

# Velkommen til Fyraftensmøde

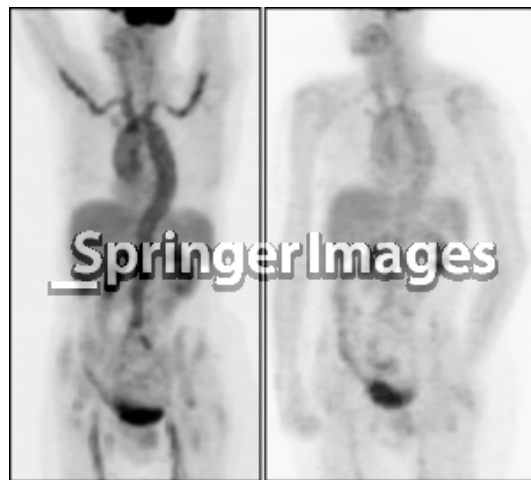
*3. november 2020*

# Oplæg med Led- og Bindevævssygdomme

Hvis der er spørgsmål til oplægget undervejs, kan der skrives til Lene Frisk på [lenefrisk@dadlnet.dk](mailto:lenefrisk@dadlnet.dk)

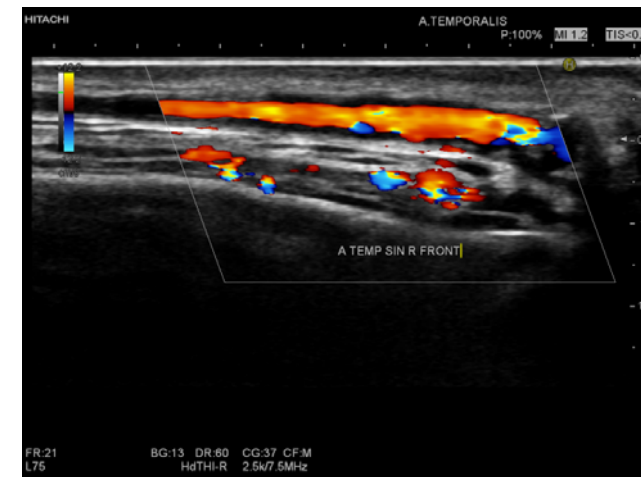
*Spørgsmålene besvares i slutningen af oplægget*

# Hurtig vurdering af patienter med mistanke om polymyalgia reumatika og kæmpecellearterit



Baseline

After corticosteroids



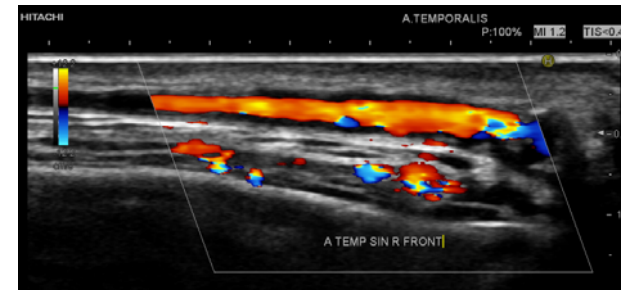
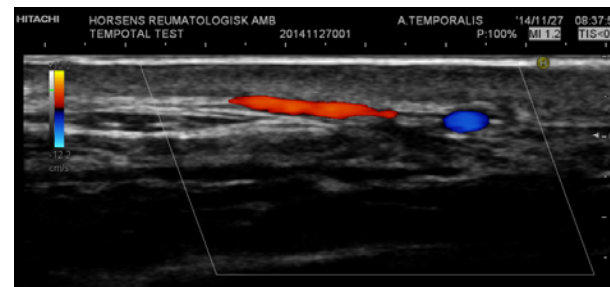
Afdelingslæge, ph.d. Kresten Keller  
Led og Bindevævssygdomme, AUH  
Fyraftensmøde for praktiserende læger  
03.11.2020

# Ny terminologi

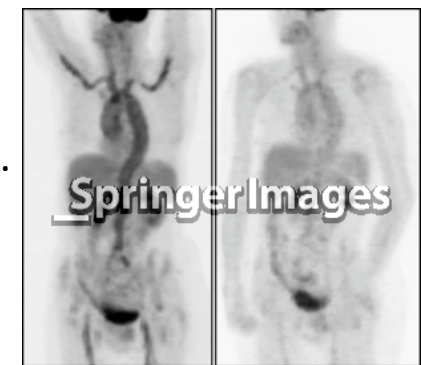
- Polymyalgia reumatika: Pt med inflammation i bursae/led i skuldre og hofte/bækken (proksimale muskelsmerter).
- Kranial kæmpecellearterit: Kæmpecellearterit i kranielle arterier (Kranielle symptomer bl.a. hovedpine og synstab).
- Storkars kæmpecellearterit: Kæmpecellearterit i store kar (træthed, væggtab og subfebrilia).

# Nyt om kæmpecellearterit

- Nye diagnostiske metoder:
  - Ultralyd af kar
    - Skal om muligt udføres før prednisolon startes (senest få dage efter start).



- PET/CT af kar
  - Skal om muligt udføres før prednisolon startes (senest få dage efter start).



Baseline After corticosteroids

# Nyt om kæmpecellearterit

- Nye behandlinger:
  - Behandling med biologisk lægemiddel (IL-6 hæmmer: Tocilizumab).
    - En sikker diagnose er vigtig.
    - Til en (større) undergruppe af patienterne.
    - Specialiseret behandling (fortsat begrænset erfaringsgrundlag).
    - Prednisolon kan oftest trappes ud (Undgå prednisolon bivirkninger).

# Nyt om polymyalgia reumatika

- Diagnostisk udfordring:
  - Fortsat en udelukkelsesdiagnose.
  - En del af patienterne har en bagvedliggende kæmpecellearterit (20-30%).
  - Udredningen er vanskelig, hvis prednisolonbehandling er startet før reumatologisk vurdering.

# Nyt om polymyalgia reumatika

- Nye diagnostiske metoder:
  - Ultralyd:
    - bursae/led i skulder og hofter (udføres før opstart af prednisolon)
    - Diagnosticering af samtidig kæmpecellearterit (udføres før opstart af prednisolon).
  - PET/CT:
    - Kun udvalgte patienter.
    - Skal udføres inden prednisolon opstart.
    - Karakteristisk opladning i bursae.
    - Diagnostisering af samtidig kæmpecellearterit.



# Budskab ved udredning af polymyalgi og kæmpecellearterit

- Vurdering i reumatologisk regi inden prednisolon giver en mere sikker diagnose.
  - Mindre risiko for fejldiagnosticering og derved unødigt prednisolonbehandling.
- Nye behandlinger ved kæmpecellearterit gør en sikker diagnose endnu mere vigtig.

