

		Fagspesifikke prosedyrer		Generelt dokument	
Ultralyd ved kjempecellearteritt (GCA): Diagnostikk og oppfølging				Revmatologisk avdeling SSHF	
Dokument ID: 1.4.20.1.2-10		Godkjent dato: 15.03.2024	Gyldig til: 15.03.2026	Revisjon: 2.00	

Fagspesifikke prosedyrer\Revmatologi\Diagnostikk\Diagnostiske prosedyrer

Retningslinjer for bruk av Ultralyd kar og CTA/ MRA ved SSK

Ved mistanke om GCA igangsettes behandling med steroider umiddelbart; dvs uavhengig av tilgang til UL undersøkelse (se egen retningslinje for diagnostikk og behandling av GCA). For IMC mål se tabell metodebok.no → revmatologi → vaskulitt → Kjempecellearteritt

”Fast-track klinikk”:

- Indikasjon: Alder >50 år + henvisende lege tror pas. har GCA (jmf klinikk/ CRP)
- Diagnostisk ultralydundersøkelse av kar:
 - Hvis mulig innen 24 t etter henvendelse til avdelingen
 - a.temporalis bilat: R.frontalis og R.parietalis: Veggfortykkelse? Halotegn? Squeeze-test?
 - a.axillaris bilat: IMC > 1,5 mm signifikant hypodens veggfortykkelse. (IMC = 1 mm grenseverdi). Evt stenoser?
 - Logistikk:
 - Vakhavende lege ved Revma avd:
 - ✓ Klinisk status, anamnese, lab før UL kar
 - ✓ Konklusjon etter UL kar, evt bestille temp.biopsi v/kir pol, evt medikamentbehandling
 - UL kar utføres av erfaren lege, som har ansvar for denne us: Trenger beskjed fra vakhavende lege, og settes i timeboken som ekstrapas etter avtale!
 - Ved mistanke om PMR uten GCA-symptomer: UL kar kan avtales med ansvarlig lege ved behov (Ved PMR: ca 20% GCA; noen er asymptomatiske)
 - registrering i GTI(se oversikts ark om NORVAS for hvilke registreringer som skal inn)

Biopsi av temporalarterie skal tas innen 1 uke, dersom indikasjon foreligger. (Vi tar ikke biopsi dersom helt neg. klinikk/anamnese/lab og samtidig neg UL kar).

Pasientene blir prioritert ved kir pol ved henvisning og etter avtale med karkir. seksjon(ref. møte 2015).

- Biopsien bør være (1)-2 cm lang.
- Revmatologisk avd fyller ut - og godkjenner remisse til histologi i DIPS

Follow up ved diagnostisert GCA:

- ”GCA klinikk”:
 - klinisk us – lab – registrering i GTI(se oversikts ark om NORVAS)
 - UL kar : I hovedsak a.temporalis + a.axillaris bilat
 - Hyppighet UL (etter diagnosetidspunkt): individuelt.

Ved mistanke om affeksjon av aorta – eller behov for kartlegging av større kar utover a.axillaris: (Ved GCA er affeksjon av kar ovenfor diafragma er hyppigst)

- **CT angio** av aorta m/avganger (bestilles ved SSK evt SSA):
 - Gir best bilder ved *diagnostisering*, jmf Radiologisk avd
- (alternativt) MR angio av aorta m/avganger (bestilles kun ved SSK pga spesiell MR-protokoll; ligner protokollen som brukes ved RH):

Utarbeidet av: Helle Bitter	Fagansvarlig: Helle Bitter	Godkjent av: Glenn Haugeberg	
---------------------------------------	--------------------------------------	--	--

 SØRLANDET SYKEHUS	Ultralyd ved kjempecellearteritt (GCA): Diagnostikk og oppfølging Revmatologisk avdeling SSHF				Side: 2 Av: 2
Dokument-id: I.4.20.1.2-10	Utarbeidet av: Helle Bitter	Fagansvarlig: Helle Bitter	Godkjent dato: 15.03.2024	Godkjent av: Glenn Haugeberg	Revisjon: 2.00

Fagspesifikke prosedyrer\Revmatologi\Diagnostikk\Diagnostiske prosedyrer

- Kan brukes ved behov for kontroller ved påvist affeksjon av aorta m/avganger (CT gir høy strålebelastning, og bør unngås som kontrollundersøkelse; særlig ved yngre pasienter og påregnet hyppigere kontroller; hvilket dog er vanligere ved Takayasu arteritt)

- Etter avtale med Radiologisk avd SSK vurderes bildene av dedikerte intervensjonsradiologer ved SSK. Det bør skrives i anmerkningsfeltet at undersøkelsen skal utføres på SSK og at rad.henvisning ikke må videresendes Unilabs. (jmf møteref. 2015)

- PET CT kan vurderes:
 - dersom sterk mistanke om storkarsaffeksjon men neg CT angio
 - evt dersom det er vesentlig å kartlegge grad av pågående inflammasjon i karvegg
 - evt ved samtidig mistanke om malign sykdom.
 - Utføres nå v/SSK om kapasitet.