

Polymyalgia rheumatica in der Praxis

Leserbrief zu: F. Wermelinger. «Polymyalgia rheumatica» – eine problematische Diagnose.
Swiss Med Forum 2002;2:623–30.

Dr. med. Urs Glenck
Hausarzt
Affolternstrasse 21
CH-8913 Ottenbach

uglenck@hin.ch

Von den ausgezeichneten Ausführungen von Dr. Wermelinger habe ich einiges über den pathogenetischen Hintergrund dieser Krankheit und über die diagnostische Unschärfe zu kommitierenden oder differentialdiagnostisch abzugrenzenden Krankheiten gelernt.

Was den praktischen Umgang mit dieser in der Hausarztpraxis häufigen Krankheit betrifft, möchte ich den Ausführungen allerdings in einigen Punkten widersprechen. Insbesondere die z.T. explizit geforderten, z.T. implizit suggerierten Abklärungsschritte sind aus der Sicht des Hausarztes eindeutig übertrieben und haben in Anbetracht der Häufigkeit dieser Krankheit sehr relevante Kostenfolgen. So möchte ich dem Satz: «Somit wird die PMR zum Modellfall einer Ausschlussdiagnose» widersprechen.

Wenn sich zum Beispiel in meiner Praxis eine 60jährige Patientin mit den typischen klinischen Symptomen präsentiert, im Schulterbereich die im Artikel beschriebenen klinischen Befunde hat und ich im Labor ein CRP von 30 mg/L und eine BSR von 80 mm/h finde, behandle ich sie mit der «Hypothese» PMR mit einem Steroid. Den Ausschluss der Endokarditis wage ich bei fehlenden Fieberschüben aufgrund ihrer Seltenheit. Auf Blutkulturen verzichte ich. Sie wären ja bei einer Endokarditis ohne Fieber ohnehin nicht sehr sensitiv. Die

Gefässkomplikationen der PMR und die Neoplasie behalte ich im Auge, verzichte aber in den meisten Fällen auf Duplex-Sonographie und Arterienbiopsie. Ebenso verzichte ich primär auf Serum- und Urin-Eiweisselektrophorese, auf ANA, ANCA, auf Weichteilsonographie, MRT und Skelettszintigraphie.

Die Behandlung mit Steroiden mit der erwähnten Dosierung ist eine sehr dankbare Therapie – ohne Alternative, wie im Artikel beschrieben. Neben dem fundierten, umfassenden, akademischen Bericht, sehen meine Ausführungen aus der Hausarztpraxis wohl handgestrickt aus. Dennoch können wir für uns beanspruchen, in dieser Art häufige Krankheiten wie die PMR kostengünstig und erfolgreich behandeln zu können. Sollte sich die im Artikel beschriebene Sicht des «Managements» der PMR durchsetzen, hätte dies gesamtschweizerisch enorme Kostenfolgen. Da ich den Autor des Artikels an einem Kurs für Evidence-based Medicine kennen lernte, stelle ich auch die Frage nach der Evidenz der geforderten Abklärungsschritte. Geht es den kostenintensiv abgeklärten und schliesslich ebenfalls mit einem Steroid behandelten Patienten besser als denen, die vom Hausarzt ohne Ausschlussdiagnose therapiert wurden?

U. Glenck

Replik

Vielen Dank für die kritische und anregende Reaktion auf meinen Artikel zum Thema «Polymyalgia rheumatica». Wie in der Einleitung zum Artikel festgehalten, ist es mir primär darum gegangen, einen **Begriff** in seinen historischen und klinischen Aspekten **inhaltlich zu klären**. Dabei bin ich mir den grundsätzlichen Schwierigkeiten in der klinischen Medizin bewusst, aus den theoretischen/akademischen Überlegungen und Spekulationen ein vernünftiges Vorgehen in der Praxis abzuleiten. Keinesfalls wollte ich den **routinemässigen** Einsatz aller in Frage kommenden und kostentreibenden Zusatzuntersuchungen propagieren, sondern plädiere

durchaus für deren Anwendung aufgrund eines sorgfältigen klinischen Urteils. Die von mir aufgeführten serologischen und bildgebenden Zusatzuntersuchungen sind **Möglichkeiten** zur weiteren Abklärung eines polymyalgischen Beschwerdebildes und sind nicht bei jedem Patienten grundsätzlich zu fordern. Umgekehrt haben uns diese Methoden dazu verholfen, die «Polymyalgia rheumatica» (PMR) als eindeutige Krankheit begründet in Frage zu stellen, sowie deren strukturelles Korrelat zu erkennen.

