

Polymyalgia rheumatica jako příčina chronických svalových bolestí

MUDr. Andrea Smržová¹, prof. MUDr. Pavel Horák, CSc.¹, MUDr. Martina Skácelová¹,
MUDr. Eva Buriánková², MUDr. Lenka Henzlová²

¹III. interní klinika – nefrologická, revmatologická a endokrinologická, FN a UP Olomouc

²Klinika nukleární medicíny FN a UP Olomouc

Polymyalgia rheumatica (PR) je zánětlivé revmatické onemocnění postihující starší populaci. Manifestuje se chronickými bolestmi pletenců ramenních a pánevních. Až ve třiceti procentech případů se pojí s obrovskobuněčnou arteriitidou, což je i případ popisované kazuistiky starší ženy s chronickými polyarthralgiemi a vysokými zánětlivými parametry. Poukazujeme na širokou diferenciální diagnostiku těchto onemocnění a výhody vyšetřovací metody PET/CT.

Klíčová slova: polymyalgia rheumatica, obrovskobuněčná vaskulitida, temporální arteriitis, FDG PET/CT.

Polymyalgia rheumatica as a cause of chronic polyarthralgias

Polymyalgia rheumatica (PR) is linked to giant-cell arteritis in up to thirty percent of cases, which is also the case of the present case report of an elderly woman with chronic polyarthralgias and high inflammatory markers. A broad differential diagnostic spectrum of these conditions and advantages of the PET/CT examination are highlighted.

Key words: polymyalgia rheumatica, giant-cell vasculitis, temporal arteritis, FDG PET/CT.

Interní Med. 2011; 13(12): 493–495

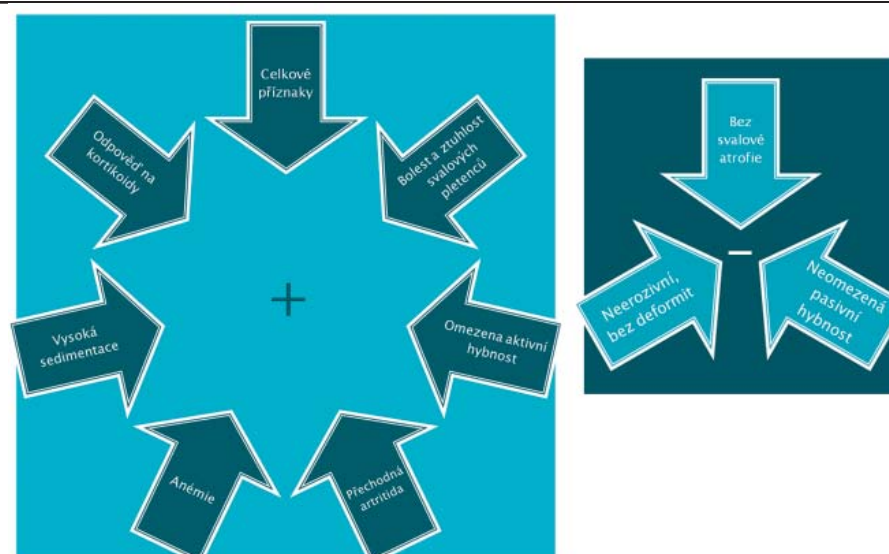
Popis případu

Autoři popisují případ ženy narozené v roce 1947. Do roku 2008 byla její osobní anamnéza poměrně chudá, prodělala cholecytektomii s lehkou pooperační biliární pankreatitidou a byla léčena pro postmenopauzální osteoporózu dosud bez patologických fraktur bisfosfonátem. Zmíněného roku 2008 měla pacientka autonehodu s poraněním hrudní a bederní páteře a následnou cementovou fixací obratle Th 11 a L5. Operace se obešla bez následků. Na podzim 2009 se objevily bolesti ramenních a také stehenních pletenců s akcentací při aktivním pohybu a výrazná svalová slabost. Na základě provedených vyšetření byla konstatována diskopatie C páteře s cervikobrachialním syndromem. Byla podána analgetická a fyzikální terapie, efekt této léčby byl však minimální. Potíže se stupňovaly, navštívila ambulantně několik pracovišť v České republice i v Rakousku, kde má stálé bydliště, ale přes opakovanou snahu se stav spíše postupně zhoršoval. Pacientka byla odeslána k hospitalizaci na naši kliniku, oddělení revmatologie v listopadu 2010. Jednalo se o nekuřačku s negativní rodinnou, alergologickou a epidemiologickou anamnézou užívající nesteroidní a opioidní analgetika. Osteoporóza byla léčena ibandronátem a substitucí vápníku a vitaminu D v adekvátních dávkách. Byla pracovně společensky velmi aktivní, podnikala

