

Arteritis temporalis - med særligt henblik på orofaciale symptomer

En litteraturoversigt

Ib Sewerin

Arteritis temporalis er betegnelsen for en vasculitis lokaliseret til a. temporalis superf. Tilstanden optræder ofte i kombination med polymyalgia rheumatica. De kliniske symptomer er dels generelle, dels lokale. De generelle omfatter træthed, væggtab og en ofte let kontinuerlig febertilstand. De lokale omfatter først og fremmest hovedpine, gerne af en kraftig karakter. Desuden fremstår a. temporalis superf. fortykket, øm og uden pulsation. Et hyppigt og særdeles alvorligt ledsagende symptom er synsforstyrrelser, evt. resulterende i blindhed.

Af odontologisk interesse er en række symptomer og følgevirkninger der er knyttet til det orofaciale kompleks. De omfatter først og fremmest claudicatio af kæbemuskulaturen, som kan forekomme som et initialt tegn på sygdommen og bidrage til den endelige diagnostik. Dernæst kan der optræde symptomer lokaliseret til tungen og en yderst alvorlig senkomplikation i form af tungenekrose.

Den tidligst mulige diagnose er af yderste vigtighed for at imødegå de alvorlige senfølger og komplikationer, og tandlægen kan i visse tilfælde bidrage hertil.

I artiklen gennemgås almene forhold vedr. arteritis temporalis, og der fokuseres på symptomer der er knyttet til det orofaciale kompleks.

Vasculitis er den almene betegnelse for en betændelsestilstand der afficerer et kar, og betegnelserne arteritis og phlebitis betegner betændelser lokaliseret til hhv. arterier og vener.

Betegnelsen arteritis gigantocellularis (kæmpecellearterit) refererer til det typiske histologiske billede der ses ved visse arteritter, hvor den dominerende forandring er en voldsom granulomatøs inflammation af karvæggen med en ophobning af kæmpeceller.

Arteritis gigantocellularis (AGC) kan optræde i arterielle kar af alle størrelser fra aorta til kapillærer, men afficerer særligt ofte større ekstrakranielle grene af a. carotis, herunder helt specifikt a. temporalis superf. (1,2).

Arteritis temporalis

Historik

Tilstanden arteritis temporalis (AT) menes første gang beskrevet i 1890 af *Hutchinson* (3) som anvendte betegnelsen »arteritis obliterans«. Den blev »genopdaget« i 1932 af *Horton* (4). Foruden de karakteristiske forandringer af a. temporalis superf. beskrev han de hyppigt ledsagende symptomer, væggtab, feber og træthed. I 1946 påpegede han at claudicatio af tyggemuskulaturen var et hyppigt ledsagesymptom (5), og i 1962 tilføjede han beskrivelsen af blindhed som en hyppig komplikation til sygdomsbilledet (6).

Hovedsmerterne har givet anledning til den alternative betegnelse *Hortons arteritis/disease/syndrom*.

Forekomst

AT forekommer overvejende hos kaukasiere. Lidelsen ses næsten udelukkende hos ældre individer, typisk >70 år, og kun helt undtagelsesvis hos personer under 50 år (7-10). Incidensen angives i størrelsesordenen ét tilfælde per 5.000 ældre individer per år (8,11,12). Sygdommen optræder ca. 3-4 gange så hyppigt hos kvinder som hos mænd (12,13).

Fra dansk side foreligger flere undersøgelser af prævalens og incidens. *Boesen & Sørensen* (11) fandt at der i Danmark i 1982 forekom 46 tilfælde af AGC; diagnosen AT verificeredes ved biopsi hos 15. I 1990 fandt *Elling et al.* på grundlag af opgørelser fra 13 amter en incidensrate for AT på 20,4:100.000 hos patienter >50 år (14).

Forkortelser:

Arteritis temporalis : AT

Arteritis gigantocellularis: AGC

Claudicatio musculorum masticatoriorum: CMM

Klinik og symptomatologi

Generelle symptomer – AT er nært knyttet til sygdommen polymyalgia rheumatica, og ca. halvdelen af patienter med AT lider af denne sygdom (7,9,15). De er derfor belastet af smerter og stivhed lokaliseret til muskuloskeletale strukturer i nakke, skuldre og bækkenbælte. Generne er værst om morgenen og lettes i løbet af dagen.

AT ledsages typisk af en række generelle symptomer som febrilia, vægttab, nattesved, langvarig træthed og manglende appetit. *Hu et al.* (16) analyserede 360 tilfælde af AT og fandt at feber var det hyppigst forekommende generelle symptom (46%). Feberen optræder i de fleste tilfælde som en kontinuerligt let forhøjet febertilstand, og kun sjældent som intermitterende anfald af høj feber (16,17).

