



Die Polymyalgia rheumatica (Riesenzellarteriitis)

3. Auflage

Was ist eine Polymyalgia rheumatica? Was ist eine Riesenzellarteriitis? Die Namensgebung stammt noch aus einer Zeit, in der man kaum etwas über diese Erkrankungen wusste. Der Name (poly=viel, Myalgia=Muskelschmerz, rheumatica=fließend) trägt zu einer erheblichen Verwirrung bei. Zwar empfindet der Patient seine Schmerzen in der Muskulatur. Die Untersuchung des Muskelgewebes enthüllt aber keine krankhaften Veränderungen. Entnimmt man aber ein Stück einer Schlagader, die durch den Muskel zieht, so kann man bei einigen Patienten erhebliche entzündliche Veränderungen erkennen. Es handelt sich deshalb um eine Entzündung von Schlagadern (medizinisch Arterien). Die Entzündung einer Schlagader nennt man **Arteriitis**. Kann man die Entzündung durch eine Gewebentnahme feststellen und findet man darin Riesenzellen, so spricht man von einer Riesenzellarteriitis. Lässt sich die Entzündung in einer Gewebeprobe nicht nachweisen bzw. findet man keinen geeigneten Ort zur Gewebeentnahme (Biopsie), so gebraucht man den Namen **Polymyalgia rheumatica**.

Bis heute besteht ein Streit zwischen den Experten, ob es sich um zwei unterschiedliche Erkrankungen handelt oder ob die Riesenzellarteriitis die besonders fortgeschrittene Form der Polymyalgia rheumatica darstellt. Die Behandlung ist grundsätzlich gleich, jedoch werden bei der Riesenzellarteriitis die Medikamente höher dosiert. Weitere Bezeichnungen für diese Erkrankung sind Arteriitis temporalis, Arteriitis capitis oder Arteriitis cranialis.

Was geschieht bei der Entzündung der Arterie?

Beim Entzündungsprozess wandern Entzündungszellen (weiße Blutkörperchen – Leukozyten) in die Arterienwand ein und es kommt zur Bildung von Riesenzellen. Die Arterienwand wird dicker, fester und engt die Arterie immer mehr ein. Dieser Prozess entwickelt sich segmental, d. h. während einige Abschnitte (Segmente) sehr stark von der Einengung betroffen sind, bleiben andere Abschnitte von der Erkrankung vollkommen verschont. Bei einer Gewebentnahme muss deshalb ein ausreichend langes Stück entnommen werden. Durch das Engerwerden der Blutgefäße werden die betreffenden Organe nicht mehr ausreichend mit Blut versorgt. Bei einem Totalverschluss sterben diese sogar ab. Dieser Prozess kann jedes Organ oder jede Körperregion befallen. Es gibt aber einige Stellen, die besonders gefürchtet sind. Kommt es zum

Verschluss der Augenschlagader, so erblindet der Patient innerhalb weniger Minuten. Kommt es zu einem Verschluss der Herzkranzgefäße, resultiert daraus ein Herzinfarkt und spielt sich dieser Prozess in den Schlagadern der zum Gehirn führenden Arterien ab, so droht ein Schlaganfall. Aus diesen Tatsachen kann man entnehmen, dass es sich nicht nur um eine äußerst schmerzhaft, sondern vor allem auch um eine gefährliche Erkrankung handelt, deren Folgen manchmal nicht wieder gutzumachen sind. Nur die rechtzeitige Erkennung und unverzügliche Behandlung kann den drohenden Schaden abwenden und zu einer schnellen Besserung der erheblichen Schmerzen führen.

Eine Ursache oder einen Auslöser hat man bis heute nicht gefunden. Man vermutet eine gewisse erbliche Veranlagung. Um eine Erbkrankheit im eigentlichen Sinne handelt es sich aber nicht.

Wie zeigt sich die Erkrankung?

