

گزارش یک مورد آرتریت تمپورال

دکتر داریوش سوادى اسکوئى^۱، دکتر مازیار هاشمیلر^۲

چکیده

آرتریت تمپورال یک واسکولیت سیستمیک با علت ناشناخته است که شریان های بزرگ و متوسط را درگیر می کند. در روند بیماری طیف وسیعی از عوارض سیستمیک، نورولوژیک و چشمی ممکن است تظاهر پیدا کند که خطرناکترین اختلال بینایی است که در حدود ۶۰٪ موارد موجب کوری همیشگی می گردد. آرتریت تمپورال ESR > ۶۰ mmHg و یافته های حاصل از بیوپسی شریانی تشخیص داده می شود. این بیماری یکی از اورژانس های نورولوژی است که بیماران بلافاصله بعد از تشخیص باید تحت درمان با کورتیکو استروئید قرار گیرند. بیمار مورد بحث مرد ۶۲ ساله ای بود، که از ۴ ماه قبل از مراجعه دچار سردرد همراه با تب، کاهش وزن و خلق پایین شده بود. ESR بالا و یافته های بیوپسی شریان تمپورال، بیمار با تشخیص آرتریت تمپورال تحت درمان پردنیزولون به مدت حدود ۱۹ ماه قرار گرفت و با این درمان علائم به طور کلی فرو کش کرد. **واژه های کلیدی:** سردرد، آرتریت تمپورال، عت رسوب گلبول قرمز

۱- مؤلف مسئول: استادیار نورولوژی دانشکده پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

۲- استادیار نورولوژی دده پزشکی - دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

چکیده

آرتریت تمپورال یک واسکولیت التهابی سیستمیک با درگیری شریان های با اندازه بزرگ و متوسط است، که علت آن تا کنون شناخته نشده است. این بیماری طیف وسیعی از عوارض سیستمیک، نورولوژیک و چشمی را سبب می گردد.

شیوع این بیماری به طور غالب در مردان و زنان سنین بالای ۵۰ سال می باشد. میانگین سنی هنگام بروز بیماری ۶۰ سالگی است [۱]. شیوع در زنان دو برابر مردان و بر حسب منطقه جغرافیایی تغییر می کند. [۲] بیماری در افراد سفیدپوست بخصوص نژاد اروپای شمالی شایعتر است [۲] ولی در کل در هر نژاد در براساس جهان گزارش شده است. میزان بروز تقریباً ۱/۱ مورد در هر ۱۰۰/۰ نفر جمعیت افراد بالای ۵۰ سال است [۳].

با توجه به اینکه عوارض بیماری یکی از اورژانس های پزشکی است و با عنایت به اینکه این بیماری در نزدیک به ۱۰٪ موارد در صورت عدم تشخیص و درمان به کوری منجر می گردد تشخیص و درمان این بیماری از اهمیت ویژه ای برخوردار است.

موردی که گزارش می گردد مرد ۶۲ ساله ای بود که علایم بالینی وی با تشخیص آرتریت تمپورال سازگار و به وسیله ESR^۱ بالا و بیوپسی شریان تمپورال مورد تایید قرار گرفته است.

شرح حال بیمار

بیمار مورد معرفی مردی ۶۲ ساله بود که حدود چهار ماه قبل از مراجعه دچار سردرد خنجری در نواحی گیجگاهی شده بود. این سردرد مداوم همراه با درد گردنی با انتشار به شانه ها بود. بیمار تهوع و استفراغ را ذکر نمی کرد اما از بی اشتها، بی حالی، کم حوصلگی و عدم تمایل به کارهای روزانه شاکی بود. بیمار کاهش

وزن محسوس را در این مدت داشته (حدود ۵ کیلوگرم) شدت این سردرد در طی مدت چهار ماه به تدریج افزایش یافته و با مصرف مسکن های معمولی سردرد بیمار فروکش نمی کرده است.

در معاینه دیسک اپتیک هر دو طرف به طور نسبی رنگ پریده اما قدرت بینایی در حد نرمال بود. دق شریان تمپورال در محل گیجگاه حساس و دردناک و در ۱۱ سفت بود. ضربان شریان گیجگاهی در لمس کاهش یافته و معاینه نورولوژیک و سیستمیک بطور کلی نرمال بود.

