

Polymyalgia rheumatica i en allmennpraksis

Polymyalgia rheumatica diagnostiseres og behandles ofte i allmennpraksis. Revmatologer har uttrykt bekymring for overdiagnostisering og for at steroidbehandling kan skjule andre sykdommer og forverre osteoporose. Det er etterlyst arbeider fra allmennpraksis.

Denne studien beskriver et tiårsmateriale (1985–94) med polymyalgia rheumatica fra en femlegepraksis.

Seks av 54 pasienter med tentativ diagnose polymyalgia rheumatica hadde fått endret diagnosen etter ett år. Gjennomsnittlig startdose med prednisolon var 31 mg, median behandlingstid for kvinner var 20 måneder og for menn 29 måneder. 10 % ble behandlet lenger enn ti år, og 20 % fikk residiv. Pasienter som fikk frakturer i oppfølgingsperioden, hadde hatt lengre behandlingstid enn resten av pasientene. Dette kan tyde på at kortere behandlingstid kan være viktig for å redusere risikoen for osteoporose.

Diagnostisering av polymyalgia rheumatica bør kunne skje i allmennpraksis, forutsatt god kommunikasjon med annenlinjetjenesten i tilfeller med uklare eller alvorlige symptomer – særlig med tanke på arteritis temporalis, revmatoid artritt og kreft. Behandling og oppfølging av mennesker med sykdommen er en oppgave som krever tett kontakt med pasienten og god kontinuitet, med spesiell oppmerksomhet på osteoporosefaren. Oppgaven kan derfor egne seg for allmennpraksis.

Polymyalgia rheumatica og arteritis temporalis blir ofte oppfattet som manifestasjoner av sykdommen kjempecelleartritt, og det er stor grad av overlapping mellom de to tilstandene. Forholdet mellom polymyalgia rheumatica og arteritis temporalis er anslått til ca. 2 : 1, om lag 40–60 % av pasientene med arteritis temporalis har symptomer på polymyalgia rheumatica og 20–40 % av pasientene med polymyalgia rheumatica har artritt bekreftet ved temporalisbiopsi (1). I en norsk studie rekruttert fra allmennpraksis var imidlertid forholdet mellom polymyalgia rheumatica og arteritis temporalis 4–5 : 1 (2). Temporalisbiopsier var i denne studien positive hos kun 4,4 % av pasienter med polymyalgia rheumatica uten kliniske symptomer på arteritis temporalis.

Symptomene ved polymyalgia rheumatica domineres av smerter og stivhet i proksi-

Bjørn Bratland

bbratlan@online.no

Legegruppen Grandgården

Langbryggen 19

4841 Arendal

Bratland B.

Polymyalgia rheumatica in a general practice in Norway.

Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2270–3.

Background. Polymyalgia rheumatica is often diagnosed and treated in general practice. Rheumatologists have expressed concern about overdiagnosing and steroid treatment that conceals other diseases and deteriorating osteoporosis.

Material and methods. A ten-year material (1985–94) of polymyalgia rheumatica from a Norwegian general practice.

Results. Six out of 54 patients with the diagnosis polymyalgia rheumatica had their diagnosis changed after one year. Average prednisolone starting dose was 31 mg, median treatment time for women was 20 months and for men 29 months. 10 % were treated more than ten years, and 20 % relapsed. Patients with fractures in the follow-up period had longer treatment periods; this indicates that a shorter treatment time may be important in preventing osteoporosis.

Interpretation. Diagnosing polymyalgia rheumatica can be done in general practice if there is good communication with second-line medical services in cases with indistinct or serious symptoms. It is important to have in mind temporal arteritis, rheumatoid arthritis and malignancies. Treatment and follow-up of these patients is a task that needs stable and continuous relations between patient and doctor with special focus on the osteoporosis problem.

