

Polimialgia reumatyczna

Polymyalgia rheumatica

Artur Bachta, Witold Tłustochowicz

Klinika Chorób Wewnętrznych i Reumatologii, Wojskowy Instytut Medyczny CSK MON w Warszawie

Polimialgia reumatyczna (PMR) to jedna z najczęstszych chorób reumatycznych wieku podeszłego. Charakterystycznymi objawami tzw. zespołu polimialgicznego są: bóle, sztywność i ograniczenie ruchomości barków oraz stawów obręczy biodrowej, bóle mięśni karku, mięśni obręczy barkowej i biodrowej oraz takie objawy ogólne, jak: osłabienie, zmęczenie, spadek masy ciała, gorączki i stany podgorączkowe, zaburzenia nastroju.

Objawy zespołu polimialgicznego mogą wystąpić w przebiegu wielu chorób reumatycznych, szczególnie olbrzymiokomórkowego zapalenia tętnic (*giant cell arteritis* – GCA) oraz reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS) i spondyloartropatii (SpA) u osób w wieku podeszłym (*late-onset arthritis* – LOA). Ma to szczególne znaczenie w kontekście całkowicie różnych strategii terapeutycznych w tych chorobach. W odróżnieniu od innych zespołów reumatycznych PMR najczęściej przebiega łagodnie, dobrze reaguje na leczenie, ma tendencje do samoograniczenia, w większości przypadków dochodzi do trwałej remisji w ciągu pierwszych 2 lat trwania choroby.

W ostatnich latach grupy ekspertów Europejskiej Ligi do Walki z Reumatyzmem (EULAR) i Amerykańskiego Kolegium Reumatologicznego (ACR) opublikowały kryteria klasyfikacyjne [1] oraz wytyczne dotyczące postępowania terapeutycznego [2] w PMR.

Kryteria klasyfikacyjne polimialgii reumatycznej

1. Kryteria klasyfikacyjne wg EULAR/ACR nie mają charakteru diagnostycznego i nie należy ich w tym rozumieniu stosować. Kryteria te, jak podkreślają autorzy, należy traktować jako „prowizoryczne, tymczasowe”, gdyż nie zostały jeszcze poddane prospektywnej walidacji zgodnie z zasadami medycyny opartej na faktach.
2. Kryteria klasyfikacyjne PMR mogą być stosowane jedynie w odniesieniu do pacjentów, u których objawy

zespołu polimialgicznego nie mogą być wyjaśnione za pomocą alternatywnej diagnozy. W diagnostyce różnicowej należy uwzględnić przede wszystkim:

- inne choroby reumatyczne przebiegające z objawami zespołu polimialgicznego oraz z zajęciem mięśni i dużych stawów,
 - choroby nowotworowe, ze szczególnym uwzględnieniem nowotworów krwi,
 - choroby infekcyjne o charakterze układowym,
 - miopatie polekowe,
 - choroby endokrynologiczne przebiegające z miażdżycą i objawami ogólnymi,
 - zespół depresyjny,
 - chorobę Parkinsona,
 - przewlekły zespół bólowy w przebiegu zmian degeneracyjno-zwyrodnieniowych stożka rotatorów oraz zwyrodnienia stawów obręczy barkowej i biodrowej,
 - fibromialgię.
3. Kryteria klasyfikacyjne mogą być stosowane jedynie w odniesieniu do pacjentów spełniających następujące warunki wstępne:
 - wiek \geq 50 lat,
 - symetryczna i nowo powstała bolesność barków,
 - nieprawidłowe stężenie białka C-reaktywnego (*C-reactive protein* – CRP) i/lub przyspieszony OB.
 4. Kryteria klasyfikacyjne opierają się na odpowiednio punktowanych objawach klinicznych i objawach ultrasonograficznych przedstawionych w tabeli I. Kryteria są spełnione po uzyskaniu przynajmniej 4 punktów przy zastosowaniu jedynie kryteriów klinicznych lub przynajmniej 5 punktów, gdy stosuje się kryteria kliniczne i ultrasonograficzne. Stosowanie kryteriów ultrasonograficznych nie jest konieczne, lecz zalecane, gdyż istotnie zwiększa swoistość metody.
 5. Kryteria klasyfikacyjne PMR nie wprowadzają osobnej definicji zajęcia stawów obwodowych. Należy stosować definicję ustaloną dla kryteriów klasyfikacyjnych RZS z 2010 r., która mówi, że termin „zajęty staw”

