Polymyalgi

September 2026

Introduktion

Der går ca. 1.400 patienter årligt i speciallægepraksis med diagnosen Polymyalgia Reumatica (PMR). PMR er et komplekst sygdomsområde, hvor den rette udredning er vigtig, og den medicinske behandling kræver særlig opmærksomhed, for at forebygge at patienten får bivirkninger.

Dansk Reumatologisk Selskab har udarbejdet en national behandlingsvejledning for Kæmpecellearterit og Polymyalgia Reumatica, der angiver best practice for udredning og behandling. Formålet med klyngepakken er at drøfte udredning og behandling af patienter med PMR ud fra behandlingsvejledningen og klinikkens egne data, som dels hentes fra journalsystemet og suppleres med klinikkens egne indtastninger.

Klyngepakken tager udgangspunkt i følgende fokuspunkter:

- Visitation, udredning og diagnosticering
- Behandling med Prednisolon og dets bivirkninger
- Patientinformation

I slut september 2026 er dataindsamlingen og –visningen udvidet i din kvalitetsrapport:
- Der skal i pop-up'en markeres om der er taget anti-CCP i patientforløbet og i så fald hvad resultatet er
- Kvalitetsrapporten indeholder nu alle resultater om diagnostiske undersøgelser fra pop-up'en.
- Der er udvidet i de tidsperioderne, som rapporten vises i.

Faktaark

Nedenfor præsenteres de dele af behandlingsvejledningen, som drøftes til klyngemødet.

Visitation

Forudsætninger for henvisning af en ny patient til PMR-udredning i reumatologisk regi:

1. Alder >50 år (ofte ældre) og
2. Nyopståede, uforklarede, proksimale, symmetriske muskelsmerter og
3. Uforklaret, forhøjet CRP
4. Hvis ikke alle 1-3 er opfyldt og mistanken om PMR opretholdes, så kan lægen kontakte kollega på reumatologisk afdeling og konferere grundlaget for henvisning.
5. Henvisende læge undlader prednisolonbehandling, så diagnosen kan vurderes i reumatologisk regi.

Kilde: Dansk Reumatologisk Selskabs Nationale Behandlingsvejledning – okt 2023:
https://danskreumatologi.dk/nbv/sygdomme/kaempecellearterit-polymyalgia-reumatika/

Billeddiagnostiske test

Billeddiagnostisk undersøgelse er ikke obligatorisk i PMR-diagnostikken, men kan hos nogle bestyrke diagnosen, afsløre en samtidig subklinisk GCA eller stille en differentialdiagnose.

De inflammatoriske, muskuloskeletale fund ved UL, PET-CT og MR er karakteristiske for PMR, men hverken specifikke eller obligatoriske[23–38].

Ved UL ses hyppigt skulder- og/eller hofteledsartrit, biceps tenosynovit (artrit), subacromial-, subdeltoid-, trochanter-, iliopsoas- og/eller ischiogluteal bursit[23,24,31,32].

På PET-CT ses ofte også FDG(flourdeoxyglucose optag ved sternoclaviculære led, ileopectinale bursa og interspinalt (lumbalt og cervikalt)[33–36]

Kilde: Dansk Reumatologisk Selskabs Nationale Behandlingsvejledning – okt 2023:
https://danskreumatologi.dk/nbv/sygdomme/kaempecellearterit-polymyalgia-reumatika/

Førstevalgsbehandling ved ny-diagnosticeret PMR:

Vejledende anbefaling: Prednisolon monoterapi 15 mg/dag, aftrappende over planlagt knapt 1 år, jvf. principper i EULAR guidelines [84].