☞ Se også side 2251

mal muskulatur (nakke/skuldrer/overarmer og hofter/lår), ved arteritis temporalis er det oftest hodepine og eventuell ømhet i tinningene. Begge tilstandene, men særlig arteritis temporalis, kan påvirke allmenntilstanden med slapphet, vekttap, svette og feber. Diagnosen polymyalgia rheumatica stilles ved hjelp av klinisk undersøkelse og etter påvisning av forhøyet senkningsreaksjon. Ved arteritis temporalis vil man i tillegg oftest forlange positiv histologi (artritt) ved temporalisbiopsi. Forskjellige diagnostiske kriterier har vært brukt for polymyalgia rheumatica. De mest anvendte er Birds kriterier (3). Diagnosen polymyalgia rheumatica er sannsynlig om tre eller flere av sju kriterier foreligger. Disse har imidlertid mangler, siden de ikke alltid fanger opp pasienter i tidlig fase med symptomer kun fra underekstremitetene eller ensidige symptomer (2). Myalgi og høy senkning kan gi rom for mange differensialdiagnostiske overveielser (4).

Sammenhengen mellom revmatologiske lidelser og kreft har vært grundig studert og kommentert (5). I startfasen kan maligne sykdommer enkelte ganger gi et polymyalgi- og artrittbilde, noe som innebærer en risiko for feil diagnose og behandling. Mye tyder på at risikoen for utvikling av kreft ikke er økt ved polymyalgia rheumatica, men at det foreligger en moderat risikoøkning ved arteritis temporalis (6).

Prednisolonbehandling av polymyalgia rheumatica og arteritis temporalis gir meget rask og ofte dramatisk god effekt (1). Det er blitt advart mot at denne effekten blir tatt som en bekræftelse på at diagnosen er riktig (4). Flere har pekt på faren for osteoporose og frakturer hos pasientgruppen (ofte eldre kvinner) og betydningen av å holde prednisolondosen så lav som mulig (7). En nylig publisert norsk studie viste imidlertid ingen forskjell i beintetthet hos pasienter med polymyalgia rheumatica og kontrollpersoner (8).

Vår kunnskap om polymyalgia rheumatica bygger mest på studier utført ved sykehus. Det er usikkerhet om hvordan diagnostisering og behandling av disse pasientene foregår i allmennpraksis. Det antydes både en over- og en underdiagnostisering og samtidig bekymring for at rask prednisolonbehandling kan kamuflere underliggende sykdom, særlig artritt. Studier fra allmennpraksis etterlyses (4, 9).

Hensikten med denne studien var å undersøke forekomst, utredning og behandling av polymyalgia rheumatica og arteritis temporalis i allmennpraksis for å belyse hvordan pasienter med disse tilstander tas hånd om i primærhelsetjenesten.

Materiale og metode

Legegruppen Grandgården i Arendal er en gruppepraksis med fem allmennpraktikere som siden april 1984 har brukt det elektroniske journalsystemet Infodoc. Et søk ble gjort i august 2000 etter diagnosen polymyalgia rheumatica og arteritis temporalis for tiårsperioden 1.1. 1985–31.12. 1994. Datasøket omfattet ca. 33 000 journaler. Antall personer med fast tilknytning til legegruppen i denne perioden anslås med en del usikkerhet til 1 500 per lege, totalt 7 500. Søket ble foretatt i fritekst med forskjellige skrivemåter, da diagnosekoder ikke var i bruk hele perioden. Som en ekstra kontroll ble også alle pasienter som hadde brukt prednisolon funnet frem. Inklusjonskriteret for studien var alle pasienter som i tiårsperioden fikk tentativ diagnose polymyalgia rheumatica eller arteritis temporalis, og som startet med prednisolonbehandling eller ble henvist til annenlinjetjenesten. Journalene ble skrevet ut og gjennomgått i sin helhet.

Det ble opprettet registreringskjema for hver pasient med 78 variabler. Dataene ble behandlet i programmet NSD-Stat.

Tidspunkt for symptomstart, diagnose og behandlingsstart, symptomenes lokalisasjon og variablene som omfattes av Birds diagnosekriterier, blodprøver og andre supplerende undersøkelser ble registrert.

Evaluering av diagnosen skjedde på følgende måter: Diagnosen arteritis temporalis ble bekreftet hvis temporalisbiopsi var positiv.

