E. Märker-Hermann

Klinik Innere Medizin IV (Rheumatologie, klinische Immunologie und Nephrologie),
 HSK Dr. Horst Schmidt Kliniken GmbH, Wiesbaden

Muskelschmerzen und Muskelschwäche

Häufige Symptome in der Praxis und interdisziplinäre Abklärung

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

einfache Muskelschmerzen – Myalgien – gehören mit einer Häufigkeit von etwa 16% in der Allgemeinarztpraxis zur häufigsten Beratungsursache und erreichen laut publizierter Fallstatistiken aus den Jahren 1983 bis 1988 und 1991 bis 1996 den dritten bzw. zweiten Rang aller Beratungsergebnisse beim Hausarzt [1]. In den meisten Fällen ist das Symptom Myalgie vorübergehend, harmlos und auch keiner spezifischen Ursache zuzuordnen. Länger anhaltende Muskelschmerzen – mit oder ohne Begleitsymptomatik – bedürfen jedoch einer breiten internistischen, rheumatologischen und neurologischen Differenzialdiagnostik. Ähnliches gilt für das Symptom der Muskelschwäche, das isoliert sicherlich seltener auftritt als der Muskelschmerz, häufig in Assoziation oder sekundär bei (entzündlichen) Myalgien zu finden ist und praktisch immer einer neurologischen Ausschlussdiagnostik bedarf.

► Länger anhaltende Muskelschmerzen bedürfen einer breiten Differenzialdiagnostik

Ein Schwerpunktthema der Zeitschrift für Rheumatologie zu Muskelschmerzen und -schwäche kann nicht die ganz Breite der Differenzialdiagnosen aus den Bereichen der Rheumatologie, Infektiologie, Endokrinologie, Neurologie, Psychosomatik oder anderer Fächer abbilden. Die

Themenkomplexe der mikrobiell induzierten Myositiden, die endokrinen oder metabolischen Myopathien beispielsweise werden nicht in Einzelbeiträgen behandelt. Es ist uns aber ein besonderes Anliegen, „State-of-the-Art“ und Neues von den häufigen rheumatischen Erkrankungen mit dem Leitsymptom des Muskelschmerzes darzustellen, nämlich mit Beiträgen über die Polymyalgia rheumatica bzw. Myalgien bei Vaskulitiden und über das Fibromyalgiesyndrom, für welches seit Kurzem eine neue Leitlinie auf S3-Niveau existiert.

Von großer Bedeutung ist zudem die Überschneidung mit der Neurologie bei der Autoimmunerkrankung der Myasthenia gravis. Patienten mit Myasthenie stellen sich initial nicht selten beim Rheumatologen vor und können gleichzeitig an anderen Autoimmunkrankheiten leiden. Zum anderen kann eine Myasthenie aber auch durch antirheumatisch wirk-same Medikamente aggraviert oder sogar induziert werden. In der Abklärung der Myopathien mit Schmerzen, Schwäche und/oder Erhöhung der Kreatinkinase (CK) ist ebenfalls die enge Kooperation mit dem Neurologen notwendig. Eine Diagnosesicherung kann jedoch häufig erst durch die Muskelbiopsie und die Expertise des in der Muskelpathologie erfahrenen Neuropathologen gelingen. Für den Rheumatologen in der Praxis ist es wichtig, den Beitrag der Muskelhistologie zu kennen und kritisch einzuordnen.

Wie so oft in der Rheumatologie gilt es, auch bei häufigen Symptomen wie Myalgien und Muskelschwäche an seltene Differenzialdiagnosen zu denken und die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu suchen.

Ihre

E. Märker-Hermann

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. E. Märker-Hermann
 Klinik Innere Medizin IV (Rheumatologie,
 klinische Immunologie und Nephrologie),
 HSK Dr. Horst Schmidt Kliniken GmbH
 Ludwig Erhard Str. 100, 65199 Wiesbaden
elisabeth.maerker-hermann@hsk-wiesbaden.de

Literatur

1. Mader FH, Weißgerber H (2007) Allgemeinmedizin und Praxis: Anleitung in Diagnostik und Therapie, 6. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 52