

Polymyalgia rheumatica



Bild übernommen von <http://www.rheumatology.org/practice/clinical/patients/index.asp>

Beschreibung

Die Polymyalgia rheumatica (PMR) ist eine relativ häufige Erkrankung des späten Erwachsenenalters mit Muskelschmerzen sowie Steifigkeit im Schulter-und/oder Beckengürtelbereich. Die Diagnose kann erschwert sein, da Muskelschmerzen auch sonst ein häufiges Symptom anderer Erkrankungen wie z.B. einer Grippe darstellen, beim älteren Menschen eher banalisiert werden und weitere für eine entzündlich-rheumatische Erkrankung richtungsweisende klinische Befunde wie z.B. geschwollene Gelenke meistens fehlen.

Charakteristika

- Betrifft ältere Personen, üblicherweise > 50 Jährige
- Muskelschmerzen und Steifigkeit in Oberarmen, Nacken, Gesäss sowie Oberschenkeln, die sich am Morgen beim Aufstehen verschlimmern
- Normalerweise rasches und komplettes Ansprechen auf Kortison innerhalb weniger Tage

Was ist die Polymyalgia rheumatica?

Die PMR ist eine entzündliche nicht-infektiöse Systemerkrankung, die in erster Linie mit Muskelschmerzen und Steifigkeit einhergeht. Den Symptomen liegt keine eigentliche Muskelentzündung sondern eine Gelenkkapselentzündung sowie häufig auch Schleimbeutel- und Sehenscheidenentzündungen z.B. im Schultergürtel zugrunde. Da bei einigen Patienten mit PMR auch eine klinisch ‚stumme‘ Entzündung grösserer Gefässe gefunden werden kann, wird die PMR als ‚gutartige‘ Variante der Riesenzellarteritis betrachtet.

Welches sind die wichtigsten Krankheitssymptome?

- Muskelschmerzen und Steifigkeit in den Oberarmen, im Nacken, im Kreuz, im Gesäss und in den Oberschenkeln
- Die Symptome entwickeln sich meistens schnell, über eine Periode von wenigen Tagen oder Wochen, gelegentlich sogar plötzlich über Nacht.
- Beide Körperhälften sind betroffen.

- Typischerweise können viele Betroffene die Arme am Morgen kaum über Schulterhöhe anheben.
- Muskelschmerzen und Steifigkeit sind besonders stark am Morgen ausgeprägt und verbessern sich im Laufe des Tages, können jedoch auch während des Tages nach längeren Ruhephasen wieder zunehmen (z.B. nach längeren Autofahren bzw. nach längerem Sitzen in einer Position)

Die Schmerzen und die Steifigkeit können so schlimm sein, dass sie sogar den Nachtschlaf rauben, oder am Morgen das Waschen, das Anziehen oder sogar das Aufstehen aus einem niedrigen Stuhl sehr erschweren. Gelegentlich können auch periphere Gelenke wie Hand- und Fingergelenke sehr schmerzhaft sein.



Bei der PMR bestehen vor allem Schmerzen um Schulter- und Hüftgelenken.

Bild übernommen von <http://www.rheumatology.org/practice/clinical/patients/index.asp>

Was ist die Ursache?

Die Ursache der PMR ist unbekannt. Die rasche Entwicklung der Krankheits Symptome legt den Verdacht nahe, dass vorausgehende Infekte eine Rolle spielen könnten. ‚Myalgia‘ ist das griechische Wort für ‚Muskelschmerz‘. Spezifische Muskelteste wie z.B. die Bestimmung der Muskelenzyme im Blut oder auch Gewebeprobe aus der Muskulatur sind normal. Die PMR betrifft vorwiegend die Schulter- und Hüftregion sowie die Schleimbeutel um diese Gelenke herum. Die Schmerzen in den Oberarmen und Oberschenkeln kommen daher von den nahegelegenen Schulter- und Hüftgelenken und werden vom Rheumatologen als weitergeleiteter Schmerz (*referred pain*) bezeichnet.

Wichtig zu wissen ist, dass sich hinter den Symptomen einer PMR auch ganz andere Ursachen verbergen können wie z.B. eine Kristallablagerungserkrankung (z.B. *Pseudogicht=Chondrocalcinose*), eine schwere bakterielle Infektion (z.B. *Endokarditis*), ein Tumorleiden, eine beginnende chronische Arthritis (z.B. *rheumatoide Arthritis, Spondylarthritis*), eine Riesenzellarthritis oder eine andere Form einer systemischen Gefässentzündung (*Vaskulitis*).

Wer bekommt eine PMR?