Diagnosen polymyalgia rheumatica ble vurdert retrospektivt på to måter:

- Hvor mange av Birds diagnosekriterier var journalført?
- Hvor mange pasienter hadde fått endret diagnosen ett år senere?

Hvis behandlende lege fremdeles fastholdt diagnosen, ble dette brukt som tegn på at den var riktig.

Prednisolonbehandlingen ble fulgt ved å registrere startdose, effekt, månedlige doser til seks måneder, deretter halvårlig til fem år, total varighet av behandlingen og eventuelle residiv som førte til gjenopptak av behandling. Residiv ble definert som tilbakefall av polymyalgiasymptomer etter minst ett år uten prednisolon.

Registrering av journalførte opplysninger ble gjort for hjerte- og karsykdommer, kreft, inflammatoriske revmatiske sykdommer, degenerative leddlidelser, osteoporose, diabetes mellitus og blødning fra mage/tarm. For hver pasient ble det først registrert hvilke av disse sykdommene som hadde vært til stede før behandlingsstart og deretter om de var oppstått etter behandling og gjennom oppfølgingsperioden. Alle frakturer under og etter prednisolonbehandlingen ble registrert. Prednisolondosering ble sammenliknet i pasientgruppene med og uten frakturer ved hjelp av t-test.

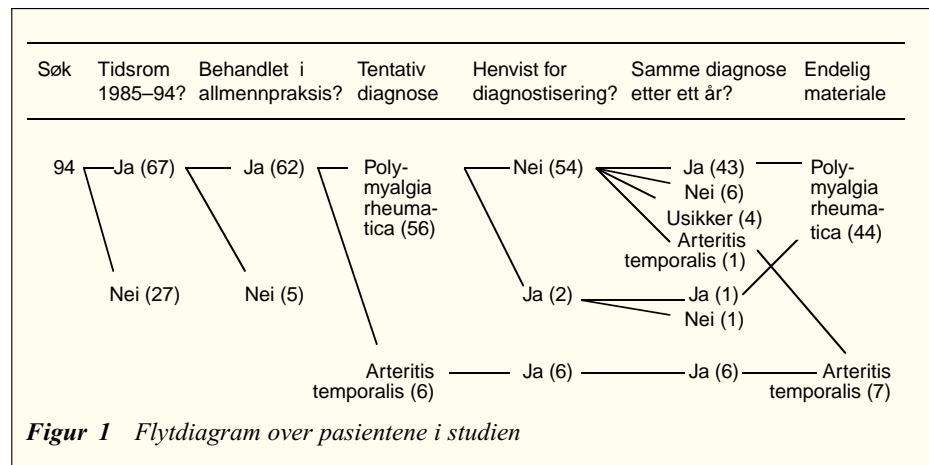
Det ble ikke innhentet opplysninger fra sykehusjournaler eller andre kilder.

Resultater

Søket resulterte i 94 pasienter, hvorav 27 var diagnostisert før 1.1. 1985 og fem var diagnostisert og behandlet i sykehus. Av de resterende 62 var det 56 med diagnosen polymyalgia rheumatica og seks med arteritis temporalis (fig 1).

Symptomer

De journalførte myalgiasymptomer hos de 56 pasienter med tentativ diagnose polymyalgia rheumatica er vist i tabell 1. Anvendelse av Birds diagnosekriterier er vist i tabell 2, men det manglet data i 39% av registreringene. 44 pasienter (78,6%) hadde tre eller flere kriterier og tilfredsstilte derfor Birds kriterier for polymyalgia rheumatica, ti pasienter (17,9%) hadde to kriterier og to (3,6%) hadde ett kriterium. I tillegg til Birds kriterier hadde 52% av pasientene smerter eller stivhet i lår-/hoftemuskulatur og 9%



hadde kun unilaterale symptomer i skulder/overarm. Det ble startet prednisolonbehandling hos 55 av 56 pasienter. En uke etter behandlingsstart merket 50 av dem god effekt på symptomene, mens fem hadde ingen eller usikker effekt.