Vægttab er et andet hyppigt symptom. *Hu et al.* (16) fandt det hos 40% af patienterne. Omfanget er ofte betydeligt, og der er rapporteret om tab på op til 7 kg i løbet af få måneder (18-20).

Lokale kardinalsymptomer – De lokale symptomer omfatter først og fremmest en kraftig hovedpine, lokaliseret til tindinge-, nakke- og/eller panderegionen (7-10,16).

Specifikt for sygdommen er endvidere en vasculitis lokaliseret til ramus frontalis af a. temporalis superf., der klinisk viser sig ved en bruskhård, strengformet fortykkelse af arterien, der er ledsaget af ømhed samt ophævet pulsation.

Mange betragter endvidere claudicatio musculorum masticatoriorum (CMM) som et kardinalsymptom. Claudicatio (af lat. *claudicare*: at halte, være lammet) er betegnelsen for en smertefuld træthed/»lammelse«, der skyldes en muskulær iskæmi, i denne forbindelse omfattende kæbemuskulaturen.

I lægelig jargon anvendes bl.a. udtrykket »tyggeclaudicatio« (1), »masseterclaudicatio« (8) og »angina masticatoria« (21). (Se i øvrigt senere).

Diagnostiske kriterier

The American College of Rheumatology opstillede i 1990 kriterier for klassifikation af AGC (22). Tre af følgende fem symptomer skulle opfyldes for at diagnosen kunne stilles: 1) alder >50 år, 2) nyopstået, lokaliseret hovedpine, 3) øm a. temporalis superf. med nedsat puls, 4) forhøjet sænkingsreaktion (>50 mm/h), og 5) biopsi visende kæmpecelleinfiltrater.

If. *The International Classification of Headache Disorders* (23) er hovedpine forårsaget af AGC karakteriseret ved 1) en nyligt opstået hovedpine der udvikler sig sammen med andre associerede symptomer på AGC (fx symptomer på polymyalgia rheumatica eller CMM), 2) at hovedpinen ophører eller mildnes inden for tre dage ved behandling med kortikosteroider, og 3) ét af flg. symptomer: a) hævet a. temporalis samt

forhøjet sænkingsreaktion, eller b) biopsiverificeret AT.

Følgetilstande

En alvorlig følgetilstand består i synsforstyrrelser, som i mange tilfælde resulterer i blindhed. *Horton* var den første som i 1937 kædede AT og denne komplikation sammen (24). Tilstanden skyldes okklusion af arterier som fører til øjet, enten aa. ciliares posteriores breves, som forsyner papilla nervi optici, eller a. centralis retinae, som forsyner retina (25).

Der er rapporteret om total blindhed hos op til 20-30% af de patienter som rammes af AT (26). *González-Gay et al.* (27) analyserede retrospektivt 239 tilfælde af biopsiverificeret AT. Der konstateredes synsforstyrrelser hos 69 (29%); hos 34 (14%) resulterede de i varig blindhed og heraf hos 11 (5%) omfattende begge øjne.

Et indledende symptom kan være kortvarige forbigående episoder af blindhed (amaurosis fugax) eller diplopi (dobbeltsyn) (28-30). Ofte afficeres det ene øje først, og hyppigt medinddrages det andet øje i løbet af dage eller få uger (10,23,26,29,31-34). Blindheden er irreversibel (17,24,31,32,35).

Netop af hensyn til denne alvorlige komplikation er en hurtig diagnose og hurtigt indsættende behandling af den yderste vigtighed. Alle forfattere råder til at iværksætte behandling med kortikosteroider omgående ved mistanke om AT og ikke at afvente en mulig bekræftelse på en biopsi. *González-Gay et al.* (29) analyserede resultaterne af behandling af 29 behandlede patienter og fandt at der i intet tilfælde opnåedes forbedring af tilstanden hvis behandlingen indledtes senere end to dage efter synsforstyrrelsens debut.

Lokale bisymptomer/sideordnede symptomer

Foruden de typiske symptomer kan lidelsen ledsages af en række andre symptomer, som dels kan være af en dominerende karakter, dels kan optræde forud for kardinalsymptomerne, og som derfor kan sløre den egentlige diagnose.

Foruden ømhed sv.t. a. temporalis superf. beskrives ofte en ømhed af hele skalpen (4,36), undertiden af en sværhedsgrad som hindrer patienterne i at frisere sig og bære hat (37-39).