Innerhalb weniger Tage bis zu 2 Wochen treten ausgesprochen starke Schmerzen vorwiegend im Bereich des Nackens, der Schultern und der Oberarme auf. Weiterhin können diese Schmerzen im Bereich der Hüften, der Oberschenkel und der Lendenwirbelsäule auftreten. Anfangs sind die Schmerzen aber meist beidseitig vorhanden. Es handelt sich um konstante, allenfalls tageszeitlich leicht schwankende, Ruheschmerzen, d. h., auch ohne Belastung oder Bewegung der betroffenen Körperteile sind ständig – Tag und Nacht – stärkste Schmerzen vorhanden. Nach Wochen können die Schmerzen wellenförmigen Charakter annehmen und sich verlagern. Weiterhin klagt der Patient über Abgeschlagenheit, Müdigkeit, Antriebsschwäche und Appetitmangel mit Gewichtsverlust, Antriebsschwäche und vermehrte Schweißbildung sind oft beobachtet.

Die körperliche Untersuchung durch den Arzt ergibt häufig keine besonderen Auffälligkeiten. Sie sollte aber auf jeden Fall erfolgen, da andere Erkrankungen eine ähnliche Symptomatik zeigen können und vom Arzt von der Polymyalgie abgegrenzt werden müssen. In einigen Fällen findet man geschwollene Gelenke. Symptome wie Kopfschmerzen, Kauschmerzen, Schwindel oder kurzzeitige, vorübergehende Sehstörungen und Bewusstseinsverluste (Black outs) können **Vorboten** der oben beschriebenen schweren Komplikationen wie end-

gültiger Erblindung und Schlaganfällen sein. Begleitet wird die Erkrankung häufig von einer ausgeprägten Depression, die aber bei der richtigen Therapie in der Regel schnell verschwindet.

Wer erkrankt?

Betroffen sind vor allem **ältere Menschen**. Das mittlere Erkrankungsalter liegt bei 70 Jahren. Die Anzahl der Neuerkrankungen nimmt mit steigendem Alter zu und liegt bei 90-Jährigen um das 7-fache höher als bei 60-Jährigen. Da es eine Erkrankung des höheren Lebensalters ist, werden die Schmerzen oft nicht in Zusammenhang mit einer Entzündung gebracht. In diesem Alter zeigen Gelenke und Wirbelsäule schon Verschleißerscheinungen, und Schmerzen in den typischen Regionen sind häufig nichts Fremdes. Wichtige Anhaltspunkte für die Patienten sind deshalb das schnelle Auftreten stärkster Schmerzen begleitet von einem starken allgemeinen Krankheitsgefühl, gelegentlich auch Fieber.

Was wird untersucht?

Die Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit (**BKS**) ist mittelgradig bis stark erhöht und auch das C-reaktive Protein (**CRP**) steigt an. Sie können für die Beurteilung des Verlaufes herangezogen werden. BKS und CRP sind aber unspezifische Entzündungsmarker, d. h., sie steigen bei fast jeder Art von Entzündung, wie z. B. auch bei einer banalen Grippe oder anderen Entzündungen, an. Zusätzlich kann es zu einem Anstieg der Blutplättchen (**Thrombozyten**) und zu einer Verschiebung der Bluteiweiße kommen.

Röntgenaufnahmen ergeben in der Regel altersentsprechende Befunde, d. h. mehr oder weniger ausgeprägten Verschleiß von Wirbelsäule oder Gelenken, aber keine Zeichen einer Entzündung.

Während die Diagnose Polymyalgia rheumatica durch das Gespräch mit dem Arzt, die Untersuchung zum Ausschluß anderer Erkrankungen und durch Laboruntersuchungen gestellt wird, kann die Diagnose der Riesenzellarteriitis nur durch die **Entnahme eines Blutgefäßes** und die mikroskopische Untersuchung gestellt werden. Dies ist aber nur sinnvoll, wenn sich eine geeignete Körperstelle finden läßt. Diese muss sorgfältig ausgewählt werden. Die Entnahme ist, genauso wie die mikroskopische Untersuchung, Sache eines erfahrenen Spezialisten. Kann man insbesondere im Schläfenbereich verdickte Schlagadern tasten, so sollte eine Entnahme angestrebt werden, da bei Vorliegen einer Riesenzellarteriitis die notwendigen Medikamente höher dosiert werden müssen.