Utredning

To pasienter ble innlagt i sykehus med tentativ diagnose polymyalgia rheumatica fordi det var stor usikkerhet om diagnosen. Den ene hadde spinal stenose (og ikke polymyalgia rheumatica). Den andre ble innlagt på

grunn av dårlig allmenntilstand og mulighet for kreftsykdom. Pasienten ble utskrevet med diagnosen polymyalgia rheumatica (ikke gjort temporalisbiopsi). Resten (54 pasienter) ble utredet i allmennpraksis. Resultatet av dette er vist i tabell 3. Utredningen førte til at to pasienter fikk endret diagnosen, den ene til cancer recti, den andre til skulderartrose. Prednisolon ble seponert hos disse.

Riktig tentativ diagnose?

Ved retrospektiv vurdering etter ett år av de 54 pasientene som ble diagnostisert i allmennpraksis, har behandlende lege vurdert seks pasienter til ikke å ha polymyalgia rheumatica, til tross for at fire av dem hadde tilfredsstilt Bird-kriteriene. To hadde kreft (cancer recti og malignt nevrinom), en skulderartrose pluss nyresvikt, to fibromyalgi og en depresjon. Fire av disse fikk seponert prednisolon i løpet av 1–2 måneder. Tre hadde ikke hatt effekt av prednisolon. I tillegg kan det stilles spørsmål ved fem andre pasienter. To hadde annen revmatisk sykdom (en med tidligere kjent revmatoid artritt og en som fikk arteritis temporalis etter seks måneder), og tre pasienter hadde svært kort observasjonstid (en døde av cerebralt insult etter fire måneder og to måtte seponere prednisolon på grunn av bivirkninger).

Pasienter med bekreftet polymyalgia rheumatica

Den videre omtale gjelder de 44 pasienter med overveiende sannsynlig diagnose polymyalgia rheumatica. Det var 33 kvinner (75%) og 11 menn, gjennomsnittlig alder 73 år (variasjon 57–97 år). Med et svært usikkert anslag vil dette gi en årlig incidens blant legeguppens befolkningsgrunnlag på ca. 60 per 100 000. Tiden som gikk fra symptomstart til behandlingstart varierte fra én til 30 uker, med en medianverdi på 6,5 uker. Tidspunkt for diagnostisering varierte betydelig med årstiden (50% i juli–september) og innenfor tiårsperioden (55% i treårsperioden 1989–91 og 11% i årene 1992–94).

Tabell 1 Myalgiasymptomer ved diagnosetidspunkt hos 56 pasienter med tentativ diagnose polymyalgia rheumatica

Bare bilateralt skuldrer/overarmer	24
Både skuldrer/overarmer og lår/hofter	24
Bare lår/hofter	5
Bare unilateralt skulder/overarm	1
Bare hender/underarmer	1
«Hele kroppen»	1
	56

Tabell 2 Birds diagnosekriterier. Hvis minst tre kriterier er til stede, er diagnosen polymyalgia rheumatica sannsynlig. Tallene viser hvor mange pasienter av 56 som hadde journalført kriterium. Det manglet opplysninger i 39% av registreringene

Bilateral smerte og/eller stivhet i skuldrene	44
Utvikling av sykdomsbildet på mindre enn to uker	14
SR > 40 mm	43
Varighet av morgenstivhet mer enn en time	21
Alder 65 år eller eldre	49
Depresjon og/eller vekttap	9
Bilateral ømhet i overarmene	10

Tabell 3 Resultater av utredning av 54 pasienter med tentativ diagnose polymyalgia rheumatica

Undersøkelse	Antall	Viktigste funn
Temporalisbiopsi	3	Alle 3 negative
Hb	54	Gjennomsnitt 13,0 g/100 ml (10,8–15,0 g/100 ml)
SR	54	Gjennomsnitt 59 mm (8–110 mm)
CRP	50	0–20 mg/l: 15, 20–40 mg/l: 16, 40–60 mg/l: 5, > 60 mg/l: 14
Waalers test	22	1 positiv, 21 negative
ANA	22	4 positive, 18 negative
Andre blodprøver	52	Ingen vesentlige nye opplysninger
Røntgen thorax	18	Ingen vesentlige nye opplysninger
Røntgen/ultral lyd mage/tarm, nyrer	10	Ingen vesentlige nye opplysninger
Røntgen skjelett	17	4 med artrose, 2 med osteoporose
Annen utredning	6	1 rektoskopi: cancer recti

