

Paikallishoidot ja POLYMYALGIA RHEUMATICA

Timo Väliiita
Järvenpää 9.10.25

Paikallishoidosta

- Paikallishoitoja käytetään niveltulehdusten, tenosynoviittien ja bursiittien hoitoon eli (tulehtuneen) synoviaalikalvon päällystämät kudokset
- Nivelten paikallishoidosta on hyötyä reumapotilaalla etenkin lääkehoidon (DMARD) alkuvaiheessa tehoa odoteltaessa. Tilanteissa joissa peruslääke ei enää tehoa ja reumataudin aktivaatiovaiheessa
- Jos nivelreumassa paikallishoitojen tarve jatkuvasti lisääntyy on peruslääkitystä tehostettava samoin jos tulehdusaktiivisuus on laaja-alainen
- .

Tekniikka

- potilas mahdollisimman levolliseen asentoon
- nykyisten steriiliysohjeiden mukaista puhtautta, pistoskohdan huolellinen desinfointi (jonka jälkeen pistoskohtaa ei enää saa koskea)
- Jokaiselle nivelelle käytetään omaa neulaa.
- Aspiroidaan nivel tyhjäksi jos vapaata nestettä
- Älä pistä vastusta vasten (menee tällöin jänteeseen, luuhun tai rustoon).
- Vedetään ihon pintakerrosta sivuun iholukon aikaansaamiseksi. Näin ehkäiset lääkeluoksen virtaamisen ulos nivelestä pistoskanavan läpi. Huomioi pinnalliset bursat jotka herkästi jää vuotamaan
- Kun neula poistetaan painetaan samalla kostealla eli desinfoidulla lapulla (ja sitten kuivaus kuivalla lapulla ja laastari)
- Jos pistämisen aikana ruiskuun tulee vastus, pistettävä alue on todennäköisesti täynnä.

Neulat ja glukokortikoidivalmisteet

- Glukokortikoidivalmisteista **triamsinoloni** on tarkoitettu etupäässä suuriin ja keskisuuriin tulehtuneisiin niveliin.
- Kokenut ja varma pistäjä voi ruiskuttaa triamsinolonia myös pieniin niveliin. Nivelen ulkopuolelle joutuneella triamsinolonilla on suurempi haittavaikutusriski (jänneruptuura, ihoatrofia ym.) kuin metyyliprednisolonilla.

Kortisonivalmisteita paikallishoitoon

- Metyyliprednisoloni – Depo-Medrol 40mg/ml ja Solomet Depot 40mg/ml – Puoliintumisaika muutamia tunteja
- Metyyliprednisolon yhdistelmävalmisteet Depomedrol cum Lidocain 40mg/10mg/ml ja Solomet Depot cum Bupivacain 40mg/5mg/ml
- Triamsinoloniheksasetonidi – Lederspan 20mg/l ja Hexatrione 20mg/ml – Puoliintumisaika 25-60vrk

- Paikallishoitoon soveltuu parhaiten tulehtuneen synoviaalikalvon verhoamat rakenteet eli nivelet, jännetupet ja limapussit
- Reumasairauksissa yleensä parhaita vasteita paikallishoidoille saadaan nivelreumassa jossa synoviakalvon tulehdus on keskeinen piirre. Nivelpsorissa voi olla sekä nivelreuman että selkärankareuman kaltaisia piirteitä
- Joissakin (Spa-ryhmä) reumasairauksissa entesiitti on keskeinen piirre
- Entesiitti on lihasjänteiden tai nivelsiteiden kiinnittymiskohtien tulehdustila jota esiintyy Spa-ryhmän taudeissa
- Spa-ryhmään kuuluu selkärankareuma, aksiaalinen (tai perifeerinen) spondyloartriitti, reaktiivinen artriitti, nivelpsori ja IBD-artriitti

Lisää ja terminologiasta

- Entesiitit ei yleensä reagoi hyvin paikallishoidolle
- Daktyliitissa (koko sormen tai varpaan tulehdus on usein flex.tenosyn. hallitseva piirre
- Jänteet voidaan jakaa jännetupellisiin ja -tupettomiin
- Tulehtunut jännetuppi eli tenosynoviitti on periaatteessa hyvä kohde paikallishoidolle mutta jänneruptuura on mahdollinen komplikaatio
- Tupettoman jänteen paikallishoito voi olla kyseenalaista
- Jännetulehdus (tendiniitti) on jännekudoksen reaktiivinen tila usein äkilliseen yllärasitukseen liittyen. Oireena on kipu ja paikallinen arkuus
- Tendinoosi on jännekudoksen rappeutumistila.
- Miten erottaa tendiniitti ja tendinoosi ja miten niitä hoidetaan?