# Hurtig udredning på Led- og Bindevævssygdomme, AUH

- Patienter med symptomer på kranial kæmpecellearterit:
  - Telefonisk kontakt til reumatologisk vagthavende AUH i dagtiden indtil kl 18. (29469233).
    - Afklares om prednisolon skal starte inden vurdering.
    - Patienten får tid til vurdering med ultralyd af kar indenfor få dage.
- Patienter med symptomer på polymyalgia reumatika:
  - Henvisning sendes som vanligt.
  - Tilstræbes set indenfor 1 uge hvis følgende er opfyldt og fremgår af henvisning:
    - Alder over 50 år.
    - Forhøjet CRP.
    - PMR symptomer (primært uforklaret, symmetrisk smerte i skulderbæltet)
    - Patienten er ikke startet i prednisolon.

Spørgsmål?



# Take home message reumatologi

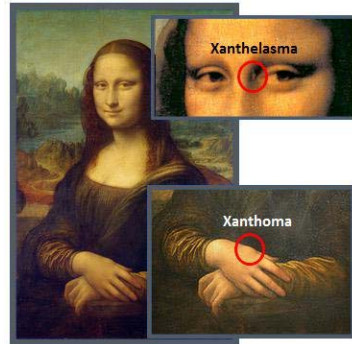
- Der er kommet nye diagnostiske muligheder og nye behandlinger til kæmpecellearterit og polymyalgia reumatika.
- Tidlig diagnostik inden prednisolon er vigtig.
- Udredningstilbud på Led og Bindevævssygdomme:
  - Kranial kæmpecellearterit vurderes indenfor få dage efter telefonisk kontakt.
  - Polymyalgi vurderes indenfor 1 uge efter alm. henvisning (alder over 50, CRP forhøjelse, polymyalgisymptomer, ikke prednisolonbehandling)

# Oplæg med Hjertesygdomme

Hvis der er spørgsmål til oplægget undervejs, kan der skrives til Lene Frisk på [lenefrisk@dadlnet.dk](mailto:lenefrisk@dadlnet.dk)

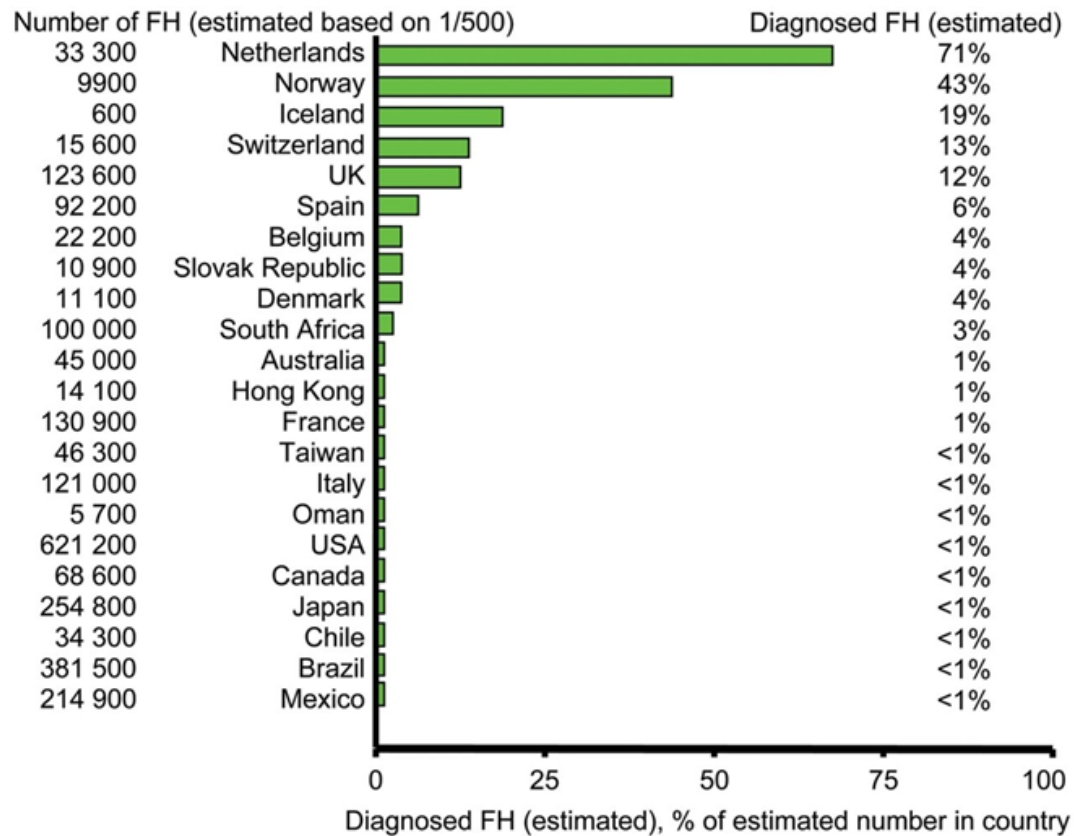
*Spørgsmålene besvares i slutningen af oplægget*

# Familial hypercholesterolemia



Helle Kanstrup, Overlæge, Ph.d  
Hjertesygdomme  
Aarhus Universitets Hospital  
3 november 2020

# Underdiagnostiseret og underbehandlet



# Familiær hyperkolesterolæmi

INTERN STATUSRAPPORT TIL

SUNDHEDS- OG ÆLDREMINISTERIET

2018

<b>Regioner</b>	<b>Opsporingsrate (Sundhedsdatastyrelsen)</b>	<b>Opsporingsrate (Regionernes estimat)</b>
Region Nordjylland	21 - 27 %	17 - 21 %
Region Midtjylland	14 - 18 %	20 - 25 %
Region Syddanmark	6 - 7 %	7 - 8 %
Region Sjælland	9 - 11 %	12 - 15 %
Region Hovedstaden	15 - 18 %	5 - 6 %



# Databasen for Familiær Hyperkolesterolæmi (DFH)

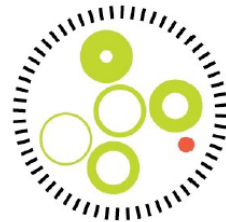
Godkendt af Sundhedsdatastyrelsen marts 2020

Databasen for Familiær Hyperkolesterolæmi  
(DFH)

Danish Familial Hypercholesterolemia registry

**Dokumentalistrapport**

September 2019



Dokumentere og monitorere forbedringerne indenfor opsporingen, udredningen og behandlingen og overlevelsen af personer med FH i DK

