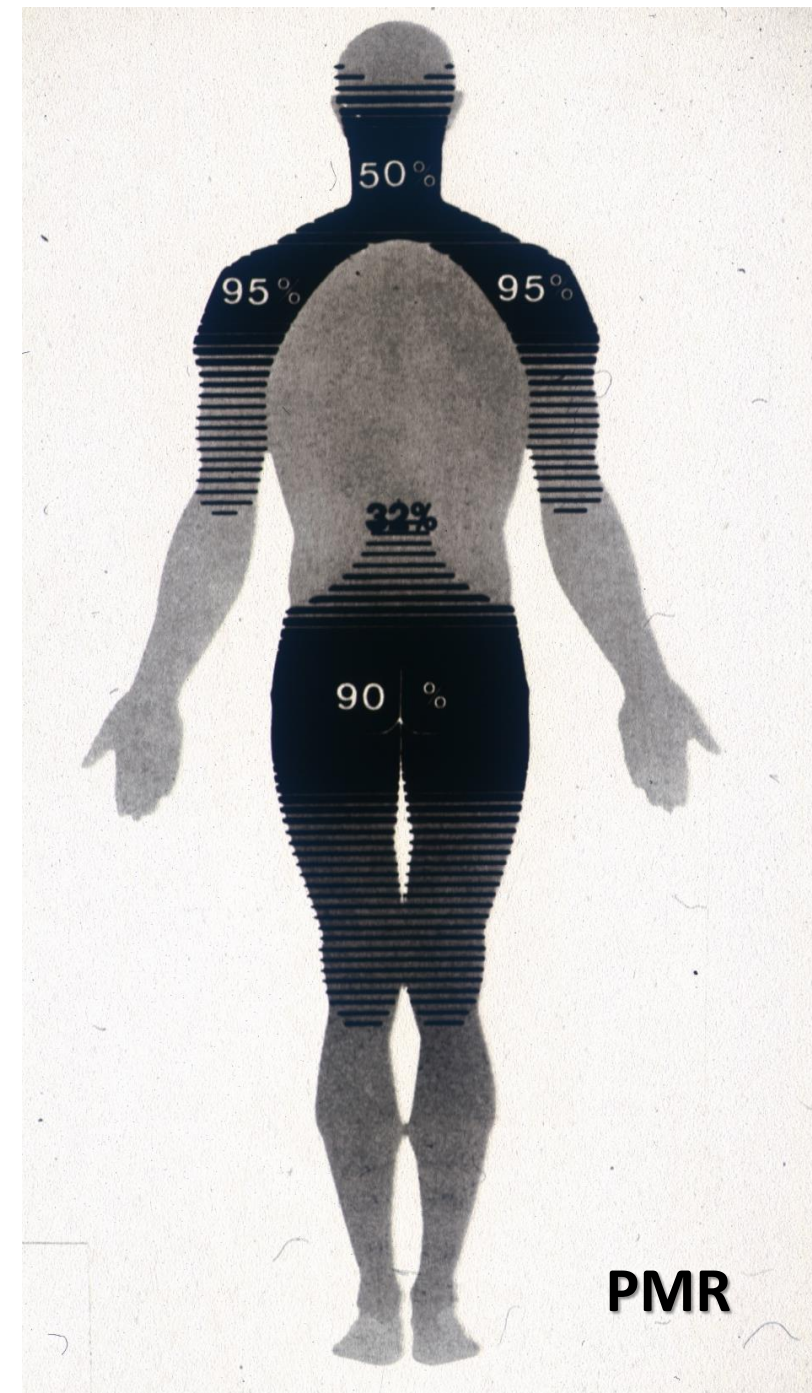


Differentialdiagnosen Muskelschmerz

Prof. Peter M. Villiger
Rheumatologie und Klinische Immunologie
Medizinisches Zentrum Monbijou (MZM)
peter.villiger@hin.ch
www.villiger-rheuma.ch

Themen

- Polymyalgia rheumatica (PMR)
- Polymyositis (autoimmun, medikamentös)
- Fibromyalgie
- Long-/Post-COVID