Tendiniitin tai tendinoosin ilmenemisiä

- lateraalinen epikondyliitti eli ranteen ekstensorin kiinnitys
- olkapään SSP-jänteen kiinnitys
- patellajänteen kiinnitys tibiaan
- gluteelilihasten jänteiden kiinnitys isoon sarvennoiseen
- akillisjänne
- plantaarifaskian kiinnitys

- Polymyalgia rheumatica (PMR) on tavallinen (iäkkäiden) **tulehduksellinen reumasairaus** ja kliininen haaste niin yleislääkärin kuin reumatologinkin vastaanotolla. Vaikka sairaus on yleinen, **sen etiologia tunnetaan huonosti**. Potilas aistii oireet **lihaskipuna ja jäykkyytenä olka-hartiaseudussa sekä lantion ja reisien alueen lihaksissa**, mutta **objektiivisilla mittareilla, kuten laboratoriokeilla, lihassähkökäyrällä tai kuvantamalla, ei kuitenkaan ole todettavissa varsinaista lihasvauriota.**

EPIDEMIOLOGIA

- Polymyalgia rheumatican ilmaantuvuus on n. 500 tapausta miljoonaa ihmistä kohti. (T.Pettersson, lääkärin käsikirja)
- Tauti on yleisempi naisilla. **Sitä tavataan lähes yksinomaan yli 50-vuotiailla**, ja sairastumishuippu on 70-vuotiailla. (T.Pettersson, lääkärin käsikirja)
- Maailmassa **korkein insidenssi Pohjois-Euroopassa.**

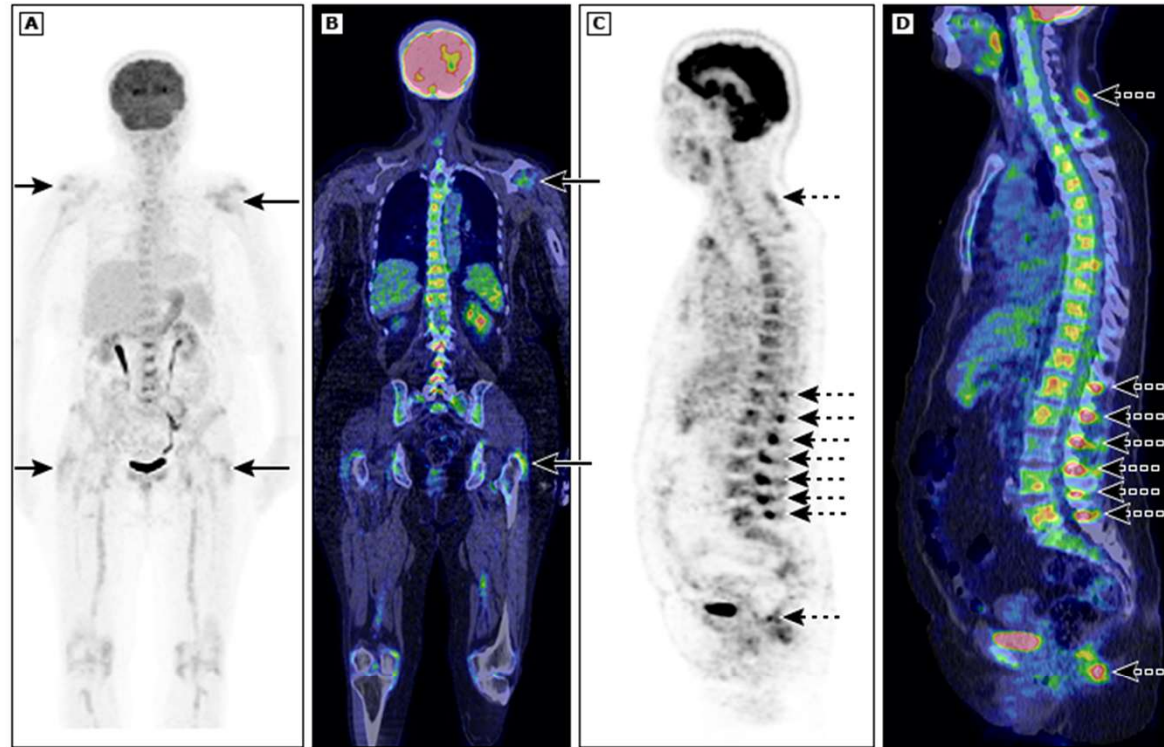
- T.arteriitti-assosiaatio:
 - PMR on 2-3 kertaa yleisempi kuin t.arteriitti.
 - 15-30 %:lla (PMR-potilaista) on myös jättisoluarteriitti.
- Ilmaantuvuus on lisääntynyt