Die PMR betrifft ältere Erwachsene jenseits des 50. Lebensjahres, öfters sogar noch im höheren Alter. Eine PMR bei jüngeren Patienten ist äusserst selten und sollte immer an andere Ursachen wie oben erwähnt denken lassen. Frauen sind etwas häufiger betroffen als Männer. Die PMR ist eine relativ häufige entzündlich-rheumatische Erkrankung im späten Erwachsenenalter, sicher häufiger als z.B. eine rheumatoide Arthritis.

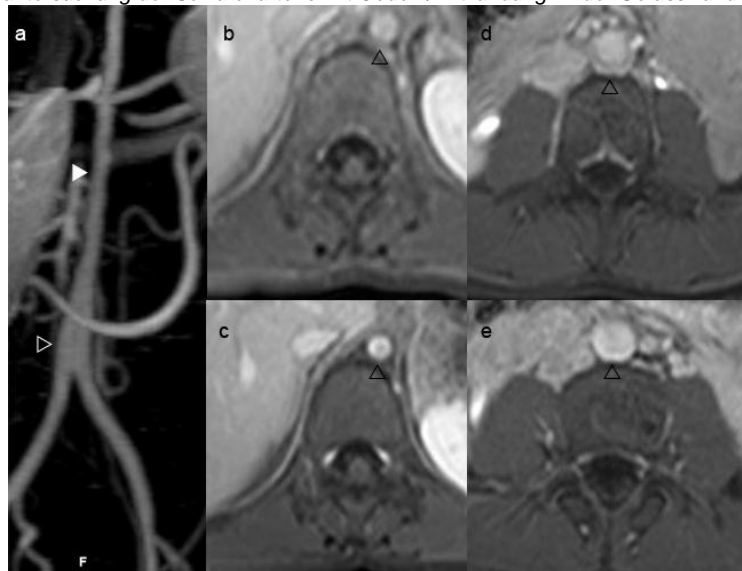
Wie wird die PMR diagnostiziert?

Die erhöhte **Blutsenkungsreaktion (BSR)** oder das erhöhte **C-reaktive Protein (CRP)** im Blut zeigen die systemische Entzündung an. Diese sind aber unspezifische Laborveränderungen, die auch bei anderen entzündlichen Erkrankungen wie z.B. bei Infektionen auftreten können. In der Regel sind diese Entzündungszeichen im Blut wie auch die Allgemeinsymptome deutlich weniger stark ausgeprägt als bei der Riesenzellarthritis als deren ‚gutartigere‘ Variante die PMR betrachtet wird. Beim gleichzeitigen Vorliegen von Symptomen, die auf eine entzündliche Gefässerkrankung wie z.B. eine Riesenzellarthritis hinweisen (*neu aufgetretene Kopfschmerz, Ueberempfindlichkeit der Kopfhaut bei Berührung, Kieferschmerzen*), müssen weitere diagnostische Tests wie z.B. die **Ultraschalluntersuchung** der Schläfenarterie oder sogar die **Gewebeprobe (Biopsie)** aus der Temporalarterie durchgeführt werden. Die bevorzugt beidseitig

durchgeführte (zur Verbesserung der Trefferquote) Gefäßbiopsie erfolgt in Lokalanästhesie und wird meistens sogar ambulant durch einen erfahrenen Chirurgen vorgenommen. Zurückbleibt meistens nur eine kleine Hautnarbe am Haaransatz vor dem Ohr. Versteckte Formen der Riesenzellarteritis mit Befall der Hauptschlagader (Aorta) und ihrer Nebenäste können häufig durch eine **MR (Magnetresonanztomographie)** entdeckt und so auch diagnostiziert werden.



Ultraschalluntersuchung der Schläfenarterie mit Oedem/Entzündung in der Gefäßwand (siehe Pfeil)



Magnetresonanztomographie einer Patientin mit Riesenzell-Arteritis. Die Abbildung (a) zeigt eine Verschwämung des Aortenlumens mit Wandirregularitäten (solide Pfeilspitze). In den Querschnittsaufnahmen kann man eine entzündliche Verbreiterung der Gefäßwand erkennen (b) auf Höhe der soliden Pfeilspitze in a, d auf Höhe der offenen Pfeilspitze in a). Unter einer dreimonatigen Therapie bildet sich die Entzündung der Aortenwand zurück (Pfeilspitzen b/d vor und c/e nach Therapie.: Das Gefäßlumen hingegen bleibt verengt.

Wie wird die PMR behandelt?