Schlagzeilen zur Polymyalgia rheumatica

- Häufigste entzündlich-rheumatische Erkrankung jenseits des 60. Lebensjahres
- Hoher Leidensdruck – leicht zu erkennen, schnell und zuverlässig zu behandeln
- Durch die häufige Assoziation mit Riesenzellenarteriitis (RZA) kann die PMR zum akuten Notfall werden

Diagnose-Kriterien der PMR

Dasgupta B et al., Rheumatology 2010; 49: 186 - 190

Diagnostische Hauptkriterien:

- 1. Alter über 50 Jahre, Dauer der Beschwerden über 2 Wochen**
 - 2. Beidseitige Schulter- und/oder Beckengürtelschmerz**
 - 3. Morgensteifigkeit von mehr als 45 Minuten Dauer**
 - 4. Erhöhung der Entzündungsparameter**
- Nebenkriterium: Ansprechen auf Starttherapie 15 mg PDN (Symptomverbesserung ≥ 70 % innerhalb einer Woche)
 - Auszuschließen: Akut vorliegende Infektion oder Malignom!
 - Bei Vorliegen einer Arteriitis höhere Startdosis

PMR: Perle

- 15mg PDN führt in der Regel zu einer Vollremission
- Braucht es höhere Dosen so stellt sich die Frage nach einem polymyalgischen Syndrom anderer Aetiologie
 - Paraneoplastisch
 - Infektiös
 - Metabolisch
 - etc

