

POLYMYALGIA RHEUMATICA

Def.: autoimmun bedingt, Gefäßentzündungen der mittelgroßen und großen Arterien

Epidemiologie: Frauen ca. 5x häufiger betroffen als Männer; Alter ca. 50-70Jahre

Klinik: im akuten Schub deutliches Krankheitsgefühl

Gürtelförmige, symmetrische Schmerzen; am häufigsten in Hüfte oder Schulter (DD Ischialgie nur einseitig); lassen sich schlecht charakterisieren („komisch“); werden am ehesten als ziehend, reißend beschrieben; sprechen nicht auf gängige Schmerzmedikamente an

oft in Verbindung mit depressiver Verstimmung (frustrane Suche/Behandlung der Schmerzen)

Mögliche Begleitsymptome: Fieber, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit

DD: Arteriitis temporalis: einseitiger Schmerz, stärkste Kopfschmerzen, Sehstörungen

Kann zu Erblindung führen

Überweisung an Augenarzt

Beweisend: Biopsie der Arterie

Bei v.a.: orale Cortisongabe (1mg/KG kg) über 5-10 Tage

Diagnostik: Klinik!

Labor i.d.R. unspezifisch

(BSG Sturzsenkung (nicht obligat), CRP erhöht, Rheumafaktoren negativ)

Ca. 50mg Cortison als Diagnostikum (hat Pat. schon einmal Cortison bekommen und eine Besserung festgestellt?)

Therapie: Cortison 50mg oral zu Beginn

Dann entweder: wöchentlich um 5mg reduzieren, anschl. monatlich um 1 mg bis Erreichen der Erhaltungsdosis reduzieren (wenn Pat feststellt, dass die Dosis nicht mehr ausreicht, nimmt er selbständig abends die Menge Cortison bis zum Erreichen der letzten Dosierung nach)

Oder: schnelleres Reduzieren der Cortisonmenge (abh. von Beschwerden des Pat.)

Auslassversuch nach ca. einem Jahr, abhängig vom klinischen Eindruck und dem des Patienten

Wenn Erhaltungsdosis über der Cushing-Schwelle liegt (>7,5mg/Tag) alternativ MTX ca. 15mg

Kontrolle/Prophylaxe wg. NW Cortison: Augenarzt; BZ; Vit. D in Kombination mit Calcium, Bewegung zur Osteoporoseprophylaxe bei Therapie über der Cushing Schwelle)