

 REGION DALARNA Fysioterapi Dalarna	Huvudtitel Fysioterapeutiska riktlinjer för patienter med Ankyloserande spondylit (AS)		
	Dokumentkategori Riktlinje	Reviderat datum/av Datum Namn och titel	Sida nr (av) 1(11)
Gäller för Fysioterapi Falun	Framtaget datum/av 2022-03-14 Elin Löfberg Leg fysioterapeut	Godkänt datum/av Specialitetsgrupp Fysioterapi 2022-05-25	Gäller tom 2025-05-24

Text nedan hämtad från Internetmedicin skriven av fysioterapeut Claudia Lennartsson, uppdaterad 2021-06-20. <https://www.internetmedicin.se/behandlingsoversikter/reumatologi/ankyloserande-spondylit-fysioterapi-sjukgymnastik/>

Lokala rutiner gällande för region Dalarna specifikt markeras med rubrik samt blå text.

BAKGRUND

Ankyloserande spondylit (AS), (Morbus Bechterew eller pelvospondylit) är en definierad specialform av sjukdom som tillhör en större grupp av spondylopatier som främst drabbar lederna i ryggraden och sakroiliakalederna men kan också ge symtom från perifera leder.

Den inflammatoriska reaktionen vid AS drabbar ledkapselstrukturer inklusive ledband, sen- och ledbandsfästen, skentesiter. Inflammationen i ryggraden, perifera leder och entesiter leder till smärta, rörelseinskränkning och nedsatt funktion. Nedsatt thoraxrörlighet, trötthet i andningsmuskulaturen och därmed nedsatt syreupptagningsförmåga kan leda till minskad aktivitet i det dagliga livet och minskad livskvalitet. Det finns en ökad risk för kardiovaskulära sjukdomar vid AS, som också kan förebyggas genom fysisk aktivitet och träning.

Sjukdomen drabbar oftast yngre individer, som befinner sig mitt i ett dynamiskt skede av livet med utbildning, karriär och eventuellt bildande av familj. Därför är det mycket viktigt med tidig diagnos och behandling.

Osteoporos förekommer vid AS. Om kotpelaren dessutom blivit stel, minskar förutsättningarna för att ta upp yttre krafter vilket ökar risken för fraktur. Frakturer kan orsaka hyperkyfoser vilket medför en nedsatt fysisk funktion.

Nationella riktlinjer för rörelseorganens sjukdomar för bland andra axial spondylartrit finns publicerade 2021, se länk. Det finns även ett regionalt vårdprogram för reumatiska sjukdomar i Stockholms läns landsting. Syftet är att ge underlag och rekommendationer, därmed bättre förutsättningar för tidig upptäckt, utredning, optimal vård och omhändertagande av vuxna i region Stockholm/Gotland.

Reumatologisk vård är i hög grad ett teamarbete. Målgruppen för vårdprogrammet är kliniskt verksamma reumatologer och andra yrkesgrupper inom hälsoprofessioner samt andra medicinska specialiteter, politiker, beställare och inte minst patienter och deras anhöriga.

Etiologi

Orsaken till AS är okänd, men det finns en stark ärftlig komponent, 90 % av patienterna med AS är HLA-B27 positiva. I Sverige förekommer denna vävnadstyp hos 8-14 % av befolkningen.

Sjukdomsdebuten är i ca 70 % av fallen mellan 15 och 30-års ålder och inträffar mycket sällan efter 50 års ålder.

AS är en övervägande manlig sjukdom och bedöms vara 2-3 gånger vanligare hos män. I västvärlden anges en prevalens på ca 0,2 %. Insjuknande per år är ca 6 personer per 100 000 invånare.

