

## Litteratur

1. 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.
2. Magrey M, Khan MA. New insights into synovitis, acne, pustulosis, hyperostosis, and osteitis (SAPHO) syndrome. *Curr Rheumatol Rep* 2009; 11: 329–33.
3. Lahmer T, Treiber M, von Werder A et al. Relapsing polycondritis: An autoimmune disease with many faces. *Autoimmun Rev* 2010; 9: 540–6.
4. Kent PD, Michet CJ Jr, Luthra HS. Relapsing polycondritis. *Curr Opin Rheumatol* 2004; 16: 56–61.
5. McAdam LP, O'Hanlan MA, Bluestone R et al. Relapsing polycondritis: prospective study of 23 patients and a review of the literature. *Medicine (Baltimore)* 1976; 55: 193–215.
6. Balsa A, Expinosa A, Cuesta M et al. Joint symptoms in relapsing polycondritis. *Clin Exp Rheumatol* 1995; 13: 425–30.
7. Rafeq S, Trentham D, Ernst A. Pulmonary manifestations of relapsing polycondritis. *Clin Chest Med* 2010; 31: 513–8.
8. Ernst A, Rafeq S, Boiselle P et al. Relapsing polycondritis and airway involvement. *Chest* 2009; 135: 1024–30.
9. Leroux G, Costedoat-Chalumeau N, Brihaye B et al. Treatment of relapsing polycondritis with rituximab: a retrospective study of nine patients. *Arthritis Rheum* 2009; 61: 577–82.
10. Lahmer T, Knopf A, Treiber M et al. Treatment of relapsing polycondritis with the TNF-alpha antagonist adalimumab. *Clin Rheumatol* 2010; 29: 1331–4.

Mottatt 18.7. 2011, første revisjon innsendt 31.10. 2011, godkjent 3.11. 2011. Medisinsk redaktør Erlend T. Aasheim.

## Kommentar

## Det vanlige er vanligst, men det sjeldne forekommer

Hvorfor kommenterer en lungelege denne kasuistikken? Kanskje fordi pasienten like gjerne kunne vært innlagt i en lungeavdeling? Ifølge overskriften var pasientens hovedsymptomer heshet, puste vansker og brystmerter. Alt ut ifra hva som var mest dominerende, kunne han havnet på en øre-nese-hals-avdeling, en lungeavdeling eller en kardiologisk avdeling. Dette illustrerer et poeng ved denne sykdommen: mange organer kan være affisert. Hvilket organ som affiseres først (eller verst), vil gjerne avgjøre hvilken spesialitet pasienten kommer i kontakt med. Denne pasienten hadde, i tillegg til manifestasjoner fra luftveier og thoraxskjelle, generelle symptomer med redusert allmenntilstand og muskelsmerter. Det ble også målt høye inflammasjonsmarkører i blod. Etter å ha vært innom både øre-nese-hals-lege og lungepoliklinikk ble han etter hvert innlagt i revmatologisk avdeling.

Pasienten hadde tegn på systemsykdom og multiple organmanifestasjoner. Dette gjorde at han etter hvert fikk riktig diagnose. Med klassisk affeksjon av nesebrusk og/eller ytre øre ville han kanskje fått diagnosen raskere. For selv om polykondritt er en sjelden tilstand, ringer det forhåpentligvis en bjelle hos øre-nese-hals-leger hvis en slik pasient dukker opp. Pasienter med mer uspesifikke symptomer vil derimot lett bli feildiagnostisert. Polykondritt i sentrale luftveier gir symptomer som hoste, stridor og dyspné. Slike symptomer har mange årsaker, og det er naturlig å tenke på de vanligste først. Astma og kronisk obstruktiv lunge sykdom (kols) er vanlige sykdommer som gir hoste og dyspné. Det er derfor forståelig at pasienter med polykondritt i luftveiene kan bli diagnostisert med astma eller kols (1). Det som imidlertid er en kunstfeil, er å slå seg til ro med en slik diagnose hvis sykdommen ikke oppfører seg som forventet.