Initial dosisøgning til max. 25 mg/dag kan overvejes hos patienter, som ikke responderer tilfredsstillende inden for de første uger, og hvor diagnosen efter genovervejelse opretholdes

Startdosis på 30 mg eller mere frarådes stærkt

MTX (Methotrexat) som tillæg til Prednisolon kan eventuelt benyttes ved PMR

TCZ (Mocilizumab) kan endnu ikke anbefales til nydiagnosticeret PMR pga. utilstrækkelig evidens

Kilde: Dansk Reumatologisk Selskabs Nationale Behandlingsvejledning:
https://danskreumatologi.dk/nbv/sygdomme/kaempecellearterit-polymyalgia-reumatika/

Vejledende skema for Prednisolon aftrapning

Tabel 8: PMR behandling:
Vejledende skema for prednisolon aftrapning.
Eventuel adjuverende immunosuppressiv behandling.

Behandlings-varighed	Daglig dosis i mg	Kommentar
Første 4-8 uger (til remission)	12,5-25	**Generelt om prednisolon behandling af PMR:** Individualiseret plan for dosering og aftrapning ud fra: 1) Kliniske symptomer, 2) Relaps risiko, 3) Fasereaktanter, 4) Aktuelle/forventede prednisolon-bivirkninger, 5) Komorbiditet. Princip: Mindste, effektive prednisolon dosis i kortest mulig tid. Startdosis ≥30 mg/dag frarådes stærkt (EULAR/ACR) Prednisolon aftrapningen i tabellen er hurtig / aggressiv for at fremme prednisolon besparelse. Derfor kan en afmålt dosisøgning nemt blive nødvendig. Prednisolon aftrapning i lavdosis området tager ofte længere tid end anført. **Planlagt prednisolon aftrapning (44-48 uger)** Startdosis: 12,5 – 25 mg (oftest 15 mg) dagligt i 4-8 uger Aftrap gradvist til 10 mg dagligt inden for 4-8 uger Reducér derefter daglig dosis med typisk 1,25 mg hver 5. uge **Prednisolon ved relaps** Øg prednisolon dosis til det niveau der senest kontrollerede PMR-aktiviteten. Aftrap derefter med typisk 1,25 mg hver 5-8 uger **Adjuverende immunosuppressiv behandling** MTX (fx. 15 mg/uge) overvejes, hvis prednisolon ikke kan aftrappes <10 mg/dag eller pga. øverste punkt. TCZ kan i helt særlige tilfælde anvendes ved relaps PMR.
Næste 5 uger	10	
Næste 5 uger	8,75	
Næste 5 uger	7,5	
Næste 5 uger	6,25	
Næste 5 uger	5	
Næste 5 uger	3,75	
Næste 5 uger	2,5	
Næste 5 uger	1,25	
Derefter slut	0	

Dansk Reumatologisk Selskabs Nationale Behandlingsvejledning: https://danskreumatologi.dk/nbv/sygdomme/kaempecellearterit-polymyalgia-reumatika/

Data

Til brug for eget overblik og drøftelser i klyngen, er det nødvendigt at samle data fra klinikken på dine patienter med polymyalgi. Data om medicinordinationer fra journalerne samles, men du skal supplere med få indtastninger på den enkelte patient.

Data samles for patienter, som du giver diagnosekoden DM353 efter det tidspunkt, hvor klinikken har tilmeldt sig data-projektet i Sentinel.

Følgende data hentes automatisk og vises i klinikkens kvalitetsrapport:

- Patientnavn, cpr og alder
- Data om ordination af Prednisolon (dato, styrke, dosering)
- Data om ordination af Alendronat (dato, styrke)
- Data om ordination af Methotrexat (dato, styrke)

Data, der ikke kan trækkes automatisk fra journalen, skal du selv oplyse. Til det er der udarbejdet en såkaldt pop-up i Sentinel. Det er en tjekboks, der fremkommer i journalen, når diagnosekode DM353 sættes på en patient. Du markerer information om gennemførte undersøgelser og patientinformation, ved at sætte relevante flueben på følgende områder:

- Ultralyd
- CT-TAB
- PET-CT
- Anti-CCP
- DEXA-scanning
- Information givet til patienten om hhv. D-vitamin og kalktilskud samt om vigtigheden af kontrol af Blodsukker og Blodtryk