Iskæmien der er anledning til forandringerne af a. temporalis og synsforstyrrelserne, kan også ramme andre regioner/organer. Som en meget dramatisk komplikation optræder nekrose af tungen (se senere), og der kan samtidig opstå alvorlige ulcerationer og nekroser af hovedhuden (40,41). Undertiden involveres tillige a. occipitalis (21,30) og a. facialis (21,27,42). Facial parese er også beskrevet (43).

Siemssen (44) gennemgik litteraturen vedr. 76 tilfælde af nekrose af tunge og/eller hovedbunden. Nekrose i de to regioner forekom med næsten ens hyppighed.

If. *Hellmann* (30) debuterer AF med atypiske symptomer hos ca. 40% af patienterne. Tør hoste er hyppigt forekommende, men der ses også pharyngitis, hæshed og respirationsbesvær (30). Et særdeles hyppigt forekommende symptom er desuden synkebesvær (18,37,45-53). *Liozon et al.* (54) noterede blandt patienter med verificeret AT at foruden 69% som havde CMM, havde et stort antal symptomer fra »kæber, mund, hals«, herunder trismus (36%), halssmerter (21%), dysfagi (17%), hoste (11%) og hæshed (9%).

Andre symptomer end nekrose fra tungen i form af smerter, glossitis, ulcerationer og »lingval claudicatio« er beskrevet af flere forfattere (30,55,56). Vedr. kulminationen i form af lingvalt infarkt: se senere.

Hos ca. 15% af patienterne afficeres større kar som aorta og aksillære arterier, hvilket kan medføre claudicatio og dæmpet puls i armene (9,57). Desuden fandt *González-Gay et al.* (29) i et materiale omfattende 239 personer med biopsiverificeret AT at der indtrådte cerebrovaskulære komplikationer hos otte patienter (3%).

Det gælder for alle de nævnte symptomer at konnexen til AT må anses for dokumenteret ved at de i alle beskrivelser er svundet ved behandling af grundlidelsen.

Debut og forløb

Sygdommen kan debutere på forskellig vis. Hos 2/3 af patienterne er hovedpine det første symptom. Hovedpinen kan starte gradvis, så der går 2-3 mdr. før patienten søger læge (39), men den kan også opstå akut (7-10). Den kan være såvel én- som dobbeltsidig og kan være lokaliseret til såvel tindinge- og nakke- som panderegionen.

Herefter følger ofte symptomer sv.t. a. temporalis superf., men fundet er ikke konstant, og fravær af vaskulære symptomer udelukker ikke diagnosen AT.

De alvorlige synsforstyrrelser er næsten altid et senere indtrædende symptom, men de kan på den anden side også være debutsymptomer (8,28,30,48).

Der foreligger tillige i litteraturen beskrivelser af sygdomsdebut med atypiske symptomer.

Ex er rapporteret tre tilfælde hvor de første symptomer var odynofagi, trismus og periorbital hævelse. I intet tilfælde forekom andre typiske symptomer, men der konstateredes kraftigt forhøjet sænkingsreaktion, og diagnosen AT bekræftedes ved biopsi (52).

Verifikation

Jf. kriterierne fra *American College of Rheumatology* kan diagnosen stilles på en kombination af almene forhold (alder), anamnesticke oplysninger (hovedpine mv.) og objektive

fund i form af 1) forhøjet sænkingsreaktion, og 2) histologiske forandringer af a. temporalis superf.

En sænkingsreaktion >50 mm/h betragtes som en bekræftelse på en korrekt diagnose, men ofte ses reaktionen kraftigt forhøjet på op til 120-140 mm/h (16,30,43,51,57-60). Den ultimative bekræftelse opnås ved biopsi af arterien og fund af de karakteristiske histologiske forandringer (8,61).

Behandling og prognose

Indgift af glukokortikosteroider har en dramatisk positiv effekt (8,9), og behandlingen har gunstig og omgående indflydelse på såvel de generelle som de lokale symptomer (20,62). Indgivet tidligt, er der gode muligheder for at forebygge de alvorlige synsforstyrrelser.

Den endelig behandling strækker sig over lang tid, og recidiver er hyppige, men sygdommen helbredes i de fleste tilfælde (7,8,17). Langtidsprognosen er god; *Anderson et al.* (63) fulgte 90 patienter med AGC i 9-14 år efter diagnosen, men kunne ikke konstatere nogen overdødelighed.

Claudicatio musculorum masticatoriorum

Muskulær claudicatio optræder i forskellige sammenhænge og kan afficere forskellige muskelgrupper. En særlig kendt form for tilstanden ses ved claudicatio intermittens (»rygebæn«, »vindueskiggersyndrom«), der skyldes utilstrækkelig blodforsyning til underekstremiteterne, og som resulterer i anfaldsvise smerter der medfører en haltende/hinkende gang og tvinger patienten til hyppige hvil.

