktig kunnskap. Vær oppmerksom på om det utøves ageism-aldersdiskriminering. Vi må slutte å se på alder, og se på den vi har foran oss. Hvilket liv lever de? Hva har de å vinne på mere aggressiv behandling? Hva vil pasienten selv? Som sykepleier så må jeg også tørre å stille spørsmål til behandler om årsak til behandling om jeg tenker den er litt for tilbakeholden. En sykepleier vil alltid være pasientens advokat.

Takk til revmasykepleiere NSF som ga oss muligheten til å dra på kongressen!

Hilsen Marit Johannesen og Liv Ødegaard