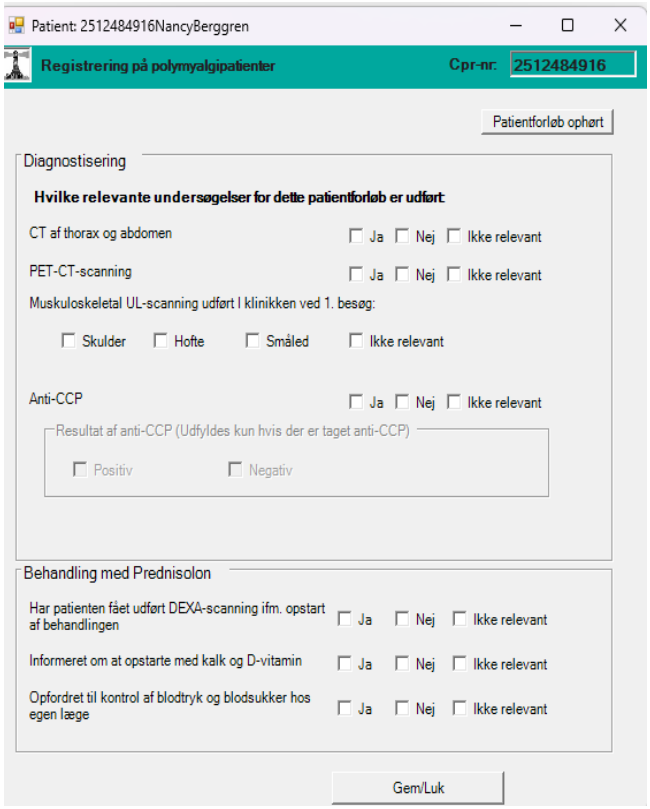
Alle data samles og vises via Sentinel, i en kvalitetsrapport, som giver dig et overblik over klinikkens patienter med PMR, Rapporten viser desuden klynges samlede data, som er aggregerede og uden patientoplysninger.

Vigtigt: For at det giver mening at drøfte data i klyngen, bør alle i klyngen tilmelde sig projektet, så der kan opstartes dataindsamling fra dine patientforløb - både til egen visning og til samlede data i klyngen. Data samles først, når du har givet tilladelse ved at tilmelde dig projektet i Sentinel. Opdateringen af pop-up og rapportvisning kræver ikke en ny tilmelding.

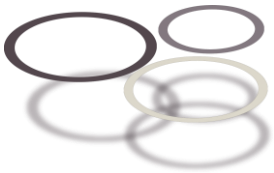
Sådan tilmelder du klinikken til dataopsamling

Du skal tilmelde dig Polymyalgiprojektet under fanen Projekttilmelding i Sentinels administrationsmodul, som ligger i dit lægesystem. Se HER hvordan du finder modulet.
Du skal blot sætte flueben i projektet Polymyalgi. Er projektet ikke vist, skal du kontakte supporten i Sentinel på 8844 3131.
OBS: Hvis I er flere læger i klinikken, skal I hver især tilmelde jer projektet, så I får nedenstående pop-up på jeres patienter.

Udfyldelse af POP-up



- Når du er tilmeldt Polymyalgi projektet, vil der komme en pop-up på skærmen, når du åbner journalen på en patient, som får sat diagnosen DM353 Reumatisk polymyalgi
- Pop-up'en kommer frem hver gang du åbner patientens journal, indtil alle punkter er udfyldt. Husk at klik gem/luk uanset om du har kunnet udfylde punkterne eller ej
- Svar Ja til CT, PET-CT, Anti-CCP og DEXA, hvis de er udført, uanset hvem der har iværksat dem. Angiv evt. svar på Anti-CCP
- Afkryds om du har udført UL-scanning – der kan markeres flere led
- Under Behandling svares på, hvorvidt klinikken har informeret/opfordret patienten ift. kalk/D-vitamin samt kontrol af blodtryk og blodsukker. Har klinikken selv udført kontrollen svares JA
- "Patientforløb ophørt" anvendes hvis patienten er afsluttet eller stoppet i klinikken, inden pop-up er færdigudfyldt
- Hvis patienten bliver genhenvist og diagnosen sættes på ny, kommer pop-up'en frem igen, hvis der er gået