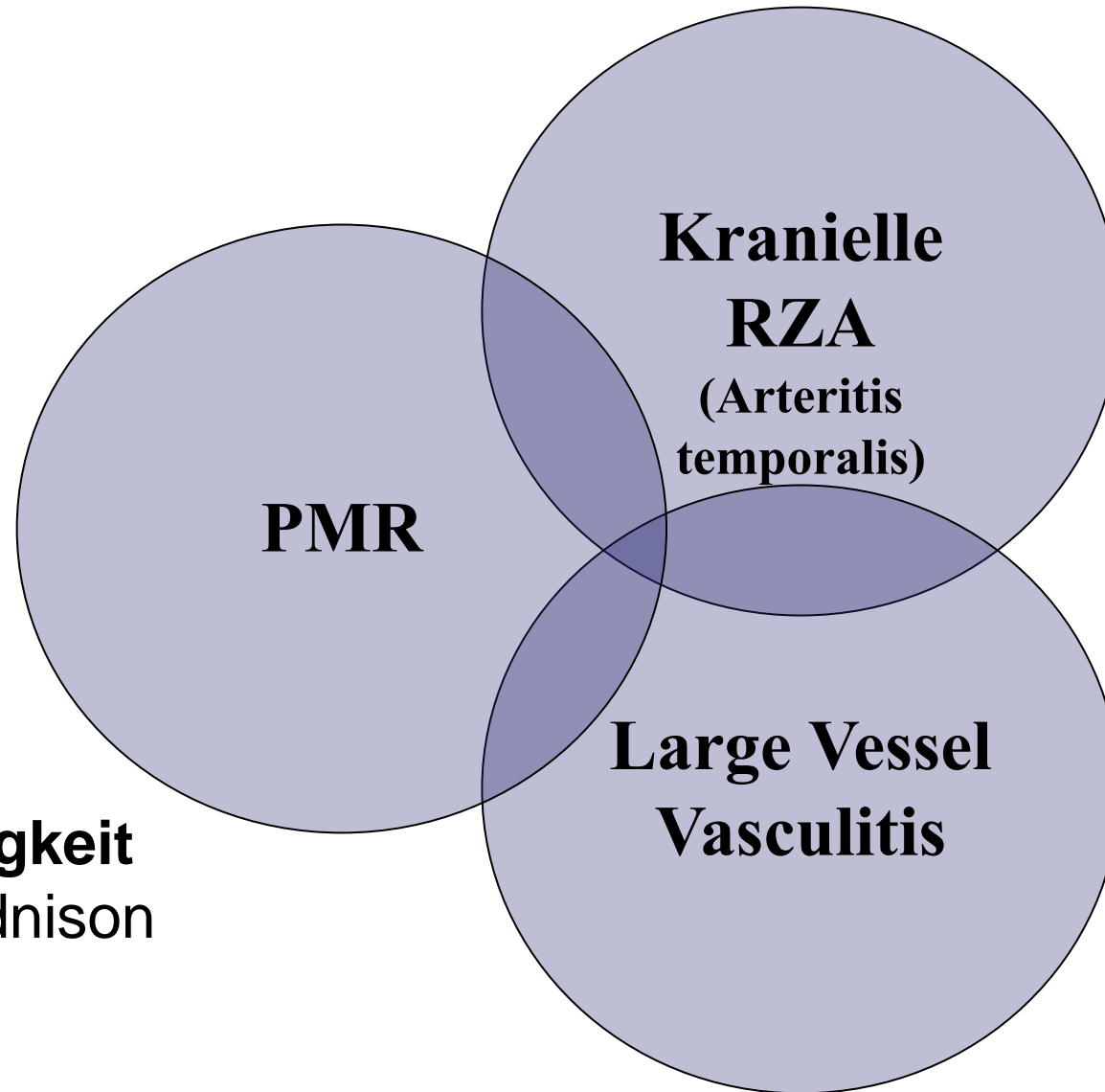
Empfehlungen der ACR-EULAR

- **PMR:** 12.5 - 25mg Prednisone / day
 - After 4-8 weeks at 10mg
 - MTX 7.5 – 10mg / week
 - variables: D. mellitus, Osteoporosis, other comorbidities

- **GCA:** 40 - 60mg Prednisone / day
 - 10-15mg at month 3

Methotrexat

- 1x pro Woche
- Wenn möglich s.c.
- Start- und mittlere Dosis 15mg
- Folsäure oder Folinsäure (Leukovorin ½ Tbl) am Tag danach
- Kontrollen entsprechend: www.rheuma-net.ch
- Im Wesentlichen: Hämatologie, Creatinin und Leberwerte