PATOGENEESI AUTTAA YMMÄRTÄMÄÄN..

- “Polymyalgia rheumatica”- ja erityisesti kansankielen “lihasreuma”-termi on harjaanjohtava.
- Taudissa on tyypillisesti nivelten proksimaaliosien, erityisesti periartikulaariosien (bursat- ja jänteet-) affisio.
- Lihasten biopsiat ovat histopatologisesti normaalit
- ENMG: normaali.
- Tämä on osoitettu UÄ- MRI- TT- ja FDG-PET-TT-tutkimuksissa

FDG-PET-TT

PET imaging in PMR



(A,B) Increased FDG uptake in the shoulders and trochanteric areas (arrows), consistent with shoulder and hip bursitis.

(C,D) Increased FDG uptake in the cervical and lumbar interspinous areas and trochanteric area, consistent with bursitis (dashed arrows).

PET: positron emission tomography; PMR: polymyalgia rheumatica; FDG: fluorodeoxyglucose.

Courtesy of Carlo Salvarani, MD and Francesco Muratore, MD.

ANAMNEESI –OIREET-LÖYDÖKSET

- Niska-hartia-olkavarsi-lanne-reisiseudun symmetrinen, yö- ja aamupainotteinen lihaskipu/-arkuus ja jäykkyys yli 1 kk.
- Pitkittynyt aamujäykkyys (>2t).
- Alkuun olkapää- reisikipu voi olla vain toispuoleinen, mutta pian siirtyy symmetrisesti toiselle puolelle.
- Kipu säteilee distaalisesti kyynärpäihin ja polviin.