برای بیمار آزمایشات خون شناسی و ESR^۱ (ساعت اول ۳۳ mm، ساعت دوم ۳۳ mm) (۳۳ mm) و سایر آزمایشات دیگری گزارش نشده بود.

با توجه به یافته های فوق بیمار ۱۱ شک به آرتریت تمپورال، تحت عمل بیوپسی شریان تمپورال قرار گرفت که گزارش آن به شرح زیر بود.

در لایه انیما و مدیای قطعه بیوپسی شده فیبروز با تغییرات التهابی ویتاژ مشاهده گردید، همچنین در مدیا تئوواسکولاریزاسیون همراه با هیالینیزاسیون وجود داشت.

با در نظر گرفتن موارد فوق برای بیمار آرتریت تمپورال مطرح گردید و بیمار بلافاصله تحت درمان با قرص پردنیزلون به میزان روزانه ۱۱ میلی گرم قرار گرفت و سردرد بیمار پس از چند روز بهبود یافته و از شدت علایم دیگر بطور بارزی کاسته شده بود، بنابراین دوز دارو به تدریج کاهش یافت و ESR بیمار در این ۱۱ در ساعت اول ۳۳ mm، ساعت دوم ۳۳ mm گزارش شد. روند کاهش تدریجی ادامه یافت و بعد از حدود ۶ ماه وقتی دوز دارو به ۱۰ میلی گرم در روز کاهش یافت سردرد بیمار مجدداً (البته با شدت کمتر) شروع شد؛ ESR بیمار در ساعت اول ۳۳ mm و در ساعت دوم ۳۳ mm گزارش شد، بنابراین