Ich gebe Dr. Glenck recht, dass der Begriff «Ausschlussdiagnose» auf die «PMR» angewendet in praxi insofern relativiert wird, dass

Dr. med. F. Wermelinger
Oberarzt
Medizinische Universitätsklinik
Kantonsspital
CH-4101 Bruderholz

Felix.Wermelinger@ksbh.ch

- 1 Jover JA, Hernandez-Garcia C, Morado IC, Vargas E, Banares A, Fernandez-Gutierrez B. Combined Treatment of Giant-Cell Arteritis with Methotrexate and Prednisone. *Ann Intern Med* 2001;134:106–14.
- 2 Gonzalez-Juanatey C, Gonzalez-Gay MA, Llorca J, Crespo F, Garcia-Porrua C, Corredoira J, et al. Rheumatic Manifestations of Infective Endocarditis in Non-Addicts. *Medicine* 2001; 80:9–19.
- 3 Spomer A, Ho G Jr. Bacterial Endocarditis and Septic Arthritis Presenting as Polymyalgia Rheumatica. *R I Med* 1994;77:5–6.
- 4 Siebert S, Lawson TM, Wheeler MH, Martin JC, Williams BD. Polymyalgia rheumatica, pitfalls in diagnosis. *J R Soc Med* 2001;94:242–4.

sich zumindest **früh** im Krankheitsverlauf nicht alle möglicherweise zugrundeliegenden Erkrankungen überhaupt ausschliessen lassen. Besonders relevant scheint mir dennoch die Suche der Riesenzellararteriitis mittels Temporalarterien-Biopsie auch bei Fehlen kranialer Symptome, da wir bei positivem Ergebnis unsere Steroidbehandlung mit all ihren Nachteilen entsprechend dosieren und nötigenfalls durch eine steroidsparende Basistherapie mit Methotrexat ergänzen können [1].

Die Gefahr, eine Endokarditis mit Steroiden zu behandeln ist, wenn auch nicht übermässig gross, aufgrund von Fallberichten und eigenen Beobachtungen gegeben. Wie alle Empfehlungen ist auch jene zur Entnahme von Blutkulturen bei polymyalgischen Beschwerden und systemischer Entzündung in praxi cum grano salis zu nehmen. Im Zweifelsfalle – die PMR ist meistens einer – und besonders bei Risikopatienten würde ich allerdings dazu raten [2–4]. Statistisch erhärtete Evidenz, inwieweit sich (kosten-)aufwendige Abklärungen zu Beginn

der Erkrankung auszahlen, kenne ich nicht. Der sicher beträchtliche Preis der Sekundär-morbidität durch Steroide würde vermutlich das Ergebnis entsprechender Untersuchungen nicht unwesentlich beeinflussen. Dabei könnte es sich auch lohnen, das Diktum, eine «Polymyalgia rheumatica» bedürfe in der Regel einer mindestens 12monatigen Steroidbehandlung, zu überprüfen, gerade wenn das Problem, wie in der Praxis von Dr. U. Glenck, häufig ist und zudem die Symptome einer Nebenniereninsuffizienz jene der PMR imitieren können.

Ich bin überzeugt, dass sich das Hinterfragen der PMR als Krankheitsentität in der täglichen klinischen Arbeit auszahlen wird, indem uns das ungenaue und mehrdeutige Beschwerdebild dazu drängt, den Patienten auf das sorgfältigste zu überwachen, um **im Verlauf** zur rechten Zeit geeignete weiterführende Abklärungen vorzunehmen.

F. Wermelinger