

# Rozpoznawanie polimialgii reumatycznej i postępowanie w tej chorobie – skrócone zalecenia

Bhaskar Dasgupta\*

Consultant in rheumatology, honorary professor, Essex University Southend University Hospital, Westcliff-on-Sea, Essex, Wielka Brytania

\* Przewodnik ten został opracowany w imieniu Polymyalgia Rheumatica Guideline Development Group. Lista członków Guideline Development Group dostępna w pełnej wersji wytycznych.<sup>1</sup>

Redaktorami cyklu „Concise Guidance to Good Practice Series” są Lynne Turner-Stokes i Bernard Higgins

Concise guidance: diagnosis and management of polymyalgia rheumatica

Clinical Medicine 2010;10(3):270-74

Tłum. dr n. med. Karolina Radwan-Kwiatek

## W SKRÓCIE

Polimialgia reumatyczna (PMR – *polymyalgia rheumatica*) jest jednym z najczęstszych wskazań do długotrwałego stosowania glikokortykosteroidów. Chorobę tę charakteryzuje niejednorodny obraz i przebieg kliniczny oraz zmienna odpowiedź na leczenie glikokortykosteroidami. British Society for Rheumatology wspólnie z British Health Professionals in Rheumatology opublikowały ostatnio wytyczne postępowania w PMR. Celem artykułu jest zwrócenie uwagi na pełną wersję zaleceń, przedstawienie zasad bezpiecznego postępowania diagnostycznego oraz wskazówek dotyczących leczenia pacjentów i nadzoru nad nimi. Opracowanie to jest skierowane do lekarzy rodzinnych, innych lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i do reumatologów.

## Wprowadzenie

Polimialgia reumatyczna jest jedną z najczęstszych zapalnych chorób reumatycznych dotykających osoby w wieku podeszłym i stanowi częste wskazanie do długotrwałego stosowania glikokortykosteroidów. Leczeniem PMR zajmują się lekarze rodzinni, lekarze POZ, reumatolodzy oraz lekarze innych specjalizacji, przy czym obserwuje się znaczne różnice pod względem metod postępowania.

Rozpoznanie choroby bywa trudne, ponieważ obserwowane w przebiegu PMR objawy kliniczne i nieprawidłowości w badaniach laboratoryjnych mogą występować również w innych chorobach reumatycznych, w przebiegu zakażeń czy chorób nowotworowych. Skuteczność standardowo stosowanego leczenia bywa różna, a u istotnej grupy pacjentów nie udaje się uzyskać zadowalającej skuteczności terapii.

## Cele opracowania wytycznych

Artykuł, stanowiący podsumowanie wytycznych British Society for Rheumatology i British Health Professionals in Rheumatology,<sup>1</sup> przedstawia zalecenia w zakresie:

- bezpiecznego i trafnego ustalenia rozpoznania u pacjentów z objawami polimialgii
- adekwatnego kierowania chorych do specjalisty celem oceny i leczenia
- stosowania glikokortykosteroidów w odpowiednich dawkach
- zasad profilaktyki złamań osteoporotycznych
- zasad kontynuacji leczenia i nadzoru nad pacjentami.

Informacje zawarte w artykule pochodzą z pełnej wersji zaleceń,<sup>1</sup> w której dostępne są także szczegóły dotyczące metody-

ki ich opracowania. Wytyczne opracowano na podstawie kryteriów AGREE (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation). Ustalenia klasy rekomendacji dokonano na podstawie zaleceń Scottish Intercollegiate Guidelines Network.

## Trudności w rozpoznawaniu polimialgii reumatycznej

Większość lekarzy rozpoznaje typowe objawy PMR, takie jak ból i uczucie sztywności mięśni obręczy barkowej, biodrowej oraz mięśni szyi z towarzyszącym wzrostem parametrów zapalnych. Obraz kliniczny choroby jest jednak zróżnicowany, co może prowadzić do błędów diagnostycznych:

- ból proksymalnych części kończyn oraz uczucie sztywności mogą występować w przebiegu wielu innych chorób
- u jednej trzeciej pacjentów obecne są objawy ogólne, takie jak: gorączka, jadłowstręt, zmniejszenie masy ciała<sup>2</sup>
- u znacznego odsetka chorych (15-30%) można stwierdzić także inne objawy ze strony układu mięśniowo-szkieletowego, takie jak: zapalenie stawów obwodowych, ciastowate obrzęki obwodowe oraz zespół cieśni kanału nadgarstka.