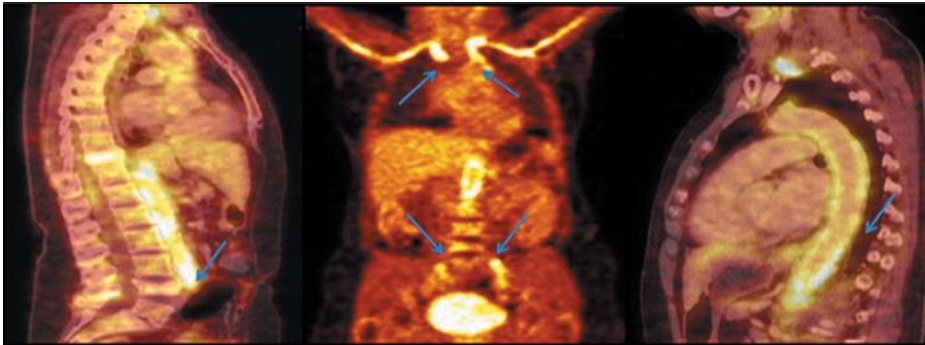
a často cestovala. Při vstupním klinickém vyšetření dominovaly bolesti a oslabení svalových pletenců, byly také patrné atrofie ramenních svalů. Aktivní pohyb vázl především při elevaci předních svalových skupin (nesvedla elevaci paže, dřep). Pasivní hybnost omezena nebyla. V laboratorních nálezech jsme verifikovali výraznou elevaci zánětlivých parametrů (FW až 95/hod., CRP 70,2 g/l), lehkou normocytární hypochromní anémii (116 g Hg, 26,9 pg), mírně zvýšené hodnoty a globulinů 1,2 a vedlejším nálezem byla porucha glukózo-

vé tolerance. V mezích normy se pohyboval komplexní mineralogram, jaterní testy, svalové enzymy, sérologické testy, hladiny TSH a FT4, imunologie a ani onkologický screening neobjasnil výše uvedené nálezy. Ze zobrazovacích metod jsme využili ultrasonografii břicha, EMG vyšetření, radiogram hrudníku, ramenních a kyčelních kloubů, C a L páteře, kde byly nalezeny známky osteoartrózy, jinak byly nálezy negativní. Pacientka absolvovala také oftalmologické vyšetření s nálezem presbyopie, bez známek zvažované ischemie n. opticus. Po

Obrázek 1. Klinická manifestace PR



Obrázek 2. PET/CT. Zvýšená akumulace 18F-FDG a zesílení stěny aorty v celém jejím průběhu, v obou podklíčkových, axilárních a brachiálních tepnách, obou ilických tepnách, méně v zachyceném průběhu femorálních a popliteálních tepen. Mírně zvýšená akumulace FDG v měkkých tkáních v okolí ramenních a kolenních kloubů, Th 10 a L4



zhodnocení všech provedených vyšetření byla stanovena diagnóza polymyalgia rheumatica (PR, obrázek 1). Nemocná byla léčena prednisonem v dávce 20 mg p. o. denně s adekvátní prevencí nežádoucích účinků (substituce K, Ca, inhibitory protonové pumpy). Již po dvou dnech bylo patrné výrazné klinické zlepšení. Nemocná byla velmi spokojená s výsledkem terapie. Následná kontrola v lednu 2011 ukázala normalizaci klinického obrazu a částečnou úpravu laboratorních hodnot (FW 27/hod., CRP 20 g/l). Stávající dávka 20 mg prednisonu byla pozvolně redukována o 5 mg co 4 týdny.

