

Ρευματική Πολυμυαλγία - Γιγαντοκυτταρική Αρτηρίτιδα

Διαγνωστική Προσεγγίση και Κλινικές Εκδηλώσεις

Παναγιώτης Αθανασίου, Βασιλική Κουλτούκη, Πηνελόπη Κωνσταντοπούλου
Ρευματολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Ασκληπιείο Βούλας

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ρευματική πολυμυαλγία (ΡΠΜ) και η γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα (ΓΚΑ) είναι νοσήματα που συνδέονται στενά, προσβάλλουν άτομα μέσης ή και μεγαλύτερης ηλικίας και συχνά παρατηρούνται μαζί. Πολλοί ειδικοί πιστεύουν ότι αποτελούν διαφορετικές φάσεις της ίδιας νόσου. Η αιτιολογία τους είναι άγνωστη. Εκτός από τα ευρήματα της βιοψίας της κροταφικής αρτηρίας που χαρακτηρίζουν τη ΓΚΑ, όλα τα άλλα εργαστριακά ευρήματα είναι παρόμοια στη ΡΠΜ και τη ΓΚΑ. Το Αμερικανικό Κολλέγιο Ρευματολογίας έχει θεσπίσει κριτήρια για τη διάγνωση της ΓΚΑ. Εποικιάστηκε από πόνο και δυσκαμψία του αυχένα, των ώμων και της λεκάνης. Η ΓΚΑ είναι αγγείτιδα που συχνά συνοδεύει τη ΡΠΜ. Προσβάλλει τις μέσου και μεγάλου μεγέθους αρτηρίες. Χαρακτηρίζεται από κεφαλαλγία, διαλείπουσα χωλότητα της γνάθου, πλήρη ή μερική απώλεια της όρασης, νευρολογικές εκδηλώσεις, διαλείπουσα χωλότητα των άνω άκρων και ανεύρυσμα της θωρακικής αορτής.

Λέξεις ευρετηρίου: ρευματική πολυμυαλγία, γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα, διαγνωστικά κριτήρια, βιοψία κροταφικής αρτηρίας, κεφαλαλγία

1. Εισαγωγή

Η ρευματική πολυμυαλγία (ΡΠΜ) είναι ένα κλινικό σύνδρομο που προσβάλλει τους μεσήλικες και τους ηλικιωμένους και χαρακτηρίζεται από πόνο και δυσκαμψία του αυχένα, των ώμων και της λεκάνης. Η γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα (ΓΚΑ) είναι αγγείτιδα που συχνά συνοδεύει τη ΡΠΜ¹. Ενας άλλος όρος που χρησιμοποιείται είναι κροταφική αρτηρίτιδα. Ανήκει στις νόσους που χαρακτηρίζονται από αγγείτιδα και νεκρωτικές φλεγμονώδεις αλλοιώσεις

στα αγγεία. Προσβάλλει τις αρτηρίες και άλλα αγγεία ποικίλου μεγέθους και θέσης με αποτέλεσμα ένα ευρύ φάσμα κλινικών και εργαστηριακών εκδηλώσεων. Η ΓΚΑ είναι χρόνια αγγείτιδα των μεγάλου και μέσου μεγέθους αγγείων. Παρατηρείται σε άτομα ηλικίας μεγαλύτερης από 50 έτη και κυρίως σε άτομα ηλικίας μεγαλύτερης από 60 έτη. Μπορεί να είναι εκτεταμένη αλλά η συμπτωματική φλεγμονή των αγγείων συνήθως συμπεριλαμβάνει τους κρανιακούς κλάδους των αρτηριών που ξεκινούν από το αορτικό τόξο^{2,3}. Η ρευματική πολυμυαλγία (ΡΠΜ) και η γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα (ΓΚΑ) είναι νοσήματα που συνδέονται στενά, προσβάλλουν άτομα μέσης ή και μεγαλύτερης ηλικίας και συχνά παρατηρούνται μαζί. Πολλοί ειδικοί πιστεύουν ότι αποτελούν διαφορετικές φάσεις της ίδιας νόσου¹.