Der er bred enighed om at claudicatio af tyggemuslerne (CMM) hører til de lokale kardinalsymptomer ved AT. Årsagen er som ved andre former for claudicatio en iskæmi i musklerne som følge af blokering af de tilførende arterier.

Sygdomsbillede

Der er tale om intermitterende funktionsbetingede symptomer der kan variere fra trætheds- og ubehagsfølelse til egentlige smertefulde krampe-tilstande. De optræder specifikt ved muskelaktivitet i forbindelse med tygning, især af hårde fødeemner, og ved gabebevægelser (10,13,19,20,24,26,30,39,64). Smerterne adskiller sig fra smerter med relation til kæbeledet og tilhørende strukturer ved entydigt at være knyttet til muskelaktiviteten. De er således ikke til stede i starten af en tyggeperiode, de tiltager ved fortsat og øget muskelaktivitet, og de aftager/bortfalder ved hvile (19,30,31).

Tilstanden er endvidere karakteriseret ved fravær af klassiske tegn på temporomandibulær dysfunktion som ømhed af kæbeledsregionen, kæbeledsknæk, krepitation, deviation, bevægelsesindskrænkning, muskelhypertrofi, bruksisme,

og radiologiske forandringer, medmindre der foreligger tilfældige sammenfald.

Claudicatio-symptomet kan være af dominerende karakter, og smerterne kan være voldsomme. Der er beskrevet tilfælde hvor muskelsmerterne var så udtalte at patienten var henvist til kun at indtage grød og flydende føde (34,48), og tilfælde hvor fødeindtagelse var totalt umulig pga. smerter (28,64).

Hyppighed

Horton beskrev i 1966 14 patienter med AT, og hos alle forekom CMM (24).

Hu *et al.* (16) analyserede 360 tilfælde af AT på grundlag af litteraturen og fandt at CMM forekom hos 34% af patienterne. I andre undersøgelser af større grupper af patienter med biopsiverificeret AT er fundet hyppigheder på 34% (39), 41% (15), 43% (61) og 49% (29).

På basis af en analyse af 214 patienter med AT beregnede Hunder *et al.* (22) en sensitivitet på 38,5% (dvs. at symptomet i ca. en tredjedel af tilfældene udpegede den korrekte diagnose), og en specificitet på 97,9% for CMM.

Tilsvarende fandt Smetana & Shmerling (39) ved en litteraturgennemgang at sensitiviteten for CMM var 34%, og de fandt de en positiv *likelihood*-ratio for symptomet på 4,2.

Younge *et al.* (65) analyserede et materiale indsamlet gennem 10 år omfattende 1.113 patienter med AT. Sensitiviteten og specificiteten androg hhv. 40% og 94%, den positive *likelihood*-ratio var 6,7, og den positive prædiktive værdi var 78.

González-Gay *et al.* (29) fandt i et materiale omfattende 239 patienter med biopsiverificeret AGC at CMM forekom signifikant hyppigere hos patienter som senere udviklede synsforstyrrelser end hos patienter som ikke gjorde det. Der er derfor tale om et symptom af væsentlig betydning for diagnosen.

CMM som debut-/hovedsymptom

I litteraturen ses flere eksempler på at CMM kan optræde som første symptom på AT. Lee (19) refererede et tilfælde hvor en 75-årig kvinde henvendte sig til sin tandlæge pga. intermitterende smerter i kæben, især ved tygning. Patienten havde ingen generelle symptomer, og først flere uger senere opstod temporal og retrobulbær hovedpine.

Nelson *et al.* (31) beskrev en 81-årig kvinde som henvistes for smerter i kæben ved tygning. Der forelå ingen symptomer i retning af væggtab, feber, muskuloskeletale smerter, ømhed af skalpen eller hovedpine. A. temporalis superf. var palpabel, men ikke øm. Efter en uges forløb indtrådte blindhed af højre øje, og diagnosen AT bekræftedes ved biopsi af arterien.

Jones & Hazleman (66) har beskrevet i alt seks tilfælde hvor patienter primært henvendte sig til tandlæge, men hvor symptomerne senere viste sig at stamme fra AT.

Trismus

Tilstanden trismus (af græsk *trismos*: svirren, surren, hvislen, piben) omfatter en manglende evne til at gabe der kan have en række forskellige årsager: kongenitte, traumatiske, inflammatoriske og neoplastiske, samt medikamentelle, metaboliske og cerebrale (for oversigt, se (67)). Symptomet er et dominerende symptom ved tilstanden tetanus (68). Det kan endvidere forekomme som et udslag af hysteri (69,70).

