

**Δ. Παπαϊωαννίδης**  
**Ι. Ξανθόπουλος**  
**Χ. Γιώτης**  
**Ε. Αθανασίου**  
**Γ. Χατζηαθανασίου**  
**Φ. Συμεωνίδης**

**Ν.Γ.Ν. Αρτας και Π.Γ.Ν. "Ιπποκράτειο"**  
**Θεσ/νίκης**

## Ατυπη έναρξη ρευματικής πολυμυαλγίας

### Περίληψη

Η ρευματική πολυμυαλγία (ΡΡΜ) αποτελεί ρευματικό σύνδρομο, που προσβάλλει ηλικιωμένα άτομα και χαρακτηρίζεται κυρίως από αρθραλγίες και μυαλγίες της ωμικής και πυελικής ζώνης (κεντρομελικού τύπου), που εμφανίζονται αιφνίδια ή προοδευτικά εντός λίγων εβδομάδων. Σε 6 από τους 40 ασθενείς με τελική διάγνωση ΡΡΜ, που μελετήσαμε κατά το διάστημα από 1984 - 98 η νόσος εκδηλώθηκε αρχικά ως περιφερική οροαρνητική αρθρίτιδα (προσβολή γόνατος, ποδοκνημικής ή ώμου ετερόπλευρα, προσβολή πηχεοκαρπικών και μετακαρποφαλαγγικών άμφω), άλγος στα κάτω άκρα (2 ασθενείς) και κοιλιακό άλγος (ένας ασθενής). Η τυπική κλινική εικόνα της ΡΡΜ στους ανωτέρω ασθενείς αναπτύχθηκε μετά από 3 - 14 μήνες και ενώ οι ασθενείς ακολουθούσαν αγωγή με μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη.

Συμπεραίνεται ότι η ΡΡΜ είναι δυνατό να εκδηλωθεί άτυπα με περιφερική αρθρίτιδα και να παρέλθει διάστημα αρκετών μηνών για την εμφάνιση της τυπικής κλινικής εικόνας.

### Εισαγωγή

Η ρευματική πολυμυαλγία (ΡΡΜ) συνήθως περιγράφεται ως ένα σύνδρομο, που εμφανίζεται σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών και χαρακτηρίζεται από αρθραλγίες και μυαλγίες, που εντοπίζονται κυρίως στην ωμική και πυελική ζώνη (1 - 5). Τα συμπτώματα της ΡΡΜ εκδηλώνονται αιφνίδια μέσα σε μια νύχτα ή μπορεί να εμφανισθούν σταδιακά μέσα σε λίγες εβδομάδες (1-4,6). Η συχνότητα με την οποία η ΡΡΜ εκδηλώνεται σε άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών υπολογίζεται ότι είναι 4 περιπτώσεις ανά 1.000 άτομα ανά έτος (7). Στις συμπτωματικές εκδηλώσεις της ΡΡΜ περιλαμβάνονται πυρετός (συνήθως χαμηλός), κόπωση, καταβολή δυνάμεων και απώλεια βάρους (πίνακας 1). Είναι γενικά αποδεκτό ότι οι περισσότεροι άρρωστοι με ΡΡΜ προσέρχονται στο γιατρό με πόνο

### Πίνακας 1. Κλινικοεργαστηριακά χαρακτηριστικά ΡΡΜ

#### Σημεία και συμπτώματα

- Πόνος και ευαισθησία στον αυχένα, την ωμική ζώνη, τη ράχη, την πυελική ζώνη και το ισχίο και χαμηλή οσφυαλγία.
- Πρωινή δυσκαμψία
- Ανορεξία, μυϊκή αδυναμία, εύκολη κόπωση, απώλεια βάρους.
- Πυρετός (συνήθως χαμηλός)

