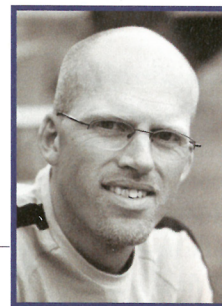


I denne spalten ønsker vi å trykke kasuistikker som har gjort spesielt inntrykk og som bidragsyterne har opplevd som spesielt lærerike. For har vi selv lært noe i slike situasjoner, vil det som oftest også være av interesse for andre. Og vi vil gjerne ha en kommentar til slutt om hvilke tanker du har gjort deg rundt denne opplevelsen. Bidrag sendes Ivar Skeie (red.) ivskeie@online.no. Kast dere frampå, folkens!

Lærerike
kasuistikker

Polymyalgia rheumatica: Når behandlingen ikke virker

Kasuistikk ved fastlege ved Landås legepraksis i Bergen,
Gunhild Felde. Kommentarer ved kst. overlege ved
Revmatologisk avdeling, Haukeland Universitetssykehus,
Karstein Haldorsen. Hans kommentarer står i kursiv.



Karstein Haldorsen, cand.med. UiB 1995
Kst. overlege, Revmatologisk av. HUS

Pasienten er en 83 år gammel kvinne. Bor alene og klarer seg stort sett selv. Tidligere har hun vært innlagt på medisinsk avdeling og hun bruker ACE-hemmer og furosemid mot en antatt hjertesvikt, mulig på hypertensivt grunnlag. Hun har tidligere også hatt mye dyspepsiplager og det har ved gastroskopi vært påvist øsofagitt.

Jeg traff henne første gang i oktober 2001. Da hadde hun fem måneder tidligere fått diagnosen polymyalgia rheumatica (PMR) under innleggelse på medisinsk avdeling. Ved innleggelsen hadde hun smerter i kroppen, spesielt i hoftene og skuldrene, nedsatt allmenntilstand og høy senkning. Hun ble bredt utredet før hun fikk diagnosen PMR. Hun startet med 20 mg prednisolon daglig, og hadde hatt god effekt av dette. Da hun kom til meg var hun nede på en vedlikeholdsdose på fem mg daglig. Utover høsten opplevde hun økende smerter og stivhet, særlig om morgenen. Senkningen økte etter en tid til 72 mm/t og vi økte prednisolondosen til 20 mg daglig i desember 2001. Senkningen sank da fort til 25 mm/t.

Hovedsymptomer ved PMR er smerter og stivhet i nakke, skulder og hofte-region. PMR er en eksklusjonsdiagnose. Tilstanden forekommer så å si ikke under 50 års alder. Senkningen er normal hos en til to prosent av pasientene. Polymyalgia rheumatica er beslektet med arteritis temporalis (AT) og flere symptomer er felles. Etiologien er ukjent, men når det gjelder patogenesen er

det en teori om at synovitt dominerer ved PMR og arteritt ved AT. Ulige studier anfører 20–40 prosent forekomst av AT hos pasienter med PMR. Ved PMR er det viktig å spørre om symptomer på AT, og ved klinisk mistanke om AT er det indikasjon for innleggelse og temporalisbiopsi. Foreslåtte diagnosekriterier for PMR er (fem av seks skal være oppfylt):

1. Alder 50 år eller eldre
2. Bilateral stivhet/smerter i minst to av: Nakke, skulderbue, bekkenområde.
3. Allmenn symptomer som feber, vekttap, nattesvette
4. Morgenstivhet minst en time
5. SR og/eller CRP over normalnivå
6. Andre diagnoser utelukket

Den aktuelle pasienten ser ut til å oppfylle fire eller fem av disse, og hun ble utredet med tanke på annen sykdom. Viktige differensialdiagnoser ved høy senkning og smerter/stivhet er leddgikt, polymyositt/dermatomyositt, Sjögrens syndrom, leukemi o.a. malignitet, sarkoidose. Steroidbehandling kan maskere symptomene på noen av disse tilstandene. Det bør foruten klinisk undersøkelse tas hematologiske prøver, CK, FT4, TSH og rgt. thorax. Mange pasienter får også utført UL abdomen, Hemofec og urinprøve. Minst en av tre pasienter får klinisk artritt i forløpet, noen av disse allerede ved debut. Kne og håndledd er blant de vanligste lokalisasjonene for dette.

Pasienten ble innlagt på medisinsk avdeling januar 2002 med epigastriesmerter og tungpust. Det var mistanke om koronarsykdom, noe det ikke ble funnet holdepunkter for. Ved utreise stod hun fremdeles på 20 mg prednisolon.

Hun kom dessverre ikke til kontrolltime før to måneder senere. Da klaget hun over smerter og SR var steget til 45 mm/t. Jeg valgte å øke prednisolondosen til 40 mg daglig i to uker, deretter nedtrapping. Jeg forskrev også tilskudd av kalk og D-vitamin som frakturprofylakse.

