

Behandling og diagnostikk av polymyalgia rheumatica og arteritis temporalis

Sammendrag

Bakgrunn. Studier har vist at lave startdoser av perorale kortikosteroider (15 mg eller lavere av prednisolon) gir like god effekt og færre bivirkninger enn de tidligere anbefalte høye dosene. Det er ikke kjent om disse undersøkelsene har resultert i bruk av lavere startdoser.

Materiale og metoder. I regi av en pasientforening sendte man et spørreskjema til medlemmer av Norsk Revmatiker Forbund som hadde diagnosene polymyalgia rheumatica og arteritis temporalis.

Resultater. Den gjennomsnittlige startdose av prednisolon hos 62 pasienter med polymyalgia rheumatica var 35 mg. 51 pasienter (82 %) ble gitt en startdose over 15 mg daglig.

Fortolkning. De siste års anbefalinger om en lav startdose av perorale kortikosteroider ved polymyalgia rheumatica er ikke blitt fulgt av behandlende leger.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Interessekonflikter: Ingen

Jan Tore Gran

jan.tore.gran@rikshospitalet.no
Rheumatologisk avdeling
Rikshospitalet
0027 Oslo

Behandlingsopplegget ved polymyalgia rheumatica og arteritis temporalis har endret seg de senere år. Tidligere ble det benyttet en høy startdose av perorale kortikosteroider (1), ofte i størrelsesorden 40–60 mg prednisolon (Prednisolon) ved polymyalgia rheumatica og 40–80 mg ved arteritis temporalis. Senere års studier har imidlertid vist at bruk av lavere startdoser er like effektivt som bruken av høye startdoser (2–4), og gir færre bivirkninger (2, 3). Om disse resultatene har ført til endret behandlingsopplegg hos alle leger som behandler slike sykdommer, er imidlertid usikkert.

Materiale og metoder

Diagnosegruppen polymyalgia rheumatica og arteritis temporalis er en undergruppe av Norsk Revmatiker Forbund. Høsten 2001 sendte gruppen ut et spørreskjema til alle medlemmer med disse to diagnosene.

Spørreskjemaet omfattet blant annet kosthold, bruk av alternativ medisin, hyppighet av infeksjoner før sykdomsstart og forekomst av sykdommer i nær familie. I tillegg registrerte man diagnose, alder, kjønn, alder ved sykdomsstart, startdose av perorale kortikosteroider, nåværende vedlikeholdsdose, og hvilke leger som hadde stilt diagnosen. Sykdomskomplikasjoner som synsforstyrrelse og aortaaneurisme ble ikke registrert.

Det ble ikke gjort forsøkt på å kvalitets sikre dataene, og de ble ikke sammenliknet med opplysninger i pasientens legejournal. Et utvalg av de innsamlede data ble gjort tilgjengelig for forfatteren og bearbeidet for publikasjon.

Resultater

I alt 104 spørreskjemaer ble sendt ut. 75 pasienter (72 %) returnerte skjemaene, 66 kvinner og ni menn. Arteritis temporalis var diagnosen hos to, 66 hadde polymyalgia rheumatica, og sju pasienter oppgav begge diagnoser.

Ved polymyalgia rheumatica var gjennomsnittsalderen ved sykdomsstart 60,7 år (45–76 år). Gjennomsnittlig debutalder hos ni pasienter med arteritis temporalis var 62 år (43–70 år).

Gjennomsnittlig startdose av Prednisolon ved polymyalgia rheumatica var 35 mg daglig. 51 av 62 pasienter (82 %) hadde en startdose som var høyere enn 15 mg daglig. Pasienter med sykdomsstart etter 1994 hadde en gjennomsnittlig startdose på 36 mg daglig, og 42 av 52 pasienter (81 %) startet med høyere dose enn 15 mg daglig. Ved arteritis temporalis hadde fire av ni pasienter en startdose på 60 mg eller mer.

Diagnosen polymyalgia rheumatica ble stilt av allmennpraktiserende leger hos 26 av 66 pasienter (39 %), mens 40 pasienter (61 %) fikk stilt diagnosen hos leger i annenlinjetjenesten. Ved arteritis temporalis fikk åtte av ni pasienter (89 %) diagnosen ved konsultasjon hos spesialist.

Diskusjon

En slik spørreskjemaundersøkelse har flere svakheter. Diagnosene ble ikke kvalitetssikret ved bruk av diagnostiske kriterier (5), og opplysningene som ble gitt på spørreskje-

maet ble ikke sammenliknet med dem nedtegnet i legejournal. Man vet heller ikke om disse pasientene er representative for hele sykdomsgruppen. At flere pasienter hadde debutalder før fylte 50 år, kan tyde på overdiagnostisering (5). Imidlertid var enkelte resultater så entydige at noen konklusjoner kan trekkes.

Startdosen av Prednisolon som i dag anbefales ved polymyalgia rheumatica er 15 mg daglig (1). At over 80 % av pasienter diagnostisert de siste åtte årene blir gitt en høyere startdose, gir grunn til bekymring. Dette kan tyde på at til tross for nyere kunnskap opprettholdes den gamle tradisjon med høye startdoser. Dette er uheldig, da studier har vist at frekvensen av bivirkninger reduseres ved bruk av lavere startdoser (2, 3).

Det har vært diskutert om pasienter med polymyalgia rheumatica burde diagnostiseres og behandles av allmennpraktiserende leger og ikke henvises til annenlinjetjenesten (6). Den aktuelle undersøkelsen tyder imidlertid på at over 60 % av slike pasienter nå henvises videre til annenlinjetjenesten. Dette virker ikke urimelig, da tilstanden kan by på vanskelige differensialdiagnostiske overveielser (6). Undersøkelsen viste også at nesten alle pasienter med arteritis temporalis henvises videre.

Spørreskjemaundersøkelsen viste at de endringer av behandlingsopplegget som er blitt foreslått de siste årene ikke er tatt i bruk av alle leger som behandler disse pasientene. Å sikre at pasienter med polymyalgia rheumatica og arteritis temporalis blir behandlet på best mulig måte vil kreve et tettere samarbeid mellom første- og annenlinjetjenesten enn det som i dag praktiseres.

Litteratur

1. Gran JT. Current treatment of polymyalgia rheumatica. *Scand J Rheumatol* 1999; 28: 269–72.
2. Behn AR, Perera T, Myles AB. Polymyalgia rheumatica and corticosteroids – how much for how long? *Ann Rheum Dis* 1983; 42: 374–8.
3. Kyle V, Hazleman BL. Treatment of polymyalgia rheumatica and giant cell arteritis. I. Steroid regimens in the first two months. *Ann Rheum Dis* 1989; 48: 658–61.
4. Myklebust G, Gran JT. Prednisolone maintenance dose in relation to starting dose in the treatment of polymyalgia rheumatica and temporal arteritis. *Scand J Rheumatol* 2001; 30: 260–7.
5. 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: 161–8.
6. Gran JT. Polymyalgia rheumatica – en diagnose til besvær? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 3374.