

### Definition und Epidemiologie

Die Polymyalgia rheumatica gehört zu den weichteilrheumatischen Erkrankungen. Zugrunde liegt eine systemische Vaskulitis. In den meisten Fällen findet man histologisch eine Riesenzellarteriitis. Umstritten ist, ob es sich bei der Arteriitis temporalis (Morbus Horton, S. 114) nur um eine Verlaufsform der Polymyalgia rheumatica handelt und nicht um ein eigenständiges Krankheitsbild. Die Ätiologie der Polymyalgia rheumatica ist unklar. Diskutiert wird eine Autoimmunkrankheit mit Induktion durch virale Infekte. Bekannt ist eine Assoziation mit HLA-DR1 und HLA-DR4. Die Erkrankung betrifft Frauen etwa 3-mal häufiger als Männer. Weiße sind häufiger betroffen als Schwarze. Das Manifestationsalter liegt meist jenseits des 50. Lebensjahrs, durchschnittlich zwischen dem 65. und 70. Lebensjahr. Die Häufigkeit ist nicht bekannt, da die Erkrankung wahrscheinlich häufig nicht diagnostiziert wird. Schätzungen gehen von einer Inzidenz von 30–70 : 100 000/a aus.

### Klinik

Die Betroffenen klagen über symmetrische Schmerzen und Steifigkeit in der Nacken- und Schulter- sowie der Interskapularregion, im Lumbosakralbereich und im Beckengürtel, die rasch an Intensität zunehmen. Es besteht eine ausgeprägte Morgensteifigkeit, außerdem eine stammnahe Muskelschwäche.

Im Frühverlauf kann an größeren Gelenken, meist am Kniegelenk, eine Synovialitis auftreten.

Häufig treten subfebrile Temperaturen oder mildes Fieber sowie Inappetenz, Gewichtsverlust, Müdigkeit und allgemeines Krankheitsgefühl auf.

Charakteristisch ist eine über den Tag wechselnde Intensität der Muskelschmerzen. Sie beginnen nachts, sind morgens am stärksten und bessern sich im Tagesverlauf. Typisch ist außerdem die häufige Kombination mit einer rasch einsetzenden depressiven Verstimmung.

Die Polymyalgia rheumatica heilt spontan aus, wobei die Krankheitsdauer jedoch stark variiert zwischen  $\frac{1}{2}$  und 5 Jahren, in seltenen Extremfällen sogar bis zu 10 Jahre. Meist jedoch ist mit einer Heilung innerhalb von 6–24 Monaten zu rechnen. Allerdings kann es zu einem Übergang in eine rheumatoide Arthritis kommen.

### Diagnostik

Die Diagnose stützt sich auf die charakteristischen klinischen Befunde und auf das Fehlen physikalischer, röntgenologischer und laborchemischer Auffälligkeiten, die für eine andere, häufigere rheumatische Erkrankung sprechen würden. Für eine Polymyalgia rheumatica spricht außerdem die rasche klinische Besserung auf Glucocorticoide.

**Körperliche Untersuchung.** Bei der klinischen Untersuchung sind zwar an der Muskulatur keine pathologischen Veränderungen zu erkennen, die betroffenen Muskeln, Sternum und Thorax sind jedoch ausgesprochen druckschmerzhaft.

**Labor.** Die BSG liegt oft über 100 mm/h, Akute-Phase-Proteine sind ebenfalls erhöht. Häufig besteht eine leichte Anämie. Die Rheumafaktoren sind negativ, ebenso die antinukleären Antikörper. In 20% der Fälle kommt es zu einem Anstieg der Leberenzyme.

**DD.** Aufgrund der BSG-Beschleunigung und des Appetit- und Gewichtsverlusts könnte man zunächst an eine Tumorerkrankung denken. Wichtige Differenzialdiagnosen sind rheumatoide Arthritis, Polymyositis und Myopathien, Morbus Parkinson (aufgrund des häufig kleinschrittigen Gangs) und paraneoplastische Syndrome.

### Therapie

Glucocorticoide werden in einer höheren Initialdosis gegeben und dann – relativ schnell – symptomabhängig reduziert. Damit können die Beschwerden beherrscht und die körperliche Leistungsfähigkeit rasch wieder hergestellt werden. Bei schwerer Erkrankung ist evtl. eine Steroid-Dauertherapie mit individuell angepassten niedrigen Dosen über 1–2, evtl. auch bis 5 Jahre erforderlich. Bei persistierenden Schmerzen sind daneben nichtsteroidale Antiphlogistika indiziert. Die Polymyalgia rheumatica hat eine günstige Prognose, neigt aber zu Rezidiven, wenn die Steroide zu schnell abgesetzt werden.