PAIN DISTRIBUTION IN POLYMYALGIA RHEUMATICA

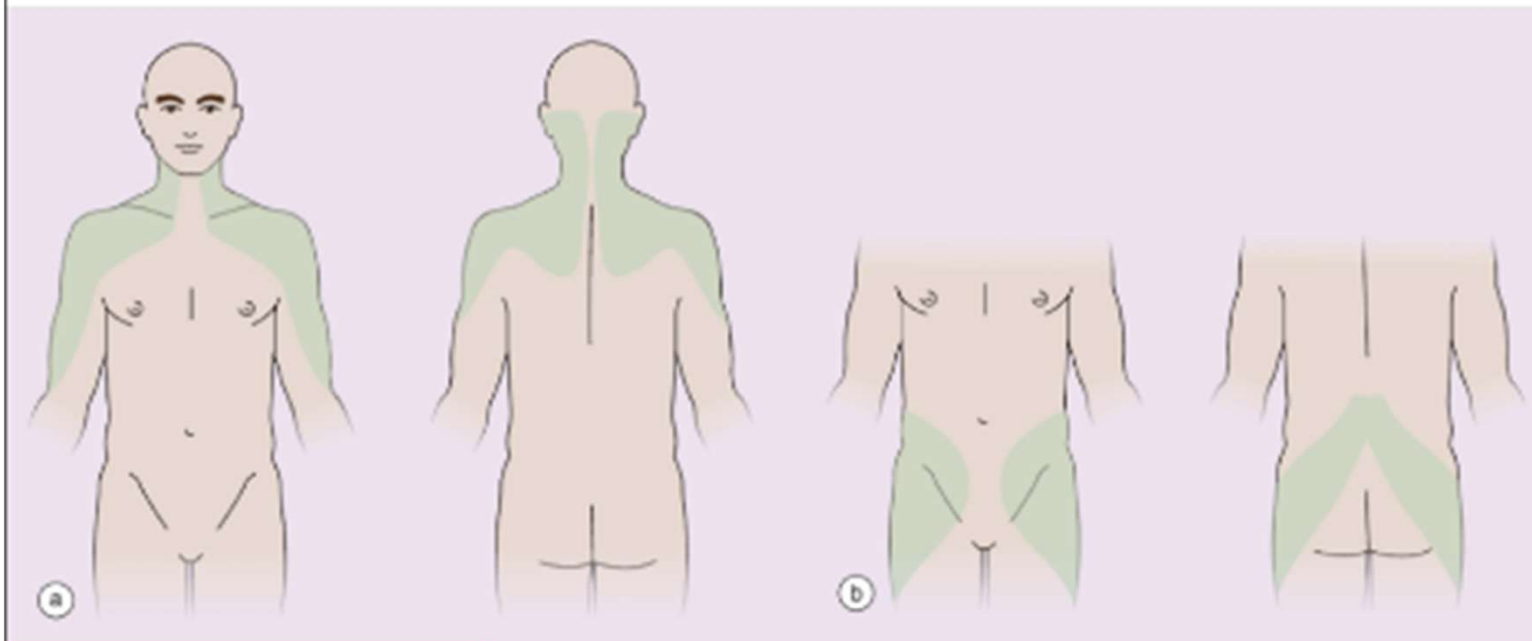


Figure 166.2 Typical distribution of pain in patients with polymyalgia rheumatica (PMR). *Shaded areas* demonstrate typical sites of pain in individuals with PMR, including **(a)** shoulder girdle and neck pain distribution and **(b)** pelvic girdle pain distribution.

Rheumatology

Seventh Edition

Marc C. Hochberg

Ellen M. Gravallese

Alan J. Silman

Josef S. Smolen

Michael E. Weinblatt

Michael H. Weisman



ELSEVIER

- Äkillinen alku, potilas tietää jopa alkuhetken päivän tarkkuudella.
- Joskus oireiden alku on sub-akuutti.
- 40%:lla yleisoireita: väsymys, kuume, ruokahaluttomuus, painon lasku, masennus.
- **15-30 %:lla (PMR-potilaista) on myös jättisoluarteriitti: Kaikilta polymyalgiaepäilypotilailta kysytään päänsäryt (jatkuva, ohimoilla ja takaraivossa, reagoi huonosti NSAID:lle), leukaklaudikaatio, hiuspohjan arkuus, näköhäiriöt ja raajaklaudikaatio.**

- STATUSLÖYDÖKSET:

- Olkien ja lonkkien kivulias aktiivinen ja usein myös passiivinen **liikerajoitus**, ei tarkkaa kipupistearkuutta, mutta usein on laajempi lihasten palpaatioarkuus.
- HUOM! Selvä ero myosiittiin verrattuna: **ei todellista lihasheikkoutta**.
- Mutta: **joskus potilas valittaa lihasheikkoudesta**. Tämä liittyy lihaskipuun, joka "rajoittaa lihasten käyttöä" -> kivunperäinen liikerajoitus.
- 50%:llä distaaliset MSK-manifestaatiot
- 25%:llä ei-erosiivinen artriitti, näistä:
 - 40% polvien artriitti
 - 40% ranteet
 - 25% nivelreuman kaltaiset MCP-artriitit
- PMR:n artriitti reagoi erinomaisesti glukokortikoideille.