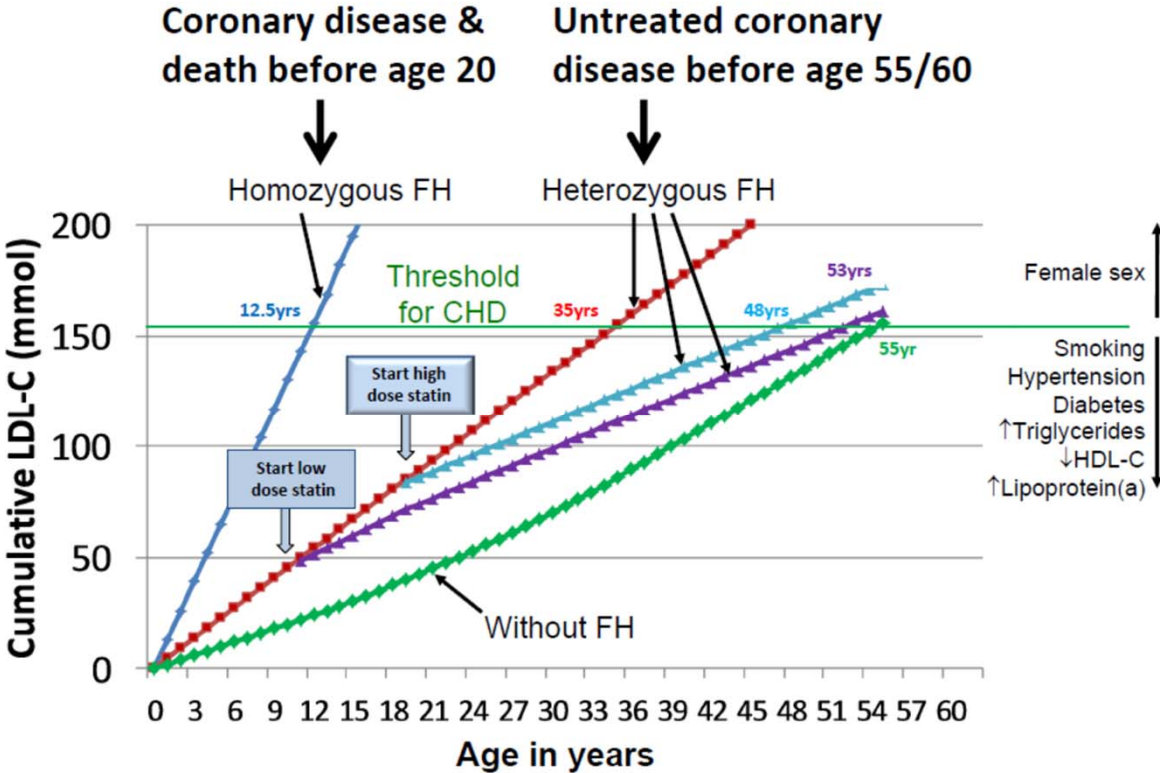
## Almen praksis' rolle ved familiær hyperkolesterolæmi (FH).

- Almen praksis har en central rolle i opsporing af disse patienter, både fremadrettet, men også ved at revurdere tidligere registrerede kolesteroltal med særligt fokus på om ubehandlede værdier af plasma LDL-kolesterol giver mistanke om FH

## Betydning af forhøjet LDL kolesterolniveau

- Patienter med FH har en betydeligt højere morbiditet og mortalitet af hjertekarsygdom. Denne risiko kan reduceres markant ved behandling
- Eksponeringen af arterievæggene for de høje LDL-kolesterolniveauer fra barndommen betyder, at en ubehandlet yngre mand med FH har en risiko for aterosklerotisk hjertekarsygdom, der er hundrede gange så høj som gennemsnitsmanden uden FH. Generelt er FH patienters risiko for hjertekarsygdom mangedoblet hos yngre og forhøjet gennem hele livet.
- Behandlingen kan nedsætte risikoen til stort set at svare til baggrundsbefolkningens.
- Det er vigtigt at være opmærksom på, at ved mistanke om FH gælder vanlig risikoberegning af hjertekarsygdom ikke, da SCORE IKKE kan anvendes ved svære genetiske fedtstofforstyrrelser (inklusiv FH).

# LDL burden as function of age and treatment



*Adapted from Steve Humphries 2013*

Nordesgaard et al. Eur Heart J 2013;32:3478-3490







# FH is more common than many well known genetic diseases

- FH is common 1:200/1:250
- Familial Hypercholesterolaemia is a autosomal dominant genetic condition.
- Kaskadescreening

# Hvornår skal FH mistænkes?

- LDL-kolesterol > 5,0 mmol/l hos voksne
- LDL-kolesterol > 4,0 mmol/l ved alder 18-40 år ved samtidig disposition til hjertekarsygdom i familien
- Højt kolesteroltal i familien
- Hjertekarsygdom hos en yngre person
- Tidlig forekomst af hjertekarsygdom i familien
- Diagnosen klinisk FH bygger på anamnese, objektiv undersøgelse (særligt senexantomer, arcus cornea før 45 års alder og xanthelasmata) og højt plasma LDL-kolesterol

## Dutch lipid Network Criteria (DNLC)

	<b><u>Family history</u></b>	
	First-degree relative with known premature* coronary and vascular disease, OR First-degree relative with known LDL-C level above the 95th percentile	1
	First-degree relative with tendinous xanthomata and/or arcus cornealis, OR Children aged less than 18 years with LDL-C level above the 95th percentile	2
	<b><u>Clinical history</u></b>	
	Patient with premature* coronary artery disease	2
	Patient with premature* cerebral or peripheral vascular disease	1
	<b><u>Physical examination</u></b>	
	Tendinous xanthomata	6
	Arcus cornealis prior to age 45 years	4
	<b><u>Cholesterol levels mg/dl (mmol/liter)</u></b>	
	LDL-C $\geq$ 330 mg/dL ( $\geq$ 8.5)	8
	LDL-C 250 – 329 mg/dL (6.5–8.4)	5
	LDL-C 190 – 249 mg/dL (5.0–6.4)	3
	LDL-C 155 – 189 mg/dL (4.0–4.9)	1
	<b><u>DNA analysis</u></b>	
	Functional mutation in the <i>LDLR</i> , <i>apo B</i> or <i>PCSK9</i> gene	8
	<b><u>Diagnosis (diagnosis is based on the total number of points obtained)</u></b>	
	Definite Familial Hypercholesterolemia	>8
	Probable Familial Hypercholesterolemia	6 – 8
	Possible Familial Hypercholesterolemia	3 – 5
	Unlikely Familial Hypercholesterolemia	<3

## Hvornår skal en patient henvises til Lipidklinik til vurdering af FH?

- Ved målt LDL-kolesterol over 5,0 mmol/l ved to målinger (ca 14 dages interval)
- Ved målt LDL-kolesterol over 4,0 mmol/l, hvis patienten samtidigt er disponeret til tidlig iskæmisk hjertekarsygdom ved førstegradsslægtinge og alder under 40 år
- (Ved tidlig hjertesygdom forstås *mænd <55 år og kvinder <65 år*)
- Sekundær dyslipidæmi er udelukket/bedst muligt behandlet



## Hvordan udelukkes sekundær dyslipidæmi?

- **Diabetes mellitus:** HgbA1C
- **Hypothyroidisme:** TSH
- **Nefrotisk syndrom:** Kreatinin og U-protein
- **Nyresvigt:** eGFR
- **Cholestase:** ALAT, basisk fosfatase, bilirubin
- **Alkoholisme:** ALAT og GGT
- **Medikamina:** Fx steroider og nogle antidepressiva

# Almen praksis rolle forud for vurdering i Lipidklinik

- Ved lang ventetid i lipidklinikken kan vælges start af behandling i almen praksis, såfremt patient og læge finder anledning til dette.
- Behandlingen af patienter med FH omfatter en kombination af non-farmakologisk (diæt) og farmakologisk intervention
- Ved farmakologisk behandling er statin førstevalgspræparat (typisk Atorvastatin 40-80 mg eller Rosuvastatin 20-40 mg/dgl).