Behandling

Gjennomsnittlig startdose av prednisolon var 31 mg (variasjon 15–60 mg). 42 av 44 pasienter hadde umiddelbart god effekt, hos to var effekten usikker. Dosereduksjon fulgte ikke et fast skjema, men foregikk under tett oppfølging styrt av pasientens symptomer. Hos 31 av 44 pasienter ble det nødvendig med forbigående doseøkning en eller flere ganger. Figur 2 viser den gjennomsnittlige prednisolondosen under første år av behandlingen. Etter to år hadde 24 pasienter (55%) seponert, etter tre år 32 pasienter (73%) og etter fire år 38 pasienter (86%). Etter ti år ble fortsatt to pasienter (5%) behandlet med prednisolon. Median behandlingstid for kvinner var 20 måneder og for menn 29 måneder. Ni pasienter (20%) fikk residiv etter minst ett år uten prednisolon.

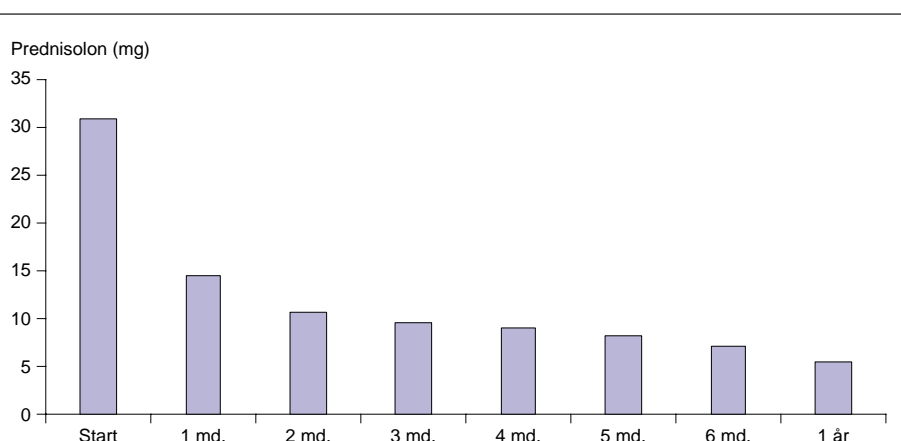
Oppfølging

De 44 pasientene med polymyalgia rheumatica hadde konsultasjoner i gjennomsnittlig 7,3 år (variasjon 0,3–14,3 år) etter at de fikk diagnosen. To pasienter utviklet revmatoid artritt og seks kreftsykdom, tre apopleksi og en hjerteinfarkt. Det var ingen journalnota-

ter om nyopptaget diabetes mellitus eller gastrointestinal blødning i oppfølgingsperioden. Hos en pasient med revmatoid artritt kan prednisolonbehandlingen ha forsinket diagnosen.

Brudd

Det ble registrert 15 frakturer i observasjonsperioden etter polymyalgia rheumatica-diagnosen, men ett av disse var hos pasient med tidligere kjent osteoporose med kompresjonsfrakturer. Av de resterende 14 var det tre lårhalsbrudd, sju ryggbrudd (kompresjonsbrudd eller dekkplatesvikt) og fire armbrudd. Medianverdien for tiden fra polymyalgia rheumatica-diagnose til brudd var seks år. Pasientmaterialet på 44 ble delt i to grupper, en gruppe på 14 pasienter med fraktur i løpet av behandlingsperioden og uten kjent osteoporose på forhånd og en annen gruppe med de resterende 30 pasienter uten frakturer. Gruppen med brudd bestod av 13 kvinner (93%) og en mann, og gjennomsnittsalderen var 73,5 år (variasjon 63–83 år). Den andre gruppen bestod av 20 kvinner (67%) og ti menn, og gjennomsnittsalderen var 73 år (variasjon 57–97 år). Figur 3 viser



Figur 2 Gjennomsnittlig prednisolondose ved polymyalgia rheumatica hos 44 pasienter. Kun de som fortsatt bruker prednisolon på hvert tidspunkt er med

sammenlikning av gjennomsnittlig dosering av prednisolon for disse to gruppene. Forskjellene er statistisk signifikante kun ved tre måneder ($p < 0,02$). Median behandlingstid for gruppen med brudd var 28 måneder, mot 18 måneder for den andre.