Trismus beskrives som et jævnlige forekommende ledsagesymptom ved AT (47,49,71-76). Gabeevnen kan reduceres helt ned til 1-2 cm (69-71).

Hyppighed

Liozon *et al.* (54) undersøgte 178 patienter med biopsiverificeret AT for orofaciale symptomer. CMM forekom hos 63%, men derudover noteredes reduceret gabeevne hos 36%. I et materiale omfattende 88 patienter med AGC og reumatisk polymyalgi noterede Nir-Paz *et al.* (77) trismus hos seks patienter (7%). Kausaliteten bekræftedes ved at steroidbehandling i løbet af et døgn kunne medføre at gabeevnen øgedes fra fx 23 til 40 mm.

Trismus som debutsymptom

Fa'Amatuaianu *et al.* (52) rapporterede et tilfælde hvor en 85-årig kvinde henvendte sig til læge efter i to mdr. at have haft reduceret gabeevne som vanskeliggjorde fødeindtagelse. Der konstateredes kraftigt forhøjet sænkingsreaktion, men der var ingen øvrige symptomer på AT. Diagnosen verificeredes dog ved biopsi, og gabeevnen øgedes straks ved påbegyndt behandling med prednison.

Haraldson & Mejersjö (78) beskrev to tilfælde henvist til Tandlægeskolen i Göteborg, primært for nedsat gabeevne og symptomer fra kæbemuskulaturen. De var henholdende behandlet af otolog og tandlæge. Hos begge diagnosticeredes AT, og symptomerne svandt ved kortikosteroidbehandling.

Nekrose af tungen

En særdeles dramatisk komplikation til AT er nekrose af tungen, og der foreligger i litteraturen en lang række kasuistiske meddelelser (26,32,35,37,40,46,49,50,51,56,58,79-85).

Symptombillede

Fænomenet optræder ligesom CMM og trismus som følge af ophævet blodtilførsel der skyldes en vaskulit i tungen til-

førende kar og medfølgende blokering. Oftest starter nekrosen unilateralt involverende tungespidsen og den anteriore halvdel (32,50,53,84,85), men den kan også opstå bilateralt (49,51). Radix linguae inddrages aldrig (84).

Nekrosen kan forudgås af uspecifikke symptomer gennem længere tid som smerter, ømhed, brændende fornemmelse, følelsesløshed, kuldefornemmelse, misfarvning, svulst, ulceration, ophævet smagssans og vanskelighed med at tale og indtage føde (18,35,49,51,56,84-86). Smerterne kan blive så voldsomme at det er umuligt for patienterne at tale og spise (40,46,56,64,86). Selve nekrosen kan indtræde i løbet af timer eller få dage (26,35,51,79,84-86). Der er beskrevet tilfælde hvor symptomerne nødvendiggjorde at der udførtes trakeostomi (58,79).

Der er rapporteret om irreversible destruktions som har nødvendiggjort amputation af hele tungen (79). I andre tilfælde er sket en heling med ardannelse (37,83), og ved hurtigt indsættende behandling kan der ske en næsten fuldstændig restitution (85).

Tungenekrose som debut-/hovedsymptom

Der foreligger flere rapporter hvor tungesyntomerne var det første eller det dominerende symptom ved en AT (53,56,58,80,87).

Roger *et al.* (87) beskrev et tilfælde hvor en kvinde oplevede tiltagende smerter fra tungen ved fødeindtagelse, uden at der var andre væsentlige symptomer på AT, bortset fra et vægttab. Smerterne endte med at blive voldsomme, og pludselig indtrådte hævelse og cyanose af tungen, og der fulgte en partiel nekrose af tungen.

Der er endvidere beskrevet en række tilfælde hvor patienterne havde hovedpine, men hvor det var tungesyntomerne som fik dem til at søge læge (81,83,86).

Udbredelse af nekrosen

Nekrosen kan også brede sig til større dele af mundhulen og ansigtet (58). Siemssen *et al.* (82) beskrev en patient med næsten total nekrose af tungen. Nekrosen omfattede også højre side af underlæben og det meste af pars alveolaris i underkæben. Patienten fik anlagt trakeostomi for at overleve. Browne (59) beskrev to patienter hos hvem der udvikledes hhv. en nekrotisk ulceration omfattende dele af tungen samt af mundbunden og af pars alveolaris, og en nekrose af den bløde gane og af kindslimhinden.