## Opfølgning af patienter med FH

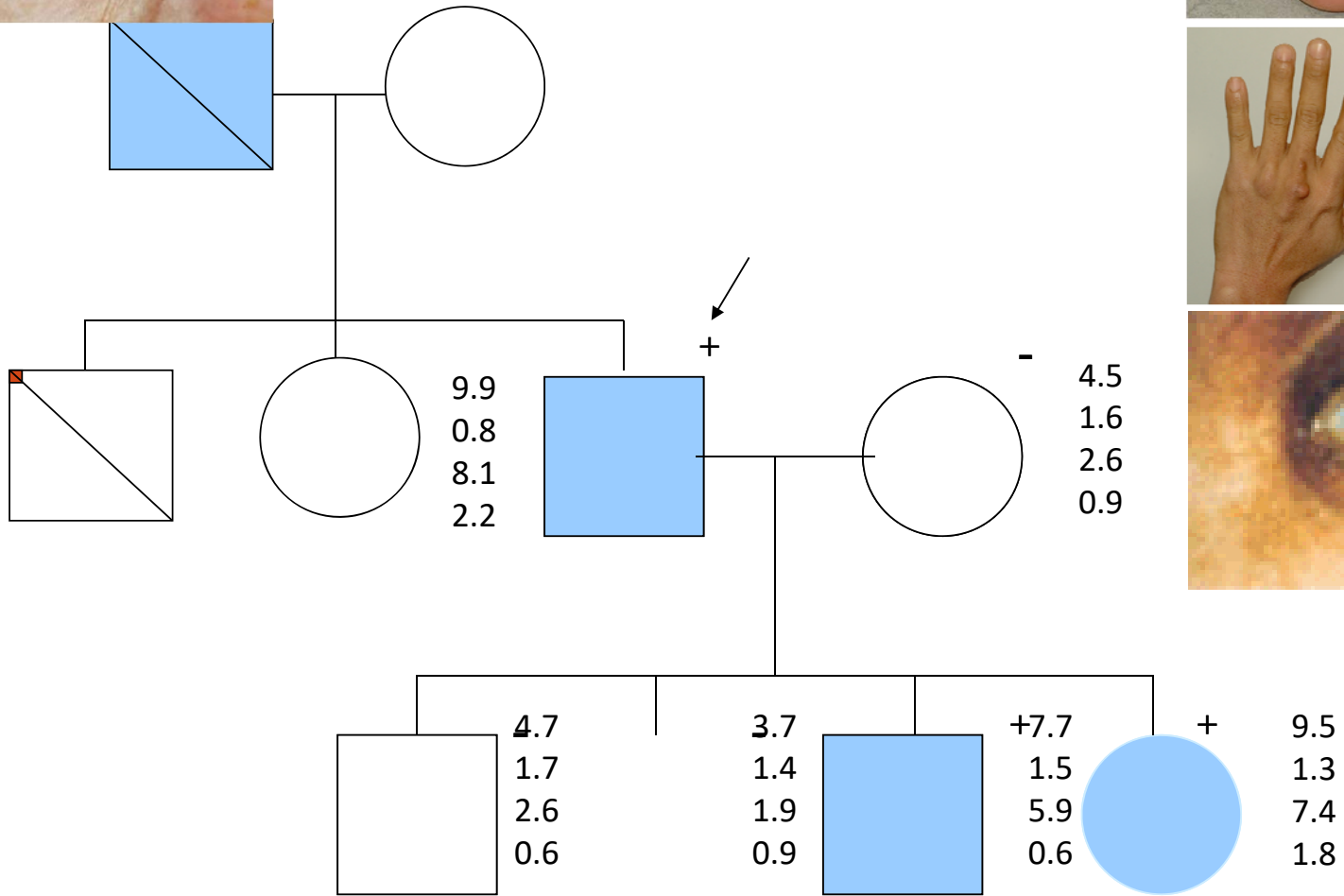
- Sædvanligvis følges patienten med FH i lipidklinikken gerne i samarbejde med almen praksis.
- Patienten kan overgå helt til almen praksis, såfremt dette findes mest hensigtsmæssigt. (Typisk årlig kontrol)
- Det skal være muligt for almen praksis at kontakte og opnå hurtigt svar fra lipidklinikken ved tvivlsspørgsmål.

# 55 year old male

- Admitted with AMI, PCI of RCA when 36 y
- Non smoker, Known hypertension
- Total cholesterol 9.9 HDL 0.8 og LDL 8.1. TG 2.2
- Lpa 821 mg/l



# Pedigree



# 55 year old male

- 2010 PCI RCA
- 2015 CABG, LIMA til LAD
- 2016 PCI CX (angina)
- Rosuvastatin 40 mg, Ezetemibe 10 mg
- Total 6.3, HDL 1.1, LDL 3.8, TG 2.2
- 2016 PCSK9 hæmmer
- LDL 1.7 mmol/l (mål LDL < 1.4 mmol/l)



## Farmakologisk behandling af FH

- Statin i max dosis
- Ezetemib
- PCSK9 hæmmer
- Aferese



# FH treatment goals

- Children < 3.5 mmol/l
- Adults < 2,6/1.8 mmol/l
- + IHD < 1.4 mmol/l

# Take Home Message

- Familær hyperkolesterolæmi er hyppig, underdiagnostiseret og underbehandlet
- Behandling tidligere og mere aggressivt
- Kaskadescreening costeffektiv
- Brug potente statiner istedet for Simvastatin
- Behandlingsmål LDL ved IHD 1.4 mmol/l

Spørgsmål?

# Oplæg med Ortopædkirurgi

Hvis der er spørgsmål til oplægget undervejs, kan der skrives til Lene Frisk på [lenefrisk@dadlnet.dk](mailto:lenefrisk@dadlnet.dk)

*Spørgsmålene besvares i slutningen af oplægget*

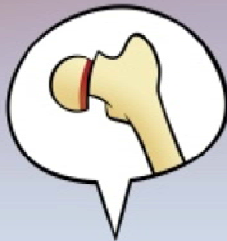
# Knæ- og hoftesmerter hos børn i teenagealder...