U 10% pacjentów z PMR występuje olbrzymiokomórkowe zapalenie tętnic (GCA – *giant cell arteritis*), a u 50% pacjentów z GCA w badaniu fizykalnym stwierdza się cechy polimialgii.<sup>2</sup> Podobne zwiększenie parametrów stanu zapalnego obserwuje się w wielu innych chorobach z zakresu reumatologii, a także w nowotworach i zakażeniach. Wielu lekarzy za charakterystyczną cechę tej choroby uznaje dobrą reakcję na leczenie glikokortykosteroidami, jest to także podstawowe kryterium diagnostyczne w dwóch systemach opracowanych

## Zalecenia

**Siła zaleceń**  
**C**

### 1. Postępowanie diagnostyczne

W razie podejrzenia polimialgii reumatycznej postępowanie diagnostyczne powinno przebiegać stopniowo, w ściśle określony sposób (ryc. 1). Powinno obejmować:

1. Ocenę głównych cech potwierdzających lub wykluczających rozpoznanie (patrz ryc. 1, etapy 1 i 2).
2. Wykluczenie chorób mogących przebiegać z objawami podobnymi do PMR (ryc. 2).
3. Ocenę reakcji na prednizolon w dawce 15 mg/24 h.
4. Potwierdzenie rozpoznania po krótkiej obserwacji pacjenta.

**Uwaga: W zaleceniach nie uwzględniono występowania aktywnej postaci olbrzymiokomórkowego zapalenia tętnic (GCA) ze względu na fakt, że w tym przypadku konieczne jest niezwłoczne zastosowanie glikokortykosteroidów w dużych dawkach.**

### 2. Badania dodatkowe

**C**

Przed wdrożeniem glikokortykosteroidoterapii należy wykonać odpowiednie badania dodatkowe:

- niezbędne badania dodatkowe przedstawiono na ryc. 1.

### 3. Skierowanie pacjenta do specjalisty

**C**

Sytuacje wymagające skierowania pacjenta do specjalisty:

*Nietypowy obraz kliniczny choroby:*

- młodszy pacjent <60. r.ż.
- powolny rozwój objawów
- brak objawów ze strony obręczy barkowej
- brak uczucia sztywności o podłożu zapalnym
- obecność objawów alarmowych, takich jak: nasilone objawy ogólne, zmniejszenie masy ciała, bóle nocne, objawy neurologiczne
- zapalenie stawów obwodowych lub inne cechy choroby o podłożu autoimmunologicznym lub choroby układu mięśniowego
- prawidłowe lub znacznie podwyższone wartości parametrów stanu zapalnego (np. OB/CRP >100).

*Trudności terapeutyczne:*

- niepełna skuteczność lub brak skuteczności glikokortykosteroidów
- przemijający efekt terapii glikokortykosteroidami
- niemożność redukcji dawki glikokortykosteroidów
- konieczność długotrwałego stosowania glikokortykosteroidów (>2 lat)
- przeciwwskazania do stosowania glikokortykosteroidów.

### 4. Glikokortykosteroidoterapia

**B**

Glikokortykosteroidy stosuje się doustnie lub domięśniowo. Zalecane dawki przedstawiono poniżej.

**Uwaga: Jeśli nie stwierdza się cech olbrzymiokomórkowego zapalenia tętnic, nie ma wskazań do włączenia glikokortykosteroidów w trybie pilnym przed ukończeniem pełnej diagnostyki klinicznej.**

*Zalecane wstępne dawki glikokortykosteroidów podawanych doustnie i sposób redukcji dawkowania:*

- prednizolon 15 mg/24 h przez 3 tygodnie
- następnie 12,5 mg/24 h przez 3 tygodnie
- następnie 10 mg/24 h przez 4-6 tygodni
- następnie redukcja o 1 mg co 4-8 tygodni lub podawanie zredukowanej dawki co drugi dzień (np. 7,5 mg/10 mg naprzemiennie w kolejnych dniach).