SYMPTOM

Karakteristiska symtom vid debut av AS:

- Smygande debut av ländryggsmärta
- Smärta särskilt under efternatten
- Symtomduration mer än 3 månader
- Patient under 40 år
- Morgonstelhet
- Smärtlindring i samband med rörelse

BEDÖMNING

Specifika mätmetoder/utvärderingsinstrument för AS:

- **BASDAI** (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index)
Frågeformulär som mäter sjukdomsaktivitet och är känsligt över tid vid intensiv rehabilitering.
- **BASFI** (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index)
Frågeformulär som mäter funktionsförmåga och är känsligt över tid vid intensiv rehabilitering.
- **BAS-G** (Bath Ankylosing Spondylitis patient global score)
Frågeformulär som mäter välbefinnande.
- **BASMI** (Bath Ankylosing Spondylitis Metrologi Index)
Mätning av nackrörlighet (nackrotation), rörlighet i cervikothorakala övergången och brösttrygg (tragus till vägg), lateralflexion av rygg, flexion av rygg (Schobers test) och höftabduktion. Känsligt för intensiv rehabilitering oavsett sjukdomsduration. Schobers test mäts genom att markera S1 och 10 cm proximalt. Vid maximal flexion registreras ökningen mellan dessa två punkter.

Övriga mätningar/undersökningar:

- Thoraxexpansion mäts vid *processus xiphoideus*-nivå och/eller vid 4:e intercostalrummet. Skillnad i omfång mellan maximal in- och utandning registreras.
- Bröstryggrörligheten mäts genom att markera C7 och 30 cm distalt, patienten flekterar bröstryggen och ökningen mellan dessa punkter registreras.
- Den totala ryggrörligheten mäts genom att markera och mäta avståndet mellan C7 och S1 nivå, ökningen respektive minskningen mellan dessa punkter vid flexion och extension registreras.
- Ledundersökning, palpation av muskelfäste vid eventuella entesiter samt tester av sacroiliacaleder bör ingå i bedömningen.
- Åstrands ergometercykeltest uppskattar maximal syreupptagningsförmåga genom ett maximal test.

Tidpunkten för mätningar bör registreras eftersom det kan finnas skillnader i rörlighet och/eller upplevd stelhet beroende på tidpunkt på dagen.

Ovanstående mät- och undersökningsmetoder kan i princip användas för bedömning av spondylartriter med axiellt engagemang.

BEHANDLING

I de internationella rekommendationerna för behandling av AS, utarbetade av Assessment of Spondyloarthritis International Society (ASAS) och the European League Against Rheumatism (EULAR), är sjukgymnastik/fysioterapi, träning och patientutbildning viktiga delar i behandlingen av AS.

De primära målen med den fysioterapeutiska behandlingen är:

- Förbättra rörlighet och styrka
- Förhindra eller minska spinal deformitet
- Minska smärta
- Förbättra funktion och kondition
- Förbättra livskvalitet

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet definieras som all typ av rörelse som ger ökad energiomsättning, d v s aktiviteter som innebär måttlig ansträngning som t ex promenader, trädgårdsarbete och trappgång. Reducerad stillasittande tid rekommenderas oberoende övrig fysisk aktivitet och motion. Långvarigt stillasittande innebär en ökad risk för flertalet av de stora folksjukdomarna samt förtidig död.

Socialstyrelsens rekommendationer för vuxna:

- Vara fysiskt aktiv minst 150 min i veckan. Intensiteten bör vara minst måttlig, t ex rask promenad.
- Vara fysiskt aktiv minst 75 min i veckan med hög intensitet, t ex löpning, träning på gym.
- Undvika långvarigt stillasittande, t ex resa sig upp 1 min frekvent under dagen, arbeta stående.

Dessa rekommendationer gäller även personer med AS, dock med nödvändig individuell anpassning och preferens. Initialt bör aktiviteten vara lågintensiv och stegras successivt. Detta är framförallt viktigt för de mest inaktiva individerna, för att muskulatur och leder ska kunna anpassa sig till ovana rörelser och påfrestningar. ”Träningsvärk” utgör inte ett hinder för fortsatt fysisk aktivitet eller träning.

Träning

Träning definieras som planerad, strukturerad och repetitiv aktivitet som syftar till att förbättra eller upprätthålla fysisk kondition. Träningen kan genomföras i grupp eller med individuellt program. Genomgång med sjukgymnast/fysioterapeut rekommenderas. Träningen bör smygas igång och anpassas efter sjukdomens status.