Adres do korespondencji:

Artur Bachta, Klinika Chorób Wewnętrznych i Reumatologii, Wojskowy Instytut Medyczny CSK MON, ul. Szaserów 128, 04-141 Warszawa, e-mail: artur.bachta@gmail.com

Tabela I. Kryteria klasyfikacyjne PMR wg EULAR/ACR z 2012 r. [1]

Kryteria kliniczne	Punktacja
Czas trwania sztywności porannej > 45 minut	2
Ból lub ograniczona ruchomość bioder (i okolicy stawów biodrowych)	1
Brak RF i/lub ACPA	2
Brak objawów zajęcia stawów obwodowych	1
Kryteria ultrasonograficzne	
Przynajmniej jeden bark z objawami zapalenia kaletki podbarkowo-podnaramiennej i/lub zapalenia pochewki ścięgna głowy długiej bicepsa, i/lub zapalenia stawu panewkowo-ramiennego (widziane w zachyłku tylnym lub pachowym); lub przynajmniej jeden staw biodrowy ¹ z objawami zapalenia stawu i/lub kaletki krętarza większego	1
Oba barki z objawami zapalenia kaletki podbarkowo-podnaramiennej i/lub zapalenia pochewki ścięgna głowy długiej bicepsa, i/lub zapalenia stawu panewkowo-ramiennego	1

RF – czynnik reumatoidalny (rheumatoid factor); ACPA – przeciwciała przeciw cytrulinowanym peptydom (anti-citrullinated peptide antibody)
¹ Dotyczy nie samych stawów biodrowych, ale również ich okolicy, np. kaletki okotokrętarzowej, natomiast bolesność nie musi być obustronna ani symetryczna.

odnosi się do bólu lub obrzęku stawu stwierdzanego przez specjalistę w badaniu klinicznym.

Leczenie polimialgii reumatycznej

- A. Aktualne wytyczne dotyczące leczenia PMR wg EULAR/ACR mają charakter wskazówki klinicznej, ich stosowanie nie jest obligatoryjne, postępowanie może być modyfikowane decyzją specjalisty w zależności od sytuacji klinicznej konkretnego pacjenta [2].
- B. Przed rozpoczęciem terapii każdy pacjent powinien być szczegółowo oceniony klinicznie, z uwzględnieniem następujących elementów:
- Dokumentacji wyników badań dodatkowych, w tym: czynnika reumatoidalnego, przeciwciał ACPA, CRP, OB, parametrów morfologii, stężenia glukozy, kreatyniny, aktywności enzymów wątrobowych, poziomu wapnia, fosfatazy alkalicznej oraz badania ogólnego moczu. W wymagających tego sytuacjach można dodatkowo rozważyć oznaczenie: stężenia hormonów tarczycy, kinazy kreatyninowej, witaminy D, wykonanie proteinogramu, oznaczenie obecności przeciwciał przeciwjądrowych, przeciwciał przeciw cytoplazmie neutrofilów.
 - Udokumentowania ewentualnej obecności chorób towarzyszących (szczególnie nadciśnienia tętniczego, cukrzycy, nietolerancji glukozy, choroby sercowo-naczyniowej, dyslipidemii, choroby wrzodowej żołądka, osteoporozy, złamań), obecności jaskry i zaćmy, obecności przewlekłych i nawrotowych infekcji, działania przyjmowanych leków oraz innych potencjalnych czynników ryzyka pojawienia się objawów niepożądanych terapii glikokortykosteroidami (GKS).
- C. Należy rozważyć skierowanie pacjenta z PMR pod opiekę specjalisty reumatologa, szczególnie w przypadku nietypowego obrazu choroby, obecności czyn-

ników ryzyka, objawów niepożądanych leczenia, nawrotów objawów choroby po terapii GKS lub niezadowolającego efektu terapii.

