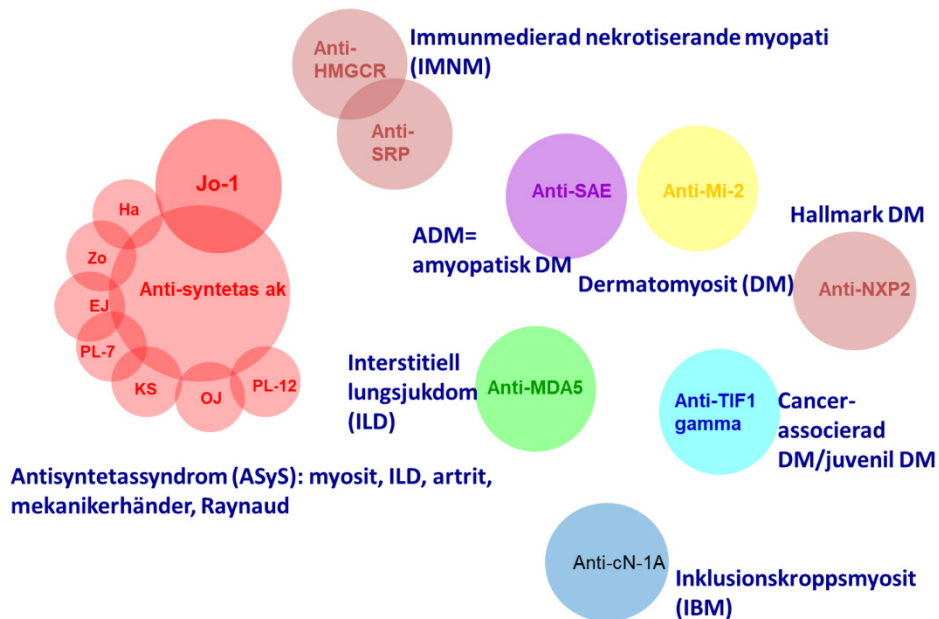
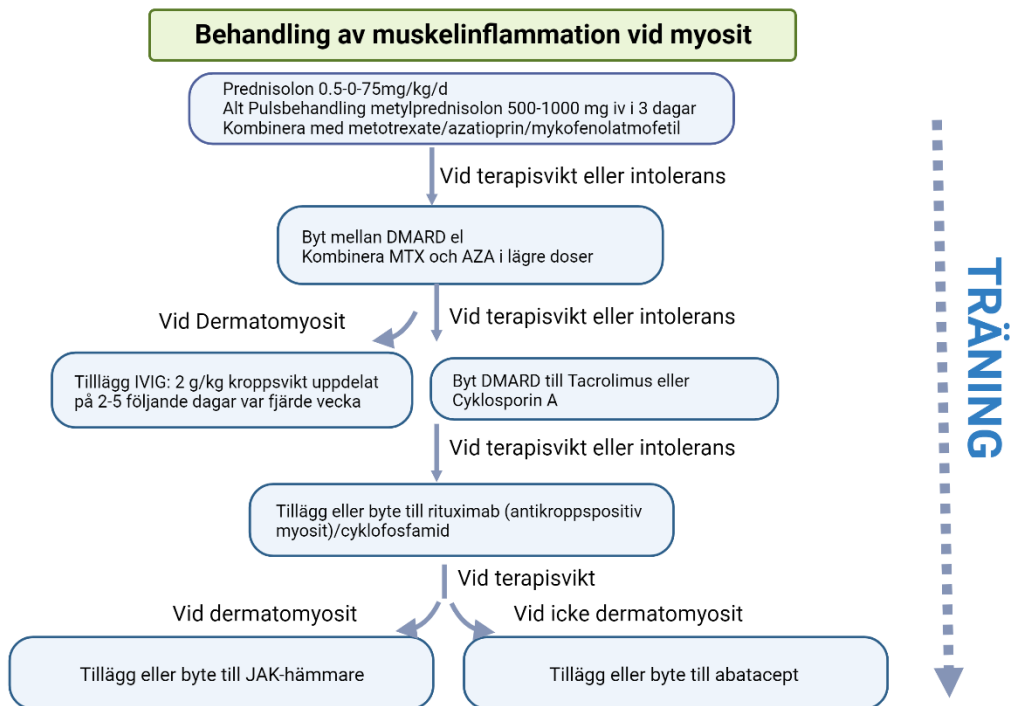