Rörlighetsträning är viktigt vid AS för att bibehålla eller förbättra:

- Rörligheten i ryggen och perifera leder
- Hållningen
- Muskellängd genom stretching av förkortade muskelkedjor som även påverkar hållningen negativt
- Ledrörlighet och muskeltöjbarhet i bröstkorgen

Hemprogram med rörlighetsövningar för nacke, rygg, höfter och axlar samt träning av bröstkorgrörlighet och andningsövningar rekommenderas på daglig basis. I programmet bör ingå stretching av lår-, höft- och bröstmuskulatur samt andra muskelgrupper som nack-, axel- och vadmuskulatur som kan vara förkortade.

Oftast räcker det med den egna kroppen som redskap men även stora träningsbollar kan vara utmärkta träningsredskap.

Rörlighetsträning kan ingå som en del av andra träningsformer eller sporter såsom gymträning, gruppträning, golf, racketsporter, m m.

Multimodala träningsprogram med övningar från tekniker som Pilates, McKenzie och Heckscher har visat goda effekter på ryggrörlighet, hållning, thoraxexpansion och därmed förbättrad ventilation.

Andningsträning i form av sk Grodandning (glossopharyngeal insufflation) har visat goda effekter på bröstkorgrörlighet.

Konditionsträning i kombination med rörlighetsträning har visat sig förbättra både den aeroba kapaciteten och minska smärtan hos patienter med AS.

Konditionsträningen kan bl a genomföras i form av:

- Vattengymnastik, våtvästträning och simning. Crawl, bröst- och ryggsim är adekvata simsätt. Hänsyn till eventuellt nedsatt nack- och ryggrörlighet bör iaktas vid bröstsim
- Gång eller stavgång
- Cykling
- Gruppträning, low-impact aerobics, gympapass
- Längdskidåkning

För att uppnå goda effekter rekommenderas att:

- Träningsnivån ligger mellan måttlig och hård dvs 55–70 % av maxpuls. Maxpuls kan beräknas genom formeln $220 - \text{ålder}$.
- Träningen utförs 3 ggr/v i minst 30 min.
- Kombinera kondition och rörlighetsträning.

Intensiteten anpassas till individens nuvarande hälsotillstånd.

Styrke-/uthållighetsträning kan utföras med apparatur, gummiband, fria vikter, kroppens egen vikt eller med vatten som motstånd. Fokus bör ligga på att stärka rygg- och höfttensorer samt bålmuskulatur, träning av övrig muskulatur anpassas individuellt. Genomgång av program och utförande tillsammans med sjukgymnast/fysioterapeut rekommenderas.

För att uppnå optimal effekt bör:

- Träningsnivån ligga mellan måttlig och hård nivå d v s 50–80 % av en repetitions max (RM). Ett RM är maxvikt som man klarar att lyfta en enda gång.
- Utföras 2-3 ggr/v.
- Innehålla koncentrisk såväl som excentrisk övningar samt dynamiska och statistiska moment.
- Belastningen bör smygas in successivt och anpassas individuellt.

Styrke-/uthållighetsträning av posturala muskler enligt Global Posture Re-education (GPR) metoden har visat goda effekter på lungfunktion, hållning och att motverka den negativa utvecklingen av den thorakala kyfoseringen.

Manuella tekniker

Manuella tekniker kan användas som komplement i ledmobiliseringssyfte. Dessa tekniker kan förbättra bröstkorgs- och ryggrörlighet samt påverka hållningen positivt. Det finns dock begränsad evidens om dess effekter vid AS.

Motivation, beteende- och livsstilförändringar

Flera studier har visat att patienter med AS inte motionerar regelbundet samt att följsamheten till träningsprogram minskar gradvis. Yngre patienter med kortare sjukdomsduration har visat sig vara mindre fysiskt aktiva än äldre patienter med längre sjukdomsduration och med svårare funktionshinder. Motivationen till träningen har visat sig minska p g a smärta, trötthet, sjukdomsprogression, samt övriga aktiviteter i det dagliga livet.