Při další ambulantní návštěvě na konci března 2011 avšak dochází k částečnému relapsu bolestivosti ramenních kloubů, jakož i k nárůstu hladin zánětlivých ukazatelů (FW 71/hod., CRP 74 g/l). Bylo indikováno vyšetření FDG PET/CT, které potvrdilo klinické podezření na přítomnost artritidy (obrázek 2). Nemocná byla hospitalizována, byla jí podána pulzní terapie metylprednisolonem v celkové dávce 2,25 g. Klinické obtíže velmi rychle ustoupily, byl rovněž patrný pozitivní efekt na laboratorní markery (obrázek 3). Vzhledem k obavám z dlouhodobé potřeby vysoké dávky glukokortikoidů při současné diagnóze osteoporózy byl v červnu 2011 přidán metotrexát v dávce 15 mg/týdně s postupným navýšením na 20 mg/týdně a detrakcí dávky metylprednisolonu na aktuálních 6 mg denně při násled-

né kontrole v říjnu 2011. Až při této medikaci dochází k naprosté normalizaci jak hladin CRP, tak sedimentace erytrocytů (24. 10. 2011: CRP 2,4 mg/l, FW 11/hodinu). Pacientka se nyní těší velmi dobrému zdraví, navrátila se ke svým předchozím pracovním činnostem a cestování v plném rozsahu.

Diskuze

Polymyalgia rheumatica je zánětlivé revmatické onemocnění charakterizované bolestivostí a ztuhlostí pletenců ramenních a pánevních. Pacienti patří téměř výhradně do věkové skupiny nad 50 let, přičemž průměrný věk stanovení diagnózy je 70 let (1). Diagnózu PR je často potřeba stanovit metodou „per exclusionem“, kdy se lze opřít o anamnézu a fyzikální vyšetření a je potřeba vyloučit řadu jiných možných příčin symptomů pacienta (obrázek 1, tabulka 1 (2)). Velkou výpovědní

hodnotu má i dobrá odpověď na léčbu glukokortikoidy, která je ve velké většině případů patrná do 3 dnů. PR je provázena obrovskobuněčnou vaskulitidou (OV) až v 30 % (3). OV je ANCA negativní zánětlivá vaskulitida středních a velkých cév s dominantním postižením karotického řečiště, s největší četností na dobře patrné a. temporalis. Klinický náleznese odvíjí od postižené tepny, v případě postižení temporální arterie je vysoké riziko ztráty zraku. Velké tepny jsou zasaženy v 10–15 %. Nebezpečí vytvoření aneuryzmatu hrudní aorty je 17krát větší než v běžné populaci, v břišním úseku pak 2,4krát (4). Diagnostika obou nozologických jednotek se opírá mimo laboratorní vyšetření také o zobrazovací metody – angiografie, magnetická rezonance, duplexní sonografie cév a PET/CT. Diferenciálně diagnosticky je nutné nejčastěji vyloučit revmatoidní artritidu (zvláště pak polymyalgický typ u starších pacientů), systémové choroby pojiva (zvláště poly a dermatomyositidu), paraneoplastický syndrom, artropatie C, L páteře a polyartrotický syndrom či hypofunkci štítné žlázy. Ve farmakoterapii této nemoci jsou nejdůležitějšími léky glukokortikoidy. Léčbu zahajujeme dávkou 15 mg/den u PR a 20–40 mg, resp. 40–80 mg/den u GCA s/ bez poruchy vizu (even. i. v. 3× 1 g). Detrakce je pak velmi pozvolná o 5 mg co dva až osm týdnů dle tíže postižení. Relapsy jsou přítomny až v 50 % onemocnění zvláště při prudké redukci glukokortikoidů, pak je možno navýšit prednison až na trojnásobek iniciační dávky.

