

Behandling af polymyalgia rheumatica (muskelgigt) og arteritis temporalis (kæmpecelle karbetændelse)

Du skal behandles for en muskelgigt, der enten er af typen polymyalgia rheumatica, arteritis temporalis eller en blanding af begge. Sygdommene har ikke noget entydigt dansk navn, men betegnes ofte som "ægte muskelgigt" og "kæmpecelle-karbetændelse".

Polymyalgia rheumatica og arteritis temporalis tilhører gruppen af såkaldte vaskulitter. Vaskulitter har tilfælles, at der opstår en kronisk steril (uden bakterier) betændelse i blodkarrene. Betændelsen lukker blodkarrene, så blodforsyningen bliver utilstrækkelig. Det kan ødelægge væv og organer.

Polymyalgia rheumatica og specielt arteritis temporalis er karakteriseret ved betændelse i hovedpulsåren (aorta) og de store pulsåre-forgreninger (arterier), især pulsårerne i hovedet, fx i tindingeregionen (arteria temporalis).

Behandlingen er medicinsk, og der vil ofte være en meget tydelig effekt med lindring af symptomerne efter allerede 1-2 dage. Enkelte patienter kan vise sig at have behov for stor medicindosis i lang tid.

SÅDAN STILLER LÆGEN DIAGNOSEN

Behandlingen af polymyalgia rheumatica og arteritis temporalis kræver, at de er diagnosticeret rigtigt. De er lette at forveksle med andre sygdomme, fx leddegigt, kræftsygdomme og infektioner. Det er derfor nødvendigt med en række undersøgelser før behandling.

De vigtigste oplysninger, for at lægen kan stille diagnosen, er:

- din sygehistorie
- lægens undersøgelse af dine led og muskler
- enkelte blodprøver, hvor lægen finder en forhøjet blodsænkning (SR>40 mm/time) eller forhøjet CRP (>40 mg/l) uden anden oplagt forklaring på forhøjelsen

- udelukkelse af andre sygdomme, fx med supplerende blod- og urinprøver. En CT-skanning af hals, brystkasse og mave bruges i uklare tilfælde
- en vævsprøve fra en lille pulsåre i huden over tindingen ved mistanke om arteritis temporalis
- lægens iagttagelse af, at behandling af dig med 15 mg Prednison/døgn har en hurtig og tydelig respons.

Symptomer på polymyalgia rheumatica og arteritis temporalis

Symptomerne begynder hos mange patienter med almene og uspecifikke symptomer såsom let temperaturforhøjelse, træthed, tristhed, generel svækkelse, nedsat appetit og vægttab.

Hos de fleste kommer gradvist smerter, stivhed og nedsat kraft i skuldre, overarme, lænd, hofter og lår. Symptomerne optræder ofte symmetrisk i kroppen. Symptomerne er værst om morgenen, især stivheden. Det kan være påfaldende svært at løfte armene over hovedet eller at rejse sig fra en stol.

Der kan være let hævelse af leddene i hænder, håndled og knæ. Der kan være sovende fornemmelser eller natlige smerter i tommelfingeren og dens 2 nabofingre.

Ved den ene forløbsform af sygdommen – arteritis temporalis – er der typisk hovedpine, som er lokaliseret til en eller begge sider af kraniet. Der kan optræde smerter i tungen og smerter i kæbemusklerne ved tygning. Mange oplever ubehag eller smerter i tindinger eller hårbund ved berøring, fx ved hårredning.

Det alvorligste symptom ved arteritis temporalis er fra øjnene, blandt andet dobbeltsyn og i sjældne tilfælde synstab. Disse sjældne symptomer fra øjnene bør undersøges og behandles akut.



SÅDAN FOREGÅR DEN MEDICINSKE BEHANDLING

Både ved polymyalgia rheumatica og arteritis temporalis er den vigtigste behandling binyrebarkhormon (Prednison eller Prednisolon, tabletter på 5 eller 2,5 mg).

Prednison er et kunstigt binyrebarkhormon, der ligner og virker som et hormon, som kroppen normalt producerer. Prednison er et meget effektivt og hurtigtvirkende lægemiddel, som dæmper den sterile betændelse i kroppen.

Lægen vil aftale behandlingsplan og lave et medicineringsskema til dig. Som udgangspunkt skal du anvende så lav en dosis som muligt i en så kort periode som muligt for at undgå bivirkninger.