För att öka motivationen bör beteende medicinska insatser ingå bl a motiverande samtal (MI) samt individuell och konkret målformulering på kort och lång sikt. I MI är terapeutens roll att locka fram individens egna idéer och lösningar om hur, när och varför en förändring ska ske samt att bejaka dennes val. Ansvar för förändringen ligger dock hos individen själv.

En viktig komponent för att åstadkomma en bestående beteende- och livsstilsförändring, därmed öka förutsättningar för att vidmakthålla förändringen över tid, är stärkning av self-efficacy d v s individens tilltro till den egna förmågan att genomföra en specifik aktivitet eller beteende.

Fysisk aktivitet på recept (FaR)

FaR är en individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet och/eller träning. Den kan användas som ett komplement för att förebygga och behandla sjukdom.

Ordinationen utformas efter patientens, diagnos, förutsättningar och aktivitetspreferenser. Den ska följas upp för att stärka motivationen och följsamheten samt för att göra nödvändiga justeringar av ordinationen efter att individen ökar sin fysiska förmåga och behöver ändra sina aktivitetsmål.

Förskrivningen av FaR kan till exempel innehålla allt från vardagliga förändringar för att bryta inaktivitetsmönster, som regelbundna avbrott av stillasittande, till mer avancerade träningsformer för personer som är aktiva men behöver annan stimulans och utmaning.

tRAppen

tRAppen är en gratis webbtjänst för personer med reumatiska sjukdomar som får möjligheten att träna tillsammans via denna tjänst. Deltagarna tränar på egna villkor, sätter upp mål och loggar in självalda aktiviteter. Man bildar grupper för att stödja, inspirera och uppmuntra varandra till fysisk aktivitet och träning. För att använda tRAppen ska personen känna sig trygg i att kunna genomföra självständig träning. Träningsvana personer kan använda tjänsten direkt medan andra kan behöva få kunskap och träningserfarenhet hos en fysioterapeut innan. tRAppen är framtagen genom forskning på Karolinska Institutet och är tänkt som ett komplement till rehabilitering samt att hjälpa individen att ta eget ansvar för sin hälsa. För mer information se www.ki.se/nvs/trappen.

Smärtlindring

Transkutan Elektrisk Nervstimulering (TENS) och akupunktur är en smärtlindringsmetod som används vid akuta och långvariga smärttillstånd. Det finns inga studier som har utvärderat TENS vid AS, däremot finns evidens för att TENS har god effekt på rygg- och muskuloskeletala smärttillstånd. TENS och akupunktur kan vara värdefulla komplement till övrig behandling. Vid ordination av TENS-apparat för hemmabruk bör noggrann utprovning utföras samt uppföljning av effekt och användning rekommenderas.

KONTRAINDIKATIONER

Som vid andra inflammatoriska sjukdomar finns inga specifika restriktioner eller kontraindikationer för fysisk aktivitet och träning vid AS.

Försiktighet bör dock iakttas vid:

- Högaktiv inflammation, då verkningsmekanismerna och effekterna är oklara.
- Kortisoninjektion. Efter injektion rekommenderas ledvila det närmaste dygnet samt återhållsamhet med uttalad fysisk aktivitet och träning påföljande vecka.
- Hjärt-, lung- och eller njurpåverkan.
- Osteoporos, som kräver specifik uppmärksamhet.
- Ledproteser. Rörligheten tränas inom gränserna för vad ledimplantat och operationsmetod tillåter. Styrke- och funktionell träning ordinerar beroende på snitt och typ av protes. Tungt belastande aktiviteter avrådes.

UPPFÖLJNING

Alla behandlingsåtgärder bör följas upp och utvärderas. Uppföljningarna bör planeras i samråd med patienten beroende på dennes individuella behov och resurser. I uppföljningar kan bland annat ingå revidering av målsättning, funktionsmätningar samt insatser för att stärka och upprätthålla motivationen för fysisk aktivitet och träning.