W łagodniejszych przypadkach można stosować domięśniowo metyloprednizolon. Ta forma leczenia pozwala zmniejszyć ryzyko związane z działaniami niepożądanymi glikokortykosteroidów:

- wstępna dawka 120 mg co 3-4 tygodnie
- redukcja dawki o 20 mg co 2-3 miesiące.<sup>5</sup>

Sposób leczenia powinien być jednak dostosowany do pacjenta i uwzględniać jego potrzeby, aktywność choroby i działania niepożądane glikokortykosteroidów.

*Czas trwania glikokortykosteroidoterapii:*

- zwykle od roku do trzech lat

- u niektórych chorych konieczne jest stosowanie glikokortykosteroidu w małych dawkach przez dłuższy czas
- leczenie glikokortykosteroidami można przerwać w przypadku trwałego ustąpienia objawów zapalenia
- przyspieszenie OB i wzrost stężenia CRP bez współistniejących objawów klinicznych nie stanowi wskazania do kontynuacji glikokortykosteroidoterapii.

## 5. Leczenie wspomagające

A-

W trakcie glikokortykosteroidoterapii należy pamiętać o stosowaniu leków działających ochronnie na tkankę kostną i przewód pokarmowy (wytyczne Royal College of Physicians dotyczące osteoporozy jako powikłania glikokortykosteroidoterapii<sup>6</sup>).

## 6. Nadzór nad pacjentami i wizyty kontrolne

Wczesne wdrożenie nadzoru nad pacjentem jest konieczne i stanowi istotny element procesu diagnostycznego. Kontrolną wizytę należy zaplanować po upływie 1-3 tygodni od rozpoczęcia leczenia glikokortykosteroidami.

*Schemat nadzoru nad pacjentami*

Zalecany schemat nadzoru jest przeprowadzanie wizyt kontrolnych według następującego harmonogramu:

- przed rozpoczęciem leczenia oraz po 1-3 i 6 tygodniach
- w pierwszym roku: po 3, 6, 9, 12 miesiącach (dodatkowe wizyty kontrolne konieczne w przypadku zaostrzeń lub wystąpienia objawów niepożądanych leczenia).

*Nadzór kliniczny i w zakresie badań dodatkowych*

Podczas każdej wizyty kontrolnej niezbędna jest ocena następujących elementów:

*Ocena kliniczna:*

- aktywność choroby i skuteczność leczenia
- obecność powikłań choroby, w tym olbrzymiokomórkowego zapalenia tętnic oraz zapalenia dużych naczyń (*vasculitis*)
- występowanie działań niepożądanych glikokortykosteroidoterapii
- obecność nietypowych objawów lub chorób współistniejących
- występowanie przewlekłego bólu, który może wynikać z choroby zwyrodnieniowej lub patologii tkanek miękkich układu szkieletowo-mięśniowego (np. uszkodzenia stożka rotatorów).

*Badania laboratoryjne:*

- pełna morfologia krwi
- OB lub CRP
- stężenie mocznika i elektrolitów
- glikemia oraz badanie ogólne moczu.

## 7. Nawrót choroby

B

O nawrocie choroby mówi się, gdy ponownie wystąpią objawy PMR lub olbrzymiokomórkowego zapalenia tętnic (GCA), a nie gdy dojdzie tylko do niewyjaśnionego przyspieszenia OB i wzrostu stężenia CRP.

*Leczenie w przypadku nawrotu choroby:*

- gdy obecne są objawy kliniczne GCA:
  - chorobę należy leczyć jak GCA (zazwyczaj prednizolon w dawce 40-60 mg/24 h)
- w przypadku objawów klinicznych PMR:
  - zwiększyć dawkę prednizolonu do uprzednio stosowanej większej dawki leku
  - można podać jednorazową dawkę 120 mg metyloprednizolonu domięśniowo
- kolejne nawroty choroby
  - rozważyć uzupełniające leczenie immunosupresyjne po dwóch nawrotach choroby.

**Uwaga:** Takie leczenie powinno być prowadzone pod kontrolą specjalisty.

do rozpoznawania PMR.<sup>3</sup> Wdrożenie leczenia glikokortykosteroidami może jednak prowadzić do błędów diagnostycznych. Leki te, zwłaszcza gdy są stosowane w dużych dawkach przez długi czas, działając silnie przeciwzapalnie, mogą maskować objawy wielu poważnych chorób, takich jak: choroba zwyrodnieniowa stawów, zaburzenia funkcji stożka rota-

torów, reumatoidalne zapalenie stawów, nowotwory złośliwe czy zakażenia.