Η αιτιολογία της ΓΚΑ δεν είναι γνωστή και η παθογένεια της μόλις τώρα αρχίζει να γίνεται γνωστή. Οι αιτίες φαίνεται να είναι ποικίλες. Πρόσφατες μελέτες υποδεικνύουν γενετική προδιάθεση και ένα συμβάν που πυροδοτεί τη νόσο μετά την ηλικία των 50 ετών. Οι περισσότεροι ερευνητές συμφωνούν ότι οι αγγείτιδες αποτελούνται από ορισμένες χωριστές κλινικές οντότητες, αν και σε μερικές περιπτώσεις οι διάφοροι τύποι αγγείτιδας έχουν αλληλεπικαλυπτόμενα ευρήματα. Ασθενείς με μια μαρφή αγγείτιδας, ακόμη και ΓΚΑ μπορεί να παρουσιάζουν ποικιλή διάρκεια και βαρύτητα της νόσου. Εποικιάστηκε από ποικιλή διεργασία, κατά την οποία μπορεί να παραλειφθεί ένα τμήμα αγγείου ή να διδεται ανεπαρκής ιστολογική εικόνα της νόσου. Για τους λόγους που προαναφέρθηκαν η διάγνωση της ΓΚΑ εξαρτάται από την παρουσία συνδυασμού κλινικών ευρημάτων.

2. Διάγνωση

Η διάγνωση της ΡΠΜ είναι κλινική. Είναι ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από άλγος και πρωινή δυσκαμψία των εγγύς τμημάτων των άκρων και του κορμού. Συνήθως στον ορισμό του συνδρόμου περιλαμβάνεται η παρουσία των συμπτωμάτων σε δύο από τρεις περιοχές που συνήθως προσβάλλονται (ώμος, ισχίο και τράχηλος) για 1 μήνα ή περισσότερο και ενδειξεις συστηματικής αντιδρασης, όπως αύξηση της ταχύτητας καθίζησης των ερυθρών αιμοσφαιρίων >40 ή 50 mm/1h με τη μέθοδο Westergren. Σε μερικούς ορισμούς της νόσου έχουν επίσης συμπεριληφθεί η απάντηση σε μικρές δόσεις κορτικοστεροειδών, όπως 10 mg πρεδνιζόνης ημερησίως. Η παρουσία μιας άλλης νόσου, όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η χρόνια λοιμωξη, η πολυμυοσίτιδα, ή η κακοήθεια αποκλείει τη διάγνωση της ΡΠΜ.

Για τη διάγνωση της ΓΚΑ έχουν θεσπισθεί κριτήρια από το Αμερικανικό Κολλέγιο Ρευματολογίας⁴. Οι μελέτες του Αμερικανικού Κολλεγίου Ρευματολογίας που έγιναν για τη θέσπιση των κριτηρίων των μορφών αγγειίτιδας αφορούσαν 1000 ασθενείς με αγγειίτιδα. Έτσι, τα κριτήρια αυτά είναι κριτήρια ταξινόμησης και όχι διαγνωστικά κριτήρια. Οι μελέτες του Αμερικανικού Κολλεγίου Ρευματολογίας δεν συμπεριλαμβάνουν ασθενείς με άλλα νοσήματα.

Υπάρχουν διάφοροι τύποι κριτηρίων που μπορεί να χρησιμοποιηθούν στην κλινική εκτίμηση και αξιολόγηση ασθενών ή στη μελέτη μιας αγγειίτιδας όπως είναι η ΓΚΑ⁵. Τα κριτήρια αυτά είναι διαγνωστικά κριτήρια, που μπορεί να διαχωρίζουν ένα ασθενή ή μια ομάδα ασθενών από άλλους, κριτήρια ταξινόμησης, που διαχωρίζουν ένα ασθενή ή ομάδα ασθενών από άλλους ή σε υποομάδες, κριτήρια βαθμολόγησης που βαθμολογούν ασθενείς σύμφωνα με την παρουσία ή το βαθμό της ενεργότητας της νόσου ή της ιστικής καταστροφής και κριτήρια έκβασης που διαχωρίζουν τους ασθενείς σύμφωνα με την έκβαση της νόσου.