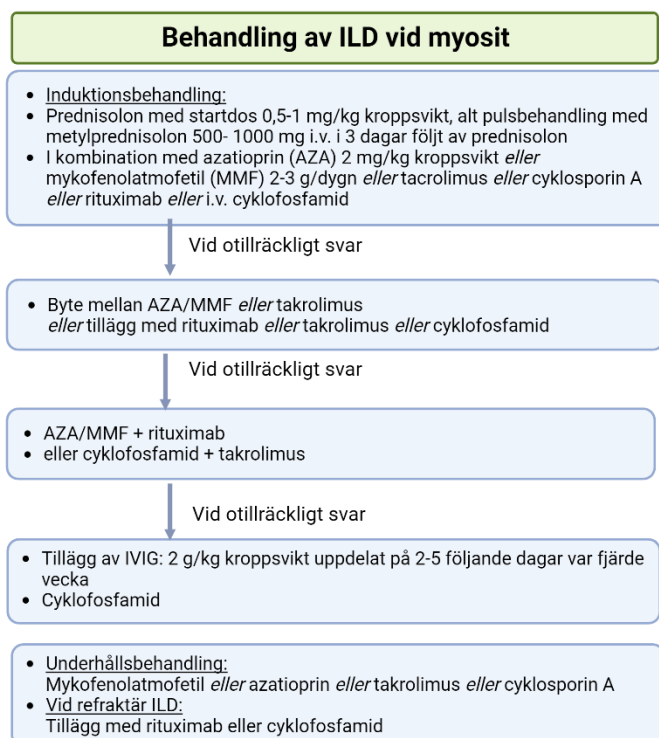
Bilder/flödesscheman Myosit



Figur 1. Myositspecifika antikroppar och subgrupper av myosit relaterade till dessa antikroppar



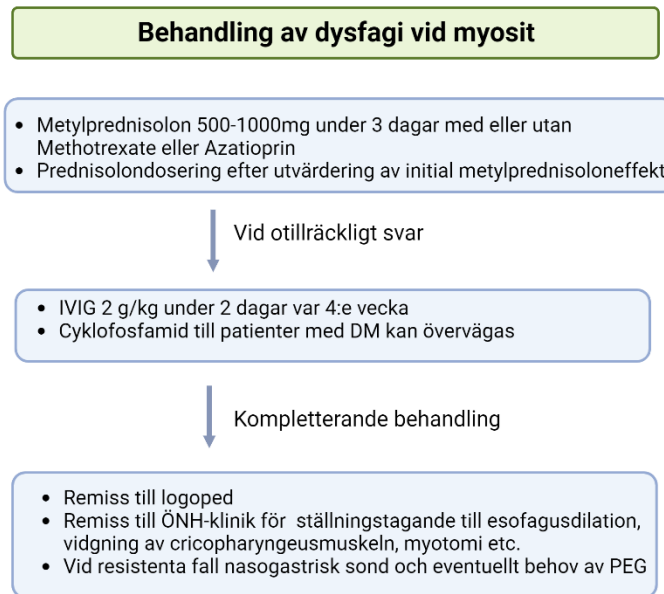
Figur 2. Flödesschema för behandling av muskelinflammation vid myosit (dermatomyositis, antisyntetassyndrom och polymyositis). Första linjens behandling är prednisolon som kombineras med MTX/AZA/MMF. Vid otillräcklig effekt byt mellan DMARDs eller kombinera MTX och AZA. Vid otillräcklig effekt kan man lägga till IVIG vid dermatomyositis och byta DMARD till tacrolimus eller cyclosporin A vid icke-dermatomyositis. Vid terapivikt tilllägg eller byta DMARD till rituximab/ cyklofosfamid. Vid fortsatt terapiresistens kan abatacept eller JAK-hämmare prövas. Träning påbörjas vid diagnos.