Arteritis temporalis

Seks pasienter hadde arteritis temporalis som primær diagnose, og alle disse hadde positiv temporalisbiopsi. Ingen hadde typiske myalgisymptomer fra skuldre/overarmene. Tre hadde redusert allmenntilstand og uklart sykdomsbilde, noe som førte til innleggelse i medisinsk avdeling for utredning. Tre hadde betydelig hodepine og ømme tinningarterier, som gav mistanke om arteritis temporalis. En av disse ble innlagt, de to andre henvist til øyelege og til kirurg for temporalisbiopsi, og deretter behandlet i allmennpraksis. Hos en pasient ble diagnosen endret fra polymyalgia rheumatica til arteritis temporalis.

Seks av sju pasienter med diagnosen arteritis temporalis var kvinner (86%), gjennomsnittsalder 76 år (variasjon 65–87 år). Gjennomsnittlig startdose med prednisolon var 46 mg (variasjon 30–80 mg) og gjennomsnittlig behandlingsvarighet åtte år (variasjon 3,5–12 år). Det ble ikke registrert synstap hos noen.

Diskusjon

En retrospektiv journalgjennomgang som dette har mange svakheter. Den største er mangelfulle journalopptegetninger fordi de aldri var beregnet på forskning. Det er store variasjoner i hvordan man beskriver symptomer og funn, særlig er det ufullstendig registrering av negative funn. Innføring av elektroniske journaler fra midten av 1980-årene har imidlertid bedret oversiktligheten og lesbarheten betraktelig og gitt gode muligheter for søk og utvelgelse. En studie som denne ville vært helt utenkelig å gjennomføre i manuelle journaler.

Det kan hevdes at Birds diagnosekriterier skulle vært brukt som grunnlag for utvelgelse i studien, noe som ville vært naturlig i en prospektiv studie. Bird-kriteriene brukt retrospektivt, som i denne studien, ville bare gitt et øyeblikksbilde ved diagnosetidspunktet, uten mulighet for evaluering senere. Det viste seg også at fire pasienter som tilfredsstilte Bird-kriteriene ved diagnosetidspunktet, neppe hadde polymyalgia rheumatica. Data for Bird-kriteriene manglet i 39% av registreringene. Det er da et akseptabelt samsvar når 79% av alle pasientene likevel fylte kriteriene og i tillegg ytterligere 11% hadde startsymptomer kun fra underekstremiteter eller unilateralt, som ikke omfattes av kriteriene.

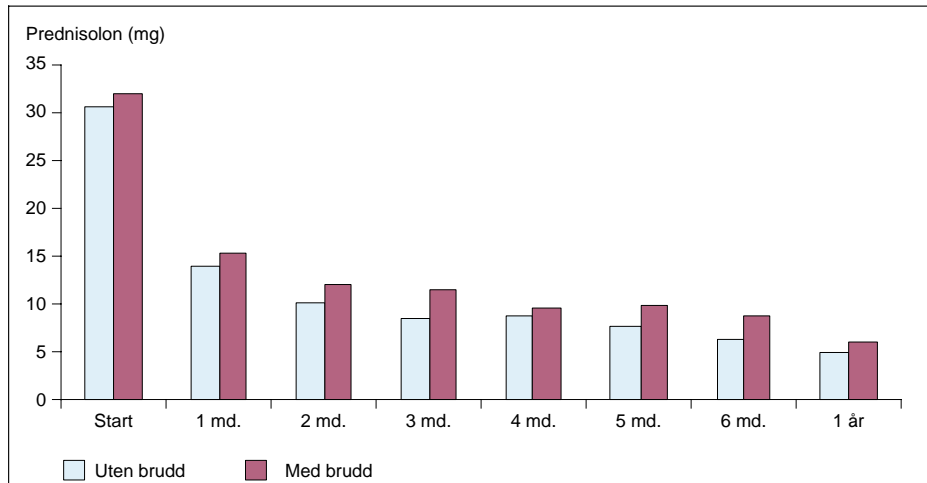
Utvelgelsen av «bekreftet polymyalgia rheumatica» er basert på behandlende leges egen vurdering etter ett år fra diagnosetidspunkt. Metoden kan kritiseres med at man lett kan bli hengende ved en diagnose selv om den var feil i utgangspunktet. Her har