Τα κριτήρια του Αμερικανικού Ρευματολογικού Κολλεγίου για την ταξινόμηση της ΓΚΑ δημοιουργήθηκαν με τη σύγκριση των συμπτωμάτων και ευρημάτων 214 ασθενών με τη διάγνωση της ΓΚΑ με τα κλινικά ευρήματα 593 ασθενών με άλλες μορφές αγγειίτιδας. Σε ασθενή με αγγειίτιδα⁴ η παρουσία 3 από τα 5 κριτήρια που αναφέρονται ακολούθως συσχετίσθηκε με 94% ευαισθησία και 91% ειδικότητα στη διάγνωση της ΓΚΑ (πιν. 1). Τα κριτήρια που αναφέρονται είναι τα ακόλουθα:

- Ήλικία μεγαλύτερη ή ίση των 50 ετών κατά την εισβολή της νόσου.

- Τοπική κεφαλαλγία πρόσφατης εισβολής.
- Ευαισθησία ή ελαττωμένη σφυγμικότητα της κροταφίκης αρτηρίας.
- Ταχύτητα καθίζησης ερυθρών αιμοσφαιρίων >50 mm/1h (Westergren).
- Βιοψία που περιλαμβάνει την αρτηρία και αποκαλύπτει νεκρωτική αρτηρίτιδα με υπεροχή των μονοκυτάρων ή κοκκιωματώδη εξεργασία με πολυπύρηνα γιγαντοκύτταρα.

Εάν η αυξημένη ταχύτητα καθίζησης ερυθρών αιμοσφαιρίων αποκλεισθεί και η ευαισθησία του κρανίου και η διαλείπουσα χωλότητα της γνάθου ή της γλώσσας προστεθούν στα κριτήρια, η ευαισθησία της ταξινόμησης είναι 95% και η ειδικότητα 91%.

Με εξαίρεση τα ευρήματα της βιοψίας της κροταφικής αρτηρίας τα οποία χαρακτηρίζουν τη ΓΚΑ τα εργαστηριακά ευρήματα στη ΡΠΜ και τη ΓΚΑ είναι παρόμοια¹.

Η διεργασία του ορισμού κριτηρίων και ταξινόμησης των νόσων πρέπει να είναι μια συνεχής διεργασία με συνεχή ανανέωση και αναθεώρηση καθώς η διεργασία γνώσης των νόσων συνεχίζεται.

3. Κλινικές Εκδηλώσεις

Η μέση ηλικία εισβολής της ΓΚΑ και της ΡΠΜ είναι περίπου 70 έτη, με εύρος από περίπου 50 μέχρι περισσότερο από 90 έτη. Οι γυναίκες έχουν δύο φορές περισσότερες πιθανότητες να προσβληθούν από τους άνδρες. Η εισβολή της νόσου μπορεί να είναι δραματική, μερικοί δε ασθενείς μπορούν να προσδιορίσουν την ημερομηνία και την ώρα του πρώτου συμπτώματος. Η εισβολή μπορεί να είναι και ήπια. Στις περισσότερες περιπτώσεις τα συμπτώματα υπάρχουν για εβδομάδες ή μήνες πριν να τεθεί η διάγνωση. Τα συστηματικά συμπτώματα συμπεριλαμβάνουν τον πυρετό, την καταβολή, την ανορεξία και απώλεια βάρους και την κατάθλιψη και παρατηρούνται στην πλειονότητα των ασθενών. Οι ασθενείς μπορεί να εμφανισθούν με πυρετό αγνώστου αιτιολογίας και να υποβληθούν σε εκτεταμένο έλεγχο. Η ΓΚΑ είναι υπεύθυνη για περίπου 15% των ασθενών που είναι μεγαλύτεροι των 65 ετών και εμφανίζονται με πυρετό αγνώστου αιτιολογίας. Μια υποκείμενη αφανής κακοήθεια μπορεί να μψείται τα συμπτώματα της ρευματικής πολυμυαλγίας. Αν και επί του παρόντος δεν υπάρχουν ενδείξεις που υποδεικνύουν ότι η κακοήθεια είναι πιο συχνή σε ασθενείς με πολυμυαλγία από ότι σε άλλους ασθενείς, μια επιδείνωση της υγείας ή πτωχή απάντηση στα κορτικοστεροειδή θα πρέπει να λαμ-

βάνεται πάντοτε σοβαρά υπόψη και να γίνεται έρευνα για την ανεύρεση πιθανού υποκειμένου νεοπλάσματος. Σε μερικές περιπτώσεις η εισβολή μπορεί να συσχετίζεται με πρόσφατο θάνατο προσφιλούς προσώπου.