Tabulka 1. Diagnostická kritéria a doporučená vyšetření u polymyalgia rheumatica

Diagnostická kritéria (doporučení C)	Vylučující kritéria	Doporučená vyšetření
■ Věk nad 50 let ■ Délka trvání potíží víc jak 2 týdny ■ Ranní ztuhlost více jak 45 min. ■ Bolesti ramenních nebo stehenních pletenců ■ Dobrá klinická a laboratorní odpověď na podání malé dávky glukokortikoidů	■ Aktivní infekce ■ Probíhající nádorový proces ■ GCA ■ Jiné zánětlivé revmatické onemocnění ■ Léky indukované myalgie ■ Endokrinní onemocnění ■ Neurologické postižení ■ Chronická muskuloskeletární bolest jiného původu	■ Krevní obraz ■ Sedimentace, CRP ■ Mineralogram ■ Vyšetření ledvinných funkcí ■ Jaterní testy ■ Kreatinkináza ■ Elektroforéza séra, případně moči ■ Hormony štítné žlázy ■ Rvematoidní faktor, eventuálně anti-CCP protilátky ■ Rentgenový snímek hrudníku

Obrázek 3. Vývoj zánětlivých parametrů a hemoglobinu (Hg) v průběhu celého onemocnění



Tabulka 2. Definice remise a relapsu polymyalgia rheumatica

	Remise	Relaps
Ranní ztuhlost	15 minut	30 minut
Sedimentace	20–30/hodinu	50/hodinu
CRP	0,5 mg/dl	1 mg/dl
Bolest pletenců (VAS*)	10–20 mm	20 mm

*VAS – vizuální analogová škála bolesti (0–100 mm)

Metotrexát je možné využít do kombinace s glukokortikoidy, kdy u rizikových pacientů může redukovat jejich dávku, v monoterapii nebyl studiem prokázán jednoznačný účinek (5). Definice remise a relapsu PR jsou uvedeny v tabulce 2 (6).

Závěr

Prognóza PR je velmi dobrá, u GCA záleží na typu postižené cévy, nebezpečí trvalé slepoty je 10%. Vysokým rizikem ruptury se vyznačují středně velká aneuryzmata (3 až 5 cm), nutno také pomyslet na to, že k disekci tepny nemusí dojít pouze v oblasti samotného aneuryzmatu (7, 8).

Literatura

1. Gonzalez-Gay MA, et al. Epidemiology of giant cell arteritis and polymyalgia rheumatica. *Arthritis Rheum* 2009; 61: 1454.
2. Dasgupta B, et al. Developing classification criteria for polymyalgia rheumatica: comparison of views from an expert panel and wider survey. *J Rheumatol*. 2008; 35: 270–277.
3. Salvarani C, Cantini F, Hunder GG. Polymyalgia rheumatica and giant-cell arteritis. *Lancet* 2008; 372: 234.
4. Evans JM, O'Fallon WM, Hunder GG. Increased incidence of aortic aneurysm and dissection in giant cell (temporal) arteritis. A population-based study. *Ann Intern Med*. 1995; 122(7): 502.
5. Hernández-Rodríguez J, Cid MC, López-Soto A, et al. Treatment of polymyalgia rheumatica: a systematic review. *Arch Intern Med* 2009; 169: 1839.
6. Dejaco C, et al. Definition of remission and relapse in polymyalgia rheumatica: data from a literature search com-

pared with a Delphi-based expert consensus. *Ann Rheum Dis*. 2011; 70(3): 447–453.

7. Aiello PD, Trautmann JC, McPhee TJ, et al. Visual prognosis in giant cell arteritis. *Ophthalmology* 1993; 100(4): 550.

8. García-Martínez A, et al. Development of aortic aneurysm/dilatation during the followup of patients with giant cell arteritis: a cross-sectional screening of fifty-four prospectively followed patients. *Arthritis Rheum*. 2008; 59(3): 422.

Článek přijat redakcí: 9. 11 2011

Článek přijat k publikaci: 5. 12. 2011

MUDr. Andrea Smržová

III. interní klinika FN a UP Olomouc

I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc

andrea.smrzova@atlas.cz