1- Erythrocyte Sedimentation Rate

1111

للت بیماری کاملاً شناخته شده نیست. [۱] [۲] [۳] [۴] [۵] [۶] [۷] [۸] [۹] [۱۰] [۱۱] [۱۲] [۱۳] [۱۴] [۱۵] [۱۶] [۱۷] [۱۸] [۱۹] [۲۰] [۲۱] [۲۲] [۲۳] [۲۴] [۲۵] [۲۶] [۲۷] [۲۸] [۲۹] [۳۰] [۳۱] [۳۲] [۳۳] [۳۴] [۳۵] [۳۶] [۳۷] [۳۸] [۳۹] [۴۰] [۴۱] [۴۲] [۴۳] [۴۴] [۴۵] [۴۶] [۴۷] [۴۸] [۴۹] [۵۰] [۵۱] [۵۲] [۵۳] [۵۴] [۵۵] [۵۶] [۵۷] [۵۸] [۵۹] [۶۰] [۶۱] [۶۲] [۶۳] [۶۴] [۶۵] [۶۶] [۶۷] [۶۸] [۶۹] [۷۰] [۷۱] [۷۲] [۷۳] [۷۴] [۷۵] [۷۶] [۷۷] [۷۸] [۷۹] [۸۰] [۸۱] [۸۲] [۸۳] [۸۴] [۸۵] [۸۶] [۸۷] [۸۸] [۸۹] [۹۰] [۹۱] [۹۲] [۹۳] [۹۴] [۹۵] [۹۶] [۹۷] [۹۸] [۹۹] [۱۰۰] [۱۰۱] [۱۰۲] [۱۰۳] [۱۰۴] [۱۰۵] [۱۰۶] [۱۰۷] [۱۰۸] [۱۰۹] [۱۱۰] [۱۱۱] [۱۱۲] [۱۱۳] [۱۱۴] [۱۱۵] [۱۱۶] [۱۱۷] [۱۱۸] [۱۱۹] [۱۲۰] [۱۲۱] [۱۲۲] [۱۲۳] [۱۲۴] [۱۲۵] [۱۲۶] [۱۲۷] [۱۲۸] [۱۲۹] [۱۳۰] [۱۳۱] [۱۳۲] [۱۳۳] [۱۳۴] [۱۳۵] [۱۳۶] [۱۳۷] [۱۳۸] [۱۳۹] [۱۴۰] [۱۴۱] [۱۴۲] [۱۴۳] [۱۴۴] [۱۴۵] [۱۴۶] [۱۴۷] [۱۴۸] [۱۴۹] [۱۵۰] [۱۵۱] [۱۵۲] [۱۵۳] [۱۵۴] [۱۵۵] [۱۵۶] [۱۵۷] [۱۵۸] [۱۵۹] [۱۶۰] [۱۶۱] [۱۶۲] [۱۶۳] [۱۶۴] [۱۶۵] [۱۶۶] [۱۶۷] [۱۶۸] [۱۶۹] [۱۷۰] [۱۷۱] [۱۷۲] [۱۷۳] [۱۷۴] [۱۷۵] [۱۷۶] [۱۷۷] [۱۷۸] [۱۷۹] [۱۸۰] [۱۸۱] [۱۸۲] [۱۸۳] [۱۸۴] [۱۸۵] [۱۸۶] [۱۸۷] [۱۸۸] [۱۸۹] [۱۹۰] [۱۹۱] [۱۹۲] [۱۹۳] [۱۹۴] [۱۹۵] [۱۹۶] [۱۹۷] [۱۹۸] [۱۹۹] [۲۰۰] [۲۰۱] [۲۰۲] [۲۰۳] [۲۰۴] [۲۰۵] [۲۰۶] [۲۰۷] [۲۰۸] [۲۰۹] [۲۱۰] [۲۱۱] [۲۱۲] [۲۱۳] [۲۱۴] [۲۱۵] [۲۱۶] [۲۱۷] [۲۱۸] [۲۱۹] [۲۲۰] [۲۲۱] [۲۲۲] [۲۲۳] [۲۲۴] [۲۲۵] [۲۲۶] [۲۲۷] [۲۲۸] [۲۲۹] [۲۳۰] [۲۳۱] [۲۳۲] [۲۳۳] [۲۳۴] [۲۳۵] [۲۳۶] [۲۳۷] [۲۳۸] [۲۳۹] [۲۴۰] [۲۴۱] [۲۴۲] [۲۴۳] [۲۴۴] [۲۴۵] [۲۴۶] [۲۴۷] [۲۴۸] [۲۴۹] [۲۵۰] [۲۵۱] [۲۵۲] [۲۵۳] [۲۵۴] [۲۵۵] [۲۵۶] [۲۵۷] [۲۵۸] [۲۵۹] [۲۶۰] [۲۶۱] [۲۶۲] [۲۶۳] [۲۶۴] [۲۶۵] [۲۶۶] [۲۶۷] [۲۶۸] [۲۶۹] [۲۷۰] [۲۷۱] [۲۷