

Polimialgia reumatyczna a choroba nowotworowa – problem wieku podeszłego

Brygida Kwiatkowska, Anna Filipowicz-Sosnowska

Klinika Reumatologii, Instytut Reumatologii im. Eleonory Reicher, Warszawa

SŁOWA KLUCZOWE

choroby nowotworowe, polimialgia reumatyczna, zespoły paranowotworowe

STRESZCZENIE

Polimialgia reumatyczna jest chorobą reumatyczną bardzo rzadko występującą u ludzi <50. roku życia; dotyczy głównie chorych w podeszłym wieku. Częstość występowania polimialgii szacuje się na 16,8–53,7/100 000 osób >50. roku życia. Często występujące objawy kliniczne polimialgii reumatycznej to zwymiękłość ciała, złe samopoczucie, zmniejszenie masy ciała oraz objawy stanu zapalnego, co w każdym przypadku wymaga wykluczenia choroby nowotworowej. Z kolei choroba nowotworowa może objawiać się tzw. *polymyalgia-like syndrome*, czyli zespołem paranowotworowym podobnym do polimialgii reumatycznej. Uzasadnia to konieczność stałej weryfikacji rozpoznania.

WPROWADZENIE Wszystkie dotychczas opracowane kryteria diagnostyczne dla polimialgii reumatycznej cechują się małą dokładnością (wskaźnikiem skuteczności; **TABELA 1**), co przyczynia się do możliwości błędnego rozpoznania tej choroby.^{1,2}

Polimialgia reumatyczna a choroby nowotworowe W wielu odległych badaniach obserwacyjnych chorych z objawami polimialgii reumatycznej po pewnym czasie konieczna była zmiana rozpoznania na inne (**TABELA 2**).³ W 10-letniej obserwacji 208 chorych z objawami polimialgii reumatycznej w północnej Hiszpanii u 23 (11%) ostateczne rozpoznanie było inne: u 5 (2,4%) z tych chorych rozpoznano chorobę nowotworową. Inna 7-letnia obserwacja chorych z rozpoznaną polimialgią reumatyczną u 81 (54%) chorych wykazała remisję choroby i przerwanie glikokortykoterapii, u 17 (11%) konieczność zmiany rozpoznania na reumatoidalne zapalenie stawów, 6 (4%) chorych zmarło, a u 4 (2,6%) rozpoznano chorobę nowotworową.⁴ Ze względu na dość częstą konieczność zmiany początkowego rozpoznania polimialgii reumatycznej na rozpoznanie choroby nowotworowej nasuwa się pytanie, czy w polimialgii reumatycznej choroby nowotworowe występują częściej. W Norwegii przeprowadzono 10-letnią (1987–1997) analizę 398 chorych z ustalonym rozpoznaniem polimialgii reumatycznej lub olbrzymiokomórkowego zapalenia tętnic w porównaniu z grupą kontrolną 1592 osób. Przed ustaleniem

rozpoznania polimialgii reumatycznej nowotwór rozpoznano u 32 (8%) chorych i 153 (9,6%) osób z grupy kontrolnej. Po ustaleniu rozpoznania polimialgii reumatycznej nowotwór rozpoznano u 34 (9,3%) chorych i 143 (10,8%) osób z grupy kontrolnej. Badanie to wykazało brak znamiennej statystycznej różnicy w zapadalności na nowotwory w grupie chorych na polimialgię i olbrzymiokomórkowe zapalenie tętnic w porównaniu z grupą kontrolną.⁵ Podobne wyniki uzyskano w badaniu przeprowadzonym w Szwecji, analizującym częstość występowania polimialgii reumatycznej u chorych na chłoniaki w porównaniu z grupą kontrolną. Badaniem objęto 42 676 chorych na chłoniaki w porównaniu z grupą kontrolną (populacją) – 78 487. Obserwacje obejmowały 36 lat (1964–2000). W grupie chorych na chłoniaki u 153 (0,35%) osób rozpoznano polimialgię reumatyczną, w obserwowanej populacji zaś u 345 (0,43%). Różnice te nie były znamienne statystycznie.⁶