Forberedelse inden klyngemødet

Læs vejledningen for PMR: https://danskreumatologi.dk/nbv/sygdomme/kaempecellearterit-polymyalgia-reumatika/

Du skal sørge for at være tilmeldt Polymyalgi-projektet i Sentinel i god tid (gerne min. 2 måneder) inden klyngemødet, så du har data at kigge på og bidrage med. Som forberedelse til klyngemødet undersøger du dine egne data vedrørende dine PMR-patienter – sørg for at du også kan tilgå dine data på klyngemødet.

Log på "Mine kvalitetsdata" på www.eKVIS.dk og se på din kvalitetsrapport for Polymyalgi:

- Hvor meget fylde patienter med PMR i din praksis?
- Se tilføjede data om Anti-CCP og fordelingen af UI af led
- Er der data i din kvalitetsrapport, der undrer dig?
- Adskiller klinikken sig fra klyngens data?

Nedenstående vil blive drøftet til klyngemødet, bl.a med udgangspunkt i data, så gør dig overvejelser om egen praksis før mødet

Visitation

- Hvordan visiterer I patienterne, når de henvender sig for at bestille tid?
- Er det de rette patienter, som I får henvist?
- Får I dem på rette tidspunkt ift. symptomer og diagnostik hos egen læge?
- Har I en god dialog med egen læge om henvisninger?

Udredning og behandling

- Hvor mange % af jeres patienter udfører I/klyngen UL på? Og hvilke led scannes?
- Hvor mange % af jeres/klyngens patienter har fået udført PET-CT indenfor 6 måneder?
- Hvor mange % af jeres/klyngens patienter har fået udført CT-TAB indenfor 6 måneder?
- Hvor mange % af jeres/klyngens patienter har fået taget Anti-CCP? Og hvad er resultatet
- Hvilken dosis Prednisolon starter I med?
- Sker aftrapning i henhold til vejledningen?
- Hvad gør I med de patienter, som ikke kan trappes ned?

Bivirkninger ved Prednisolon:

- Hvor mange % af jeres/klyngens patienter i prednisolon-behandling er informeret om at opstarte kalk og D-vitamin?
- Hvordan taler I med patienterne om kalk og D-vitamin?
- Hvor mange % af jeres/klyngens patienter i prednisolon-behandling er opfordret til at få tjekket BS? Hvordan sikrer I kontrol af blodsukker? Tager I eller egen læge BS?
- Hvor mange % af patienterne i prednisolon-behandlinger har fået foretaget DEXA-scanning?
- Hvordan informerer I patienterne om medicinsk behandling og bi- og følgevirkninger – Håndtering af patientens evt. bekymring omring prednisolon-behandling? Anvendes der konkret materiale?
- Hvad gør I ved problemer med nedtrapning og recidiv?

Methotrexat:

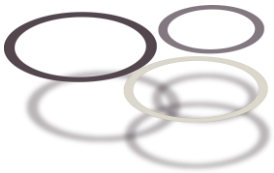
- Bruger du Methotrexat i din behandling af patienter med PMR? Hvor stor andel af dine patienter har du ordineret Methotrexat til?
- Fordele og ulemper?
- Hvad gør du for at have fokus på patientsikkerheden?

Opsamling på klyngemødet

- Er der emner, I skal følge op på – hvem undersøger yderligere?
- Hvordan meldes tilbage til klyngen – hvem gør det?
- Skal I tale om PMR igen – hvornår – og skal der være et særligt fokus? Fortsætter I med at opsamle data? Du kan fortsætte med at samle data og fortsat have en kvalitetsrapport

Opfølgning i egen klinik

- På baggrund af drøftelserne i klyngen, er der så noget, du vil ændre i klinikken? Hvad skal der til og hvornår?



- Har du behov for at involvere dit personale?