

POLYMYALGIA RHEUMATICA

tritt vor allem bei über-50-jährigen auf und ist verbunden mit dem plötzlichen Auftreten von starken Schmerzen im Schulter- und Beckengürtelbereich meistens ausstrahlend in beide Oberarme beziehungsweise die Rückseite der Oberschenkel.

Die Schmerzen werden als sehr quälend angegeben, die Nachtruhe ist durch den Schmerz gestört, es besteht ein frühmorgendliches Schmerzmaximum. Oftmals können die Arme in der Früh nicht über Schulterhöhe gehoben werden, ohne dass eine mögliche Ursache im Schultergelenk oder der Halswirbelsäule bei der Untersuchung gefunden werden kann. Die Schmerzen treten meist symmetrisch auf.

Der Patient gibt meistens die Schmerzen in der Muskulatur an, diese ist aber äußerlich nicht sichtbar verändert und auch eine Muskelprobeentnahme (Biopsie) würde mikroskopisch keine spezifische Veränderung zeigen.

Der Patient ist sehr schmerzgequält, es besteht ein schweres Krankheitsgefühl, manchmal kann Fieber oder erhöhte Temperatur auftreten, auch einzelne Gelenke und hier insbesondere die der Hand können schmerzen und auch flüchtig geschwollen sein, Gewichtsverlust kann auftreten.

Bei der klinischen Untersuchung findet man meist eine druckschmerzhaft Muskulatur in der Schulterregion oder Beckenregion bzw. am Oberarm und der Oberschenkelrückseite, die Gelenke selbst sind bis auf oben genannte Ausnahmen unauffällig.

Es gibt keinen spezifisch veränderten Laborwert, der zur Diagnose führt. Unspezifisch ist aber die Blutsenkungsgeschwindigkeit fast immer und meist sehr deutlich erhöht (in der ersten Stunde über 50mm), weitere andere Entzündungszeichen sind ebenfalls erhöht.

Medikamentös helfen herkömmliche Schmerzmittel oder auch NSAR (Antirheumatika) nicht ausreichend, es besteht aber ein **promptes und eindrucksvolles Ansprechen auf Kortison**. Kortison stellt auch das Mittel der Wahl bei der Behandlung der Polymyalgia rheumatica dar. Begonnen wird mit höherer Dosierung, diese wird je nach den Beschwerden und den Blutbefunden (z.B. Blutsenkung) auf eine Erhaltungsdosis reduziert, die dann unter Umständen über Jahre auch eingenommen werden muss.

Jedenfalls ist die Prognose der Polymyalgia rheumatica ausgezeichnet, in etwa 80% der Betroffenen ist eine Heilung möglich.

Auf Kortison tritt prompte Besserung bis Beschwerdefreiheit ein, das Blutlabor normalisiert sich. Bei vorzeitigem Absetzen von Kortison treten die Beschwerden bald wieder auf, ebenso die Laborveränderungen.

Gelegentlich treten zusammen mit den Muskelschmerzen auch starke Schläfenkopfschmerzen oft auch einseitig auf. Hierbei ist eine **Arteriitis temporalis** (Horton-Syndrom oder auch **Riesenzellenarteriitis** genannt), das heißt eine Entzündung der Schläfenarterie mit typischen Riesenzellen mikroskopisch im Gewebspräparat, durch den Arzt auszuschließen. Heutzutage ist eine Biopsie (Gewebsentnahme) der Arterie zur Diagnose nicht mehr unbedingt erforderlich, eine Ultraschalluntersuchung kann wertvolle Hinweise zur Diagnose liefern. Die Schläfenarterie ist meistens verhärtet, geschwollen und geschlängelt und pulsiert oftmals nicht mehr.

Hierbei besteht die Gefahr der Erblindung, da die Zentralarterie der Netzhaut in 15% der Fälle mitbetroffen sein kann. Die Therapie ist auch in diesem Fall **Kortison**, in solchen Fällen muss die Therapie besonders konsequent und lange durchgeführt werden, eine Kortisonreduzierung besonders kritisch abgewogen werden.

Ganz generell nimmt man als Ursache der Polymyalgia rheumatica das Vorliegen einer Gefäßentzündung in einer Körperregion an, daher ist auch eine konsequente Kortisonbehandlung wichtig, um etwaige Komplikationen der Gefäßentzündung (z.B. Herzinfarkt, Schlaganfall) nicht entstehen zu lassen. In seltenen Fällen kann durch eine Kortisonbehandlung alleine keine ausreichende Wirkung erzielt werden, d.h. die Kortisonmengen müssen längere Zeit sehr hoch gewählt werden, um Beschwerdefreiheit zu erzielen, dann kann durch den zusätzlichen Einsatz von **Methotrexat oder Azathioprin** eine Verbesserung erzielt werden. **Biologika** werden derzeit noch hinsichtlich Ihrer Wirksamkeit untersucht.

Sowohl bei der Polymyalgia rheumatika als auch bei der Arteriitis temporalis sollte der Arzt aber auch ein sogenanntes paraneoplastisches (eine bösartige Erkrankung begleitendes) Syndrom ausschließen.