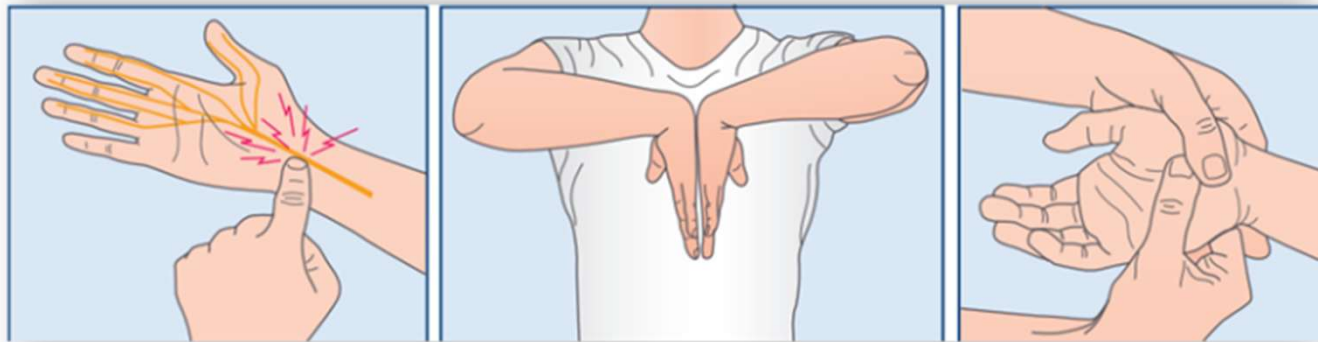
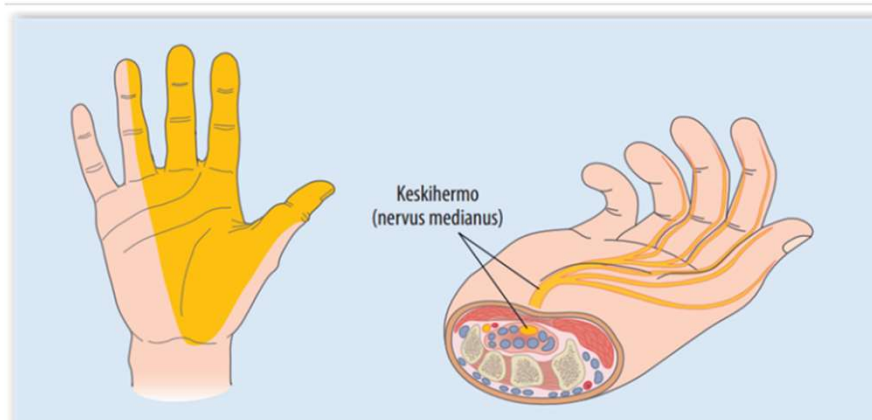
- 8-12%:IIa RS3PE (REMITTING SERONEGATIVE SYMMETRIC SYNOVITIS with PITTING EDEMA)=ekstensoorien tenosynoviitti +/- synoviitit.

Remitting seronegative symmetrical synovitis with pitting edema



Huom!
RS3PE ilman PMR:a:
assosioituu
hematologisiin ja
kiinteisiin
maligniteetteihin.

- 1/6 potilaista kehittää myös fleksorien tenosynoviitteja , joka voisi johtaa rannekanavaoireyhtymään.



Kuva 3. Kliiniset provokaatiotestit rannekanavaoireyhtymän yhteydessä: Tinelin koe (vasemmalta), Phalenin koe ja puristuskoe.

LABORATORIO

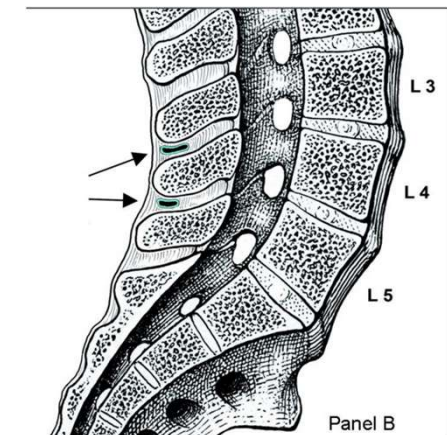
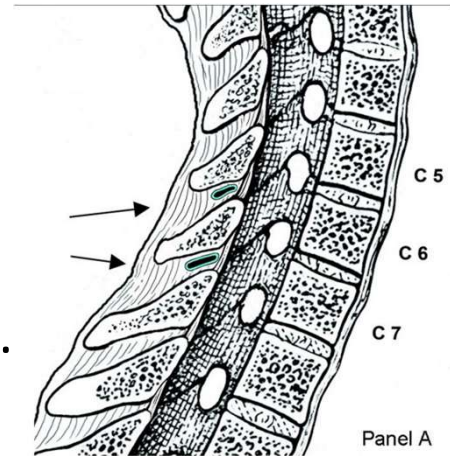
- Keskeisimmät lab.kokeet PVK, CRP, La
 - Normosyyttinen anemia mahdollinen
 - Trombosytoosi mahdollinen
 - AFOS nousu mahdollinen
 - RF ja CCPAb yleensä negatiiviset
 - La usein > 40-50. Pienempi La ei poissulje polymyalgiaa.
 - Suurentuneen laskon lisäksi tavataan selvästi suurentunut CRP: heijastaa taudin tulehduksellista aktiivisuutta paremmin kuin La.

