

# War Vietnam schuld?

Patient S. M., 67 Jahre, 185 cm, 86 kg

In der Rubrik „aus der Praxis“ werden regelmäßig diagnostische und therapeutische Probleme dargestellt und Vorschläge für Lösungsmöglichkeiten angeboten. Drei Fragen bieten einen Einstieg für Ihre Überlegungen. Lassen Sie auch die Kolleginnen und Kollegen daran teilhaben und kommentieren Sie! Hinweise, wie Sie Ihre Beiträge übermitteln können, finden Sie am Ende des Artikels beim QR-Code. Ich freue mich auf Ihren Beitrag!

## Anamnese

Arterielle Hypertonie, Kataraktoperation bds., Z.n. Cholecystektomie.

Im November Urlaub in Vietnam, dabei „den Kopf angestoßen“; keine weiteren Beschwerden bis 5. Dezember plötzliche Cephalaea; eine akute CT des Kopfes unauffällig; zu Weihnachten Fieber bis 38,0°, plötzlich auftretende Schmerzen Beckengürtel und linker Oberschenkel, allgemeines Krankheitsgefühl.

Diese Symptome führen zu einer stationären Aufnahme an einer Medizinischen Abteilung. Daneben bewegungsabhängige Beschwerden der linken Hüfte. Unter Antibiose mittels Aminopenicillinen keine Besserung.

## Befunde

- Labor: Leuko 11.000/mm<sup>3</sup>; CRP: 17mg/dl; BSG: 120 (1.Stunde); RF neg.; ANA, AMA neg.
- Infektionsserologien negativ, Blutkulturen negativ
- Rö LWS + Beckenübersicht: altersentsprechend
- Rö C/P und Sono Oberbauch + Niere: unauffällig

- MRI LWS: kein Hinweis auf Spondylodiscitis
- CT Abdomen: unauffällig, Z.n. CHE; Nebenbefund: Erguss li. Hüfte

Deswegen Transfer ad Orthopädische Abteilung; MRI li. Hüfte: Coxitis mit Erguss und Synovitis; Hüftpunktion: 12 ml seröse Flüssigkeit, kein Keimwachstum in der Kultur. Dennoch Clindamycin für 6 Wochen; klinisch nach Hüftpunktion deutliche lokale Besserung, aber zunehmende Beschwerden im Bereich des Oberkörpers; Labor: CRP 7 mg/dl. Deshalb Mitte Februar Vorstellung an Rheumatologischer Abteilung; Bis dahin Gewichtsverlust von 12 kg während der vergangenen drei Monate; Patient gibt an: „Nach längerem Essen kann ich nicht mehr kauen“. Weiter Subfebrilitäten, Oberkörperschmerzen. Klinik: Morgesteifigkeit 5 min; Handkraft unauffällig, keine Synovitiden der Hände oder Vorfüsse, Druckschmerz der Oberarme und Oberschenkel, das Heben der Arme über Schulterniveau nicht möglich, Druckschmerz der Insertionen im Schulterbereich.

Labor: CRP: 8,5 mg/dl; BSG: 91 (1. Stunde); ECHO: unauffällig; Sono + PE der Temporalarterie unauffällig Sono der Schultern: Bursitis subdeltoida und Tenosynovitis

## Diagnose und Therapie

Polymyalgia rheumatica (PMR)  
 PMR-AS (Polymyalgia rheumatica Activity Score): 21,4 (hohe Aktivität)  
 25 mg Prednisolon/die; NSAR i.B.; Protonenpumpenhemmer.  
 Dies führte zu rascher und nachhaltiger Besserung, nach etwa einjähriger deeska-

lierender Corticosteroidtherapie war der Patient auch nach Absetzen komplett beschwerdefrei.

## Fragen:

- Ab wann hätte man an eine Polymyalgia rheumatica und/oder Riesenzellarteriitis (GCA) denken können? Wäre ohne Vietnam-Urlaub die Diagnose früher gestellt worden?
- Welches Symptom wies besonders den Weg zur Diagnose? Wie lässt sich die klinisch gestellte Diagnose einer PMR/GCA endgültig sichern?
- Mit wie vielen Neuerkrankungen an PMR/GCA pro Jahr muss man in Österreich rechnen?

## Korrespondenzadresse



**Prim. Priv.-Doz.**  
**Dr. Burkhard Leeb**  
 Landeskrankenhaus Wienviertel,  
 Stockerau  
 E-Mail: leeb.rheuma@aon.at

Diesen Artikel aus der Rubrik „Aus der Praxis“ finden Sie auch online unter [www.springermedizin.at/schwerpunkt/rheumatologie](http://www.springermedizin.at/schwerpunkt/rheumatologie) oder sie gelangen mit Hilfe des QR-Codes fürs Handy oder einen Tabletcomputer direkt zum Artikel. Dort können Sie Ihre Überlegungen

bzw. Kommentare posten. Oder Sie schreiben eine E-Mail an: [leeb.rheuma@aon.at](mailto:leeb.rheuma@aon.at)