Stwierdzono, że w pewnych przypadkach po okresie obserwacji rozpoznanie jest zmieniane. W diagnostyce różnicowej PMR należy uwzględnić: zakażenia, nowotwory, zapalenie stawów oraz choroby tkanki łącznej.<sup>4</sup>

## Etap 1

### Kryteria rozpoznania

#### Podstawowe kryteria rozpoznania PMR

- obustronny ból w okolicy obręczy barkowej lub biodrowej
- uczucie porannej sztywności utrzymujące się >45 min
- nagły początek
- wiek >50. r.ż.
- czas trwania >2 tygodni
- zwiększenie parametrów stanu zapalnego (OB/CRP)

## Etap 2

### Wykluczenie innych chorób

#### Badania laboratoryjne, które należy wykonać przed wdrożeniem leczenia glikokortykosteroidami:

- pełna morfologia krwi
- OB/CRP
- mocznik, elektrolity
- badania funkcji wątroby
- wapń, fosfataza alkaliczna
- elektroforeza białek surowicy/białko Bence'a-Jonesa
- TSH
- kinaza kreatynowa
- czynnik reumatoidalny
- w niektórych przypadkach przeciwciała przeciwjądrowe
- badanie RTG klatki piersiowej (w uzasadnionych przypadkach, np. przy silnie zaznaczonych objawach ogólnych)
- badanie ogólne moczu

#### Podstawowe kryteria wykluczające rozpoznanie PMR

- choroba nowotworowa
- zakażenie
- olbrzymiokomórkowe zapalenie tętnic

#### Inne choroby o podłożu zapalnym:

- reumatoidalne zapalenie stawów, inne choroby stawów
- toczeń rumieniowaty układowy, choroby mięśni, inne choroby tkanki łącznej

#### Choroby niezapalne:

- miejscowe patologie obręczy barkowej i biodrowej
- fibromialgia/zespoły bólów
- choroba zwyrodnieniowa stawów

#### Choroby endokrynologiczne, np. choroby tarczycy

#### Patologie jatrogenne, np. związane ze stosowaniem statyn

Mialgia/miopatia związana ze stosowaniem statyn

## Etap 3

### Leczenie glikokortykosteroidami w małych dawkach

#### Prednizolon 15-20 mg na dobę

Skuteczność kliniczna w ciągu tygodnia

- co najmniej 70% poprawy
- normalizacja parametrów stanu zapalnego w ciągu 3-4 tygodni

## Etap 4

### Obserwacja chorych (4-6 tygodni)

Brak rozpoznania chorób alternatywnych

### PMR

- stopniowa redukcja dawki glikokortykosteroidów
- metyloprednizolon domięśniowo w łagodnych przypadkach lub gdy stosowanie doustnych glikokortykosteroidów jest przeciwwskazane
- stosowanie leków działających ochronnie na tkankę kostną

#### Obserwacja w kierunku obecności objawów:

- ból mięśni obręczy barkowej lub biodrowej
- poranne uczucie sztywności
- ograniczenie sprawności związane z PMR
- działania niepożądane leczenia
- ryzyko osteoporozy
- objawy mogące wskazywać na inne rozpoznanie

#### Regularne przeprowadzanie badań laboratoryjnych (co 3 miesiące):

- pełna morfologia krwi
- OB/CRP
- mocznik i elektrolity
- glukoza

#### Wczesne skierowanie do specjalisty zaleca się w przypadku:

- pacjentów o nietypowym obrazie choroby lub z objawami mogącymi wskazywać na inne rozpoznanie niż PMR:

- młodszy pacjenci (<60. r.ż.)
- powolny rozwój objawów
- brak objawów ze strony obręczy barkowej
- brak uczucia sztywności o podłożu zapalnym
- obecność objawów alarmowych: nasilone objawy ogólne, zmniejszenie masy ciała, bóle nocne, objawy neurologiczne
- zapalenie stawów obwodowych lub inne cechy choroby o podłożu autoimmunologicznym lub choroby układu mięśniowego
- prawidłowe lub bardzo znacznie podwyższone parametry stanu zapalnego (OB/CRP)
- trudności terapeutycznych, takich jak:
  - niepełna skuteczność lub brak skuteczności glikokortykosteroidów
  - przemijający efekt terapii glikokortykosteroidami
  - niemożność redukcji dawki glikokortykosteroidów
  - przeciwwskazania do stosowania glikokortykosteroidów

