

Flow-Chart for udredning, behandling og monitorering af polymyalgia rheumatica (PMR) og arteritis temporalis (TA)

Mistanke om polymyalgia rheumatica/arteritis temporalis

Initiale undersøgelser ved udredning for PMR og TA

- Alm. klinisk undersøgelse
- SR
- CRP
- Hgb, Lkc, Trc.
- Væsketal, S-Ca, Albumin
- ALAT, BASP, CK
- B-glukose
- TSH
- Evt. IgM-RF, anti-CCP
- Evt. IgG, IgA, IgM
- Evt. M-komponent
- Evt. rtg thorax
- Evt. UL abdomen
- Evt. temporalisbiopsi
- Evt. UL af skuldre

Ved øjensymptomer

- Giv straks Prednisolon 1mg/kg dog mindst 75 mg!
- Tag blodprøver (SR, CRP, Hb, Lkc, Trc, BASP)
- Henvis akut til øjenafdeling eller giv evt. pulsbehandling med metylprednisolon 500-1.000 mg iv/dag i 3 dage

Ved mistanke om arteritis temporalis

- Sikre blodprøver
- Giv herefter uden forsinkelse 40-60 mg Prednisolon for at forebygge øjenkomplikationer

Vejledende klassifikationskriterier

Polymyalgia rheumatica ("Kernekræterier")

1. Alder > 50 år
2. Varighed mindst 2 uger
3. Bilateral skulder eller bækkensmerte
4. Morgenstivhed > 45 minutter
5. Forhøjet SR og CRP
6. Hurtigt steroid-respons (> 75 % global respons indenfor 1 uge med 15-20 mg Prednisolon daglig).

Arteritis temporalis (ACR 1990). Mindst 3 af:

1. Alder > 50 år
2. Ny hovedpine, øjensymptomer eller hørelse/balanceproblem
3. Tyggeklaudicatio eller abnorm temporalisarterie
4. SR > 50 eller CRP > 50.
5. Patologisk arterie temporalis-biopsi

Behandling (forslag)

Prednisolon

PMR

Prednisolon 10-20(30)[#]
mg

TA

Prednisolon 40-60 mg
Magnyl 75-150 mg^{##}
+protonpumpehæmmer

Frakturforebyggelse

Calcium + D-vitamin.
Bisfosfonat, hvis T-score < - 1,0

Nedtrapning indledes 2-4 uger efter behandlingsstart.

Dosis reduceres med højst 10 % hver anden uge ned til 10 mg daglig. Herefter reduceres døgndosis med 1,25 mg hver 4. uge.

Ved højt prednisolonbehov, eller øget risiko for steroidbivirkninger, overvejes tillæg af MTX (dosering som ved RA) eller skift til intramuskulær steroid (Depo-Medrol 80-120 mg i.m hver 3. uge).

Responskriterier ved polymyalgia rheumatica:

- VAS for smerte (obligatorisk)
- CRP og SR
- Morgenstivhed (minutter)
- Elevation af armene (0-3)

(0 = ingen, 1 = under skulderniveau, 2 = til skulderniveau, 3 = over skulderniveau)

- VAS for lægens globale vurdering

Kriterium 1 er obligatorisk. Respons skal også ses i mindst 3 af de øvrige 4 kriterier. Respons kan angives som 20 %, 50 %, 70 % eller 90 %.

Ved tilbagefald, defineret som symptomrecidiv og samtidigt stigende SR og CRP, hæves prednisolondosis til niveauet over den sidste dosis, der gav symptomfrihed. Herefter gentages nedtrapningskemaet.

Bemærk:

- Ved SR/CRP-stigning uden symptomrecidiv kontrolleres blodprøverne igen efter et par uger med uændret prednisolondosis.
- Symptomrecidiv uden SR/CRP-stigning kan være udtryk for et steroid seponeringssyndrom. Blodprøve kontrolleres igen efter få uger, og hvis der fortsat ikke ses stigning i SR/CRP, kan nedtrapningen fortsætte, men i et langsommere tempo.

Forfattere og redigeringsdatoer

Kim Hørslev-Petersen og Mats Lindberg, 06-01-2009
Udvalget for Kliniske Retningslinjer og Dansk Reumatologisk Selskab, april 2009

[#] ved PMR er der evidens for at vælge en startdosis af tabl. Prednisolon på 10-20 mg. DRS har ved et medlemsmøde vurderet, på empirisk grundlag, at startdosis kan vælges noget højere til max. 30 mg.

^{##} rekommanderet af EULAR: Ann Rheum Dis 2009;68:318-323