Na podstawie tych opracowań można zatem wnioskować, że polimialgia reumatyczna nie wiąże się z ryzykiem większej częstości zachorowań na nowotwory złośliwe, natomiast przy ustalaniu rozpoznania polimialgii reumatycznej należy wykluczyć proces nowotworowy lub tzw. zespół polimialgicznopodobny. Należy pamiętać, że zespół ten towarzyszy najczęściej rakowi (nerki, gruczołu krokowego, sutka), mięsakowi, szpiczakowi, chłoniakom i białaczkom. Zespół para-

Adres do korespondencji:
dr med. Brygida Kwiatkowska,
Klinika Reumatologii,
Instytut Reumatologii
im. Eleonory Reicher, ul. Spartańska 1,
02-637 Warszawa,
tel.: 022-844-87-57,
fax: 022-646-78-98,
e-mail:
kwiatkowskabrygida@gmail.com
Pol Arch Med. Wewn. 2008; 118
(Suppl): 47-49
Copyright by Medycyna Praktyczna,
Kraków 2008

TABELA 1 Czulość, swoistość i dokładność kryteriów diagnostycznych dla polimialgii reumatycznej

Autorzy	Czulość (%)	Swoistość (%)	Dokładność (%)
Healer	42,9	100	71,5
Bird	100	60,2	80,1
Jones	48,0	100	74,0
Chuang	89,7	95,0	92,4

TABELA 2 Rozpoznania ostateczne u 50 chorych z bólem i sztywnością mięśni proksymalnych, spełniających kryteria Birda dla polimialgii reumatycznej

Rozpoznanie	Liczba chorych	Liczba chorych spełniająca kryteria Birda
polimialgia reumatyczna	40	38
bez zapalenia stawów	31	30
z zapaleniem stawów	9	8
zapalenie tętnicy skroniowej	2	2
kolagenoza	1	1
koksartroza	1	1
zespół bolesnego barku	1	1
choroba nowotworowa	5	5
rak gruczołu krokowego	1	1
przerzuty do wątroby z nieznanego ogniska pierwotnego	1	1
mielodysplazja	2	2
chłoniak	1	1

nowotworowy ma pewne charakterystyczne objawy, które mogą ułatwić różnicowanie z chorobą reumatyczną, w tym polimialgią reumatyczną (TABELA 3).⁷⁻⁹ Istnieją również istotne różnice w obrazie klinicznym polimialgii reumatycznej w porównaniu z chorobą nowotworową, mogące ułatwić ustalenie prawidłowego rozpoznania na początku choroby (TABELA 4).¹⁰

PIŚMIENICTWO

1 Chuang T, Hunter GG, Ilstrup DM, et al. Polymyalgia rheumatica. A 10 year epidemiologic and clinical study. *Ann Intern Med.* 1982; 97: 672.

2 Nobunaga M, Yoshioka K, Yasuda M, et al. Clinical studies of polymyalgia rheumatica. A proposal of diagnostic criteria. *Jpn J Med.* 1989; 4: 452-456.

3 Bahlas S, Ramos-Remus C, Davis P. Clinical outcome of 149 patients with PMR and GCA. *J Rheumatol.* 1998; 1: 99-104.

4 Haugeberg G, Dovland H, Johnsen V. Increased frequency of malignancy found in patients with new-onset polymyalgic symptoms suggested to have polymyalgia rheumatica. *Arthritis Reum.* 2002; 47: 346-347.

5 Myklebust G, Wilsaard T, Jacobsen BK, et al. No increased frequency of malignant neoplasms in polymyalgia rheumatica and temporal arteritis. A prospective longitudinal study of 398 cases and matched population control. *J Rheumatol.* 2002; 10: 2143-2147.

6 Askling J, Klareskog L, Hjalgrim H, et al. Do steroids increase lymphoma risk? A case – control study of lymphoma risk in polymyalgia rheumatica/giant cell arteritis. *Ann Rheum Dis.* 2005; 64: 1765-1768.