imidlertid legen hatt hyppig kontakt med pasienten gjennom dette året, med stadige vurderinger av symptomer og prednisolondosering. Det er derfor sannsynlig at de aller fleste feildiagnoser vil ha kommet for en dag ved dette tidspunkt, med unntak av eventuell underdiagnostisering av arteritis temporalis. Dette illustrerer en vanlig arbeidsmetode i allmennpraksis: Over tid vil man gjennom samtidig observasjon, supplerende undersøkelser og behandling justere en tentativ diagnose som er satt tidlig i sykdomsforløpet, ofte med uklart symptombylde.

Å bruke god effekt av prednisolonbehandling som diagnosebekreftelse er upålitelig. Det stemte riktignok i de fleste tilfellene, men det var også symptomdempende effekt av prednisolon hos pasienter med cancer recti og fibromyalgi. Manglende effekt av behandling er imidlertid en sterk indikasjon på at diagnosen ikke er polymyalgia rheumatica.

Studien avdekket noen falskt positive polymyalgia rheumatica-diagnoser. To tilfeller av kreft debuterte med polymyalgia rheumatica-liknende bilde, hvorav det ene var uavklart i omtrent ett år. I tillegg var det fire pasienter som synes å ha fått prednisolon på et svakt grunnlag. Hos to av disse ble behandlingen raskt seponert, de andre to fikk behandling i henholdsvis fem og åtte måneder. Det er mulig at diagnosen revmatoid artritt ble forsinket i ett tilfelle, til tross for flere utredninger i sykehus. Ved diagnosetidspunktet gav supplerende undersøkelser med blodprøver og andre prosedyrer (røntgen, ultralyd) relativt lite tilleggsopplysninger av betydning, kanskje med unntak av røntgen skjelett.

Tiden fra symptomstart til behandlingsstart var gjennomsnittlig 6,5 uker. Dette er mindre enn i andre studier (2), og kan være en følge av at diagnostisering foregikk i allmennpraksis, uten ventetid for henvisninger. Det er neppe ønskelig å redusere tiden ytterligere, da en viss observasjonstid er nødvendig for å kunne stille en rimelig sikker diagnose. Spørsmålet om underdiagnostisering er vanskelig å besvare. Det er mulig at enkelte pasienter med polymyalgia rheumatica med normal senkningsreaksjon ikke er blitt oppdaget. Gruppen med bekreftet polymyalgia rheumatica har en alders- og kjønnsfordeling som stemmer godt overens med det som finnes i andre studier. Beregning av årlig insidens er usikker, da man ikke har sikre opplysninger om hva som er legegryppens pasientgrunnlag, men det ser ut til at insidensen er omtrent som anført av andre (1, 6). Insidensen av arteritis temporalis er lavere enn i andre studier. Siden temporalisbiopsi ble utført i svært få tilfeller av polymyalgia rheumatica, kan det foreligge en viss underdiagnostisering av arteritis temporalis med polymyalgi-liknende bilde. På den annen side viste Myklebust & Gran at kun 4,4% av en tilsvarende gruppe hadde positiv temporalisbiopsi (2).



Figur 3 Gjennomsnittlig prednisolondose ved polymyalgia rheumatica hos pasienter med brudd etter behandlingstart ($n = 14$) og pasienter uten brudd ($n = 30$). Kun de som fortsatt bruker prednisolon på hvert tidspunkt er med

Startdosen av prednisolon i perioden 1985–94 lå høyere enn dagens anbefalinger, men den videre dosering fulgte lavest mulige dose som gav symptomlindring.