Set fra Børneortopædkirurgens perspektiv

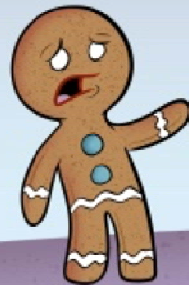
# 12 årig pige med hofte/knæ smerter

- Lang periode med smerter i højre lår / knæ
- Forsøgt fysioterapi og massage
- Nu faldet og følt at benet svigtede under hende
- Kan ikke støtte på benet

## SLIPPED CAPITAL FEMORAL EPIPHYSIS



DISPLACEMENT OF THE FEMORAL HEAD DUE TO DISRUPTION OF THE GROWTH PLATE



"ICE CREAM FALLING OFF ITS CONE" ON RADIOGRAPHS

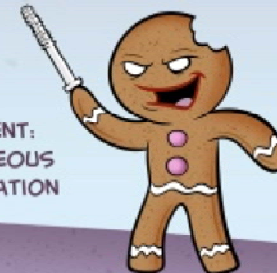


PAINFUL LIMP WITH REFERRED PAIN TO THE THIGH OR KNEE

MOST COMMONLY SEEN IN ADOLESCENT OBESE MALES



TREATMENT: PERCUTANEOUS SCREW FIXATION



## Børn med hoftesmerter skal henvises hurtigt

Johanne Hjort<sup>1</sup>, Ole Rahbek<sup>2</sup> & Maiken Stilling<sup>3</sup>

Epiphysiolysis capitis femoris (ECF) er med en incidens på 10,8 tilfælde pr. 100.000 børn i alderen 9-16 år [1] en relativ sjælden børnesygdom med overrepræsentation blandt præpubertære drenge (dreng-pige-ratioen er 2-5:1) [2]. Tilstanden skyldes en mekanisk svækkelse af epifyseskivens fiksering til metafysen i forbindelse med vækstsputen i den tidlige pubertet og er forbundet med bl.a. fedme, diverse mangeltilstande (bl.a. mangel på C- og D-vitamin) og skråtstillet epifyseskive. Affektionen er bilateral hos 35% og kan være arvelig [3]. Den viser sig røntgenologisk som posterior afglidning af caput femoris på collum [2]. Glidningen sker ofte gradvist og langsomt (kronisk forløb), men kan også være akut, og der forekommer de typisk opstartende smerter og

jektion fandt en venstresidig ECF med posterior afglidning på en tredjedel af apofysen (**Figur 1**). Pigen havde ingen familiære dispositioner for ECF. Hendes gang var let haltende med udadroteret venstreben, og i hoften var fleksion og indadrotation nedsat (**Figur 2**). Tilstanden blev vurderet som kronisk, og man foretog epifysiodese med kanyleret skrue. Postoperativt blev patienten aflastet med krykker, indtil der var smertefrihed. Der blev foretaget kontrol af begge hofter efter seks og 18 uger, hvor der ikke sås yderligere afglidning. Man planlagde herefter årlig klinisk kontrol og røntgenundersøgelse indtil epifyselukning.

### DISKUSSION

### KASUISTIK

- 1) Det Sundhedvidenskabelige Fakultet, Aarhus Universitet
- 2) Børneortopædisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital
- 3) Ortopædisk Forskningsafdeling, Aarhus Universitetshospital





Af Ole Rahbek

**Kontakt**

olerahbe@rm.dk

**Biografi**

Ole Rahbek er overlæge, ph.d. og klinisk lektor på Aarhus Universitetshospital. Han har siden 2009 beskæftiget sig med børneortopædi med blandt andet ansættelse på Great Ormond Street Hospital for Sick Children og Royal London Hospital i London.

Kalveknæ, hjulbenethed, hofteskred og benlængdeforskel – hvornår skal

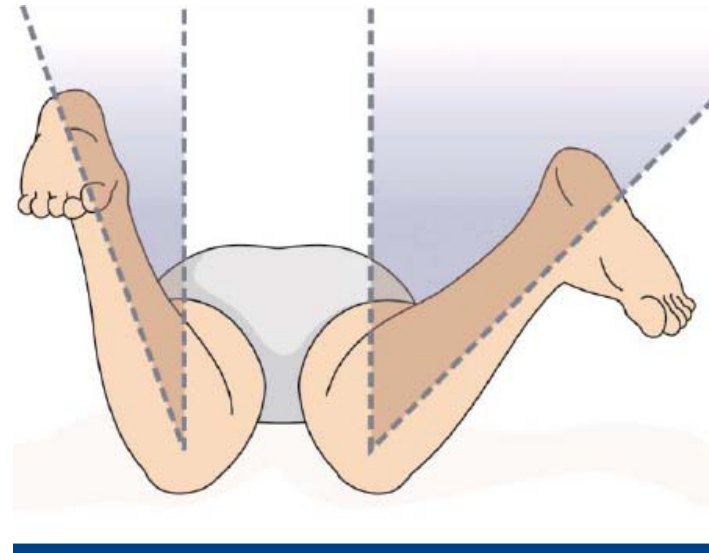
# Asymmetriske børneben er et faresignal

**RESUME:** Fokus for denne artikel er at give læseren simple værktøjer til at skelne normale fysiologiske tilstande i underekstremiteten fra lidelser, som på længere sigt kan skade barnet. Hyppigste årsager til fejlrotation, benlængdeforskel og genus varus/valgus gennemgås. Som regel er symmetrisk rotation og genus varus/valgus godartede tilstande, mens større benlængdeforskel og asymmetrisk rotation gennem hele barnealderen er tilstande, hvis årsag skal søges. Behandling vil ofte være nødvendig, og i visse tilfælde er det vigtigt med en hurtig henvisning til en specialist. Når barnet undersøges, kan man relativt nemt analysere fejlstillingen. Artiklen gennemgår undersøgelsesteknik og viser gennem patienteksempler, at man når langt med simpel klinisk undersøgelse.

MÅNEDSSKRIFT  
for ortopædkirurgen

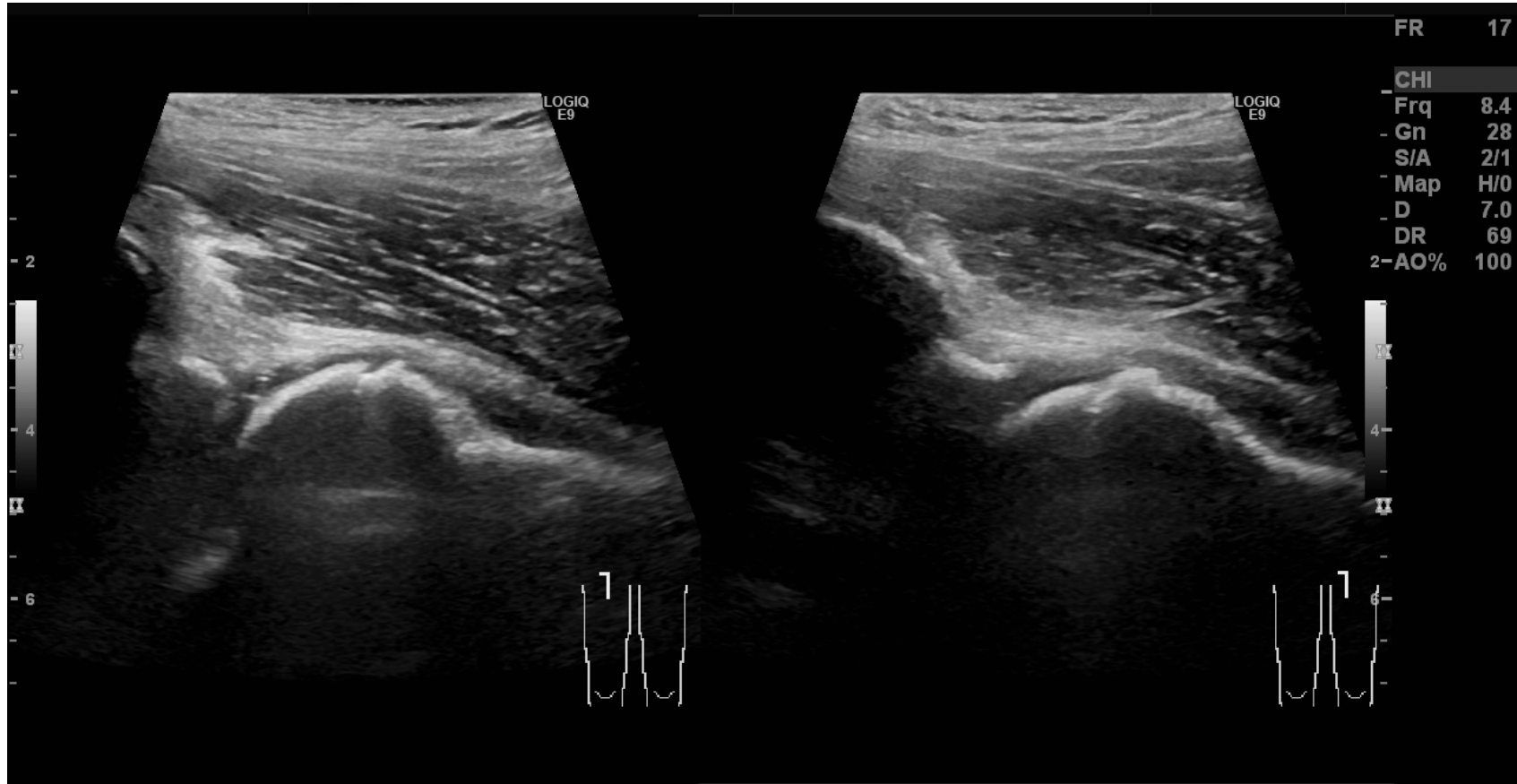
## Hvad er en fejlstilling?