Behandlung und Verlauf

Ohne Kortisonpräparate geht es nicht! Typisch ist das prompte Ansprechen auf **Kortisonpräparate**. Kortisonpräparate werden in der ärztlichen Fachsprache auch Glukokortikoide oder kurz **Kortikoide** genannt. Bei ausreichender Dosierung wird innerhalb von wenigen Stunden bis Tagen eine Beschwerdefreiheit erzielt. Auch die Laborzeichen der Entzündung (BKS und CRP) normalisieren sich. Beim CRP geschieht dies innerhalb weniger Tage, bei der BKS kann es etwas länger dauern. Bestehen trotz dieser Behandlung die Schmerzen weiter oder findet man im Labor noch Entzündungszeichen, so muss die Dosis weiter erhöht werden. Der Patient muss nun mit einer jahrelangen Therapie rechnen. Es ist deshalb für ihn wichtig, sich in einem Gespräch mit seinem Arzt mit den Folgen einer Kortikoidtherapie vertraut zu machen. Insbesondere besteht die Gefahr einer Osteoporose (s. a. Merkblätter 1.7 und 1.16 der Deutschen Rheuma-Liga). Die zu Beginn hohe Dosis darf nur langsam abgesenkt werden. Geschieht die Dosisverminderung zu schnell, so kommen die Schmerzen wieder und/oder die BKS/das CRP steigen erneut an. Es muss dann eine Erhöhung durchgeführt werden bis der Patient beschwerdefrei und die Laborwerte im Normbereich sind. Vor jeder Dosisreduktion sollte der Arzt befragt und zusätzlich die BKS bestimmt werden. Bei Augenbefall ist quasi die Notbremse zu ziehen, da sonst die unwiederbringliche Erblindung droht. Die Anfangsdosis muss in diesem Fall besonders hoch gewählt werden. Bei hohem Kortikoidbedarf oder wenn innerhalb von 6 - 9 Monaten keine niedrige Dosis erreicht werden kann, kommt eine zusätzliche Therapie mit Methotrexat oder Azathioprin in Frage. Diese Therapien sind Sache eines erfahrenen Spezialisten. Man sollte auch wissen, dass die Kortikoidmenge, die sich durch die genannten Medikamente einsparen läßt, nicht so hoch ist wie bei anderen Erkrankungen. Klassische Rheuma- und Schmerzmittel, die Schmerzen allenfalls mildern können, aber die voranschreitende Entzündung der Blutgefäße nur verschleiern, stellen keine angemessene Therapie dar.

Die Krankheit hält in der Regel 3 bis 4 Jahre an. Aber auch Verläufe von 10 Jahren und länger sind bekannt. Durch die notwendigen Medikamente wird sie nicht geheilt, sondern nur unterdrückt. Ist der Patient beschwerdefrei und sind die Laborwerte unauffällig, so kann man sich deshalb nie sicher sein, dass die Erkrankung wirklich verschwunden ist. Zu rasches Nachlassen der Therapie kann zu einem Rückfall oder gar zur Erblindung führen. Ein Auslassversuch, d.h. das langsame Absetzen aller Medikamente sollte frühestens nach 2 Jahren erfolgen.

Autor: Dr. J. Lautenschläger, m&i-Fachklinik Bad Pyrmont

Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.
Maximilianstr. 14 • 53111 Bonn

Telefon 0228 - 7 66 06 0
Fax 0228 - 7 66 06 20

Internet www.rheuma-liga.de
eMail bv@rheuma-liga.de

Herausgeber:
Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V.

3. Auflage 2003 - 10.000 Exemplare
Drucknummer: MB 1.18/BV/07/03

Mit freundlicher Unterstützung der
Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA)