#### Nawroty choroby:

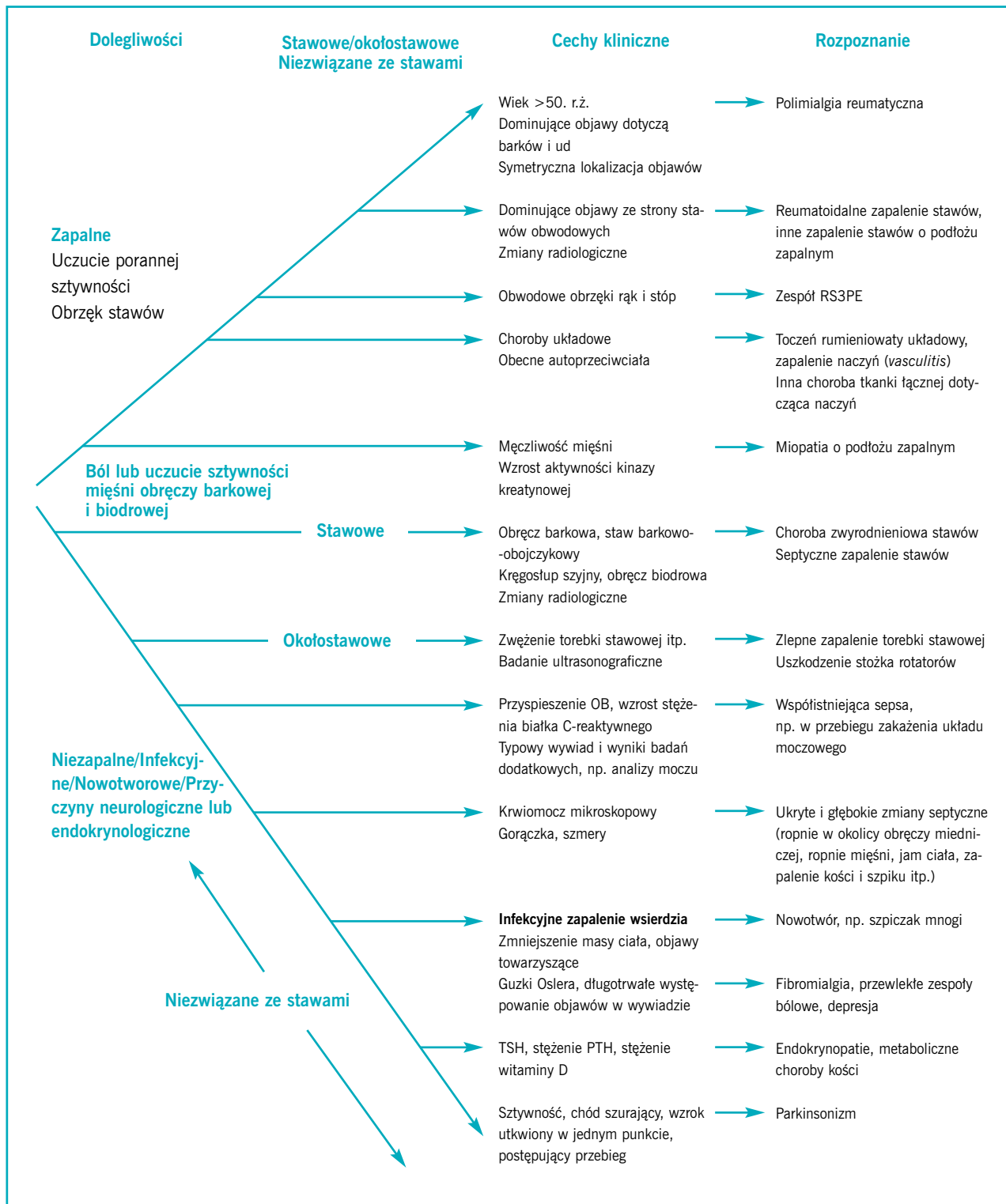
- pierwszy i drugi nawrót – powrócić do poprzednio stosowanej większej dawki glikokortykosteroidów
- rozważyć leczenie immunosupresyjne, np. metotreksat