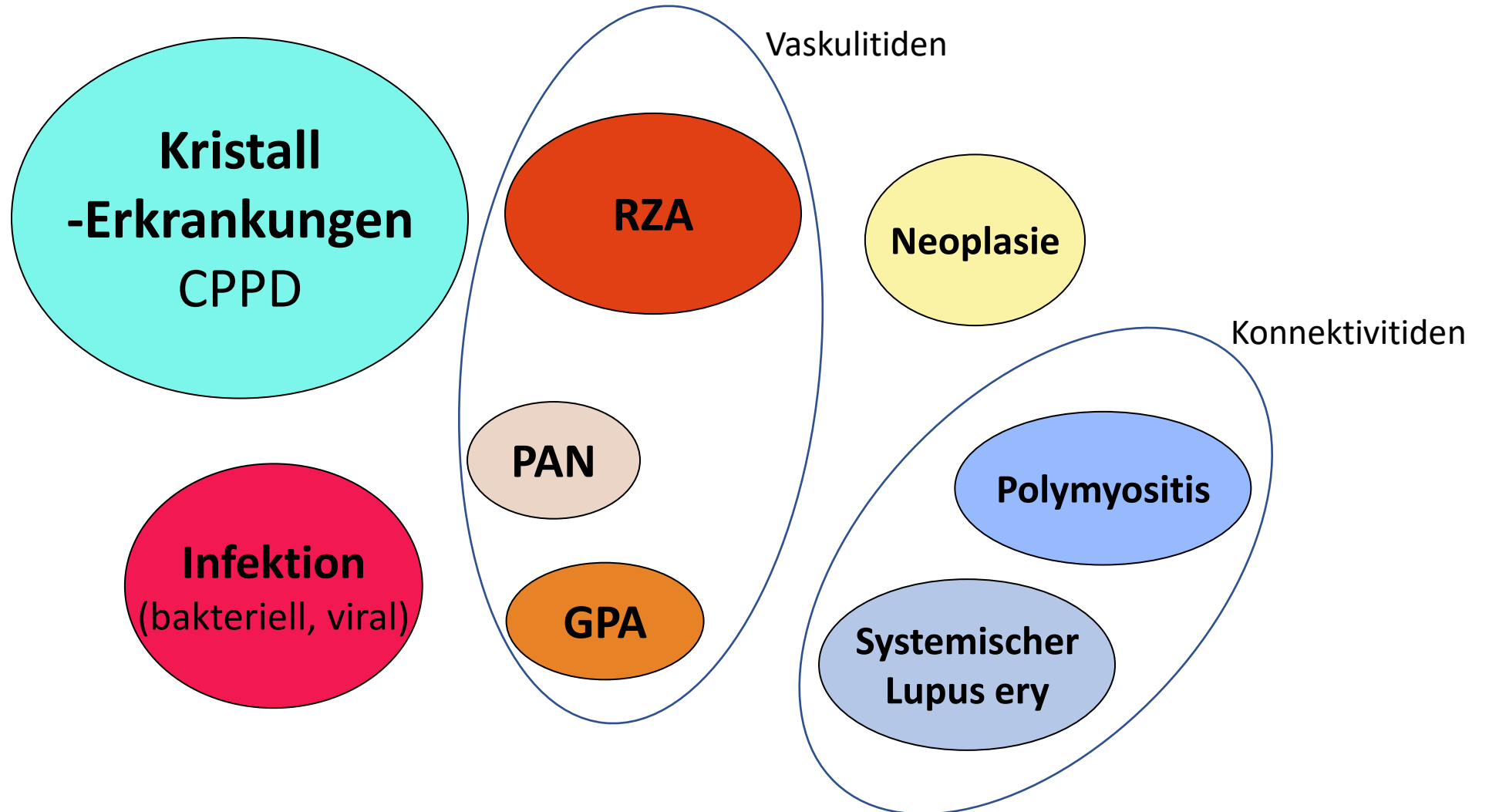


Schmerz / Steifigkeit
Tiefe Dosen Prednison

(Schmerz) **Visusverlust**
Hohe Dosen GC

Aneurysma / **Ruptur**
Hohe Dosen GC

Polymyalgisches Syndrom: Differentialdiagnosen



Hydroxymethylglutaryl-coenzyme: HMG-CoA

- **Myalgie** (10%)
- **Myositis** (CK in bis 30% erhöht! >10x Norm in <0.5%)
- **Rhabdomyolyse** (Tod in 0.15 pro Mio Verschreibungen)
 - Auftreten: Erste Wochen bis 4 Monate (auch später)
 - Normalisierung: Tage bis 4 Wochen
 - Dosisabhängigkeit
- **Autoimmune Myopathie:** anti-HMGCR positive necrotizing myopathy

FIBROMYALGIE-SYNDROM

NEUE DIAGNOSEKRITERIEN (VORSCHLAG!)

Wolfe et al 2010, Arthritis Care & Research

- multilokulärer Schmerz
 - >> 19 Körperbereiche (Ausprägung)
 - >> **Widespread Pain Index (0 – 19)**
 - Fatigue (0 – 3)
 - nicht-erholsamer Schlaf (0 – 3)
 - kognitive Einschränkungen (0 – 3)
 - Schwindel, Colon irritabile, Depression (0 – 3)
- >>> **Schwere (0 – 12)**



«Muskelkrankungen»

Polymyositis

Oft keine Schmerzen

Schwäche !!

CRP normal

Hb normal

GC/Immunsuppressiva

PMR

Schmerzen
Schulter/Becken

Steifigkeit !!