#### Εργαστηριακά ευρήματα

- Αύξηση της ΤΚΕ (συχνά τριψήφια)
- Ηπιου βαθμού αναιμία
- Θρομβοκυττάρωση
- Αύξηση των α-σφαιρινών
- Ηπιου βαθμού αύξηση των ηπατικών ενζύμων
- Φυσιολογικά επίπεδα CRP
- Φυσιολογικό ηλεκτρομυογράφημα
- Φυσιολογικά ευρήματα από τη βιοψία μυός
- Φλεγμονώδεις αλλοιώσεις στη βιοψία εγγύς αρθρώσεων

στον αυχένα, τον ώμο και την πύελο συμμετρικά. Έχουν περιγραφεί και λίγες περιπτώσεις αρρώστων που αρχικά εμφάνισαν πόνο και δυσκαμψία στον ένα ώμο ή το ένα ισχίο, αλλά στη συνέχεια τα ενοχλήματα έγιναν αμφοτερόπλευρα (4). Απουσία των τυπικών εκδηλώσεων, η διάγνωση της ΡΠΜ είναι δύσκολο να γίνει. Για το λόγο αυτό, διάφοροι ερευνητές που ασχολούνται με τη ΡΠΜ θέσπισαν κριτήρια για τη διάγνωσή της (στον πίνακα 2 αναγράφονται τα κριτήρια του LA Healey).

Τα τελευταία 15 χρόνια, μεταξύ 40 διαδοχικών

**Πίνακας 2**  
**Κριτήρια για τη διάγνωση της ρευματικής πολυμυαλγίας**  
**(Healey, Mason Clinic, USA 1984)**

- \*Επίμονο άλγος (διάρκειας τουλάχιστον 1 μήνα) που αφορά δύο από τις εξής περιοχές: αυχενική χώρα, ώμους και πνευλική ζώνη
- \* Πρωινή δυσκαμψία διάρκειας > 1h
- \* Ταχεία απάντηση στην πρεδνιζόνη (<20 mg ημερησίως)
- \* Απουσία άλλων νόσων ικανών να προκαλέσουν μυοσκελετικά συμπτώματα
- \* Ηλικία άνω των 50 ετών
- \* ΤΚΕ >40 mm/h

περιπτώσεων ΡΠΜ που αντιμετωπίσαμε, οι 6 άρρωστοι δεν προσήλθαν με τα τυπικά συμπτώματα της ΡΠΜ. Η τυπική κλινική εικόνα αναπτύχθηκε μετά από χρονικό διάστημα 3 - 14 μηνών.

**Υλικό και μέθοδοι**

Η μελέτη είναι αναδρομική και αφορά 40 αρρώστους που προσήλθαν διαδοχικά στο διάστημα 1984 - 1998 στο νοσοκομείο και στους οποίους τελικά τετέθη η διάγνωση της ΡΠΜ. Η κλινική εξέταση, η παρακολούθηση και η τελική διάγνωση έγιναν από γιατρό με ειδική εμπειρία στα ρευματικά νοσήματα. Από τον έλεγχο των φακέλων νοσηλείας των παραπάνω αρρώστων καταγράφηκαν οι κλινικές εκδηλώσεις και τα εργαστηριακά ευρήματα των αρρώστων κατά την αρχική προσέλευσή τους, η κλινική πορεία αυτών και η θεραπεία που έλαβαν καθόλη την διάρκεια της παρακολούθησης μέχρι τη στιγμή της τελικής διάγνωσης.

Εξι από τους 32 αρρώστους προσήλθαν με αρχικά ενοχλήματα (διάρκειας 3 - 25 ημερών) από το μυοσκελετικό χωρίς τα τυπικά συμμετρικά άλγη της ωμικής και πνευλικής ζώνης. Η τυπική εικόνα παρουσιάστηκε μετά από παρέλευση 3 - 14 μηνών (πίνακας 3). Κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης όλοι οι άρρωστοι είχαν αρνητική εξέταση για ρευματοειδή παράγοντα και αρνητικό οστικό ακτινολογικό έλεγχο.