7 Caldwell DS, McCallum RM. Rheumatologic manifestations of cancer. *Med Clin North Am.* 1986; 70: 385-417.

8 Natanson L, Hall TC. Introduction: paraneoplastic syndromes. *Sem Oncol.* 1997; 24: 265-268.

9 Fam AG. Paraneoplastic rheumatic syndromes. *Baillière's Clin Rheumatol.* 2000; 3: 515-533.

10 Brooks RC, McGee SR. Diagnosis dilemmas in polymyalgia rheumatica. *Arch Intern Med.* 1997; 157: 162-168.

TABELA 3 Objawy kliniczne sugerujące zespół paranowotworowy

dodatni wywiad w kierunku choroby nowotworowej, rozpoznana choroba nowotworowa lub predyspozycje do występowania w rodzinie chorób nowotworowych
początek objawów >50. roku życia
objawy ogólne: gorączka, złe samopoczucie, zmniejszenie masy ciała
gwałtowny początek niesklasyfikowanego zapalenia stawów, maczugowatość palców lub zapalenie okostnej, przewlekłe, niejasnego pochodzenia zapalenie naczyń, niewrażliwy na leczenie objaw Raynauda, zapalenie powięzi, zespół miasteniczny Lamberta i Eatona
absolutna zależność między wystąpieniem objawów reumatycznych a początkiem często nierozpoznanej choroby nowotworowej
brak przerzutów do kości i stawów
nieobecność czynnika reumatoidalnego u zdecydowanej większości chorych
negatywne wyniki badań w kierunku zakażenia (negatywne wyniki posiewów)
negatywne wyniki badania płynu stawowego w kierunku krystalopatii
na ogół słaba odpowiedź na tradycyjne leczenie przeciwzapalne (niesteroidowe leki przeciwzapalne, kortykosteroidy)
poprawa i zmniejszenie się objawów pod wpływem zastosowanego leczenia nowotworu będącego przyczyną ich wystąpienia
ponowne pojawienie się objawów w przypadku wznowy procesu nowotworowego

TABELA 4 Różnica obrazu klinicznego polimialgii reumatycznej i choroby nowotworowej

bardzo duża poprawa po 48–72 h od zastosowania prednizonu w dawce 10–15 mg/24 h
normalizacja OB po 7–10 dniach od włączenia glikokortykoterapii (ale 15–20% chorych na polimialgię reumatyczną ma prawidłowe OB)
czynnik reumatoidalny (–) i prawidłowa aktywność przeciwciał przeciwjądrowych, kinazy kreatynowej, dehydrogenazy mleczanowej, aminotransferazy asparaginianowej
normalizacja aktywności fosfatazy alkalicznej w ciągu 3 tygodni od włączenia glikokortykoterapii (u 30% chorych na polimialgię reumatyczną aktywność fosfatazy alkalicznej jest zwiększona)
symetryczność odczuwanych dolegliwości

Polymyalgia rheumatica mimicking neoplastic disease – significant problem in elderly patients

Brygida Kwiatkowska, Anna Filipowicz-Sosnowska

Department of Rheumatology, Eleonora Reicher Rheumatology Institute, Warszawa, Poland

KEY WORDS

neoplastic diseases,
paraneoplastic
syndromes,
polymyalgia
rheumatica

ABSTRACT

Polymyalgia rheumatica is a rheumatic disease which mainly affects the elderly, and is seldom diagnosed in patients <50 years of age. The prevalence of polymyalgia rheumatica is approximately 16.8 to 53.7 per 100,000 of the population >50 years of age. Patients may present with spiking fever, malaise, fatigue, weight loss and other features suggesting inflammation, which in each case requires differential diagnosis from malignancies. Neoplastic disease in turn can manifest itself in symptoms resembling those of polymyalgia, which are named "polymyalgia-like syndrome" and are in fact paraneoplastic syndromes presenting as polymyalgia rheumatica. These observations suggest that a careful clinical evaluation and a long term follow-up are necessary for a correct diagnosis of polymyalgia rheumatica.

Correspondence to:

Brygida Kwiatkowska, MD, PhD,
Klinika Reumatologii,
Instytut Reumatologii
im. Eleonory Reicher, ul. Spartańska 1,
02-637 Warszawa, Poland,
phone: +48-22-844-87-57,
fax: +48-22-646-78-98,
e-mail:
kwiatkowskabrygida@gmail.com
Pol Arch Med. Wewn. 2008; 118
(Suppl): 47-49
Copyright by Medycyna Praktyczna,
Kraków 2008