CRP erhöht

Hb erniedrigt

GC/MTX

Fibromyalgie

Schmerzen
alle Quadranten

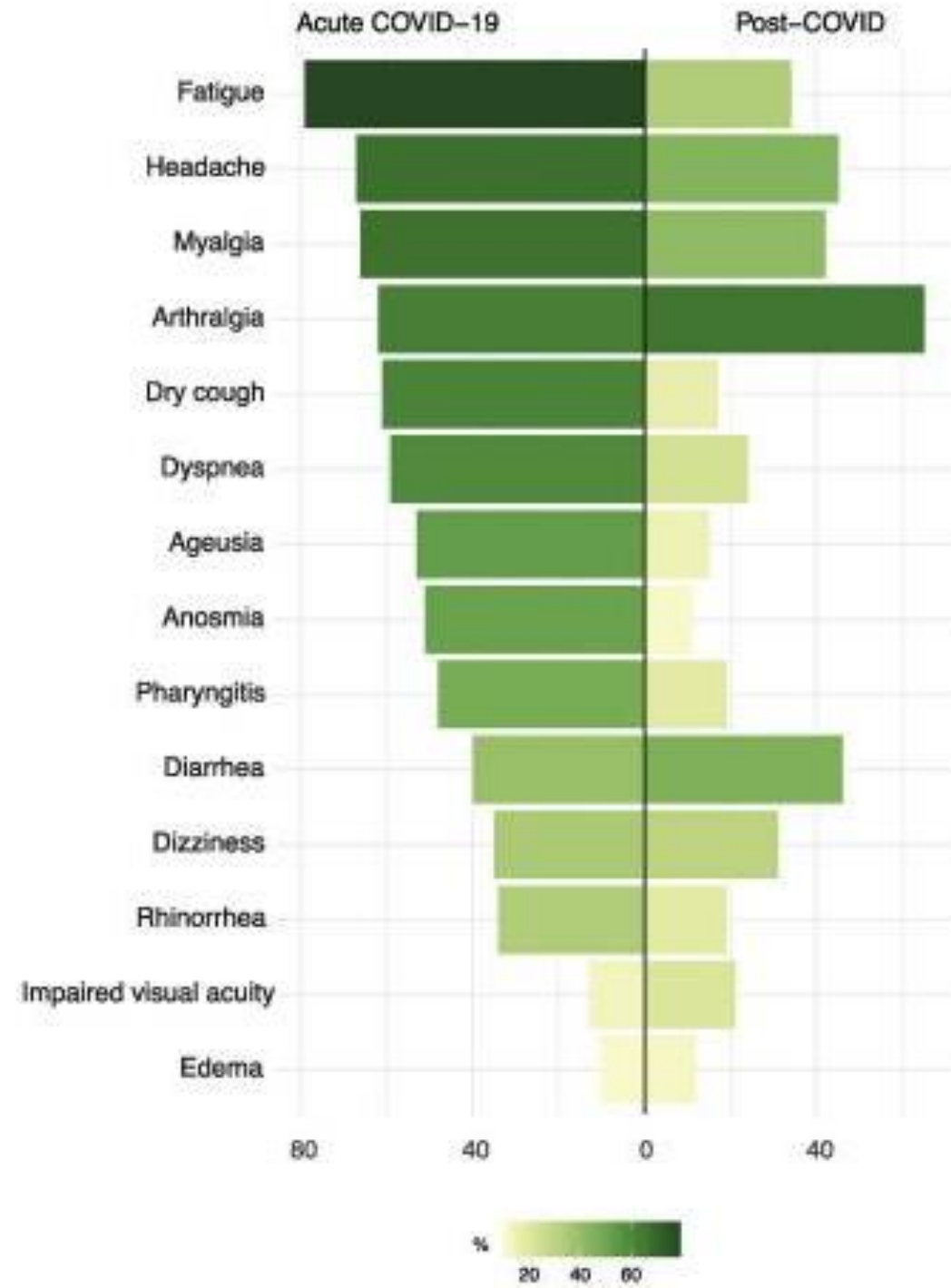
«Severity Score»