Τα χαρακτηριστικά των 6 αρρώστων που προσήλθαν με άτυπες εκδηλώσεις φαίνονται στον πίνακα 3.

Όλοι οι άρρωστοι υποβλήθηκαν στον κατάλληλο έλεγχο για τον αποκλεισμό λοίμωξης ή νεοπλασίας ή άλλου νοσήματος που θα μπορούσε να ευθύνεται για τις κλινικές εκδηλώσεις των αρρώστων. Οι τρεις από τους 6 αρρώστους με άτυπη κλινική εικόνα υπο-

βλήθηκαν και σε βιοψία κροταφικής αρτηρίας που έδωσε αρνητικά αποτελέσματα. Όλοι οι άρρωστοι είχαν αρνητική εξέταση για ρευματοειδή παράγοντα.

Για τα ενοχλήματά τους και οι 6 άρρωστοι έλαβαν μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (ΜΣΑΦ) χωρίς σημαντική υποχώρηση των ενοχλημάτων. Τέσσερις άρρωστοι εμφάνιζαν απογευματινή πυρετική κίνηση, που υποχώρησε με το αντιφλεγμονώδες φάρμακο. Η ΤΚΕ στους 5 ασθενείς ήταν αυξημένη και δεν ελαττώθηκε σημαντικά με τη χορήγηση ΜΣΑΦ. Σε μια ασθενή χορηγήθηκε ενέσιμο στεροειδές παρατεταμένης δράσης (Celestone Chronodose) με παροδική υποχώρηση του άλγους (επανεμφανίστηκε 1 1/2 μήνα μετά την ένεση).

**Συζήτηση**

Αν και δεν είναι ευρέως αποδεκτά, για τη διάγνωση της ΡΠΜ έχουν θεσπισθεί από διάφορους ερευνητές διαγνωστικά κριτήρια (πίνακας 2). Οσον αφορά τα κριτήρια του LA Healey, για τη διάγνωση της ΡΠΜ απαιτείται η παρουσία όλων εξ αυτών (8). Η ευαισθησία και η ειδικότητα των διαφόρων διαγνωστικών κριτηρίων για τη ΡΠΜ αποτελεί αντικείμενο έρευνας των διαφόρων ειδικών (1).

Η παρουσία αυξημένης ΤΚΕ προσφέρει σημαντική βοήθεια στη διάγνωση της ΡΠΜ, είναι γνωστό όμως ότι μπορεί να παρατηρηθούν και χαμηλές τιμές ΤΚΕ (4,7). Κανένας από τους 6 αρρώστους μας δεν είχε τριπλή ΤΚΕ, ενώ μια άρρωστη είχε τιμή στα φυσιολογικά όρια. Η ΤΚΕ μπορεί να είναι φυσιολογική στο 22% των αρρώστων με ΡΠΜ, όταν πρωτοπαρουσιάζονται στο γιατρό (9). Μια και δεν υπάρχουν δοκιμασίες που να είναι ειδικές για τη νόσο ή να μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την ασφαλή διάγνωση της ΡΠΜ, η διάγνωση βασίζεται στην κλινική εικόνα. Ετσι εύκολα μπορεί να δημιουργηθεί διαγνωστική σύγχυση ή δυσκολίες στη σωστή διάγνωση, ιδίως όταν η νόσος πρωτοεκδηλώνεται άτυπα. Άτυπη έναρξη της ΡΠΜ ίσως δεν είναι σπάνια. Σε μελέτη από τον Καναδά διαπιστώθηκε ότι ένα ποσοστό 8,6% των αρρώστων προσήλθαν στο γιατρό με άτυπες εκδηλώσεις και ανέπτυξαν την τυπική εικόνα μετά από λίγους μήνες (10). Σε άλλη εργασία από την Ιταλία βρέθηκε ότι περιφερικές μυοσκελετικές εκδηλώσεις, παρατηρούνται στο 45% των αρρώστων με ΡΠΜ (11). Στο 69% των περιπτώσεων συνυπήρχαν εκδηλώσεις από τις κεντρικές αρθρώσεις, ενώ το υπόλοιπο 31% αφορούσε περιπτώσεις υποτροπής με εκδηλώσεις μόνο από την περιφέρεια. Η νόσος είναι βαρύτερη, όταν συνυπάρχουν συμπτώματα από περιφερικές αρθρώσεις, χωρίς όμως να παρατηρηθούν με την πάροδο του χρόνου οστικές αλλοιώσεις (11). Περιφερικές εκδηλώσεις πιο συχνά υπήρχαν σε γυναίκες και η ανταπόκριση στα στεροειδή ήταν ταχεία (11). Περιφερική αρθρίτιδα ως συνοδός εκδήλωση της τυπικής ΡΠΜ έχει περιγραφεί και από άλλους (8,12,13). Η ακριβής συχνότητα, με την οποία εκδηλώνεται αρχικά άτυπα η ΡΠΜ, είναι δύσκολο να καθορισθεί, ιδίως στη χώρα μας όπου δεν συνηθίζουν όλοι οι άρρωστοι να παρακολουθούνται στο ίδιο ιατρείο και επισκέπτονται (ιδίως όταν επιμένουν τα ενοχλήματά τους) πολλούς γιατρούς και διάφορα νοσοκομεία.