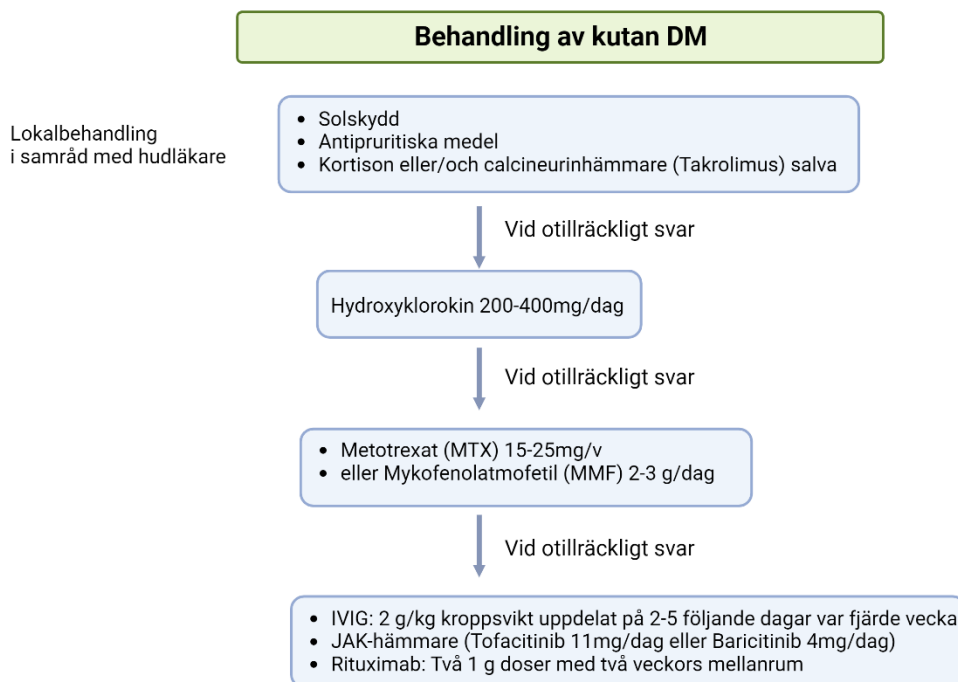
Figur 3. Flödesschema för behandling av ILD. Induktionsbehandling med högdos prednisolon/ pulsbehandling med metylprednisolon och olika DMARD. Underhållsbehandling med Mykofenolatmofetil *eller* azatioprin *eller* takrolimus *eller* cyklosporin A. Vid refraktär ILD tilläggas rituximab eller cyklofosfamid.



Figur 4. Flödesschema för behandling av snabbt progredierande ILD. Kortisonbehandlingen ska inledas med intravenöst kortison, och man kan överväga kombinationsbehandling med flera immundämpande preparat redan tidigt i förloppet.



Figur 5. Flödesschema för behandling av dysfagi vid myosit. Behandling inleds med pulsbehandling metylprednisolon med eller utan MTX/AZA. Vid otillräcklig effekt adderas IVIG eller cyklofosamid till patienter med DM.



Figur 6. Flödesschema för behandling av kutan DM. Alla patienter ska börja med solskydd, klädstillande, och topikal kortikosteroid- eller calcineurinhämmare. Vid otillräcklig effekt adderas i första hand hydroxyklorokin och/ eller metotrexat eller mykofenolatmofetil. Vid otillräcklig effekt kan mer aggressiva immunmodulerande terapier (IVIG, JAK-hämmare, eller rituximab) läggas till.

Behandling av IBM

- Prednisolon 0,5 mg/kg med en nedtrappning om 10 mg per månad under 3 månader. Om önskad effekt inte uppnås, avbryts behandlingen.