KUVANTAMINEN

- **Klininen diagnoosi on usein riittävä:** ikä yli 50 v, tyypillinen taudinkuva, suurentunut lasko (> 40 mm/t) ja nopea subjektiivinen paraneminen predniso(lo)nilla (12.5–25 mg/vrk) 3 vrk:n kuluessa.
- Jos taudinkuva on selvä: ei turhia kuvantamistutkimuksia.
- Ongelma: joskus syövät/infektiot saattavat aiheuttaa polymyalgia oireita: käsikirjan mukaan ” Tyypillisessä polymyalgia rheumaticassa piilevän syövän pois sulkemista ei pidetä tarpeellisena.”
 - Jos taustalla syöpä: oletetaan, että kokonaisklininen kuva ei täysin parane tavanomaisella glc-hoidolla, B-oireet, muita oireita.. Ei päästä kortisonista eroon: yleensä potilas joutuu erikoissairaanhoidoon jatkotutkimuksiin.

MUTTA, JOS KUITENKIN KUVATAAN..?

- UÄ/MRI:
 - Olkapäiden bursiitit (61-92%) ja biceps-tenosynoviitti (34-100%).
 - Trochanter bursiitti.
 - Kaularangan ja lannerangan interspinosus bursiitti
 - MRI:ssä ei myosiittiin viittaavaa.
 - A.TEMPORALIS DOPPLER-UÄ jos t.arteriitti-susp:
 - HYKS:ssä (fast-track KOLMIO) saatavuuden mukaan..



Cervical interspinous bursitis in active polymyalgia rheumatica

Carlo Salvarani, MD (1); Libero Barozzi, MD (2); Fabrizio Cantini, MD (3); Laura Niccoli, MD (3); Luigi Boiardi, MD (1); Massimo Valentino, MD (2); Nicolò Pipitone, MD, PhD (1); GianLuigi Bajocchi, MD (1); PierLuigi Macchioni, MD (1); Maria Grazia Catanoso, MD (1); Ignazio Olivieri, MD (4); Gene G Hunder, MD (5).

- 18F-FDG-PET-TT: yleensä erikoissairaanhoidossa, jos PMR:n lisäksi GCA/suurten suonten vaskuliitti susp.
 - Jos pt:lla on vain PMR ja jostain syystä otetaan PET-TT: ym löydökset -> FDG kertyy tulehtuneissa bursissa/niiden alueilla ja esim.hamstring tendiniitin alueella.
 - Joskus FDG kertyy myös GH- ja lonkkasynoviiteissa.