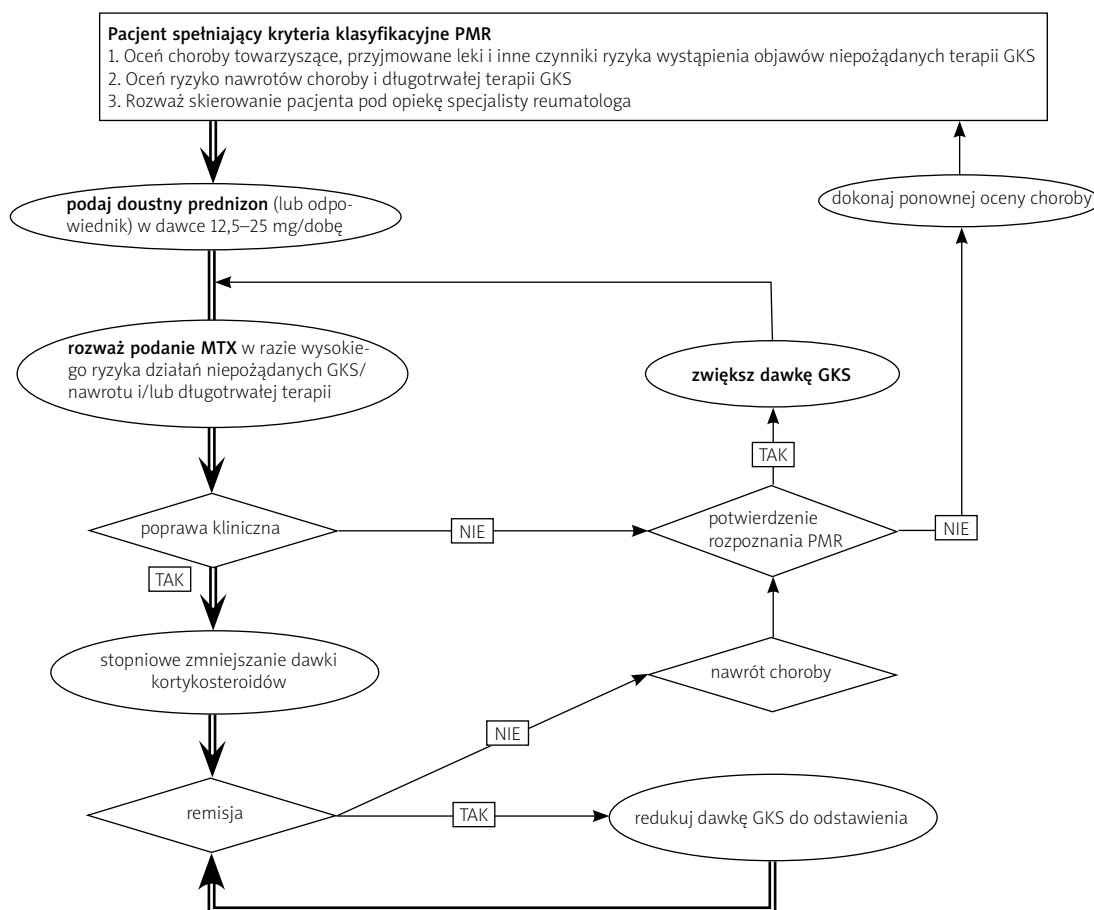
- D. Strategia leczenia musi być dostosowana indywidualnie do każdego pacjenta, powinna mieć na celu dobro pacjenta, uwzględniać jego oczekiwania i być wynikiem wspólnej decyzji pacjenta i specjalisty. Pacjent powinien mieć pełny dostęp do informacji na temat swojej choroby i przebiegu leczenia oraz zapewniony szybki dostęp do konsultacji specjalistycznej w razie nawrotów choroby czy pojawienia się objawów niepożądanych leczenia.
- E. W trakcie monitorowania przebiegu choroby powinny być dokumentowane: obecność czynników ryzyka i objawy niepożądane terapii GKS, choroby towarzyszące, obecność objawów i czynników ryzyka nawrotów choroby. Wizyty kontrolne powinny się odbywać co 4–8 tygodni w pierwszym i co 8–12 tygodni w drugim roku leczenia oraz w przypadkach nawrotu choroby.
- F. W leczeniu PMR zdecydowanie zaleca się stosowanie GKS. Podawanie preparatów z grupy niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ) i/lub analgetyków można rozważyć wyjątkowo, w krótkotrwałej terapii przeciwbólowej innych towarzyszących schorzeń.
- G. W leczeniu inicjującym zaleca się stosowanie GKS w minimalnej skutecznej dawce z zakresu odpowiadającego 12,5–25 mg prednizonu na dobę. Dawkę z tego zakresu należy wybrać, biorąc pod uwagę ryzyko nawrotów objawów choroby oraz ryzyko działań niepożądanych leczenia.
- H. W leczeniu inicjującym nie zaleca się stosowania dawek $\leq 7,5$ mg/dobę oraz zdecydowanie nie zaleca się dawek > 30 mg/dobę. Zdecydowanie zaleca się stopniowe zmniejszanie dawki GKS, wg indywidualnego schematu dostosowanego do aktywności choroby,