Arnung & Nielsen (58) beskrev en 69-årig kvinde med nekrose af tungen. I tilslutning hertil udviklede patienten nekrose af mundbunden med blottelse af den tilgrænsende del af mandiblen. Der opstod desuden nekrose af underlæben. Tilstanden nødvendiggjorde trakeostomi.

Facial hævelse

Et noget sjældnere, men velbeskrevet symptom ved AT er facial hævelse (33,42,55,74,76,88). Plantin *et al.* (74) beskrev tre patienter med faciale ødemer og gennemgik den foreliggende litteratur. Hævelsen afficerer hyppigst den periorbitale region (33,47,52,76,88), men kan også ses infraorbitalt (38). Der er endvidere beskrevet tilfælde hvor hævelsen omfattede enten hele hovedet, eller blot var lokaliseret til underansigtet (33,74,76). Der er også beskrevet hævelse sv.t. gl. parotidea (85) og tilfælde af unilateral hævelse (75).

Facial hævelse som debut-/hovedsymptom

Ansigtshævelsen kan være første symptom. Cohen *et al.* (55) beskrev en 62-årig kvinde som i løbet af fem dage udviklede en facial hævelse, mest udtalt periorbitalt. Der var ingen hovedpine, synsforstyrrelser, ømhed af skalpen e.l., men diagnosen AT bekræftedes senere ved biopsi af a. temporalis superf. Et tilsvarende tilfælde er beskrevet af Jensen (33) hos en 76-årig kvinde. Kausaliteten bekræftedes i disse og i tilsvarende eksempler ved at symptomet, som øvrige symptomer på AT, svandt ved medikamentel behandling med prednison (33,55,74).

Øvrige orofaciale symptomer

Hos patienter uden egentlig claudicatio kan der forekomme symptomer i form af ømhed og mere uspecifik ubehagsfølelse lokaliseret til kæbemuskulaturen. Desuden kan der opstå smerter der af patienten henføres til sinus maxillaris, eller fornemmes som tandsmerter, samt følelsesløshed i dele af ansigtet (27,30,62). Allen *et al.* (83) beskrev en patient med biopsiverificeret AT som angav »tandsmerter« trods værende tandløs.

Liozon *et al.* (54) undersøgte 178 patienter med biopsiverificeret AT. Foruden CMM og trismus observerede de smerter lokaliseret til overkæben hos 28% og uspecifikke tungesyntomer hos 6%.

Guttenberg *et al.* (38) beskrev en 65-årig patient der henvendte sig til tandlæge i anledning af smerter fra overkæben. Tandlægen rodbehandlede en suspekt tand. Der tilstødte hævelse periorbitalt og af underansigtet samt synsforstyrrelser, og patienten fik feber og generel malaise. AT bekræftedes ved biopsi. Alle symptomer forsvandt efter en uges prednisonbehandling.

Diskussion

Alle forfattere fremhæver betydningen af den tidligst mulige diagnostik af hensyn til forebyggelse af de alvorlige komplikationer i form af synsnedsættelse og ofte blindhed, idet

en hurtigt indsættende behandling rummer mulighed for en afværgen eller en restitution.

Da CCM er et kardinalsymptom ved AT, og da de enkelte symptomer ved AT kan præsentere sig med forskellig styrke, hvorunder CCM kan indtage en dominerende rolle, kan tandlæger involveres i diagnostik af sygdommen. I tandlægens diagnostiske univers bør derfor også indgå overvejelser om AT ved uspecifikke symptomer fra kæbemuskulaturen hos ældre individer.

Det bør dog erindres at AT er en sjælden tilstand. En anamnestisk oplysning om tyggeudløste smerter kan således pege på AT, men supplerende udredning bør finde sted for at adskille dem fra andre, og langt hyppigere funktionsbetingede smertetilstande i det orofaciale område.

I en uddybende anamnese bør indgå spørgsmål om almene symptomer (træthed, appetitløshed, væggtab, temperaturforhøjelse), samt om ikke tidligere forekommende hovedpine. Der bør suppleres med spørgsmål om forekomst af odynofagi, dysfagi og tør hoste (Faktaboks I).

Objektivt bør tindingeregionen palperes mhp. en evt. øm og fremstående, ikke pulserende a. temporalis superf., og hele skalpen bør palperes mhp. generel ømhed.

Tungesyptomerne er sjældnere, men kan også optræde tidligt i forløbet og i tilfælde hvor kardinalsymptomerne er mindre karakteristiske. Ved uspecifikke symptomer fra tungen bør overvejelser om AT derfor ligeledes indgå (Faktaboks II).

