

Polimialgia reumatyczna - przypadek kliniczny

Polymyalgia rheumatica - case report

Piotr Leszczyński^{1,2}, Katarzyna Wieczorowska-Tobis^{3,4}

¹ Oddział Reumatologii i Osteoporozy, Szpital im. J. Strusia w Poznaniu

² Zakład Reumatologii i Immunologii Klinicznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

³ Zakład Geriatrii i Gerontologii, Katedra Patofizjologii, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

⁴ Oddział Geriatryczny, Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych „Dziekanka” w Gnieźnie

Streszczenie

U 74-letniej pacjentki chorującej od wielu lat na chorobę zwyrodnieniową stawów kolanowych stopniowo narastały dolegliwości bólowe w obrębie obręczy barkowej ograniczające jej samodzielność. W badaniu przedmiotowym stwierdzono znaczne ograniczenie ruchomości stawów barkowych z powodu bólu i sztywności mięśni utrudniające samodzielne funkcjonowanie. W badaniach laboratoryjnych w morfologii niewielkiego stopnia obniżenie stężenia hemoglobiny i liczby erytrocytów (11,5 g/dl; $4,05 \times 10^6/\text{ml}$), nadpłytkowość ($417 \times 10^3/\text{ml}$), OB 86 mm/godz, CRP 69,7 mg/l, moczu bez zmian, czynnik reumatoidalny ujemny, przeciwciała przeciwko cyklicznej cytrulinie nie stwierdzono. U chorej rozpoznano polimialgię reumatyczną i zastosowano sterydoterapię. Dolegliwości znacznie zmniejszyły się już po trzech dniach stosowania leczenia, co potwierdza rozpoznanie. *Geriatrics 2008; 2: 282-284.*

Słowa kluczowe: polimialgia reumatyczna, sterydoterapia, niesamodzielność

Summary

Due to severe pain in shoulder girdle, 74 year old female diagnosed with osteoarthritis several years ago, gradually became disable. During physical examination, restricted movement of shoulders was found due to pain and muscle stiffness which decreased her functional status. Additionally, her hemoglobin level and RBC count were slightly decreased (11.5 g/dl; $4.05 \times 10^6/\text{ml}$) whereas trombocytes count, ESR and C-reactive protein level were increased ($417 \times 10^3/\text{ml}$, 86 mm/h, 69.7 mg/l, respectively). Rheumatoid factor was negative as well as the test for the presence of anti-cyclic citrullinated peptide antibodies. She was diagnosed with polymyalgia rheumatica and the steroids treatment was started. The symptoms were significantly less severe already after 3 days of treatment which confirmed the diagnosis. *Geriatrics 2008; 2: 282-284.*

Keywords: polymyalgia rheumatica, steroids, functional dependence

Chora D.W., lat 74, od wielu lat chorowała na chorobę zwyrodnieniową stawów kolanowych. Z powodu narastających dolegliwości bólowych ograniczyła poruszanie i zaczęła używać kul lub wspierać się na rękach przy poruszaniu w obrębie domu. Bóle w zakresie obręczy barkowej, zwłaszcza ramion, wpłynęły na znaczne zmniejszenie samodzielności, nawet przy wykonywaniu podstawowych czynności życiowych (trudności z samodzielnym ubraniem się, kąpielą/myciem całego

ciała, jedzeniem, toaletą). Chora interpretowała bóle obręczy barkowej jako konsekwencje nadmiernego obciążenia ramion w związku z używaniem kul czy wspieraniem się na rękach.

Zaczęła pobierać *Majamil* 50 mg 2 x dziennie. Lek skutecznie likwidował dolegliwości bólowe i pozwalał pacjentce samodzielnie funkcjonować; jednak stopniowo jego skuteczność malała. Największe trudności sprawiło jej „uruchomianie” się w godzinach poran-

nych, ze względu na znaczną sztywność, zwłaszcza kończyn górnych. Chora obawiała się długotrwałego pobierania leku.

W badaniu przedmiotowym stwierdzono znaczne ograniczenie ruchomości stawów barkowych, nasilone po stronie prawej. Poza tym nie obserwowano istotnych odchyleń w stosunku do stanu poprzedniego.

W wykonanych badaniach laboratoryjnych stwierdzono: niewielkiego stopnia anemię normocytarną (stężenie hemoglobiny 11,5 g/dl; $4,05 \times 10^6$ /ml) i nadpłytkowość (417×10^3 /ml), wysokie wartości opadania krwinek czerwonych (OB) (86 mm/godz) i stężenia białka C-reaktywnego (69,7 mg/l). Natomiast nie stwierdzono obecności czynnika reumatoidalnego w surowicy oznaczanego metoda leteksową (RF - ang. *rheumatoid factor*), ani obecności przeciwciał przeciwko cyklicznej cytrulinie (aCCP - ang. *antibodies against cyclic citrulline peptide*).

Pacjentka od kilku lat miała rozpoznaną chorobę niedokrwienną serca, niedoczynność tarczycy i osteoporozę. Na stałe pobierała Euthyrox, Inhibace, Betaloc, Acard, Preductal MR, Ostenil, Calcium Vitrum i Alphadiol.

Na podstawie wywiadu, badania przedmiotowego i wykonanych badań laboratoryjnych rozpoznano polimialgię reumatyczną.