wyników badań dodatkowych i objawów niepożądanych terapii. Sugeruje się stosowanie następujących zasad przy wyborze schematu stopniowego zmniejszania dawki GKS:

- faza początkowa: stopniowo zmniejszyć dawkę GKS do 10 mg/dobę prednizonu w czasie 4–8 tygodni,
 - w razie nawrotu objawów: zwiększyć dawkę do ostatniej skutecznej, a następnie ponownie zmniejszać do takiej, przy której obserwowano nawrót objawów choroby w ciągu 4–8 tygodni,
 - po osiągnięciu remisji (po zakończeniu fazy początkowej): zmniejszać dawkę prednizonu o 1 mg/dobę co 4 tygodnie (alternatywnie o 1,25 mg/dobę, gdy wymusza to gramatura tabletek), aż do odstawienia leku.
- I. Jako alternatywę dla leczenia GKS doustnymi zaleca się rozważenie domięśniowego podawania metyloprednizolonu. W jednym z badań klinicznych dawkowano metyloprednizolon 120 mg *i.m.* co 3 tygodnie.
- J. Zaleca się rozważenie dołączenia do leczenia metotreksatu (MTX), łącznie z GKS, zwłaszcza u pacjentów

z wysokim ryzykiem nawrotów i/lub w przypadkach długotrwałego leczenia oraz ryzykiem pojawienia się działań niepożądanych GKS. Podanie MTX można dodatkowo rozważyć u pacjentów z nawrotem choroby, bez zadowalającej odpowiedzi na GKS oraz z objawami niepożądanymi terapii GKS. W dotychczas publikowanych badaniach klinicznych MTX stosowano w dawkach 7,5–10 mg/tydzień. Nie ma obecnie podstaw, by rekomendować inne leki z grupy doustnych leków przeciwreumatycznych w leczeniu PMR.

- K. Zdecydowanie nie zaleca się stosowania leków z grupy blokerów TNF- α w leczeniu PMR. Obecnie trwają badania kliniczne leczenia PMR tocilizumabem, secukinumabem i canakinumabem – niniejsze zalecenie może być zmodyfikowane po opublikowaniu wyników tych badań.
- L. Uwzględniając niektóre doniesienia literaturowe, zdecydowanie odradza się leczenia pacjentów z PMR preparatami ziołowymi (takimi jak chińskie preparaty Yanghe i Biqi).



GKS – glikokortykosteroidy; MTX – metotreksat; PMR – polimialgia reumatyczna

Ryc. 1. Algorytm postępowania terapeutycznego u pacjentów z PMR [wg 2].

M. Dla celów praktycznych w terapii PMR można kierować się schematem podanym poniżej (ryc. 1).

Piśmiennictwo

1. Dasgupta B, Cimmino MA, Kremers HM, et al. 2012 Provisional classification criteria for polymyalgia rheumatica: a European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology collaborative initiative. *Arthritis Rheum* 2012; 64: 943-954.
2. DeJaco C, Singh YP, Perel P, et al. Recommendations for the management of polymyalgia rheumatica. *Arthritis Rheum* 2015; 67: 2569-2580.