۲] [۲۷۳] [۲۷۴] [۲۷۵] [۲۷۶] [۲۷۷] [۲۷۸] [۲۷۹] [۲۸۰] [۲۸۱] [۲۸۲] [۲۸۳] [۲۸۴] [۲۸۵] [۲۸۶] [۲۸۷] [۲۸۸] [۲۸۹] [۲۹۰] [۲۹۱] [۲۹۲] [۲۹۳] [۲۹۴] [۲۹۵] [۲۹۶] [۲۹۷] [۲۹۸] [۲۹۹] [۳۰۰] [۳۰۱] [۳۰۲] [۳۰۳] [۳۰۴] [۳۰۵] [۳۰۶] [۳۰۷] [۳۰۸] [۳۰۹] [۳۱۰] [۳۱۱] [۳۱۲] [۳۱۳] [۳۱۴] [۳۱۵] [۳۱۶] [۳۱۷] [۳۱۸] [۳۱۹] [۳۲۰] [۳۲۱] [۳۲۲] [۳۲۳] [۳۲۴] [۳۲۵] [۳۲۶] [۳۲۷] [۳۲۸] [۳۲۹] [۳۳۰] [۳۳۱] [۳۳۲] [۳۳۳] [۳۳۴] [۳۳۵] [۳۳۶] [۳۳۷] [۳۳۸] [۳۳۹] [۳۴۰] [۳۴۱] [۳۴۲] [۳۴۳] [۳۴۴] [۳۴۵] [۳۴۶] [۳۴۷] [۳۴۸] [۳۴۹] [۳۵۰] [۳۵۱] [۳۵۲] [۳۵۳] [۳۵۴] [۳۵۵] [۳۵۶] [۳۵۷] [۳۵۸] [۳۵۹] [۳۶۰] [۳۶۱] [۳۶۲] [۳۶۳] [۳۶۴] [۳۶۵] [۳۶۶] [۳۶۷] [۳۶۸] [۳۶۹] [۳۷۰] [۳۷۱] [۳۷۲] [۳۷۳] [۳۷۴] [۳۷۵] [۳۷۶] [۳۷۷] [۳۷۸] [۳۷۹] [۳۸۰] [۳۸۱] [۳۸۲] [۳۸۳] [۳۸۴] [۳۸۵] [۳۸۶] [۳۸۷] [۳۸۸] [۳۸۹] [۳۹۰] [۳۹۱] [۳۹۲] [۳۹۳] [۳۹۴] [۳۹۵] [۳۹۶] [۳۹۷] [۳۹۸] [۳۹۹] [۴۰۰] [۴۰۱] [۴۰۲] [۴۰۳] [۴۰۴] [۴۰۵] [۴۰۶] [۴۰۷] [۴۰۸] [۴۰۹] [۴۱۰] [۴۱۱] [۴۱۲] [۴۱۳] [۴۱۴] [۴۱۵] [۴۱۶] [۴۱۷] [۴۱۸] [۴۱۹] [۴۲۰] [۴۲۱] [۴۲۲] [۴۲۳] [۴۲۴] [۴۲۵] [۴۲۶] [۴۲۷] [۴۲۸] [۴۲۹] [۴۳۰] [۴۳۱] [۴۳۲] [۴۳۳] [۴۳۴] [۴۳۵] [۴۳۶] [۴۳۷] [۴۳۸] [۴۳۹] [۴۴۰] [۴۴۱] [۴۴۲] [۴۴۳] [۴۴۴] [۴۴۵] [۴۴۶] [۴۴۷] [۴۴۸] [۴۴۹] [۴۵۰] [۴۵۱] [۴۵۲] [۴۵۳] [۴۵۴] [۴۵۵] [۴۵۶] [۴۵۷] [۴۵۸] [۴۵۹] [۴۶۰] [۴۶۱] [۴۶۲] [۴۶۳] [۴۶۴] [۴۶۵] [۴۶۶] [۴۶۷] [۴۶۸] [۴۶۹] [۴۷۰] [۴۷۱] [۴۷۲] [۴۷۳] [۴۷۴] [۴۷۵] [۴۷۶] [۴۷۷] [۴۷۸] [۴۷۹] [۴۸۰] [۴۸۱] [۴۸۲] [۴۸۳] [۴۸۴] [۴۸۵] [۴۸۶] [۴۸۷] [۴۸۸] [۴۸۹] [۴۹۰] [۴۹۱] [۴۹۲] [۴۹۳] [۴۹۴] [۴۹۵] [۴۹۶] [۴۹۷] [۴۹۸] [۴۹۹] [۵۰۰] [۵۰۱] [۵۰۲] [۵۰۳] [۵۰۴] [۵۰۵] [۵۰۶] [۵۰۷] [۵۰۸] [۵۰۹] [۵۱۰] [۵۱۱] [۵۱۲] [۵۱۳] [۵۱۴] [۵۱۵] [۵۱۶] [۵۱۷] [۵۱۸] [۵۱۹] [۵۲۰] [۵۲۱] [۵۲۲] [۵۲۳] [۵۲۴] [۵۲۵] [۵۲۶] [۵۲۷] [۵۲۸] [۵۲۹] [۵۳۰] [۵۳۱] [۵۳۲] [۵۳۳] [۵۳۴] [۵۳۵] [۵۳۶] [۵۳۷] [۵