ICD-10

Pelvospondylit M45.9

LOKALA rutiner gällande för fysioterapi, reumatologi Dalarna

Samtliga patienter inom dagvård samt patienter inom öppenvård som kommer via remiss alternativt efter egenkontakt bedöms individuellt utifrån aktuella problem och sjukdomsaktivitet.

Reumatisk dagvård (REDA)

Falun har numer inga slutenvårdsplatser. Patienter kan vid behov läggas in för reumatisk dagvård (REDA). Vid behov kan övernattnings ske på patienthotellet. Fysioterapeut kontaktas av sjuksköterska/läkare som vid behov ger överrapportering.

Teammottagning

Nydiagnostiserade patienter el patienter med särskilda behov kan få samordnade tider till sjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut och kurator. Tanken är att patienterna tidigt ska få kunskap för att ges bättre förutsättningar att leva med sin diagnos.

Reumarehab grupp "Lätt"

Patienter som är /riskerar sämre funktionsnivå/sjukskrivning och behöver både information/kunskap och träning. Teamet består av fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeut, samt vid behov även sjuksköterska och kurator.

Omfattning: 1-2 dagar/ vecka, under 6 veckor. Strukturerad egen fysisk träning ingår alltid, oftast i kombination med annan individuell behandling. Uppföljning sker 3 månader efter utskrivning.

Reumarehab grupp "Intensiv"

Patienter som är /riskerar sämre funktionsnivå/sjukskrivning och i behov av samordnad, intensiv träningsperiod hos sjukgymnast och arbetsterapeut. Sjuksköterska och kurator ingår i teamet. Omfattning: 4 heldagar/vecka + 1 dag hemträning under 3 veckor. Vid behov kan övernattnig ske på patienthotellet. Strukturerad egen fysisk träning ingår alltid, oftast i kombination med annan individuell behandling samt informationsträffar eller fysisk träning i grupp. Uppföljning sker 3 månader efter utskrivning.

Nybesök/återbesök mottagning

Bedömning i samband med nybesök/återbesök till läkare

Vid ryggbedömning (nybesök samt återbesök) görs följande rutinmässigt:

- **BASMI** (Bath Ankylosing Spondylitis Metrologi Index): Nybesök fyller i BAS-formulär på papper, återbesök fyller i PER (patientens egen registrering) i SRQ (Svensk Reumatologis kvalitetsregister).
- Undersökning av höftledsrörlighet
- SI-ledprovokationstester (2 st). (2-4 st)

BASMI (Bath Ankylosing Spondylitis Metrologi Index):

Ländryggsrörlighet mäts med "Modifierad Schobers test" som görs genom att markera SIPS (istället för S1) och 10 cm proximalt. Vid maximal flexion registreras ökningen mellan dessa två punkter.

Uppdragsbeskrivning för olika vårdnivåer

Vid behov överrapporteras patienterna för uppföljning i primärvården.

Referenser (Hämtade från Internetmedicin)

Klareskog I ST, Enman Y (red.) Reumatologi: Studentlitteratur, Lund; 2011.

Vliet Vlieland TP, Li LC. Rehabilitation in rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis: differences and similarities. Clinical and experimental rheumatology. 2009 Jul-Aug;27(4 Suppl 55):S171-8. Epub 2010/01/27. eng. Länk

Ozgoçmen S, Akgul O, Altay Z, Altindag O, Baysal O, Calis M, et al. Expert opinion and key recommendations for the physical therapy and rehabilitation of patients with ankylosing spondylitis. International journal of rheumatic diseases. 2012 Jun;15(3):229-38. Epub 2012/06/20. eng. Länk

Passalent LA. Physiotherapy for ankylosing spondylitis: evidence and application. *Current opinion in rheumatology*. 2011 Mar;23(2):142-7. Epub 2010/12/15. eng. Länk

Dagfinrud H, Kvien TK, Hagen KB. Physiotherapy interventions for ankylosing spondylitis. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2008 (1):CD002822. Epub 2008/02/07. eng. Länk

Giannotti E, Trainito S, Arioli G, Rucco V, Masiero S. Effects of physical therapy for the management of patients with ankylosing spondylitis in the biological era. *Clinical rheumatology*. 2014 May 7. Epub 2014/05/07. Eng. Länk

O'Dwyer T, O'Shea F, Wilson F. Exercise therapy for spondyloarthritis: a systematic review. *Rheumatology international*. 2014 Jul;34(7):887-902. Epub 2014/02/20. eng. Länk

Opava CH. Fysisk aktivitet vid reumatisk sjukdom. *Johanneshov: MTM*; 2015.