Behandling af polymyalgia rheumatica

Ved polymyalgia rheumatica starter behandlingen med 15 til højst 20 mg Prednison/døgn. Der er oftest meget tydelig effekt med lindring af dine symptomer allerede efter 1-2 dage og halvering af den forhøjede blodprøve (CRP) inden for 4 dage.

Behandling af arteritis temporalis

Ved arteritis temporalis skal startdosis af Prednison være 40 mg/døgn. Samtidig bør du tage en Magnyl® 75 mg dagligt for at mindske risiko for kredsløbsforstyrrelser.

Trap langsomt ned

Nedtrapning af Prednison er ofte en vanskelig proces, og tempoet varierer betydeligt fra patient til patient. De fleste kan ophøre med Prednison efter 1-2 år. Det er bedre, at nedtrapningen går for langsomt end for hurtigt, for at undgå at sygdommen blusser op igen.

Ved nedtrapningen er det vigtigt at være opmærksom på, at det er let at forveksle genopblussen af sygdommen med kroppens normale reaktion på nedsat tilførsel af binyrebarkhormon. Det er derfor, reduktioner ikke skal ske hyppigere end 1 gang per måned og kun med en lille reduktion per døgn.

Eksempel på nedtrappingsdoser

Et nedtrappingsforløb kan tages i disse trin:

- Når døgndosis af Prednison er 15 mg/døgn, kan døgndosis ofte reduceres med 2,5 mg Prednison hver måned.
- Når dosis er nede på 10 mg/døgn, bør døgndosis kun reduceres med 1,25 mg Prednison hver måned.
- Når døgndosis kommer ned på 5-7,5 mg Prednison, kan det være nødvendigt, at du bliver på denne dosis i nogle måneder.

Hvis sygdommen blusser op

Hvis sygdommen blusser op igen med fornyede symptomer og forhøjet CRP, øges den dosis af Prednison, som sidst kunne holde sygdommen i ro, midlertidigt.

Inden hver reduktion af dosis bør du få lavet en blodprøvekontrol (CRP).

Enkelte patienter viser sig at have behov for ret meget Prednison i lang tid. Er du en af disse patienter, kan lægen forsøge at erstatte noget af den dosis Prednison, du får, med lægemidlet Methotrexat. Methotrexat er velkendt til behandling af leddegigt.

BIVIRKNINGER

Se sygehusets pjece om den eller de typer medicin, der bruges til behandlingen.

VÆR OPMÆRKSOM PÅ

Tag supplerende kosttilskud af kalk og D-vitamin

Ved behandling med Prednison anbefaler vi, at du tager kosttilskud med kalk og D-vitamin for at modvirke afkalkning af knoglerne (osteoporose). Hvis du er utryk ved at spise kalktilskud, bør du sikre dig, at du får kalk nok via din kost. En blodprøve kan vise, om du har brug for at tage ekstra D-vitamin.

Dyrk motion

Ved starten af behandlingen anbefales det at måle knogletætheden med en særlig skanning (dexa-skanning) for at vurdere, om du også bør have knoglestyrkende medicin. Lægen vil normalt bestille skanning.



ningen efter aftale med dig. Du skal være opmærksom på, at du selv kan styrke knoglerne ved at dyrke motion.

KONTAKT OG MERE VIDEN

Har du spørgsmål, er du velkommen til at kontakte os. Vil du vide mere om polymyalgia rheumatica og arteritis temporalis, kan du eventuelt læse mere på patienthaendbogen.dk.



Kontakt

Mandag – fredag 8.00-15.00

Reumatologisk Afdeling
Tlf. 97 64 09 90

Gigtsygeplejersken
97 64 09 79
97 64 09 84
97 64 09 85
97 64 09 86

Årsager til polymyalgia rheumatica og arteritis temporalis

Årsagen er ukendt. Genetiske og miljømæssige faktorer kan have en vis betydning. Tobaksrygning giver cirka 6 gange øget risiko for at udvikle sygdommen. Det er ualmindeligt, at sygdommen kommer igen hos den samme person.

Hyppighed af sygdommen

Hyppigheden kendes ikke præcist. Blandt andet fordi mange lette tilfælde ikke opdares eller forveksles med andre sygdomme. Det anslås, at 6 ud af 1000 personer over 50 år vil udvikle polymyalgia rheumatica og 2 arteritis temporalis.

Næsten alle patienter er over 50 år og de fleste over 60 år. Kvinder rammes 4 gange hyppigere end mænd.