3.1. Κλινικές εκδηλώσεις ρευματικής πολυμυαλγίας

Μυοσκελετική προσβολή. Οι ασθενείς συνήθως τοποθετούν την πηγή του πόνου και της δυσκαμψίας στους μυς. Τα συμπτώματα είναι συνήθως αμφοτερόπλευρα και συμμετρικά⁶. Η δυσκαμψία είναι το προεξάρχον σύμπτωμα και είναι ιδιαίτερα έντονη μετά από ανάπταση. Ο μυϊκός πόνος είναι διάχυτος και η κίνηση επιδεινώνει τον πόνο. Ο πόνος κατά τη διάρκεια της νύκτας είναι συνήθης. Η μυϊκή ισχύς δεν ελαττώνεται. Παρατηρείται ευαισθησία των προσβλημένων οργάνων συμπεριλαμβανομένων των περιαρθρικών στοιχείων, όπως είναι ο αρθρικός θύλακος και οι τένοντες. Σε προχωρημένα στάδια μπορεί να εμφανίσθει μυϊκή ατροφία, με περιορισμό της κίνησης του ώμου.

Ορογονίτιδα. Παρατηρείται φλεγμονώδης ορογονίτιδα και εξιδρώματα με συχνότητα από 0-100% σε διάφορες σειρές⁷. Η ορογονίτιδα των γονάτων, των καρπών και στερνοκλειδικών αρθρώσεων είναι συνήθης, αλλά η προσβολή είναι παροδική και ήπια. Σχέση μεταξύ του συνδρόμου του καρπιάσου σωλήνα και της πολυμυαλγίας έχει παρατηρηθεί από αρκετούς συγγραφείς. Διηθητικές αλλοιώσεις στις αρθρώσεις και σκλήρυνση των ιερολαγονίων αρθρώσεων έχουν παρατηρηθεί. Το σπινθηρογράφημα των οστών με τεχνήτιο μπορεί να δείχνει παθολογική πρόσληψη σε αρθρώσεις, όπως οι ώμοι, τα γόνατα, οι καρποί και τα χέρια.

Ο ορογόνος υμένας δείχνει μη ειδικές φλεγμονώδεις αλλοιώσεις και το αρθρικό υγρό έχει την εμφάνιση ήπιου φλεγμονώδους εξιδρώματος. Η ορογονίτιδα της πολυμυαλγίας διαφέρει από αυτή της ρευματοειδούς αρθρίτιδας κατά το ότι αυτή δεν προκαλεί τυπική περιαρθρική οστεοπόρωση και διαβρώσεις. Οι Kyle et al⁸ εξέτασαν 56 ασθενείς με ΡΠΜ για φλεγμονώδη ορογονίτιδα και έκαναν ακτινογραφία, σπινθηρογράφημα και θερμογραφία. Βρήκαν ορογονίτιδα μόνο σε ένα ασθενή όταν η νόσος ήταν ενεργός και συμπέραν ότι η περιφερική και κεντρική ορογονίτιδα είναι ασυνήθης.

3.2. Κλινικές εκδηλώσεις γιγαντοκυτταρικής αρτηρίτιδας

Κεφαλαλγία. Κεφαλαλγία πρόσφατης εισβολής παρατηρείται σε 2/3 των ασθενών. Το άλγος τείνει να εντοπίζεται στις κροταφικές περιοχές, αλλά μπορεί να εντοπίζεται και αλλού. Η κεφαλαλγία μπορεί να είναι ήπια ή βαριά,

συνεχής ή διαλείπουσα.