↓
Effekten av Prednisolon utvärderas med mätning av muskelstyrka och muskulär uthållighet, vid effekt av prednisolon

- Metotrexat 10-20mg/vecka alternativt azatioprin 2 mg/ kg kroppsvikt om kontraindikationer föreligger mot methotrexate

↓
Vid sväljningsbesvär

- IVIG: 2 g/kg kroppsvikt uppdelat på 2-5 följande dagar var fjärde vecka
- Anakinra efter individuell bedömning
- Rapamycin- klinisk prövning pågår

Figur 7. Flödesschema för behandling av IBM. Inviduell bedömning – patienter med kort sjukdomsduration och övervägande inflammatoriska infiltrat i muskelbiopsi kan ha viss nytta av immunosuppressiv behandling. Prednisolon kan ges initialt. Vid effekt av prednisolon adderas MTX eller AZA. Vid sväljningsbesvär kan IVIG, Anakinra, och Rapamycin prövas.

Behandling av IMNM

Anti-SRP/Anti-HMGCR positiv myosit

↓
Prednisolon 0.75 mg/kg/dag
Alt: Pulsdos med metyprednisolon 500-1000mg/d i.v. i 3 dagar
följt av prednisolon per os
Methotrexate upp till 25 mg/v

↓
Vid otillräckligt svar eller intolerans

Om anti-SRP +

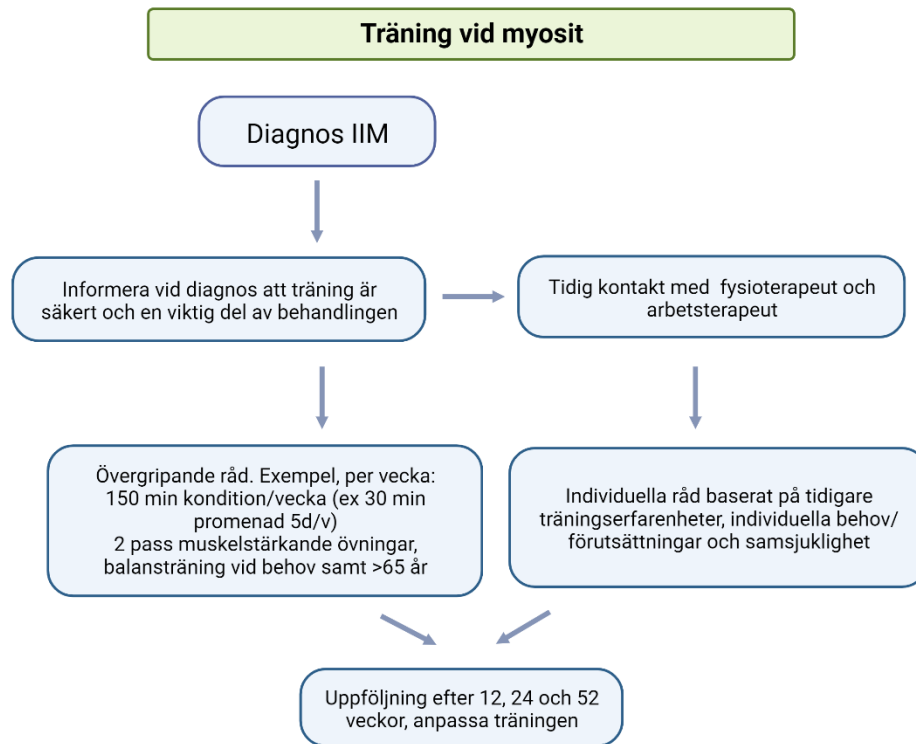
Överväg tillägg med rituximab
1000 mg i.v, dag 0 och dag 15 med upprepning var 6 månad
Alternativ: IVIG 2g/kg en gång/månad i 3-6 mån

Om anti-HMGCR +

Överväg tillägg med IVIG 2g/kg en gång/månad i 3-6 mån
Alternativ: rituximab
1000 mg i.v, dag 0 och dag 15

Överväga PCSK9-hämmare vid stark indikation för lipidsänkande terapi i statinutlöst IMNM

Figur 8. Flödesschema för behandling av IMNM. Behandling inleds med högdos prednisolon/puls behandling med metyprednisolon och MTX. Vid otillräckligt svar eller intolerans tilläggs rituximab eller IVIG.



Figur 9. Flödesschema för träning vid myosit.