#### Nawrót pod postacią olbrzymiokomórkowego zapalenia tętnic:

- leczyć glikokortykosteroidami w dużych dawkach – 40-60 mg prednizolonu na dobę
- jeśli skuteczność glikokortykosteroidów jest niezadowalająca lub leki te są nieskuteczne, należy rozważyć inne rozpoznanie

**Rycina 1. Algorytm postępowania w polimialgii reumatycznej (PMR)**

CRP (C-reactive protein) – białko C-reaktywne; OB – odczyn Biernackiego; PMR (polymyalgia rheumatica) – polimialgia reumatyczna



**Rycina 2. Zalecenia postępowania w przypadku bólu i uczucia sztywności mięśni obręczy barkowej i biodrowej**

RS3PE (remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema) – nawracające symetryczne seronegatywne zapalenie stawów z obrzękiem ciastowatym

## Ustalanie rozpoznania

W pierwszej kolejności powinno się uwzględnić kryteria przemawiające za występowaniem choroby oraz ją wykluczające, należy też wykluczyć choroby o podobnym obrazie klinicznym. Przed włączeniem leczenia konieczne jest wykonanie podstawowych badań laboratoryjnych. Schemat postępowania przedstawiono na rycinie 1. Schemat podejmowania decyzji diagnostycznych w przypadku bólu i uczucia sztywności mięśni obręczy barkowej lub biodrowej przedstawiono na rycinie 2.

Kolejnym krokiem jest ocena skuteczności prednizolonu w standardowej dawce – 15 mg/24 h. U 70% pacjentów z PMR terapia taka jest klinicznie skuteczna po tygodniu jej stosowania, a po czterech tygodniach dochodzi do normalizacji laboratoryjnych parametrów zapalnych. Nietypowy obraz kliniczny lub brak reakcji na leczenie glikokortykosteroidami mogą sugerować inną chorobę. W takim przypadku należy rozważyć skierowanie pacjenta do specjalisty. W wytycznych nie uwzględniono aktywnej postaci olbrzymiokomórkowego zapalenia tętnic (GCA) ze względu na fakt, że wymaga ona niezwłocznego włączenia leczenia glikokortykosteroidami.<sup>1</sup> GCA

### Piśmiennictwo:

1. Dasgupta B, Borg FA, Hassan N, et al. BSR and BHPH guidelines for the management of polymyalgia rheumatica. *Rheumatology* 2010;49:186-90.
2. Dasgupta B, Kalke S. Polymyalgia rheumatica. In: Isenberg D, Maddison P, Woo P, Glass D, Breedveld F (eds), *Oxford textbook of rheumatology*, 3rd edn. Oxford: Oxford University Press, 2004:977-82.
3. Dasgupta B, Hutchings A, Matteson EL. Polymyalgia rheumatica: the mess we are in and what we need to do about it. *Arthritis Rheum* 2006;55:518-20.

## Komentarz:

prof. nadzw. dr hab. med. Piotr Głuszko  
Instytut Reumatologii, Warszawa

**P**olimialgia reumatyczna jest chorobą stosunkowo częstą. Jej nazwa została wprowadzona przez Barbera w 1957 r.,<sup>1</sup> a w kilka lat później opisano jej związek z olbrzymiokomórkowym zapaleniem tętnic. Choroba dotyczy osób w wieku >50. r.ż., głównie kobiet, a częstość jej występowania zwiększa się także w Polsce, najprawdopodobniej w związku ze starzeniem się społeczeństwa. Roczna zachorowalność w Europie wynosi ok. 52/100 tys.,<sup>2</sup> w codziennej praktyce reumatologicznej diagnozujemy i leczymy więc wielu pacjentów chorych na polimialgię. Ze względu na mało swoisty obraz choroby (bóle mięśni proksymalnych, bóle stawów) i brak patognomicznych markerów laboratoryjnych jej rozpoznanie może być trudne, zwłaszcza w warunkach opieki podstawowej. Ustala się je głównie przez wykluczenie innych patologii, dlatego cennym elementem omawianej publi-

kacji Dasgupty jest wymienienie licznych chorób przebiegających z uczuciem bólu i sztywności w okolicy szyi i proksymalnych części kończyn. Konieczna jest w tych przypadkach diagnostyka różnicowa.