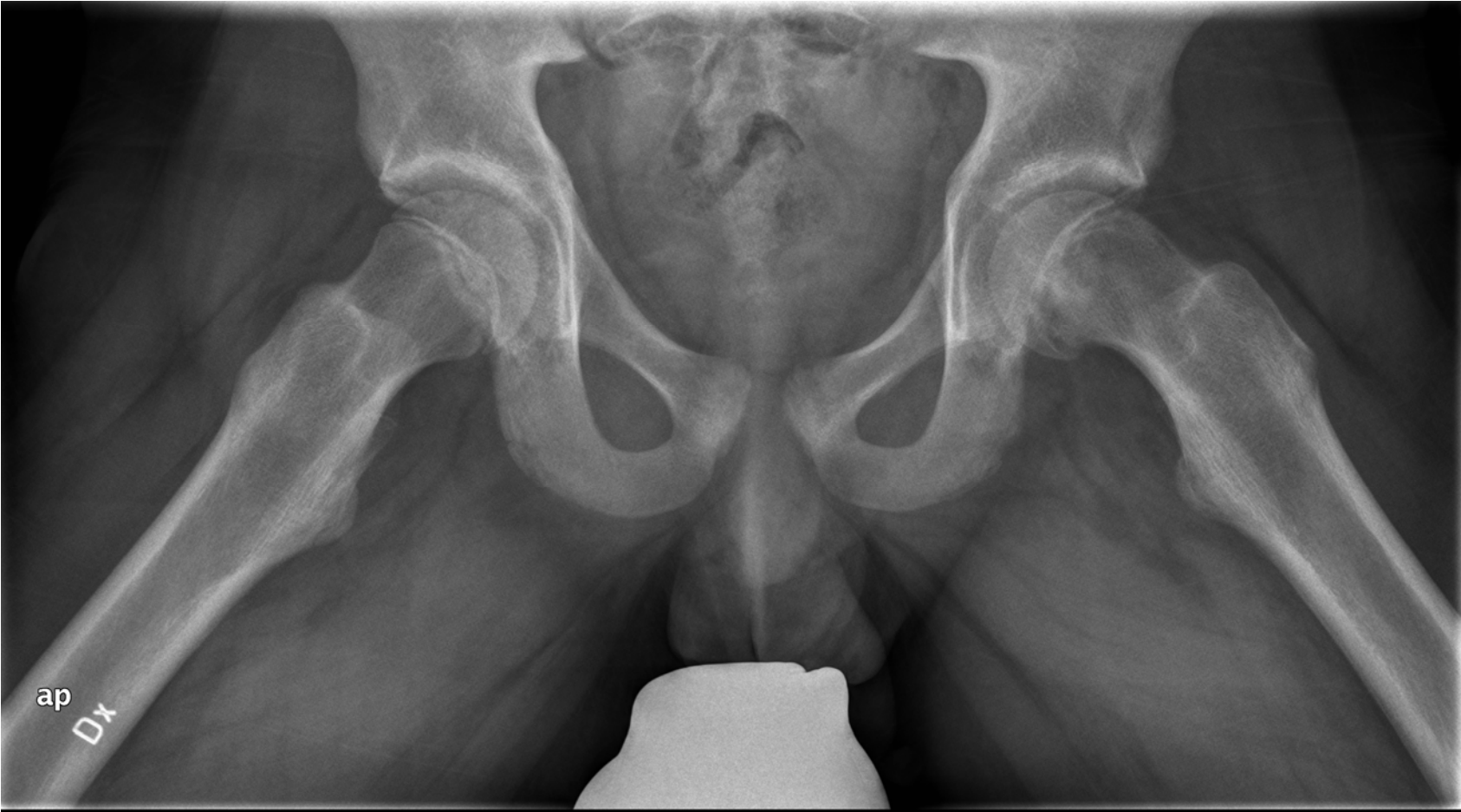
# Kliniske fund

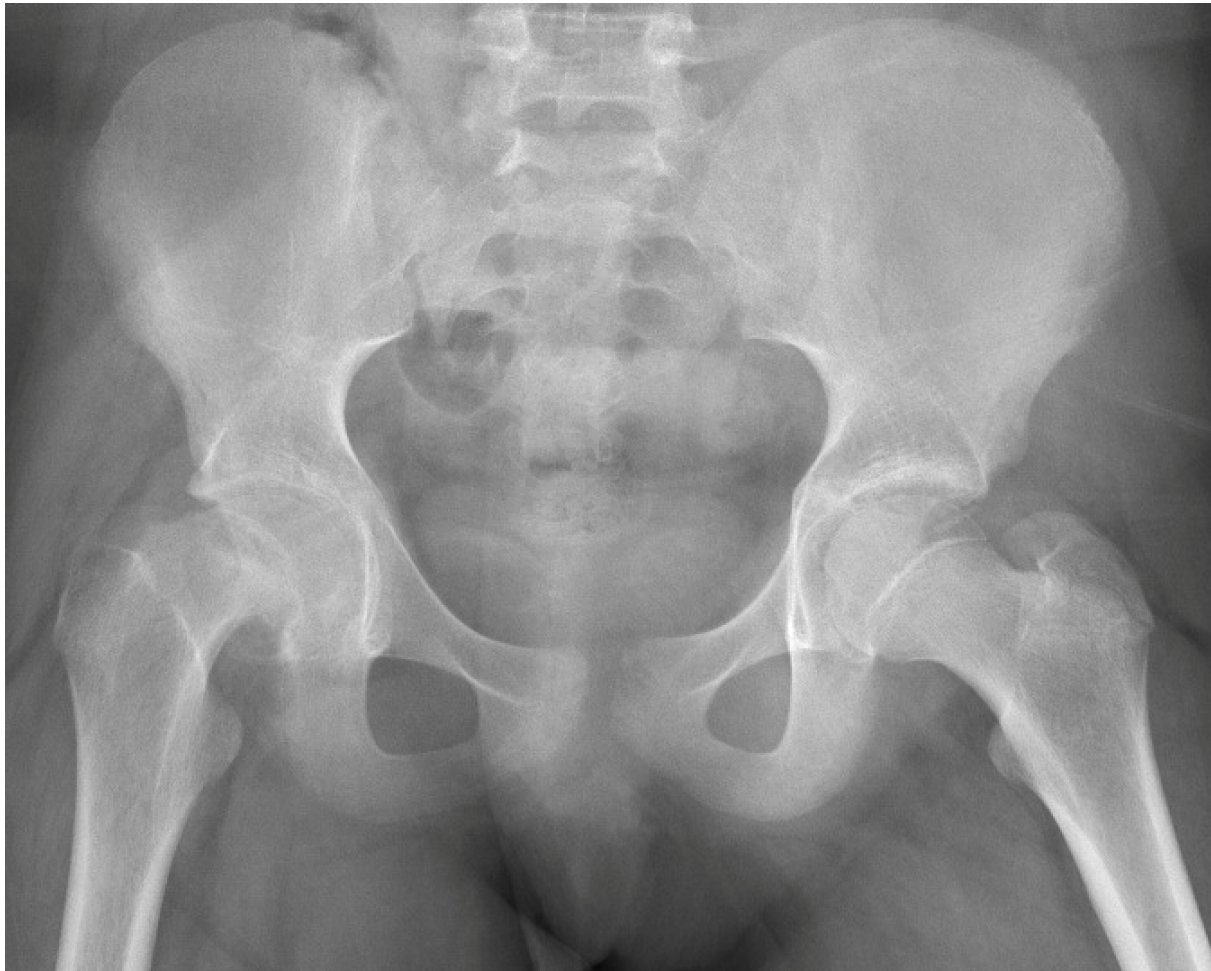