Υποκλινική αρθρίτιδα που αφορά τις εγγύς αρθρώσεις, όπως αποδείχθηκε με εκτέλεση βιοψιών στις κατ' ώμον αρθρώσεις (13), μπορεί κάλλιστα να αποτελεί τον κύριο παθογενετικό μηχανισμό για την εμφάνιση των συμμετρικών συμπτωμάτων από την αντίστοιχη μυική ζώνη (π.χ. ωμική). Οι 5 από τους 6 αρρώστους μας παρουσίαζαν στις αρχικές εκδηλώσεις της νόσου περιφερική αρθρίτιδα (στην κατά γόνυ άρθρωση, στις πηχεοκαρπικές, στην ποδοκνημική και στις μετακαρπιοφαλαγικές) και 2 άρθρωτοι ετερόπλευρη προσβολή της κατ' ώμον άρθρωσης. Πιθανώς να υπάρχει μια υποομάδα αρρώστων με ΡΠΜ, στους οποίους η νόσος αρχίζει με κλινική ή υποκλινική προσβολή περιφερικών αρθρώσεων και στη συνέχεια εξαπλώνεται κεντρικά για να προσβάλει και τις εγγύς αρθρώσεις.

Η γνώση ότι η ΡΠΜ μπορεί να εκδηλωθεί άτυπα χωρίς τα τυπικά συμπτώματα συμμετρικού χαρακτήρα από την ωμική και πυελική ζώνη θα συντελέσει στην ευκολότερη διάγνωση της νόσου και την έγκαιρη χορήγηση της σωστής αγωγής. Πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η πιθανότητα εμφάνισης ΡΠΜ μετά από λίγους μήνες σ' όλους τους ηλικιωμένους αρρώστους που προσέρχονται για εξέταση με μυοσκελετικά συμπτώματα (όπως περιφερική αρθρίτιδα, μυαλγίες, ετερόπλευρο άλγος στον ώμο ή το ισχίο κ.α.) που δεν μπορούν ν' αποδοθούν σε γνωστή αιτία και να συστήνεται σ' αυτούς η συχνή και τακτική παρακολούθηση.

#### Summary

#### A typical presentation of polymyalgia rheumatica

D. Papaioannides, J. Xanthopoulos, C. Yiotis, E. Athanassiou, G. Hatjiathanassiou, P. Symeonides

Forty patients with polymyalgia rheumatica (PR) were seen at our hospitals during 1984 - 98. Six of these patients presented without the typical limb girdle features associated with PR. Presenting manifestations included peripheral synovitis, unilateral shoulder pain and abdominal pain. Typical symptoms e-

involved over a period of 3 - 14 months. Increased clinical awareness of a typical presentations may assist earlier diagnosis and effective treatment of this disease.