Διαλείπουσα χωλότητα της γνάθου. Περίπου το ήμισυ των ασθενών υποφέρουν από διαλείπουσα χωλότητα της γνάθου. Σε μερικές περιπτώσεις μπορεί να παρατηρείται σύμπτωμα δίκην κριγμού. Παρόμοια συμπτώματα που μπορεί να παρατηρηθούν συμπεριλαμβάνουν προβλήματα στη γλώσσα, την κατάποση και άλγος στον τράχηλο.

Οφθαλμικές εκδηλώσεις. Η οριστική μερική ή πλήρης απώλεια της όρασης στον ένα ή σε αμφότερους τους οφθαλμούς έχει παρατηρηθεί σε 15-20% των ασθενών στις περισσότερες σειρές. Η διαταραχή της όρασης είναι συχνά μια πρώιμη εκδήλωση της νόσου. Οι ασθενείς τυπικά παρατηρούν αιφνίδια απώλεια του οπτικού πεδίου στον ένα οφθαλμό που μπορεί να προχωρήσει σε πλήρη τύφλωση. Η απώλεια της όρασης είναι χωρίς άλγος. Αν η απώλεια όρασης μείνει χωρίς θεραπεία, ο άλλος οφθαλμός είναι πιθανόν να προσβληθεί μέσα σε μία ή δύο εβδομάδες. Ωστόσο, είναι σπάνιο να είναι οι ασθενείς τελείως τυφλοί από αμφότερους τους οφθαλμούς. Η παροδική απώλεια όρασης ή διπλωπία είναι λιγότερο συχνή αλλά μπορεί να προηγείται της οριστικής απώλειας της όρασης. Σε ασθενείς με απώλεια όρασης η βυθοσκόπηση δείχνει αλλοιώσεις ισχαιμικής οπτικής νευρίτιδας^{9,10}.

Προσβολή των μεγάλων αγγείων. Σε περίπου 15% των περιπτώσεων οι κλάδοι του αορτικού τάξου, ειδικά η υποκλειδίος και οι μασχαλιαίες αρτηρίες, παρουσιάζουν στένωση και συμβάλλουν στην εμφάνιση χωλότητας. Οι ασθενείς μπορεί να έχουν λίγα από τα συμπτώματα της ΓΚΑ και η διάγνωση μπορεί να παραβλεφθεί αρχικά.

Μυοσκελετικά συμπτώματα. Η παρουσία του συνδρόμου της ρευματικής πολυμυαλγίας χαρακτηρίζεται από άλγος των εγγύς μυών και πρωινή δυσκαμψία. Οι ασθενείς μπορεί να έχουν ρευματική πολυμυαλγία χωρίς εμφανή αγγειότιδα ή αμφότερα τα σύνδρομα ταυτόχρονα ή ετερόχρονα. Πρόσφατες μελέτες υποδεικνύουν ότι πιθανώς η ρευματική πολυμυαλγία και η ΓΚΑ είναι διαφορετικές φάσεις της ίδιας νοσολογικής οντότητας. Μερικοί ασθενείς μπορεί να έχουν περιφερική ορογονίτιδα, οίδημα των άκρων χωρίς εντύπωμα κατά την πίεση, τενοντίτιδα και σύνδρομο καρπιάσου σωλήνα.

Ανευρύσματα της θωρακικής αορτής. Η εμφάνιση ανευρυσμάτων της θωρακικής αορτής είναι απώτερη και δυνητικά σοβαρή επιπλοκή της ΓΚΑ. Παρατηρείται σε περίπου 15% των ασθενών σαν απώτερη επιπλοκή, συνήθως μετά αρκετά έτη από τη διάγνωση και συχνά μετά την υποχώρηση των άλλων συμπτωμάτων του ασθενούς^{11,12}. Το ανευρύσμα μπορεί να ραγεί και να προκαλέσει το θάνατο του ασθενούς. Η εμφάνιση ανευρύσματος μπορεί να

συνοδεύεται ή να μη συνοδεύεται από άλλες ενδείξεις ενεργού αγγειίδας με αυξημένη ταχύτητα καθίζησης ή C-αντιδρώσα πρωτείνη. Ασθενείς με ΓΚΑ πρέπει να παρακολουθούνται περιοδικά για την εμφάνιση ανευρύσματος της θωρακικής αορτής. Πρέπει να διενεργούνται ετήσιες προσθιοπίσθιες και πλάγιες ακτινογραφίες θώρακος. Οι ακτινογραφίες θώρακος είναι συνήθως αρκετές σαν διαδικασία διάγνωσης εκτός εάν υπάρχει ανεύρυσμα, οπότε απαιτείται περαιτέρω έλεγχος.

