

Was sagen die Patienten?

- „wie Muskelkater, aber“ ohne Auslöser
 - „wie Gliederschmerzen“
 - „mir tut jeder Schritt weh“
 - „mir tut alles weh“
 - „mir tut jede Bewegung weh“, oft auch schon das Umdrehen im Bett
 - „der Schmerz geht und geht nicht weg“
 - „ganzer Körper“ oder „Schulter- und Beckengürtel“ oder „Oberschenkel“
 - häufig nicht gut lokalisierbar
 - eher dumpfer, ziehender Schmerz
 - nicht durch Druck auslösbar vs. teilweise schon Berührung schmerzhaft
 - u.U. mit Müdigkeit/Abgeschlagenheit
- ⇒ insgesamt sehr diffus und unspezifisch; auch Abgrenzung zur Neuralgie nicht klar möglich

Abwendbare gefährliche Verläufe

- Infektiös:** grippaler Infekt, Influenza, Campylobacter jejuni-Infektion, Borelliose (inkl. Acrodermatitis chronica atrophicans Herxheimer in Stadium 3)
lokal: Thrombophlebitis, Erysipel, Phlegmone, Herpes zoster
- Tumore:** Primärtumore (inkl. Leukämie), Metastasen und paraneoplastische Syndrome (Polymyalgia rheumatica, Dermato- und Polymyositis, ...)
- Vaskulär:** Vaskulitiden (Polymyalgia rheumatica), Kollagenosen (Poly- oder Dermatomyositis)
lokal: Thrombose, pAVK
- Trauma:** Muskelkater, Sportverletzungen (Zerrungen, Dehnungen, Muskelfaserriss), Kompartmentsyndrom, Muskelverhärtungen
- Stoffwechsel:** Medikamente (Statine, Interferone, Chemotherapie, bestimmte Antibiotika), Impfungen (v.a. Tetanus, Pneumokokken und Herpes Zoster), Jarisch-Herxheimer-Reaktion
- Psyche:** Depression, Fibromyalgie, Hypochondrie, Schizophrenie
CAVE: auch an Missbrauch, Alkoholkrankheit etc. denken

Exkurs: **Myositis** [Quelle: doccheck.de/Myositis]

= seltene entzündliche Erkrankung der Skelettmuskulatur, die in den meisten Fällen mit anderen Erkrankungen assoziiert ist:

- Vaskulär:** Kollagenosen (Polymyositis, Dermatomyositis)
- Infektiös:** viral (Morbus Bornholm), bakteriell (Lepra, Lues, Tetanus, Pyomyositis, Mycoplasma pneumoniae) oder parasitär (Sarkosporidiose, Schistosomiasis, Trichinose, Zystizerkose)
- sonstiges:** bestimmte Medikamente, Myositis myoglobinurica, kongenital als Myositis ossificans progressiva

Diagnostik

- schwierig, da so schwer fassbar
 - zeitlichen Verlauf mit beachten (akut vs. chronisch):
 - o bei Erstvorstellung abwartendes Offenhalten erwägen (AGV bedenken!)
 - o bei Wiedervorstellung eventuell ausführliche Abklärung (auf genaue Dokumentation achten!)
 - o langfristig müssen bei mangelnden Therapieoptionen vieler Ursachen der Myalgie Arzt und Patient das Nicht-Weiterdiagnostizieren und Nicht-Behandeln gemeinsam aushalten -> kommunizieren (bei ärztlichen Sorgen etwas übersehen zu haben hilft die gut dokumentierte Erstabklärung)
 - wichtigstes Diagnostikum: Anamnese
 - o inkl. erlebter Anamnese: bei V.a. psychische/soziale Komponente dies früh Kommunizieren und nicht erst alles Somatische abklären
 - o ggf. Persönlichkeitsstruktur (psychotherapeutisch) beachten, da diese Einfluss auf Schmerzwahrnehmung und Copingstrategien hat
 - o Tagesablauf, Tätigkeiten
 - Körperliche Untersuchung:
 - o Entzündungszeichen, Fieber?
 - o Frakturzeichen, Hämatome, DMS?
 - o Evtl. Fußstatus inkl. Fußpulse und ausführlicher Sensibilitätstestung (Monofilament, kalt/warm, Vibration)
 - Medikamentenplan und –interaktionen überprüfen (z.B. mit der App „Arznei-aktuell“, die die Interaktionen auch nach klinischer Relevanz sortiert)
 - Labor:
 - o Entzündungsparameter
 - o Leukämieabklärung
 - o Creatininkinase CK
 - Bildgebung:
 - o Duplex-Sonographie
 - o MRT
- ⇒ Bei solch komplexen Patienten kann die Sorge, etwas übersehen zu haben, belastend sein. Hierbei helfen Checklisten zur ausführlichen Abklärung, wie z.B. „programmierte Diagnostik“ oder Leitlinien.

Therapie

- Je nach Ursache
- Häufig ist keine therapiebare Ursache zu finden
- Patientenkontakt aufrechterhalten: Mut haben eigene Unzufriedenheit durch mangelnde Therapieoptionen zu kommunizieren, zuhören, Patient symptomatisch unterstützen