علایم مشخصه بیماری ناشی از التهاب شریان های درگیر می باشد. سردرد شایعترین علامت اولیه است. درد در حالت تبسک بر روی نواحی گچگاهی و پشت

التهاب در شریان های عهده دار خورسانی چشم باعث نورپوایی ایسکمیک عصب اپتیک می گردد که می تواند باعث کوری که ترسناکترین عارضه این بیماری شمرده می شود، گردد. دیگر علایم مربوط به بینایی تاری دید گذرا^۴ دوبینی و کاهش دید^۵ است. ^۶ شمی در ابتدا یکطرفه می باشند و ^۷م طرف دیگر در عرض یک الی ۱۰ روز در گیر می شود.

کاهش خورسائی در شریان های خورسائی کننده
به ناحیه گوش ممکن است منجر به وزوز گوش،
کاهش شنوایی و سرگیجه حقیقی گردند. آنورسم های
آئورت توراسیک نیز در ارتباط با گرفتاری عروق

سیستمیک گزارش شده اند. این بیماری ممکن است بصورت توام با بیماری پلی میالژی روماتیکا مشاهده گردد.

مفیدترین تست آزمایشگاهی ESR خون [۱] باشد. البته CRP نیز در این بیماران افزایش می یابد و اطلاعات حاصله از آن بیشتر از ESR نبوده و هزینه بیشتری نیز دارد. این افزایش ESR باید بیشتر از ۱۰ میلی متر در ساعت باشد [۲]. ESR بالای ۱۰۰ میلی متر در ساعت بطور شایع دیده می شود. با این وجود ۱۰-۲۰ درصد از بیماران با علایم بالینی ESR نرمال داشته اند [۳] و احتمالاً در ۵٪ موارد ESR اول نرمال بوده و بعداً افزایش یافته است [۹]. علاوه بر این ESR [۹] معیار مناسبی در عود بیماری نیز محسوب می گردد.

تست های عملکرد کبدی ممکنست اختلالات جزئی نشان بدهند که شایعترین یافته ها افزایش آلکالین فسفاتاز است. افزایش آسپاراتات آمینوترانسفراز نیز غالباً مشاهده شده است. در CBC ممکن است یک آنمی نورموسیتیک و آزمایشات ارزیابی آهن سازگار با آنمی بیماری مزمن مشاهده گردد.

تشخیص افتراقی این بیماری شامل نورالژی تری ژمینال، مشکلات دندان ها، مشکلات گوش، بیماری های مربوط به سینوس ها و حوادث عروقی مغز می باشد. در افراد بالای ۵۰ سال با شکایت شروع نوع جدیدی از سردرد، درد فک حین جویدن، علایم [۱۰] میالژی روماتیکا،

تب توجیه نشده یا کاهش وزن توجیه نشده باید به تشخیص آرتریت تمپورال شک کرد. در یافته های بالینی افزایش ESR حساسیت پوست سر، آنمی نورموسیتی یا حالت غیرطبیعی در شریان تمپورال [۱۱] است وجود داشته باشند. برخورد تشخیصی استاندارد با آرتریت تمپورال بیوپسی است و در مواردی که به این بیماری شک می شود باید انجام گیرد. شریان تمپورال رایجترین محل برای بیوپسی است ولی قسمت هایی از شریان های پشت سری یا فاسیال را نیز می توان بکار برد.

معیارهایی برای تشخیص بیماری توسط کالج روماتولوژی آمریکا ارایه شده است که وجود ۳ مورد از ۵ مورد تشخیص بیماری را تایید می کند [۱۲] (جدول ۱). سونوگرافی داپلکس [۱۳] شیوه تشخیصی جدید است که اخیراً مورد استفاده قرار گرفته است.

اساس درمان کورتیکو استروئید است. بطور تیپیک پاسخ درمانی قابل توجه است و علایم [۱۴-۱۵] بعد از شروع درمان بهبود می یابند. در صورت [۱۶] ن بیماری درمان باید بلافاصله شروع شود. دوز مورد توصیه ممکن است متفاوت باشد ولی معمولاً استفاده از پردنیزولون خوراکی به میزان ۱-۲ میلی گرم [۱۷] تیه می گردد. بیمارانی که علایم چشمی دارند باید با دوزهای بالاتر مثلاً سوکسینات سدیم متیل پردنیزولون ۲ میلی گرم وریدی هر ۲ ساعت بمدت

جدول ۱. معیارهای تشخیصی آرتریت تمپورال

معیار	نشان دهنده
سن بیمار در شروع بیماری بالای ۵۰ سال	یعنی ایجاد علایم و یافته ها هنگامی شروع شوند که بیمار بیش از ۵۰ سال سن داشته باشد
سردرد جدید	شروع جدید یا نوع جدیدی از سردرد محدود [۱۸] [۱۹]
حالت غیر طبیعی شریان تمپورال	حساسیت شریان تمپورال در لمس یا کاهش نبض شریان، بدون ارتباط با آرتریت اسکروز شریان های گردنی
افزایش ESR	ESR بیش از ۵۰ mm/h با روش Westergren
نمونه بیوپسی ازبازن نشان دهنده و اسکولیت با ارجحیت انفیلتراسیون سلول های تک هسته ای یا الایب گرانولوماتوز، معمولاً با سلول های غول آسای چند هسته ای	