hø  
ap

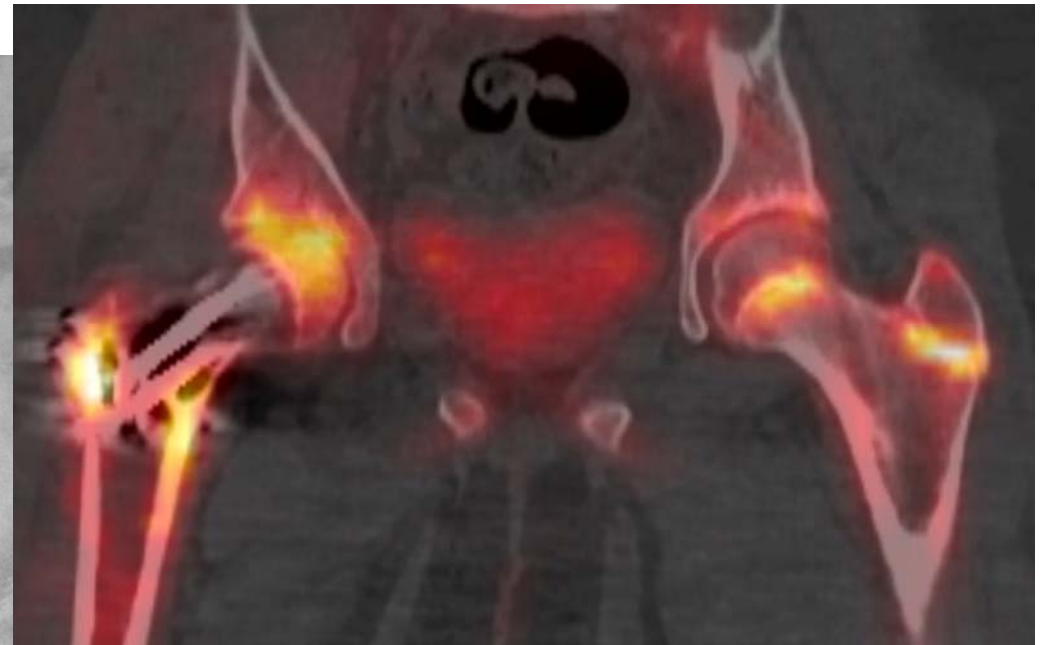
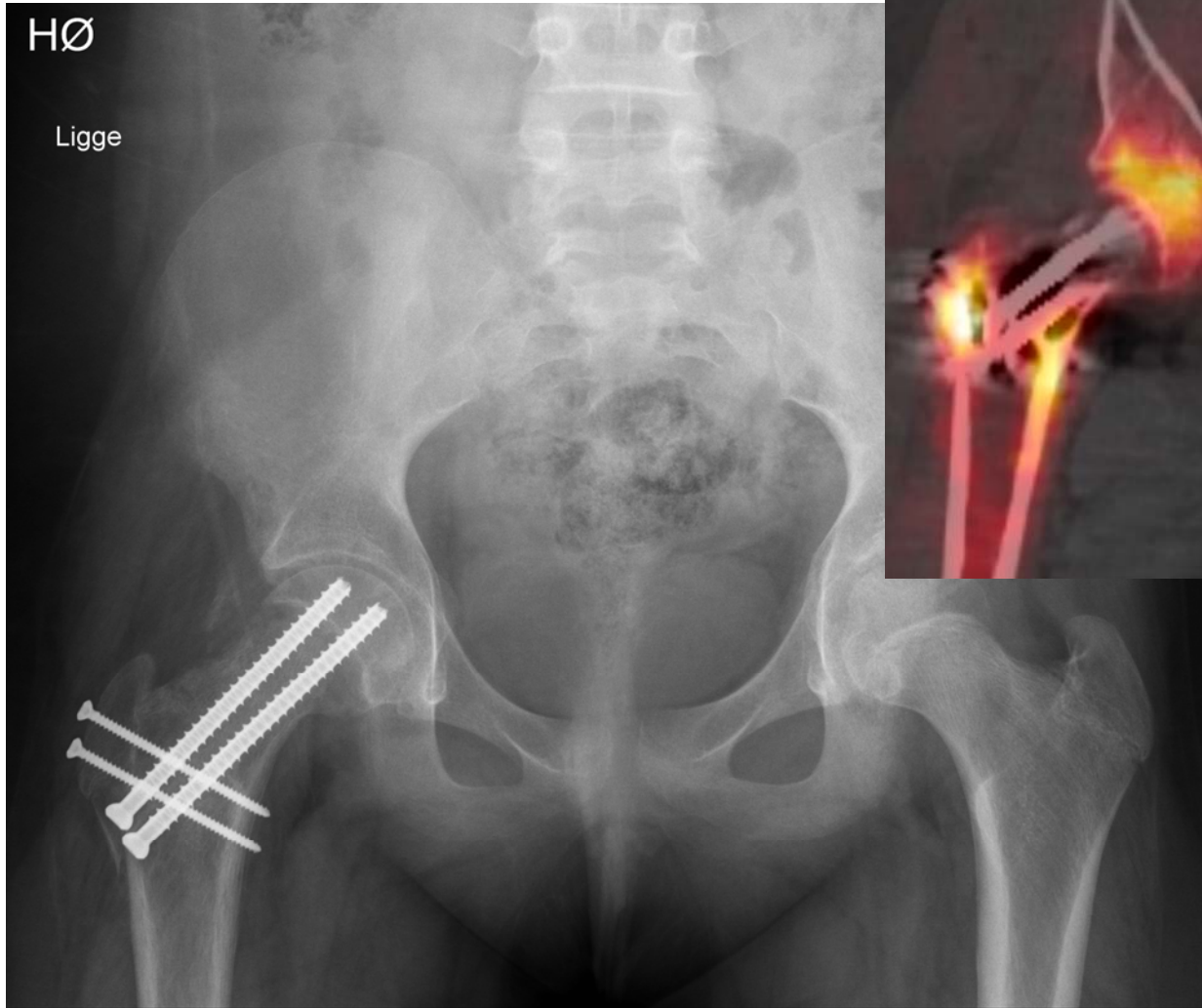