Νευρολογικές εκδηλώσεις. Η ΓΚΑ συχνά προσβάλλει το νευρικό σύστημα^{13,14}. Μπορεί να προσβάλλει το κεντρικό νευρικό σύστημα, τα κρανιακά νεύρα και τα περιφερικά νεύρα. Οι νευρολογικές εκδηλώσεις είναι το αποτέλεσμα αγγειίδας των τροφικών αρτηριών ή επέκτασης της φλεγμονής από το αρτηριακό τοίχωμα στα παρακείμενα νεύρα.

Η κεφαλαλγία είναι σύνηθες σύμπτωμα στη ΓΚΑ, αν

και η συχνότητά της έχει μειωθεί τα τελευταία χρόνια. Τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια και τα παροδικά ισχαιμικά επεισόδια είναι ασυνήθη. Αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια μπορεί να εμφανισθούν μετά την έναρξη της θεραπείας με κορτικοστεροειδή ή κατά τη μείωση της δοσολογίας. Νευροψυχιατρικές εκδηλώσεις έχουν αναφερθεί σε 3% των ασθενών. Στα συμπτώματα αυτά έχουν συμπεριληφθεί η άνοια, η κατάθλιψη και ψυχωσικά συμπτώματα. Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η ΓΚΑ είναι ίασμη αιτία άνοιας και σε τέτοιες περιπτώσεις η θεραπεία με στεροειδή μπορεί να βελτιώσει τα συμπτώματα και να καταλήξει σε σταθερότητα¹⁵.

Η πρόσθια ισχαιμική οπτική νευροπάθεια, κύρια αιτία απώλειας της όρασης είναι σχετικά συνήθης στη ΓΚΑ. Άλλες λιγότερο συνήθεις αιτίες της απώλειας της όρασης είναι η απόφραξη της κεντρικής αρτηρίας, η οπίσθια οπτική νευροπάθεια και η φλοική τύφλωση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

Τα κριτήρια ταξινόμησης της γιγαντοκυτταρικής αρτηρίτιδας του 1990 του Αμερικανικού Ρευματολογικού Κολλεγίου ^{4*}	
Κριτήρια	Ορισμός
Ηλικία κατά την εισβολή της νόσου >50 έτη	Εμφάνιση των συμπτωμάτων ή σημείων κατά ή μετά την ηλικία των 50 ετών
Κεφαλαλγία προσφάτου εισβολής	Εκ νέου εισβολή εντοπισμένης κεφαλαλγίας ή νέου τύπου κεφαλαλγία
Διαταραχή της κροταφικής αρτηρίας	Ευαισθησία της κροταφικής αρτηρίας κατά την ψηλάφηση ή ελαττωμένη σφυγμικότητα
Αύξηση ταχύτητας καθίζησης ερυθρών αιμοσφαιρίων	Ταχύτητα καθίζησης των ερυθρών αιμοσφαιρίων >50 mm/1h με τη μέθοδο Westergren
Παθολογική βιοψία κροταφικής αρτηρίας	Δείγμα βιοψίας αρτηρίας με ενδείξεις αγγειίδας που χαρακτηρίζεται από υπεροχή της διήθησης από μονοκύτταρα ή κοκκιωματώδη φλεγμονή συνήθως με πολυπύρηνα γιγαντοκύτταρα

* Για το σκοπό της ταξινόμησης ένας ασθενής με αγγειίδα θεωρείται ότι έχει κροταφική αρτηρίτιδα αν πληρούνται τουλάχιστον 3 από τα ανωτέρω αναφερόμενα 5 κριτήρια. Η παρουσία 3 ή περισσοτέρων κριτηρίων έχει ευαισθησία 94% και ειδικότητα 91%.