PET-TT tulehduksellisissa sairauksissa

Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim

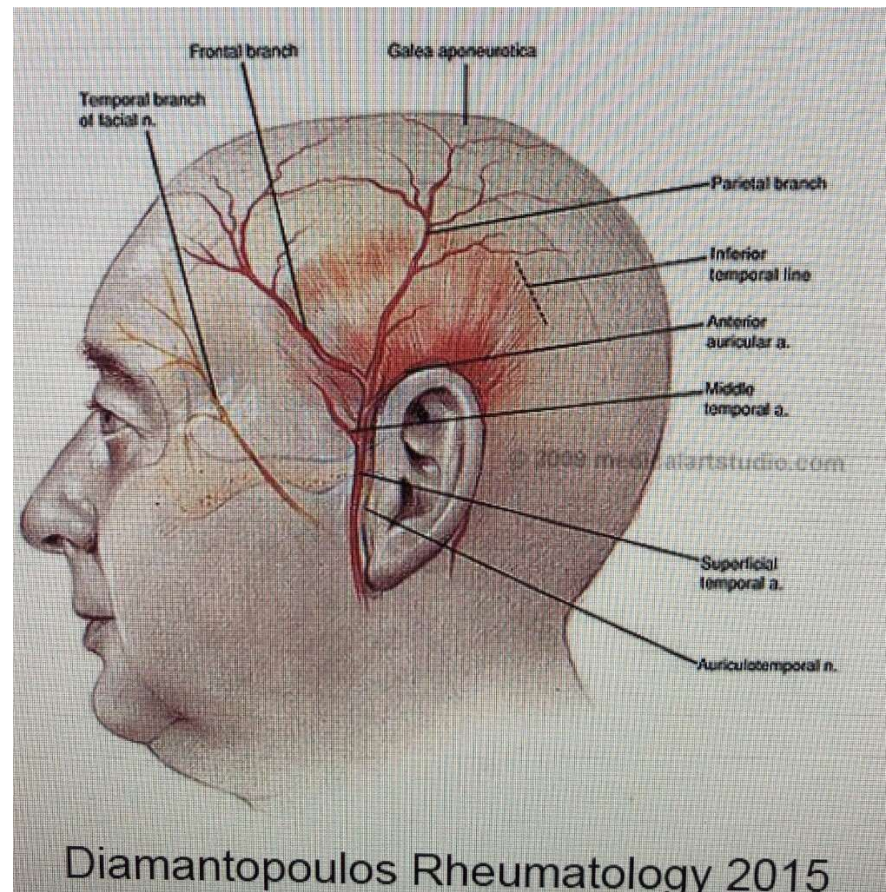
2020;136(9):1095-101

Teema: PET-kuvantaminen

Esa Kauppila, Martti Larikka ja Pentti Rautio

Radioaktiivista glukoosianalogia, 18F-fluorodekosiylglukoosia käyttävän PET-TT:n käyttö tulehdussairauksien selvittelyssä on yleistynyt. Päivitetyt kuvausaiheet kattavat muun muassa epäselvän kumeilun, sydänsarkoidoosin, autoimmuunit reumasairaudet, verisuoniproteesi-infektiot, sydämen läppä- ja tahdistininfektiot sekä selkärangan osteomyeliitin. Tutkimus on kallis mutta varhain tehtynä voi joututtaa diagnoosia ja hoitoa.

- A.Temporalis-biopsia: jos t.arteriitti epäily: eriskoissairaanhoidossa.



DIAGNOOSI

- KLIININEN: ikä yli 50 v, tyypillinen taudinkuva, La > 40, nopea oirehyöty prednisolonilla (12.5–25 mg/vrk) 3-5 vrk:n kuluessa

EROTUSDIAGNOSTIIKKA

Monet muut reuma- ja sidekudossairaudet, artroosi, kiertäjäkalvosinvaivat, ”jäätynyt olka”, fibromyalgia, hypotyreoosi, erilaiset infektiot, myelooma, lymfooma ja muut maligniteetit, masennus, infektiot

ERITYISESTI, JOS VASTE KORTISONILLE VAJAA/PUUTTUU.