Det har været diskuteret om polymyalgia rheumatica og AGC har en fælles årsag, og om den ene sygdom er en følge af den anden (9). Polymyalgi er hyppigere end arteritis (7,8,15). Litteraturstudier viser at i en lang række tilfælde har patienter med arteritis en forud bestående polymyalgi, men omvendt kan arteritten være den først indtrædende sygdom (7,8). Desuden kan de to sygdomme optræde isoleret hver for sig. Udspejrgen om muskuloskeletale smerter lokaliseret til skuldre, arme mv., tydende på reumatisk polymyalgi, bør derfor indgå ved overvejelser om AT (Faktaboks I og II).

Ved begrundet mistanke i tandlægepraksis om AT bør der ske hastehenviisning til læge/hospital, da al erfaring viser at den tidligst mulige indsættelse af behandling er af afgørende betydning for afværgen af alvorlige komplikationer.

English summary

Temporal arteritis – with particular consideration to orofacial symptoms

Temporal arteritis represents a vasculitis specifically localized to the temporal artery. It occurs almost exclusively in persons who are 70 years or more. Main local symptoms are severe headache and a swollen and painful temporal artery

Faktaboks I

Claudicatio musculorum masticatoriorum er et kardinalsymptom på arteritis temporalis.

Ved funktionsbetingede smerter/træthed/spasmer i kæbemuskulaturen hos ældre individer (typisk >70 år) bør udspejrges om generelle symptomer og om tegn på reumatisk polymyalgi, som ledsager sygdommen hos ca. halvdelen af patienterne, dvs.

- generel træthed
- appetitløshed/vægttab
- feber
- muskuloskeletale smerter i nakke, skuldre, bækkenbælte.

Der bør desuden udspejrges om øvrige lokale symptomer på AT, dvs.

- hovedpine
- synsforstyrrelser
- facial hævelse
- synkebesvær
- tungesyptomer (se faktarude II).

Der bør yderligere undersøges for palpable ændringer af a. temporalis superf. i form af

- hævet, udstående, øm arterie med nedsat/ophævet pulsation.

En tidlig diagnose er af yderste vigtighed for at forebygge alvorlige komplikationer som blindhed. Ved mistanke bør der ske omgående henviisning til læge/hospital.

Faktaboks II

Nekrose af tungen er en sjælden, men kendt følgetilstand ved arteritis temporalis. Tilstanden kan forudgås af uspecifikke symptomer fra tungen som

- smerter
- ømhed
- følelsesløshed
- misfarvning
- hævelse
- ophævet smagssans
- vanskelighed med at tale og spise.

Tungesyptomerne kan i sjældne tilfælde være første symptom på arteritis temporalis. Ved mistanke: udspejrg og undersøg for symptomer på reumatisk polymyalgi og arteritis temporalis (se faktarude I).

Ved begrundet mistanke bør der ske omgående henviisning til læge/hospital.

without pulsation. General accompanying symptoms are loss of weight, fatigue, fever, and malaise. A most serious complication is involvement of arteries supplying the eyes, resulting in blindness.

Of importance for dentists are different orofacial symptoms. A very common symptom is claudication of the masticatory muscles, but also trismus, facial swelling, and symptoms affecting the tongue are seen. A very serious complication is necrosis of the tongue.

The orofacial symptoms may dominate and camouflage the main symptoms, and the patients may seek their dentist instead of their medical doctor. A diagnosis of temporal arteritis should be considered in patients with claudication of the masticatory muscles and with unexplainable symptoms from the orofacial complex. As immediate and intense medical treatment is of extreme importance to prevent serious complications, the dentist must urgently refer patients for medical care in case of suspected temporal arteritis.

Litteratur

Listen indeholder 30 udvalgte referencer. Den fuldstændige litteraturliste omfattende 88 referencer kan rekvireres hos forfatteren.