Nødvendig behandlingstid med prednisolon er oppgitt svært forskjellig. En seponeringsfrekvens på 55% etter to år stemmer godt overens med enkelte studier (10), men er uttrykk for kortere behandlingstid enn i andre studier (3). En mulig forklaring på noe kortere behandlingstid kan være at pasienter behandlet i allmennpraksis har et mildere sykdomsforløp enn sykehuspopulasjoner. Det kan også hevdes at dette kan skyldes overdiagnostisering, men i denne studien er feildiagnoser og usikre diagnoser forsøkt luket ut før inklusjon i behandlingsdelen. Man kan også tenke seg at tett oppfølging gjør det enklere å motivere pasienter til å tåle moderate myalgiplager ved noe tidligere seponering av prednisolon.

Det er enighet om at prednisolonbehandling øker risikoen for osteoporose og frakturer. Beintetthetsmålinger har imidlertid gitt motstridende resultater (7, 8). I dette materialet fikk pasientgruppen med frakturer i behandlingsperioden samme startdose med prednisolon som resten, men det var en tendens til noe høyere doser det første året og lengre behandlingstid. Totalmengden prednisolon syntes således å være større i bruddgruppen. Dette må imidlertid tolkes med varsomhet. Tallene er små, og det er mange usikkerhetsmomenter, for eksempel manglende opplysninger om frakturer behandlet andre steder. Man kan sannsynligvis forsøke å presse vedlikeholdsdosen ytterligere noe ned og gjøre hyppigere seponeringsforsøk under tett oppfølging, men det vil lett gå på bekostning av akseptabel symptomlindring for pasienten.

Pasientmaterialet med arteritis temporalis er lite og gir få muligheter for konklusjoner. Startdosen av prednisolon var høyere og be-

handlingstiden lengre enn for polymyalgia rheumatica.

Jeg takker professor Christian Borchgrevink for god veiledning i arbeidet med studien og artikkelen, og en kollegagruppe med forskningsinteresserte allmennpraktikere i Aust-Agder for nyttig assistanse.

Litteratur

- Hunskår S, red. Allmennmedisin. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1997: 299–300.
- Myklebust G, Gran JT. A prospective study of 287 patients with polymyalgia rheumatica and temporal arteritis: clinical and laboratory manifestations at onset of disease and at the time of diagnosis. *Br J Rheumatol* 1996; 35: 1161–8.
- Gran JT. Polymyalgia revmatika – arteritis temporalis. I: Glennås A, red. Metodebok for revmatologisk praksis. Oslo: Den norske lægeforening, 1997: 73–5.
- Haga H-J, Johnsen V, Østensen M, Mikkelsen K, Gulseth HC, Kvien TK et al. Myalgi og høy senkning hos voksne. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 3405–8.
- Naschitz JE, Rosner I, Rozenbaum M, Zuckerman E, Yeshurum D. Rheumatic syndromes: clues to occult neoplasia. *Semin Arthritis Rheum* 1999; 29: 43–55.
- Haga H-J, Magnus J. Polymyalgia rheumatica og arteritis temporalis. Nyere synspunkter på diagnostikk, behandling, prognoser og risiko for cancer. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1994; 114: 2716–8.
- Pearce G, Ryan PF, Delmas PD, Tabensky DA, Seeman E. The deleterious effects of low-dose corticosteroids on bone density in patients with polymyalgia rheumatica. *Br J Rheumatol* 1998; 37: 292–9.
- Haugeberg G, Myklebust G, Dovland H, Mikkelsen B, Gran JT. No permanent reduction in bone mineral density during treatment of polymyalgia rheumatica and temporal arteritis using low dose corticosteroids. *Scand J Rheumatol* 2000; 29: 163–9.
- Gran JT. Polymyalgia rheumatica – en diagnose til besvær? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 3374.
- Lundberg I, Hedfors E. Restricted dose and duration of corticosteroid treatment in patients with polymyalgia rheumatica and temporal arteritis. *J Rheumatol* 1990; 17: 1340–5.