#### Βιβλιογραφία

1. Salvarini C, Macchioni P, Boiardi L. Polymyalgia rheumatica. Lancet 1997, 350:43-7
2. Gordon I. Polymyalgia rheumatica: a clinical study of 21 cases. Q J Med 1960, 29:473-88.
3. Chuang T, Hunder GG, Ilstrup DM, Kurland LT. Polymyalgia rheumatica: a ten-year epidemiologic and clinical study. Ann Intern Med 1982, 97:672-80.
4. Olhagen B. Polymyalgia rheumatica. Clin Rheum Dis 1986, 12:33-47.
5. Cohen MD, Ginsburg WW. Polymyalgia rheumatica Rheum Dis Clin North Ann 1990, 16:325-39.
6. Miller LD, Stevens MB. Skeletal manifestations of polymyalgia rheumatica. JAMA 1978, 240:27-9.
7. Kyle V, Silverman B, Silman A et al. Polymyalgia rheumatica/giant cell arteritis in a Cambridge general practice. BMJ 1985, 291:335-7.
8. Healey LA, Long-term follow-up of polymyalgia rheumatica: evidence for synovitis. Semin Arthritis Rheum 1984, 13:322-8.
9. Ellis ME, Ralston S. The ESR in the diagnosis and management of the polymyalgia rheumatica/giant cell arteritis syndrome. Ann Rheum Dis 1983, 42:168-70.
10. Fitzcharles M-A, Esdaile JM. Atypical presentations of polymyalgia rheumatica. Arthritis Rheum 1990, 33:403-6.
11. Salvarini C, Cantini F, Macchioni P, et al. Distal musculoskeletal manifestations in polymyalgia rheumatica. A prospective follow-up study. Arthritis Rheum 1998, 41:1221-6.
12. Al-Hussaini AS, Swannell AJ. Peripheral joint involvement in polymyalgia rheumatica: a clinical study of 56 cases. Br J Rheumatol 1985, 24:27-30.
13. Chou C-T, Schumacher HR Jr. Clinical and pathologic studies of synovitis in polymyalgia rheumatica. Arthritis Rheum 1984, 27:1107-17

Πίνακας 3. Χαρακτηριστικά των αρρώστων με άτυπες εκδηλώσεις ΡΠΜ

Α/Α	ΗΛΙΚΙΑ/ΦΥΛΟ	ΑΡΧΙΚΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ	Η/ΥΤΚΕ	ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΥΠΙΚΩΝ ΕΚΔΗΛΩΣΕΩΝ (ΜΗΝΕΣ)
1.	66/Θ	Αρθρίτιδα αριστ.πηχεοκαρπικής και στη συνέχεια προσβολή των μετακαρπιοφαλαγγικών αρθρώσεων άμφω, μυαλγίες κάτω άκρων, δεκαδική πυρετική κίνηση	34/68	3
2.	70/Α	Αρθρίτιδα δεξιός κατά γόνυ, γαστροκνημικό άλγος άμφω, δεκαδική πυρετική κίνηση	40/48	8
3.	58/Θ	Αρθρίτιδα αριστ.κατ' ώμον,άλγος στο αριστ.κάτω τεταρτημόριο της κοιλιάς με επέκταση στον αριστ.γλουτό, δεκαδική πυρετική κίνηση	33/74	4
4.	74/Θ	Αρθρίτιδα δεξιός ποδοκνημικής	39/44	14
5.	72/Θ	Αρθρίτιδα δεξιός κατά γόνυ και αριστ.κατ' ώμον, οσφυαλγία	37/25	11
6.	68/Α	Αρθρίτιδα πηχεοκαρπικών άμφω, αρθρίτιδα αριστ.ποδοκνημικής, δεκαδική πυρετική κίνηση	38/60	8