## Wdrożenie wytycznych

Wdrożenie wytycznych nie wymaga dodatkowych kosztów, konieczne jest jedynie przeszkolenie lekarzy rodzinnych. Powinni oni mieć możliwość zlecenia rutynowych badań uwzględnionych w wytycznych oraz prowadzenia nadzoru nad pacjentami według zaleceń.

## Dodatkowe informacje

Dodatkowe informacje dotyczące wytycznych, w tym piśmiennictwa, procesu opracowywania, wdrażania i konsekwencji, dostępne są na stronie internetowej „Rheumatology” ([www.rheumatology.oxfordjournals.org](http://www.rheumatology.oxfordjournals.org)).<sup>1</sup>

Adres do korespondencji: Professor B. Dasgupta, Department of Rheumatology, Southend University Hospital, Prittlewell Chase, Westcliff-on-Sea, Essex SS0 0RY, UK. E-mail: [bhaskar.dasgupta@southend.nhs.uk](mailto:bhaskar.dasgupta@southend.nhs.uk)

© Copyright 2011 Royal College of Physicians i Medical Tribune Polska Sp. z o.o.

4. Hutchings A, Hollywood J, Lamping D, et al. Clinical outcomes, quality of life and diagnostic uncertainty in the first year in polymyalgia rheumatica. *Arthritis Rheum* 2007;57:803-9.
5. Dasgupta B, Dolan AL, Fernandes L, et al. An initially doubleblind controlled 96 week trial of depot methylprednisolone against oral prednisolone in the treatment of polymyalgia rheumatica. *Brit J Rheumatol* 1998;37:189-95.
6. Royal College of Physicians. Glucocorticoid-induced osteoporosis: guidelines for prevention and treatment. London: RCP, 2002.

ki Dasgupty jest wymienienie licznych chorób przebiegających z uczuciem bólu i sztywności w okolicy szyi i proksymalnych części kończyn. Konieczna jest w tych przypadkach diagnostyka różnicowa.

Wytyczne dotyczące rozpoznawania polimialgii reumatycznej i postępowania w tej chorobie opublikowane przez ekspertów Polymyalgia Rheumatica Guideline Development Group z Wielkiej Brytanii różnią się w kilku szczegółach od zasad postępowania w naszym kraju. Większość polskich ekspertów zaleca przyjęcie kryteriów rozpoznawczych polimialgii wg Healeya lub Birda.<sup>1,2</sup> W najnowszej propozycji, czyli „Rekomendacjach postępowania w reumatologii 2012”,<sup>3</sup> podano następujące kryteria rozpoznawcze:

1. Wiek >50 lat.
2. Ból i ograniczenie ruchomości stawów, ze sztywnością poranną, trwające co najmniej 1 miesiąc i zajmujące co najmniej 2 z 3 lokalizacji: szyja, obręcz barkowa, obręcz biodrowa.
3. OB >40.
4. Dobra i szybka odpowiedź na glikokortykosteroidy (prednizon 10-20 mg/24 h).

Jeśli wykluczono inne zespoły chorobowe, a wszystkie po-



zostałe kryteria są spełnione – rozpoznaje się polimialgię. W młodszych grupach wiekowych polimialgia jest bardzo rzadka. Są to więc zmodyfikowane i uproszczone kryteria Healeya. Dasgupta podaje natomiast następujące objawy przemawiające za rozpoznaniem choroby:

- obustronny ból w okolicy obręczy barkowej lub biodrowej
- uczucie porannej sztywności utrzymujące się >45 min
- nagły początek
- wiek >50 lat
- czas trwania >2 tygodni (wg Healeya >6 tygodni)
- wzrost parametrów stanu zapalnego (OB/CRP).

Wytyczne Dasgupty, zalecające postępowanie diagnostyczne w dwóch etapach, potwierdzają jednak przydatność oceny skuteczności prednizonu w standardowej dawce 15 mg/24 h i konieczność przeprowadzenia badań laboratoryjnych różnicujących przed wdrożeniem glikokortykosteroidów.