ABSTRACT

Polymyalgia rheumatica and giant cell arteritis.
Diagnostic evaluation and clinical findings

Panagiotis Athanassiou, Vasiliki Koulouki, Penelope Konstantopoulou

Department of Rheumatology, Asclepeion Hospital, Voula, Athens, Greece

Polymyalgia rheumatica and giant-cell arteritis are closely related conditions that affect persons of middle age and older and frequently occur together. Many specialists consider them to be different phases of the same disease. The cause of polymyalgia rheumatica and giant cell arteritis is unknown. Except for the temporal artery biopsy findings that characterize giant cell arteritis, all other laboratory findings are similar in the two conditions. The American College of Rheumatology has set criteria for the diagnosis of giant cell arteritis. A patient with arteritis is considered to have giant cell arteritis if he fulfills 3 of 5 preset criteria. Polymyalgia rheumatica is an inflammatory condition characterized by aching and morning stiffness in the cervical region and shoulder and pelvic girdles. Giant-cell arteritis is a chronic vasculitis of large and medium-sized vessels. Symptomatic vessel inflammation usually involves the cranial branches of the arteries originating from the aortic branch. Giant-cell arteritis is characterized by headache, jaw claudication, claudication of the upper extremities, partial or complete loss of vision, neurologic findings and thoracic aortic aneurysms.

Key words: polymyalgia rheumatica, giant cell arteritis, diagnostic criteria, temporal artery biopsy, headache

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Salvarani C, Cantini F, Boiardi L, Hunder GG. Polymyalgia rheumatica and giant cell arteritis. *N Engl J Med* 2002, 347: 261-271
2. Evans JM, Bowles C, Bjornsson J, et al. Thoracic aortic aneurysm and rupture in giant cell arteritis: Descriptive study of 41 cases. *Arthritis Rheum* 1994, 37: 1539
3. Klein R, Hunder GG, Stanson AW, et al. Large artery involvement in giant cell (temporal) arteritis. *Ann Intern Med* 1975, 83: 806
4. Hunder GG, Bloch DA, Michel BA, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of giant cell arteritis. *Arthritis Rheum* 1990, 33: 1122-1128
5. Fries JF, Hochberg MC, Medsger TA Jr, et al. Criteria for rheumatic disease. Different types and different function. The American College of Rheumatology Diagnostic and Therapeutic Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1994, 37: 454
6. Hunder GG. Clinical features of GCA/PMR. *Clin Exp Rheumatol* 2000, 18 (suppl 20): 6-8
7. Sakkas LI, Loqueman N, Panayi GS, et al. Immunogenetics of polymyalgia rheumatica. *Br J Rheumatol* 1990, 29: 331-334
8. Kyle V, Tudor J, Wright EP, et al. Rarity of synovitis in polymyalgia rheumatica. *Ann Rheum Dis* 1990, 49: 155-157
9. Aiello PD, Trautmann JC, McPhee TJ, et al. Visual prognosis in giant cell (temporal) arteritis. *Ophthalmology* 1993, 100: 550
10. Hayreh SS. Anterior ischaemic optic neuropathy. Differentiation of arteritis from non arteritic type and its management. *Eye* 1990, 4: 25-41
11. Lie JT. Histopathologic specificity of systemic vasculitis. *Rheum Dis Clin North Am* 1995, 21: 883
12. Calamia KT, Hunder GG. Giant cell (temporal) arteritis presenting as fever of undetermined origin. *Arthritis Rheum* 1981, 24: 1414-1418
13. Caselli RJ, Hunder GG, Whisnant JP. Neurologic disease in biopsy-proven giant cell (temporal) arteritis. *Neurology* 1988, 38: 352-359
14. Nesher G. Neurologic manifestations of giant cell arteritis. *Clin Exp Rheumatol* 2000, 18(suppl 20): 24-26
15. Pascuzzi RM, Roos KL, Davis TE. Mental status abnormalities in temporal arteritis: A treatable cause of dementia in the elderly. *Arthritis Rheum* 1989, 32: 1308-1311