

Entzündlicher Weichteilrheumatismus des älteren Menschen – Polymyalgia rheumatica

Unter den rheumatischen Entzündungskrankheiten stehen die Gelenkentzündungen im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit und in der Tat sind die Arthritiden die zahlenstärkste Gruppe in diesem Gebiet. Der entzündliche Weichteilrheumatismus ist verglichen damit deutlich seltener, für die Betroffenen aber nicht weniger belastend als die Gelenkentzündungen. In der ersten Lebenshälfte machen die entzündlichen Bindegewebskrankheiten (Kollagenosen) und die entzündlichen Gefäßentzündungen (Vaskulitiden) den Großteil in dieser Gruppe aus, im fortgeschrittenen Alter die Polymyalgia rheumatica.

Diese Bezeichnung gibt schon den Charakter dieser Krankheit wieder: die Betroffenen leiden unter heftigen und ausgedehnten Muskelschmerzen, die insbesondere den Schulter- und Beckengürtel betreffen. Anders als bei den altersbedingten Verschleißkrankheiten, bei denen die Schmerzen bei Belastung intensiver sind als in Ruhe und tendenziell in der zweiten Tageshälfte heftiger sind als in der ersten, weist die Polymyalgia rheumatica einen entzündlichen Schmerzcharakter auf mit einer Schmerzverstärkung in Ruhe, nachts und am frühen Morgen, häufig verbunden mit einer langanhaltenden Morgensteife. Die Schmerzen können so heftig sein, dass die Betroffenen eine Depression entwickeln, am sozialen Leben nicht mehr teilnehmen, Gewicht verlieren und innerhalb von wenigen Wochen mental und körperlich abbauen.

Bei der körperlichen Untersuchung werden üblicherweise keine Zeichen einer Gelenkentzündung gefunden, keine Zeichen einer Infektionskrankheit. Der körperliche Verfall kann den Verdacht auf eine Tumorkrankheit auslösen. Im Labor fällt regelhaft eine starke Erhöhung der Entzündungszeichen auf (Blutsenkungsgeschwindigkeit/BSG, C-reaktives Protein/CRP). Darüber hinaus gibt es keine Laborbefunde, die speziell diese Diagnose unterstützen, positive Rheumafaktoren oder andere serologische Befunde wie die antinukleären Antikörper (ANA) gehören nicht zu dieser Erkrankung. Die Polymyalgia rheumatica ist eine „klinische Diagnose“, das heißt sie beruht im Wesentlichen auf der korrekten Bewertung der Beschwerdeschilderung und der körperlichen Untersuchung. Apparative Befunde werden nur erhoben, um andere Entzündungskrankheiten auszuschließen. Werden uns Patienten mit diesem Verdacht angemeldet, versuchen wir möglichst schnell einen Sprechstundentermin frei zu machen, um den Weg zur Diagnose abzukürzen.

Eine weitere Besonderheit dieser Krankheit ist ihr schnelles und durchgreifendes Ansprechen auf Kortison. Anders als andere rheumatische Entzündungskrankheiten gelingt es bei der Polymyalgia rheumatica mit mäßigen Dosen von Kortison innerhalb von Stunden bis 1-2 Tagen den Schmerz zu beseitigen und den Patienten von seinem desolaten Zustand zu befreien. Kortison kann dann rasch reduziert werden auf eine niedrige Dosis, auf der Nebenwirkungen wie Gewichtszunahme, Blutzucker- oder Blutdruckanstieg üblicherweise vermieden werden können. Wird die Therapie gut gesteuert, kann Kortison bei der Mehrzahl der Patienten im Verlauf des zweiten Therapiejahrs ausschleichend beendet werden, ohne dass es zu einem Rückschlag kommt. Lässt sich die Kortisondosis nicht innerhalb weniger Wochen deutlich reduzieren, sollte, sofern noch nicht erfolgt, ein Rheumatologe eingeschaltet werden, um die Ursache des erhöhten Therapiebedarfs zu klären eventuell eine Kortison-einsparende Therapie mit einem zweiten Medikament einzuleiten.

Bei einem Teil der Patienten ist die Polymyalgia rheumatica vergesellschaftet mit einer Riesenzellarteriitis, einer rheumatischen Entzündung der Arterien. Betroffen sind insbesondere die Schläfenarterien, die großen zum Kopf und den Armen ziehenden Arterien und die Hauptschlagader/Aorta. Bemerkbar macht sich diese Krankheit meist durch anhaltende Kopfschmerzen, Schmerzen der Kaumuskulatur, unter Umständen Temperaturerhöhung, zusätzlich zu ausgedehnten Muskelschmerzen. Auch ein ungewöhnlich hoher Kortisonbedarf bei der Behandlung einer Polymyalgia rheumatica führt zum Verdacht eine begleitende Arteriitis. Zu den Notfällen bei

dieser Krankheit gehören Sehstörungen bis hin zur akuten Erblindung, bedingt durch den Einbezug von Augenarterien. Dabei handelt es sich sozusagen um den Schlaganfall des Auges, der eine umgehende entzündungshemmende Therapie erfordert, um dauerhafte Schäden zu vermeiden. Die Kombination aus akut einsetzenden Sehstörungen bei ausgedehnten Muskelschmerzen verlangt zwingend die umgehende Vorstellung in einer Notfallstation, unabhängig von der Tageszeit, und die anschließende Weiterbehandlung und Überwachung durch einen Rheumatologen.