W omawianych wytycznych brytyjskich pewne *novum* stanowią kryteria przemawiające za skierowaniem pacjenta do specjalisty. W Polsce rutynowym postępowaniem jest kierowanie pacjentów z podejrzeniem polimialgii do reumatologów, jednak z powodu nieswoistego obrazu choroby pacjenci są często kierowani do lekarzy innych specjalności, np. neurologów, onkologów, ortopedów.

Uważam, że bardzo cenne jest wyliczenie przez ekspertów brytyjskich koniecznych do wykonania badań laboratoryjnych, niezbędnych w diagnostyce różnicowej. W Polsce nacisk kierownictwa zakładów opieki zdrowotnej i zaniżone stawki rozliczeniowe skrajnie ograniczają możliwości diagnostyki ambulatoryjnej, zwłaszcza na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Część pacjentów z polimialgią jest więc hospitalizowana w celach diagnostycznych.

Zarówno eksperci brytyjscy, jak i autorzy polskich wytycznych<sup>3</sup> przyjmują możliwość współistnienia u części pacjentów polimialgii i olbrzymiokomórkowego zapalenia tętnic. To poszerza z kolei diagnostykę o badania obrazowe, naczyniowe, a często też okulistyczne.

W leczeniu polimialgii zaleca się powszechnie (z wyjątkiem przypadków przebiegających z zapaleniem naczyń) stosowanie

glikokortykosteroidów w średnich dawkach (15-20 mg prednizonu/24 h) i stopniową redukcją dawki. Czas trwania leczenia zarówno nasi, jak i brytyjscy eksperci określają na 1-3 lata. Brytyjczycy dopuszczają także podawanie metyloprednizonu domięśniowo w dawce 120 mg co 3-4 tygodnie, z następową redukcją dawki o 20 mg co 2-3 miesiące, co w naszych warunkach jest rzadkim postępowaniem. Zarówno w Polsce,<sup>1</sup> jak i w Wielkiej Brytanii przyjmuje się podawanie metotreksatu jako postępowanie alternatywne, gdy glikokortykosteroidy nie mogą być zastosowane. Godne pochwały jest przedstawione przez Dasguptę zalecenie o konieczności prewencji osteoporozy i innych powikłań związanych z przewlekłą terapią glikokortykosteroidami.

Reasumując, wytyczne Polymyalgia Rheumatica Guideline Development Group adresowane są głównie do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, w tym lekarzy rodzinnych, czyli w warunkach brytyjskich *general practitioners* funkcjonujących w innych niż polskie uwarunkowaniach organizacyjnych opieki zdrowotnej. Biorąc pod uwagę wiedzę i praktykę medyczną, nie wprowadzają nowych czy też kontrowersyjnych metod postępowania. Niezwykle cenne jest to, że autorzy zwracają uwagę na trudności diagnostyczne wynikające z konieczności uwzględnienia licznych chorób, które zwłaszcza w początkowym okresie mogą naśladować obraz kliniczny polimialgii reumatycznej. Często zbyt szybkie wdrożenie terapii glikokortykosteroidami, łagodząc objawy, maskuje obraz choroby podstawowej i może znacznie opóźnić jej rozpoznanie. Warto pamiętać, że niekiedy choroby nowotworowe mogą powodować nieswoiste bóle mięśni i stawów, przyspieszenie OB i wzrost stężenia CRP. Ta sama uwaga dotyczy wielu chorób wywoływanych przez bakterie i wirusy.

#### Piśmiennictwo:

1. Puszczewicz M. Polimialgia reumatyczna. W: Szczekliki A. Choroby wewnętrzne. Tom 2. Medycyna Praktyczna, Kraków 2006;1702-1703.
2. Brzosko M. Polimialgia reumatyczna. W: Zimmermann-Górska I. Reumatologia kliniczna. Tom 2. PZWL, Warszawa, 2008;708-709.
3. Tlustochowicz W, Tlustochowicz M. Polimialgia reumatyczna. Rekomendacje postępowania w reumatologii 2012. 30. Konferencja Ordynatorów i Kierowników Poradni Reumatologicznych. Warszawa, 2-3.06.2011;190-191.