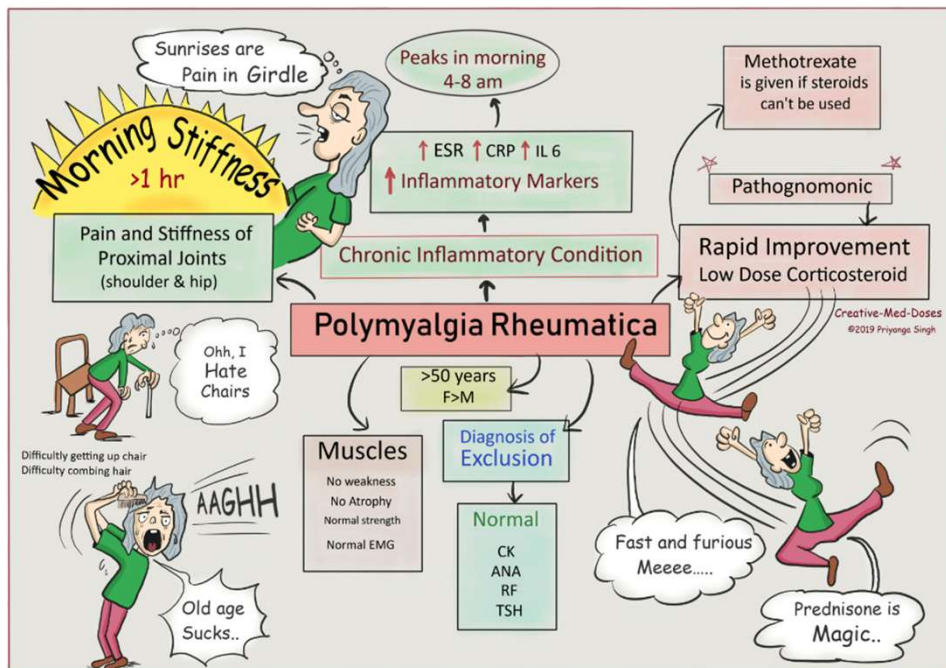
HOITO

- Hoitona **Prednisolon**, alkuannos 12,5-25 mg 1x1; vasteen tulisi näkyä 3-5 vrk:ssa.
- Alkuannos 2-4 vko, sitten vähennys yl. 2,5 mg/kk, ylläpitoannos 5-7,5 mg 1x1
 - Oireiden, CRP:n ja La:n seuranta
- Hoitoaika (6–)12–24 kk, osalla vuosia, osalla pysyvä hoito

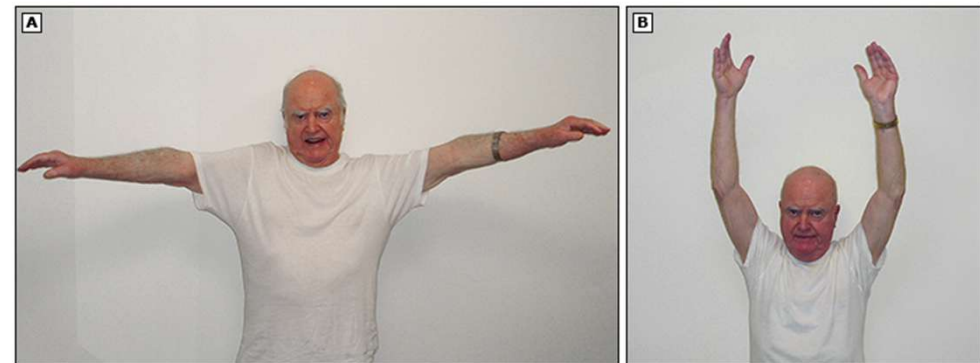
- Reaktivaatiot hoituvat yleensä annosnostolla (edellinen prd annos, jolla oireettomana).
- Jos vajaa vaste/kortisonihaitat, kombinoidaan metotreksaatti/atsatiopriini: lähete reumapolille.
- Ongelmia? / ei päästä kortisonista eroon?: lähete reumapolille.
- **Osteoporoosin esto jo kortisonia aloittaessa***
 - Kalkki-D
 - Ellei estettä (**GFR<30-35, hypokalsemia**, {raskaus}): bisfosfonaatti/muu spesifi luulääke.
- Tavoitteena: Pienin tehokas kortisoniannos

TAKE HOME MSG

- Kliininen dg – nopea vaste tavanomaiselle hoidolle –seuranta: tk-lääkärillä tärkeä rooli.
- Red-flags: milloin erikoissairaahoitoon?
- Ei kannata kokeilla isompia prd-annoksia..



Patient with PMR



(A) Inability to abduct actively the arms above 90 degrees in a patient presenting with two weeks of proximal achiness and protracted morning stiffness.

(B) Painless active abduction of the shoulders after one week on prednisone 10 mg/day.

PMR: polymyalgia rheumatica.

From: Docken WP. Two inflammatory conditions—polymyalgia rheumatica and giant cell arteritis—share clinical connection. *The Rheumatologist* 2013. <http://www.the-rheumatologist.org/article/two-inflammatory-conditions-polymyalgia-rheumatica-and-giant-cell-arteritis-share-clinical-connection/>. Copyright © 2013 American College of Rheumatology. Reproduced with permission of John Wiley & Sons Inc. This image has been provided by or is owned by Wiley. Further permission is needed before it can be downloaded to PowerPoint, printed, shared or emailed. Please contact Wiley's permissions department either via email: permissions@wiley.com or use the RightsLink service by clicking on the 'Request Permission' link accompanying this article on Wiley Online Library (<http://onlinelibrary.wiley.com>).

Graphic 93422 Version 2.0

© 2023 UpToDate, Inc. and/or its affiliates. All Rights Reserved.

Peri-extraarticular rheumatism
Peri-arthritis humeroscapularis with general symptoms