Ved PMR er NSAIDs tilstrekkelig behandling hos 10–20 prosent. Ved lette symptomer kan man gjerne prøve ut om NSAIDs gir tilstrekkelig symptomlindring. Denne pasienten hadde reflukssykdom, men det er ingen kontraindikasjon for NSAIDs slik som ulcusykdom er det. Tidligere begynte man gjerne med 40–60 mg prednisolon daglig. I en norsk studie publisert i 2003 (1) var gjennomsnittlig startdose 35 mg daglig. Det er imidlertid vist i flere studier at 15 mg vanligvis er tilstrekkelig ved oppstart av behandling, og dette er nå anbefalt startdose. Denne pasientens prednisolondose ble altså først trappet ned til fem mg daglig. Vedlikeholdsdosen bør være lavest mulig og en tilstreber nedtrapping til 7,5 mg eller mindre innen fire til seks uker.

Behandlingen styres etter symptomer og ikke etter SR, men en SR som holder seg påfallende høy kan være grunn til ytterligere utredning. Man bør forsøke nedtrapping til seponering en gang årlig. De fleste trenger behandling i over to år, men så lenge som ti år er sjelden. Tilbakefall er rapportert hos ca 20 prosent.

Ved kontroll i april 2002 klaget pasienten over epigastriesmerter. Hun startet med protonpumphegger, som hun hadde brukt tidligere. Hun hadde nå fått tydelig måneansikt. Brukte 30 mg prednisolon daglig, og skulle trappe ned med fem mg ukentlig.

En måned senere tok hun kontakt på grunn av ryggsmertter. Hadde vanskelig for å gå oppreist, betydelig nedsatt funksjonsnivå og hadde vanskelig for å klare seg hjemme. Fikk tramadol og paracetamol tre ganger daglig. Røntgen av columna viste kompresjonsforandringer i de fire nederste thoracale virvler samt i L1 og L2. Hun måtte etter hvert innlegges på grunn av smerter og generelt dårlig allmentilstand. Sykehuset forskrev et bisfosfonat. Etter oppholdet tok hun 20 mg prednisolon daglig.

Når det gjelder bivirkninger av lavdosert prednisolon over lang tid er frakturer viktigst, og tilskudd av kalk og D-vitamin er obligatorisk. Tidligere lavenergibrudd er indikasjon for bisfosfonat i tillegg. Denne pasienten hadde nok hatt lavere risiko for brudd i ryggen dersom hun hadde fått kalk og D-vitamin fra behandlingen ble igangsatt på sykehuset.

Som frakturprofylakse ved lavdosert prednisolon i mer enn seks måneder anbefales følgende:

- *Alle skal ha kalsium 500–1000 mg og vitamin D 400–800 IU daglig.*
- *Helst også beinmassemåling, og ved T-verdier lavere enn –2 bør man legge til bisfosfonat, og gjenta beinmassemåling etter seks til tolv måneder. Noen anbefalinger anfører tillegg av bisfosfonat ved mildere beinmassereduksjon, det vil si allerede ved T-verdi under –1, samt årlig måling så lenge behandlingen pågår.*

I juli brukte hun 7,5 mg prednisolon. SR var nå 35 mm/t. Hun hadde fått epigastriesmerter etter oppstart med bisfosfonat, som ble skiftet ut med raloxifen. Utover høsten 2002 fikk hun igjen økende smerter, var ikke godt nok smertelindret på medikasjonen hun tok, og i tillegg hadde SR steget til over 70 mm/t. Derfor konfererte jeg med reumatolog. Han anbefalte opptrapping til 15 mg prednisolon daglig, og dosen ble planlagt redusert med 1,25 mg per måned. Tilstanden ble raskt bedre etter opptrapping, og SR sank.

Når prednisolondosen har kommet under 15 mg daglig kan for hurtig nedtrapping gi symptomer på binyrebarksvikt, blant annet i form av slapphet og uspesifikke smerter. Særlig ved steroidbruk i årevis kan det være nødvendig med så langsom nedtrapping som 1,25 mg hver fjerde til sjette uke.

Denne pasienten fikk diagnosen på sykehus, hun ble reinnlagt to ganger med mulige bivirkninger av behandlingen, og revmatolog ble altså kontaktet i forløpet. Den nevnte norske undersøkelsen (1) tyder på at over 60 prosent får stilt PMR-diagnosen i annenlinjetjenesten, og forfatteren mener dette ikke er urimelig pga. behovet for vurdering og utredning med tanke på annen sykdom.

Det var problemer både med prednisolondosering og bivirkninger hos denne pasienten. I en artikkel av flere norske revmatologer (2) anbefales henvisning av pasienter med PMR når følgende problemer oppstår:

- *Komplikasjoner av behandlingen.*
- *Artritt.*
- *Problemer med dosereduksjon til 5–7,5 mg prednisolon daglig.*
- *Pasienter med uklart sykdomsbilde.*

Litteratur

1. Gran JT. Behandling og diagnostikk av polymyalgia rheumatica og arteritis tempoalis. Tidsskr Nor Lægeforen 2003; 123: 3387.
2. Haga H-J, Johnsen V, Østensen M, Mikkelsen K, Gulseth HC, Kvien TK, Nordvåg B-Y: Myalgi og høy senkning hos voksne. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3405-8.

Ytterligere referanser kan fås ved henvendelse til redaksjonen.