1. Junker P, Andersen LS, Sørensen SF, Knudsen T, Oxholm PC, Petersen J. Inflammatoriske reumatiske sygdomme. Klassifikation, diagnostik og behandling. Klaringsrapport nr. 8. Dansk Selskab for Intern Medicin, 2000.
2. Langford CA. Vasculitis in the geriatric population. In: Kavanaugh A, editor. Rheumatic diseases in the elderly. Clin Geriatr Med 2005; 21: 631-47.
3. Hutchinson J. Diseases of the arteries. Arch Surg 1890; 1: 323-9.
4. Horton BT, Magath TB, Brown GE. An undescribed form of arteritis of the temporal vessels. Proc Staff Meet Mayo Clin 1932; 7: 700-1.
5. Horton BT. Temporal arteritis: Report of thirty-nine cases. Proc Centr Soc Clin Res 1946; 19: 78-9.
6. Horton BT. Headache and intermittent claudication of the jaw in temporal arteritis. Headache 1962; 2: 29-40.
7. Salvarani C, Cantini F, Boiardi L, Hunder GG. Polymyalgia rheumatica and giant-cell arteritis. N Engl J Med 2002; 347: 261-71.
8. Cantini F, Niccoli L, Storri L, Nannini C, Olivieri I, Padula A, et al. Are polymyalgia rheumatica and giant cell arteritis the same disease? Sem Arthritis Rheum 2004; 33: 294-301.
9. Boesen P, Sørensen SF. Forekomsten af kæmpecellearteritis i et dansk amt. Ugeskr Læger 1984; 146: 1450-3.
10. Brack A, Martinez-Taboada V, Stanson A, Goronzy JJ, Weyand CM. Disease pattern in cranial and large-vessel giant cell arteritis. Arthritis Rheum 1999; 42: 311-7.
11. Elling P, Olsson AT, Elling H. Synchronous variations of the incidence of temporal arteritis and polymyalgia rheumatica in different regions of Denmark; association with epidemics of Mycoplasma pneumoniae infection. J Rheumatol 1996; 23: 112-9.
12. Hu Z, Yang Q, Zheng S, Tang J, Lu W, Xu N, et al. Temporal arteritis and fever: Report of a case and a clinical reanalysis of 360 cases. Angiology 2000; 51: 953-8.
13. Hunder GG, Bloch DA, Michel BA, Stevens MB, Arend WP, Calabrese LH. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of giant cell arteritis. Arthritis Rheum 1990; 33: 1122-8.
14. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders. 2nd ed. Cephalalgia 2004; 24 (Suppl 1).
15. Horton BT. Complications of temporal arteritis. Br Med J 1966; 1: 105-6.
16. González-Gay MA, Blanco R, Rodríguez-Valverde V, Martínez-Taboada VM, Delgado-Rodríguez M, Figueroa M, et al. Permanent visual loss and cerebrovascular accidents in giant cell arteritis. Arthritis Rheum 1998; 41: 1497-504.
17. Hellmann DB. Temporal arteritis. A cough, toothache, and tongue infarction. JAMA 2002; 287: 2996-3000.
18. Storm TL, Jørgensen F. Lingual infarction and sudden blindness due to giant cell arteritis. Acta Med Scand 1983; 214: 85-6.
19. Jensen ECN. Blindhed ved arteritis temporalis trods prednisonbehandling. Ugeskr Læger 2000; 62: 3052-3.
20. Christensen L. Ulceration and necrosis of the tongue due to giant cell arteritis. Acta Med Scand 1986; 220: 379-80.
21. Guttenberg SA, Emery RW, Milobsky SA, Gebella M. Cranial arteritis mimicking odontogenic pain: report of case. J Am Dent Assoc 1989; 119: 621-3.
22. Smetana GW, Shmerling RH. Does this patient have temporal arteritis? JAMA 2002; 287: 92-101.
23. Siemssen SJ. On the occurrence of necrotising lesions in arteritis temporalis: review of the literature with a note on the potential risk of a biopsy. Br J Plast Surg 1987; 40: 73-84.
24. Ginzburg E, Evans WE, Smith W. Lingual infarction: A review of the literature. Ann Vasc Surg 1992; 6: 450-2.
25. Rockey JG, Anand R. Tongue necrosis secondary to temporal arteritis: A case report and literature review. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 2002; 94: 471-3.
26. Liozon E, Jauberteau MO, Ly K, Loustaud V, Soria P, Vidal E. Reduction of jaw opening in giant cell arteritis. Ann Rheum Dis 2003; 62: 287-8.
27. Allen DT, Voytovich MC, Allen JC. Painful chewing and blindness: Signs and symptoms of temporal arteritis. J Am Dent Assoc 2000; 131: 1738-41.
28. Andersson R, Malmvall B-E, Bengtsson B-Å. Long-term survival in giant cell arteritis including temporal arteritis and polymyalgia rheumatica. A follow-up study of 90 patients treated with corticosteroids. Acta Med Scand 1986; 220: 361-4.
29. Younger BR, Cook BE, Bartley GB, Hodge DO, Hunder GG. Initiation of glucocorticoid therapy: Before or after temporal artery biopsy. Mayo Clin Proc 2004; 79: 483-91.
30. Haraldson T, Mejersjö C. Temporal arteritis: a report on two cases. Swed Dent J 1982; 6: 121-5.

Forfatter

Ib Sewerin, docent, dr.odont.

Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet