

Bruk av ultralydundersøkelse ved mistanke om arteritis temporalis kan øke treffsikkerheten ved biopsi, og slike undersøkelser kan i fremtiden føre til at færre pasienter må biopseseres

Ultralyd og biopsi ved arteritis temporalis

Arteritis temporalis kjennetegnes histologisk ved transmural inflammasjon, kjempeceller, og ikke sjelden trombedannning. Også andre mellomstore arterier enn a. temporalis kan angripes. Hos omkring 15–20 % av pasientene kompliseres sykdommen av synsforstyrrelse, og 2–10 % får permanent synstap. Noen få pasienter utvikler dissikerende aortaaneurisme, en tilstand med meget høy letalitet. På grunn av risikoen for slike alvorlige følgetilstander bør diagnosen arteritis temporalis stilles raskt, slik at behandling med kortikosteroider kan startes umiddelbart. Sykdommens alvorlighet tilsier at sensitiviteten til det diagnostiske grunnlaget er høy for at ingen pasienter med tilstanden skal overses. På den annen side utløser faren for kortikosteroidutløste bivirkninger krav om en høy spesifisitet av de diagnostiske kriterier, slik at behandlingen ikke startes på feil diagnose. I dette nummer av Tidsskriftet omtaler Edenberg og medarbeidere ultralydundersøkelse (ultrasonografi) av a. temporalis som et nytt hjelpemiddel i diagnostikken av arteritis temporalis (1).

De internasjonalt aksepterte klassifikasjoner utarbeidet av American College of Rheumatology (ACR) krever tre av følgende kriterier for diagnosen arteritis temporalis: alder 50 år eller mer, nyoppstått hodepine, arteriebiopsi som viser transmural inflammasjon, lokal ømhet eller pulsreduksjon av hodearterie samt forhøyet senkningsreaksjon og/eller forhøyet CRP (2). Selv om disse kriteriene ikke krever histologisk verifikasjon av diagnosen arteritis temporalis (2), har diagnostikk ved hjelp av arteriebiopsi en sentral plass i daglig klinisk medisin. Biopsitaking er imidlertid ikke sjelden forbundet med komplikasjoner og ubehag for pasienten. De patologiske forandringer er dessuten segmentalt distribuert, noe som gir risiko for falskt negative resultater. Videre krever biopsi deltakelse av både patolog og kirurg, slik at tiden frem til endelig diagnose kan bli u hensiktsmessig lang. Derfor kan undersøkelse ved hjelp av ultralyd gi en raskere diagnose.

Studier fra andre land har vist at bare 4–17 % av biopsier ved mistanke om arteritis temporalis resulterer i at denne diagnosen blir stilt (3, 4). Forholdene synes å være de samme i Norge. Ifølge Edenberg og medarbeidere ble det i Lillehammer i perioden 1999–2003 utført 138 biopsier av a. temporalis. Av disse hadde 101 pasienter (73 %) annen årsak til sine plager enn arteritis temporalis. Et slikt tilsynelatende overforbruk av biopsitaking kan ha flere årsaker. Frykten for å overse arteritis temporalis hos pasienter med generelle symptomer gjør seg nok ofte gjeldende, men biopsitaking bør her være et av de siste leddene i en medisinsk utredning. Videre har enkelte leger fremdeles for vane rutinemessig å rekvirere biopsi av a. temporalis hos pasienter med ukomplisert polymyalgia rheumatica, noe som ikke er å anbefale. Av hensyn til pasientene og ressursbruken av tjenester innen patologi og kirurgi bør antallet unødvendige biopsier reduseres betydelig. Bruk av ultralyd kan bedre utvelgelsen av pasienter som bør henvises til biopsi.

Ifølge senere års studier er en såkalt halo av a. temporalis ved ultrasonografi et relativt spesifikt tegn på arteritis temporalis, men sensitiviteten er bare omkring 40 % (5). Dessuten vil ikke inflammasjonen i adventitia produsere det ødemet som forårsaker halo-effekten når sykdommen befinner seg i tidlig fase (6). Negative funn i denne fase utelukker derfor ikke arteritis temporalis. Det er også uklart i hvilken grad ultrasonografi evner å skille mellom vas-

kulittiske prosesser og aldersrelaterte degenerative forandringer hos de aller eldste pasientene. Da det er et økende press på radiologiske tjenester, er det ikke gitt at ventetiden for ultrasonografi med tiden blir kortere enn den er i dag for kirurgisk biopsitaking.

Ultrasonografi som metode har mange fordeler fremfor kirurgisk biopsi. Metoden er ikke invasiv, og den er komplikasjonsfri og uten plager for pasienten. Kompetansen blant radiologer og revmatologer varierer imidlertid betydelig. En bedre utdanning i bruk av ultrasonografi, blant annet i etterutdanningen av allmennleger og revmatologer, vil kunne innebære at diagnostisering av arteritis temporalis fullt ut kan gjennomføres av klinikere alene istedenfor under medvirkning av radiologer og patologer. Dette vil være ressursbesparende og gi muligheter for raskere diagnostisering.

I det øyeblikk ultrasonografi helt ut erstatter histologisk diagnostikk, mister vi den forskningsmessige potensielle nytte av oppbevarte patologiske snitt. Det er vanskelig å se for seg hvordan arki-verte svart-hvitt-bilder av en inflammert a. temporalis skulle kunne anvendes i fremtidig forskning. Tap av verdifullt forskningsmateriale kan være en dyr pris å betale for å oppnå økt effektivitet av helsetjenester.

Som foreslått av Edenberg og medarbeidere (1) bør ultrasonografi av a. temporalis i økende grad benyttes til å lokalisere områder hvor sannsynligheten for sykelige prosesser er stor, slik at den diagnostiske treffsikkerhet ved biopsi av a. temporalis kan bedres. Kanskje kan metodens sensitivitet med tiden optimaliseres slik at færre pasienter må biopseseres.

Jan Tore Gran

jan.tore.gran@rikshospitalet.no

Jan Tore Gran (f. 1949) er spesialist i revmatiske sykdommer og dr.med. Han arbeider som avdelingssjef ved Revmatologisk avdeling, Rikshospitalet og professor ved Universitetet i Oslo og har i flere år vært engasjert i forskning på polymyalgia rheumatica og arteritis temporalis.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Edenberg J, Kvambe K, Sandstad E et al. Ultralydundersøkelse av tinningarterier ved mistanke om arteritis temporalis. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 1806–8.
2. Hunder GG, Bloch DA, Michel BA. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of giant cell arteritis. Arthritis Rheum 1990; 33: 1122–8.
3. Schmidt WA, Gromnica-Ihle E. Incidence of temporal arteritis in patients with polymyalgia rheumatica: a prospective study using colour Doppler ultrasonography of the temporal arteries. Rheumatology 2002; 41: 46–52.
4. Baldursson O, Steinsson K, Björnsson J et al. Giant cell arteritis in Iceland. Arthritis Rheum 1994; 37: 1007–12.
5. Salvarani C, Siliingardi M, Ghirarduzzi A. Is duplex ultrasonography useful for the diagnosis of giant cell arteritis? Ann Intern Med 2002; 137: 232–8.
6. Schmidt D, Hetzel A, Reinhardt M. Comparison between color duplex ultrasonography and histology of the temporal artery in cranial arteritis (giant cell arteritis). Eur J Med Res 2003; 8: 1–7.