- 3- Brooks RC, McGee SR. Diagnostic dilemmas in Polymyalgia rheumatica. Arch Intern Med. 1997 Jan; 157(2): 162-8.
- 4- Swannell AJ. Polymyalgia rheumatica and temporal arteritis: diagnosis and management. BMJ. 1997 May; 314(7090): 1329-32.
- 5- Hellmann DB. Immunopathogenesis, diagnosis and treatment of giant cell arteritis, temporal arteritis, Polymyalgia rheumatica and Takayasu's arteritis. Curr Opin Rheumatol. 1993 Jan; 5(1): 25-32.
- 6- Nordborg E, Nordborg C, Malmvall BE, Anderson R, Bengtsson BA. Giant cell arteritis. Rheum Dis Clin North Am. 1995 Nov; 21(4): 1013-26.
- 7- Nordborg E, Nordborg C, Bengtsson BA. Giant cell arteritis. Curr Opin Rheumatol. 1992 Feb; 4(1): 23-30.
- 8- Caselli RJ, Hunder GG. Neurologic complications of giant cell (temporal) arteritis. Semin Neurol. 1994 Dec; 14(4): 349-53.
- 9- Jones JG, Hazelman BL. ESR in polymyalgia rheumatica and giant cell arteritis [letter]. Ann Rheum Dis. 1983 May; 42(3): 702-3.
- 10- Hayreh SS. Ophthalmic features of giant cell arteritis. Baillieres Clin Rheumatol. 1991 Dec; 5(3): 431-59.
- 11- Hunder GG. Giant cell arteritis and Polymyalgia rheumatica. Med Clin North Am. 1997 Jan; 81(1): 195-219.
- 12- Hunder GG, Bloch DA, Micel BA, Stevens MB, Arend WP, Calabrese LH, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of giant cell arteritis. Arthritis Rheum. 1990 Aug; 33(8):1122-8.

۳-۵ روز تحت درمان باشند و سپس درمان با پردنیزولون خوراکی ادامه می یابد [۱۰]. در اکثر بیماران، علایم بالینی بهبود یافته و ESR در عرض ۱-۲ هفته مقادیر نرمال بازمی گردد. در این مرحله از دوز کورتیکواستروئید به آهستگی ۱۰-۲۰ میلی گرم می شود، میزان این کاهش نباید بیش از ۱۰٪ دوز مصرفی اولیه در هر دو هفته باشد [۱۱]. در طول مدت کاهش دارو بیماران از نظر عود بالینی یا افزایش ESR تحت نظر قرار می گیرند و در صورت وقوع هر یک از این دو، کاهش دوز دارو متوقف شده و دوز مورد مصرف ادامه می یابد. هنگامیکه علایم بهبود یافت و ESR سیر فزاینده نداشت، کاهش دوز دارو مجدداً با مقادیر کمتر و فواصل بیشتر شروع می گردد. این روند کاهش دوز روزانه تا میزان ۱۰-۲۰ میلی گرم ممکن است ثابت بماند و این مقادیر قبل از اینکه کاهش بیشتری در دوز داده شود باید برای چندین ماه ادامه یابد. در دوز روزانه ۱۰ میلی گرم ممکن است درمان ۱۸-۲۴ ماه ادامه یابد. در روند کاهش دوز باید از یکسو پیشگیری از عود بیماری و از سوی دیگر عوارض مصرف دراز مدت کورتیکواستروئید مد نظر باشد.

بیماری یک سیر خود محدود شونده از چند ماه تا ۵ سال دارد. لزوم عمدتاً در ۱۸ ماه اول درمان یا ۵ ماه بعد از قطع کورتیکواستروئید رخ می دهد. میزان عود ۱۰-۲۰٪ است به ۲۵٪ نیز برسد به بیماران باید توصیه شود که در صورت عود علایم بخصوص علایم چشمی بلافاصله به پزشک معالج خود مراجعه نمایند.

□ □ □ □

- 1-Sweenekey K. Polymyalgia: easy to overlook. Practitioner. 1995 Jun; 239(1551): 382-6.
- 2- Pountain G, Hazelman B. ABC of rheumatology. Polymyalgia rheumatica and giant cell arteritis. BMJ. 1995 Apr; 310(6986): 1075-9.