CRP normal

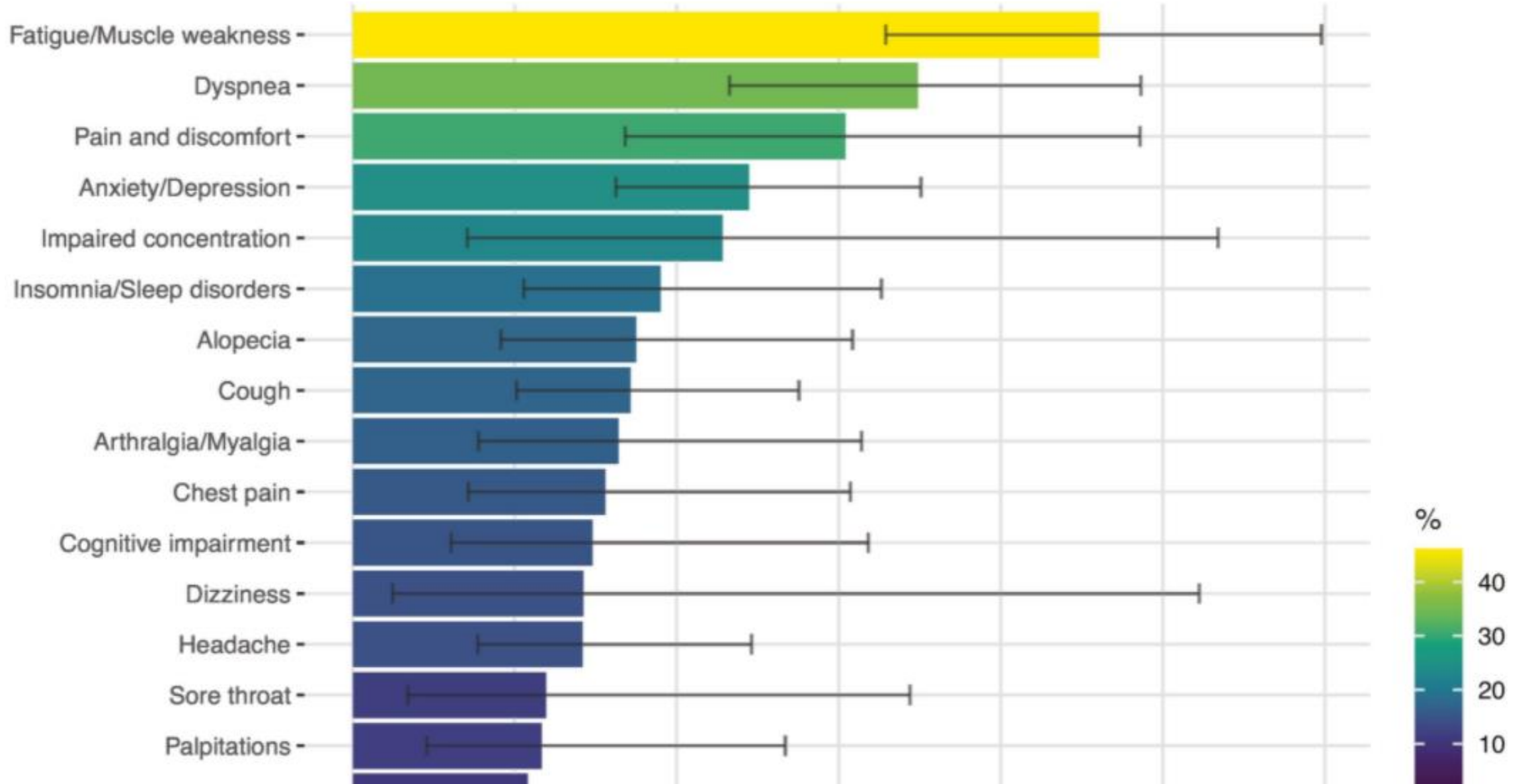
Hb normal

MMK Behandlung

Akut versus post-COVID



CFS, FMS oder Long-Covid ? (Metaanalyse)



Take home messages

- PMR: morgendliche Steifigkeit, hohe Akutphase, 15mg Prednison
 - Suche Riesenzellarteriitis (Anamnese, klinische Befunde)
- Polymyositis: keine Akutphase, Schwäche, aber oft keine Schmerzen
- Statin-induzierte Autoimmunerkrankung (HMGCR-positive Myopathie)
- FMS: additive Diagnose, multimodale Rehabilitationsprogramme
- Post-COVID: viele Ähnlichkeiten zu CFS / FMS