Pasienten hadde «mangeårig lettgradig

astma». Det *kan* han ha hatt; astma er en vanlig sykdom. På den annen side kan hans «astma» ha illudert tidlige symptomer på polykondritt. Initialt kan både symptomer og spirometri ha vært til forveksling like, og begge sykdommene kjennetegnes ved svingende forløp. I løpet av den lange utredningstiden burde en årvåken kliniker ha fått mistanke om at dette ikke (lenger) dreide seg om astma. Pasienten utviklet stridor. Stridor er *ikke* et tegn på astma, men indikerer sentral luftveisobstruksjon. En voksen pasient med stridor skal bronkoskoperes raskt (2) – ikke som i dette tilfellet der to CT-undersøkelser ble utført før bronkoskopi. Manglende effekt av både inhalasjonspreparater og prednisolon stemmer heller ikke med astma. En nærmere granskning av spirometrikurven kunne kanskje avslørt at det *ikke* dreide seg om astma.

Det finnes ingen standardisert terapeutisk protokoll for residiverende polykondritt. All behandling er empirisk, basert på kasuistiske rapporter. Kontrollerte kliniske studier mangler, fordi sykdommen er sjelden og antallet pasienter få. Antiinflammatoriske medikamenter benyttes, med glukokortikoider som førstevalg. Ved manglende respons forsøkes cyklofosfamid, azatioprin eller metotreksat. De nye selektivt immunmodulerende legemidlene er et alternativ. I en systematisk oversikt om bruk av slike medikamenter hos pasienter med residiverende polykondritt konkluderte man med at behandlingen hadde effekt hos omtrent halvparten (3).

Alvorlig affeksjon av larynx og/eller sentrale luftveier er en livstruende tilstand som krever endoskopisk intervensjon (4) Dette innebærer ofte samarbeid mellom lungelege og øre-nese-hals-lege. Laserreseksjon, ballongdilatasjon, legging av stent eller trakeotomi er metoder for å hindre progredierende stenosing og kvelningsdød (5).

Hva kan vi lære av kasuistikken? Med en årlig incidens på 3–4 pasienter per en million innbyggere vil et fåtall komme borti en slik pasient. Det viktigste budskapet er derfor påminnelsen om klinisk årvåkenhet. Vel er de vanligste sykdommene vanligst, men de sjeldne *kan* forekomme. Og når en vanlig sykdom ikke lenger oppfører seg som forventet, bør alarmklokkene ringe.

## May-Brit Lund

may.brit.lund@oslo-universitetssykehus.no  
Lungeavdelingen  
Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet

May-Brit Lund (f. 1949) er dr.med. og spesialist i indremedisin og i lungesykdommer. Hun er overlege ved Lungeavdelingen, Oslo universitetssykehus, Rikshospitalet.

Ingen oppgitte interessekonflikter.

## Litteratur

1. Maimon N, Marras T, Hwang D et al. A 46-year-old female with dyspnoea, stridor and chronic cough. *Eur Respir J* 2006; 28: 666–9.
2. Ernst A, Feller-Kopman D, Becker HD et al. Central airway obstruction. *Am J Respir Crit Care Med* 2004; 169: 1278–97.
3. Kemta LF, Kraus VB, Chevalier X. Biologics in relapsing polycondritis: a literature review. *Semin Arthritis Rheum* 2011; e-publisert 7.11.2011.
4. Lai CC, Chang YS, Hsiao KH et al. Relapsing polycondritis-associated refractory airway stenosis. *J Rheumatol* 2011; 38: 2488–9.
5. Faul JL, Kee ST, Rizk NW. Endobronchial stenting for severe airway obstruction in relapsing polycondritis. *Chest* 1999; 116: 825–7.

Mottatt 30.11. 2011, første revisjon innsendt 7.12. 2011, godkjent 8.12. 2011. Medisinsk redaktør Merete Holtermann.