Do leczenia dołączono Metypred 16 mg 1 x (rano) oraz Helicid 20 mg 1 x (rano).

Nasilenie objawów znacznie się zmniejszyło już po 3 dniach stosowania leczenia, co poprawiło samodzielność funkcjonowania chorej i tym samym wpłynęło na poprawę jakości jej życia.

Dyskusja

Polimialgia reumatyczna (PR - *polymyalgia rheumatica*) jest jedną z typowych dla wieku podeszłego jednostek chorobowych - u osób poniżej 50 roku życia zdarza się sporadycznie, a u osób starszych jej częstość narasta z wiekiem. Jest dwukrotnie częściej rozpoznawana u kobiet w stosunku do mężczyzn [1].

Najbardziej charakterystycznym objawem polimialgii jest ból mięśni obręczy barkowej, często również szyi i obręczy miednicznej. Niektórzy pacjenci nie są w stanie podnieść rąk z powodu bólu. Bólowi towarzyszy znaczna poranna sztywność mięśni trwająca zwykle przez ponad godzinę. Ograniczenie ruchomości stawów w zajętych obszarach (staw barkowy i biodrowy) wynika z silnego bólu i sztywności mięśni.

Może być ono przyczyną znacznego zmniejszenia sprawności funkcjonalnej starszych pacjentów utrudniającego nawet tak proste codzienne czynności życiowe jak mycie czy toaleta [2]. Symetryczność występujących zmian należy do objawów typowych. Można więc stwierdzić, że w prezentowanym przypadku obraz kliniczny sugerował polimialgię.

Jednak typowy obraz kliniczny to również wykładniki reakcji zapalnej, takie jak gorączka i spadek masy ciała, znajdujące swoje odbicie w badaniach laboratoryjnych - znacznie podwyższone OB (powyżej 40 mm/h) czy stężenie białka C-reaktywnego oraz anemia normocytarna [3]. Wszystkie te zmiany stwierdzono w analizowanym przypadku. Warto przy tym podkreślić, że jeśli w obrazie klinicznym dominują niespecyficzne objawy reakcji zapalnej, towarzyszące wielu procesom chorobowym w starości, sprawiać to może znaczne trudności diagnostyczne.

W obrazie klinicznym polimialgii mogą również dominować dolegliwości świadczące o zajęciu stawów: ból, tkliwość, obrzęk, zaczerwienie i ograniczenie ruchomości; również często wysięk w obrębie stawów dłoni, nadgarstka i kolan lub obrzęk dłoni i/lub stóp [4]. Ze względu na to zawsze polimialgia wymaga różnicowania z reumatoidalnym zapaleniem stawów, w tym przede wszystkim seronegatywnym. W analizowanym przypadku wykonano w tym celu nie tylko oznaczenie czynnika reumatoidalnego, ale i przeciwciał przeciwko cyklicznej cytrulinie. Obydwa badania dały negatywny wynik.

Cechą charakterystyczną dla polimialgii reumatycznej jest szybka reakcja na leczenie sterydami [5,6], którą zaobserwowano w analizowanym przypadku. Co więcej uważa się, że niesteroidowe leki przeciwzapalne pełnią w leczeniu polimialgii tylko rolę pomocniczą (leczenie objawowe) [7]. Rzeczywiście u analizowanej pacjentki umożliwiły one kontrole bólu, ale objawy choroby pomimo ich stosowania postępowały.

W podsumowaniu opisywanego przypadku należy podkreślić, że nie ma dowodu na zwiększenie śmiertelności w stosunku do populacji ogólnej, jeśli polimialgii reumatycznej nie towarzyszą objawy olbrzymiokomórkowego zapalenia tętnic.

Adres do korespondencji:

Katarzyna Wieczorowska-Tobis

Zakład Geriatrii i Gerontologii, Katedra Patofizjologii
Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

Tel./Fax: (+48 61) 854 65 73; E-mail: kwt@tobis.pl

Piśmiennictwo

1. Schwab EP. Rheumatologic conditions in the elderly. W: Forciiea MA, Schwab EP, Raziano BD, Lavizzo-Mourey R (red). Geriatric secrets. Hanley & Belfus, Inc 2004: 190-4.
2. Kalke S, Mukerjee D, Dasgupta B. A study of the health assessment questionnaire to evaluate functional status in polymyalgia rheumatica. Rheumatology 2000; 39(8): 883-5.
3. Puttick MP. Rheumatology: Evaluation of the patient with pain all over. CMAJ 2001; 164(2): 223-7.
4. Weyand CM, Goronzy JJ. Giant-cell arteritis and polymyalgia rheumatica. Ann Intern Med 2003; 139(6): 505-15.
5. Samanta A, Kendall J. A fresh look at polymyalgia rheumatica. Rheumatology 2002; 41(12): 1455-6.
6. Dasgupta B, Salvarani C, Schirmer M i wsp. Developing classification criteria for polymyalgia rheumatica: comparison of views from an expert panel and wider survey. J Rheumatol 2008; 35(2): 270-7.
7. Scott DL. Arthritis in the elderly. W: Tallis RC, Fillit HM. Geriatric medicine and gerontology. Elsevier Science Limited 2003: 887-904.