Besteht der starke klinische Verdacht auf eine PMR, dann wird eine niedrigdosierte Kortisontherapie begonnen, üblicherweise in einer Dosierung von 15-20mg Prednison/Tag. Typischerweise verschwinden hierunter Schmerzen und Steifigkeit sehr rasch innerhalb weniger Tage und der Allgemeinzustand bessert sich. Falls sich nach 2-3 Wochen die Beschwerden jedoch nicht wesentlich gebessert haben, muss die ursprüngliche Diagnose einer PMR unbedingt hinterfragt werden. Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) wie z.B. Diclofenac, Ibuprofen oder Naproxen sind lediglich bei sehr milden Verläufen der PMR und nur bei sehr gering ausgeprägten Entzündungszeichen im Labor in Einzelfällen genügend wirksam. Mit dem Rückgang der Krankheitssymptome wird die Kortisondosis allmählich reduziert. Ziel hierbei ist es, die niedrigstwirksame Dosis herauszufinden, bei der sich der Patient wohlfühlt. Manche Betroffenen können die Kortisonmediation bereits nach 1 Jahr stoppen, die Mehrheit benötigt jedoch eine dauerhafte Dosierung (2.5-5mg Prednison/Tag) für 2-3 Jahre, um die Krankheitssymptome ausreichend zu kontrollieren. Rezidive sind nicht ungewöhnlich bei zu rascher Reduktion des Kortisons. Weil die Krankheitssymptome extrem empfindlich auch auf sehr kleine Dosisänderungen reagieren, sollte die allmähliche Dosisreduktion vom behandelnden Arzt vorgegeben werden.



Sobald die Steifigkeit verschwunden ist, können die normalen Alltagsaktivitäten und/oder auch sportliche Betätigungen wieder aufgenommen werden. Bild übernommen von <http://www.rheumatology.org/practice/clinical/patients/index.asp>

Sogar niedrige Kortisondosen können Nebenwirkungen verursachen wie z.B. erhöhten Blutzucker, Gewichtszunahme, Schlaflosigkeit, Osteoporose, grauer Star (Katarakt), Hautausdünnung mit vermehrter Verletzlichkeit der Haut und oberflächlichen Blutungen nach Bagateltraumen. Periodische Arztbesuche sind notwendig, um diese Probleme rechtzeitig zu erfassen. Eine Knochendichtemessung zur Erfassung eines erhöhten Knochenfrakturrisikos zufolge Osteoporose vor oder unter einer Kortisontherapie sowie die Einleitung einer vorbeugenden Medikation sind notwendig.

Die PMR kann mit schwerwiegenden Komplikationen z.B. einer Riesenzellerarteritis assoziiert sein. Daher sollte jeder Patient unmittelbar seinen behandelnden Arzt aufsuchen, wenn Symptome wie Kopfschmerzen, Sehprobleme oder Fieber auftreten.

Was ist wichtig?

- Die Polymyalgia rheumatica (PMR) ist eine entzündliche Systemerkrankung, die mit oder ohne klinischen Symptomen einer Riesenzellerarteritis (RZA) einhergehen kann.
- Muskelschmerzen und Steifigkeit in Oberarmen, Nacken, Kreuz, Gesäss und Oberschenkeln vor allem während Ruhephasen in der Nacht, am Morgen sowie nach längeren Ruhephasen auch während des Tages
- Rasches Ansprechen der Symptome innerhalb weniger Tage auf kleine Kortisondosen
- Rückfälle bei zu rascher Kortisonreduktion

Welches ist die Rolle des Rheumatologen?

Die PMR kann mitunter schwer zu diagnostizieren sein. Rheumatologen sind Spezialisten für muskuloskeletale Erkrankungen und haben deswegen eine grosse Erfahrung in der Diagnostik und Therapie dieser Erkrankung, d.h. können i.R. eher die richtige Diagnose stellen und auch die Therapie adäquat überwachen, um die Nebenwirkungen möglichst gering zu halten.

Wie finde ich einen Rheumatologen in der Nähe?

Für weitere Information www.rheuma-schweiz.ch oder www.rheumanet.ch

Wo finde ich weitere Informationen?

www.vaskulitis.org

www.rheuma-zentrum.de

www.vaskulitis-shg.de

Buchtipps

- Vaskulitis : Was ist sie – Wie man sie erkennt – Was man dagegen tun kann; Ein Ratgeber für Patienten und Angehörige; Reinhold-Keller, E., Gross, W.L. (Hrsg.), Steinkopff-Verlag 2004

Verfasser: Prof. Dr. M. Seitz, Universitätsklinik für Rheumatologie, Klinische Immunologie & Allergologie, Bern, Schweiz