HØ

Ligge



# Sjældne tilstande

- Knæ- og hoftesmerter hos børn i teenagealder bør undersøges med røntgen af bækken og Lauenstein
- Anbefalinger går på fysioterapi som første valg af behandling
- Formentligt velindiceret hos langt de fleste men vil medføre at fx alle tilfælde af **hofteepifysiolyse** i tidlige stadier overses



Spørgsmål?

# Oplæg med Røntgen og Scanning

Hvis der er spørgsmål til oplægget undervejs, kan der skrives til Lene Frisk på [lenefrisk@dadlnet.dk](mailto:lenefrisk@dadlnet.dk)

*Spørgsmålene besvares i slutningen af oplægget*

# midt

regionmidtjylland

Røntgen og Skanning AUH

Overradiograf Morten Kamp Ditlev

Praksis fyraftensmøde 02.11.20

# Henvisning til kræftpakker

(c.pulm. c.occulata c.mammae)

## **HUSK**

**PTB** = praksis til billeddiagnostik

**Patientsamtykke** til eventuel viderehenvisning til privat udbyder  
(kun brystkræft mammografi)

**Telefonnummer** på patienten

**Blodprøver** før CT – senest dagen efter, at henvisningen er sendt.

Spørgsmål?

# Oplæg med Ældresygdomme

Hvis der er spørgsmål til oplægget undervejs, kan der skrives til Lene Frisk på [lenefrisk@dadlnet.dk](mailto:lenefrisk@dadlnet.dk)

*Spørgsmålene besvares i slutningen af oplægget*

# Ældresygdomme

Catherine Foss

Ledende overlæge

# Emner

- Ældresygdommes samarbejde med andre afdelinger
- Opfølgning efter udskrivelse
- Plejehjemslæger
- Blodtransfusion



---

Direkte link til denne side: <http://auh.intranet.rm.dk/AUH-nyt/2020/2020-10-oktober/det-bedste-patientforlob--gennem-oget-samarbejde/>

---

## **Det bedste patientforløb – gennem øget samarbejde**

27.10.2020

Ældresygdomme har ekspertise i den akutte ældre komplekse medicinske patient med funktionstab og behov for tværsektorielt samarbejde i forbindelse med indlæggelse og udskrivelse. Andre afdelinger har imidlertid også ældre mennesker med lignende profil indlagt. Derfor har Ældresygdomme og Infektionssygdomme indledt et samarbejde, som sætter patientforløbet i centrum.



## Satspulje-projekt

(Aarhus-klyngen, Spor 2)

Tidlig opfølgning hos de skrøbeligste ældre  
efter udskrivelse fra hospitalet  
– en fælles indsats på tværs af sektorer



### Projektledere

Cari Parsberg Laursen, sundhedsfaglig konsulent, Magistraten for Sundhed og Omsorg, Aarhus Kommune  
Merete Gregersen, klinisk specialist, ph.d., Ældresygdomme, Aarhus Universitetshospital

### Samarbejdspartnere

Magistraten for Sundhed og Omsorg, Aarhus Kommune  
Ældresygdomme, Aarhus Universitetshospital  
Praktiserende læger i Aarhus

Plejhjemslæger

# Blodtransfusion -de ældre skrøbelige

## NATIONAL KLINISK RETNINGSLINJE FOR TRANSFUSION MED BLODKOMPONENTER

### Quick guide

**Anvend som indikation B-hæmoglobinværdier  $< 4,3$  mmol/L og/eller kliniske symptomer på anæmi hos indlagte kredsløbsstabile patienter uden hjertesygdom, når transfusion af erythrocytter overvejes. Anvend som dosis 1 portion erythrocytter.**

#### Stærk anbefaling

Anbefalingen er opdateret uden ændringer i 2018.

Anbefalingen gælder indlagte kredsløbsstabile patienter med anæmi. Herunder også patienter der gennemgår et operativt forløb. Ekskluderet er patienter med hjertesygdom, hæmatologisk lidelse, samt patienter med livstruende blødning.

Der ses øget forekomst af lungeødem og hjertesvigt ved brug af en liberale transfusionstrigger sammenlignet med en restriktiv trigger.

Formålet med transfusion er at afhjælpe kliniske symptomer og organiskæmi, ikke at normalisere hæmoglobinkoncentrationen. Forventeligt vil transfusion af en erythrocytportion føre til en stigning i hæmoglobinkoncentration på ca. 0,5 mmol/L hos en voksen patient der vejer 60-80 kg. Ved kliniske symptomer på anæmi forstås brystsmerte, ortostatisk hypotension eller takykardi, der ikke responderer på væskebehandling.

**Anvend som indikation B-hæmoglobinværdier  $< 4,7$  mmol/L og/eller kliniske symptomer på anæmi hos kredsløbsstabile patienter med kronisk hjertesygdom, når transfusion af erythrocytter overvejes. Anvend som dosis 1 portion erythrocytter.**

#### Stærk anbefaling

# Blodtransfusion

- Tæt på livets afslutning
  - Efter en operation
  - Pga. træthed
- 
- Og når der ikke ønskes udredning og pt får NOAK ?

# Budskaber

- Nye tider mht. opfølgning efter udskrivelse-både fra Ældresygdomme og kommunen
- Fokus på samtidighed i behandlingen-samarbejde på tværs af afdelinger
- Samarbejde med plejehjemslæger. Mere af det?
- Blodtransfusion – kan være en vanskelig vurdering

Spørgsmål?

# Kommende datoer for fyraftensmøder i 2021

- *25. maj 2021*
- *9. november 2021*



Tak for i aften og på gensyn