REFORM-Gruppen. Reumatologisk fysioterapi och riktlinjer för mätmetoder. In: *Legitimerade sjukgymnasters riksförbund sfr, editor. Stockholm*1999.

Rosu MO, Topa I, Chirieac R, Ancuta C. Effects of Pilates, McKenzie and Heckscher training on disease activity, spinal motility and pulmonary function in patients with ankylosing spondylitis: a randomized controlled trial. *Rheumatology international*. 2014 Mar;34(3):367-72. Epub 2013/09/28. eng. Länk

Durmus D, Alayli G, Uzun O, Tander B, Canturk F, Bek Y, et al. Effects of two exercise interventions on pulmonary functions in the patients with ankylosing spondylitis. *Joint, bone, spine : revue du rhumatisme*. 2009 Mar;76(2):150-5. Epub 2008/12/17. eng. Länk

Niedermann K, Sidelnikov E, Muggli C, Dagfinrud H, Hermann M, Tamborrini G, et al. Effect of cardiovascular training on fitness and perceived disease activity in people with ankylosing spondylitis. *Arthritis care & research*. 2013 Nov;65(11):1844-52. Epub 2013/07/10. eng. Länk

Karapolat H, Eyigor S, Zoghi M, Akkoc Y, Kirazli Y, Keser G. Are swimming or aerobic exercise better than conventional exercise in ankylosing spondylitis patients? A randomized controlled study. *European journal of physical and rehabilitation medicine*. 2009 Dec;45(4):449-57. Epub 2009/12/25. eng. Länk

Dundar U, Solak O, Toktas H, Demirdal US, Subasi V, Kavuncu V, et al. Effect of aquatic exercise on ankylosing spondylitis: a randomized controlled trial. *Rheumatology international*. 2014 Mar 14. Epub 2014/03/15. Eng. Länk

Stockdale J, Selfe J, Roddam H. An Exploration of the Impact of Anti-TNFalpha Medication on Exercise Behaviour in Patients with Ankylosing Spondylitis. *Musculoskeletal care*. 2014 Feb 19. Epub 2014/02/21. Eng. Länk

Widberg K, Karimi H, Hafstrom I. Self- and manual mobilization improves spine mobility in men with ankylosing spondylitis--a randomized study. *Clinical rehabilitation*. 2009 Jul;23(7):599-608. Epub 2009/05/01. eng. Länk

Brodin N, Lindholm P, Lennartsson C, Nygren-Bonnier M. Effects of glossopharyngeal insufflation in ankylosing spondylitis: a pilot study. *International journal of rheumatology*. 2014; 2014:594708. Länk

Brophy S, Cooksey R, Davies H, Dennis MS, Zhou SM, Siebert S. The effect of physical activity and motivation on function in ankylosing spondylitis: a cohort study. *Seminars in arthritis and rheumatism*. 2013 Jun;42(6):619-26. Epub 2013/01/29. eng. Länk

Vosse D, de Vlam K. Osteoporosis in rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. *Clinical and experimental rheumatology*. 2009 Jul-Aug;27(4 Suppl 55):S62-7. Epub 2010/01/27. eng. Länk

Åsa Revenäs avhandling: Co-designing a mobile Internet service for self-management of physical activity in rheumatoid arthritis.

Länkar:

www.fyss.se

www.reumatikerforbundet.se

www.socialstyrelsen.se

www.yfa.se

Mätmetoder på fysioterapeuternas fackförbunds hemsida

www.reumatiskt.se/ontiryggen