

Notfall Riesenzellarteriitis

Schon bei Verdacht behandeln!

Üblicherweise steht vor der Therapie die Diagnose. Bei der Riesenzellarteriitis darf man sich daran nicht halten.



© Arteria Photography (Symbolbild mit Fotomodell)

Auffälliger Befund an der A. temporalis.

— Die Riesenzellarteriitis (RZA) ist ein Notfall: „15–20% der Patienten erblinden, bevor sie eine Therapie erhalten“, warnte die Hamburger Internistin Prof. Eva Reinhold-Keller. „Der Visusverlust ist meistens permanent, man kann dann nur noch etwas für das zweite Auge tun.“ Aus diesem Grund ist die Dringlichkeit der Therapie auch eine der fünf Positivempfehlungen der Initiative „Klug entscheiden in der Rheumatologie“. Danach soll bereits bei klinischem Verdacht „unverzüglich“ mit einer Glukokortikoidtherapie begonnen werden, „die Diagnostik soll den Therapiebeginn nicht verzögern“.

Wann Verdacht schöpfen?

Die Großgefäßvaskulitis betrifft vor allem Menschen über 60, so Reinhold-Keller. Verdächtig auf eine RZA sind

- temporale Kopfschmerzen
- klinisch auffällige A. temporalis
- Sehstörungen (Amaurosis fugax)
- Kauschmerzen
- schmerzhafte Kopfhaut
- begleitende Polymyalgia rheumatica
- BSG-/CRP-Erhöhung

Kauschmerzen sind ein sehr sensibler Parameter für die RZA. „Die Schmerzen

sind wie die Claudicatio bei PAVK, das Kauen fällt mit jedem Bissen schwerer.“ Ein weiteres Indiz: „Die Patienten können sich oft gar nicht das Haar bürsten, weil die Kopfhaut so schmerzt.“

30% ohne Kopfsymptomatik

Allerdings lassen sich mit den genannten Symptomen bestenfalls 70% der Patienten frühzeitig identifizieren. „30% der Patienten haben überhaupt keine Kopfklinik“, betonte Reinhold-Keller. Diese Patienten müssen meist lange diagnostische Wege zurücklegen, bevor die RZA erkannt wird (s. **Kasten**).

Komplikation Aortenaneurysma

Bei klinischem Verdacht auf eine RZA muss sofort eine Therapie mit Prednisolon eingeleitet werden. Bei unkomplizierter RZA, d. h. ohne ischämische Ereignisse, werden 1 mg/kg KG Prednisolon empfohlen. „Bei ischämischen Ereignissen kann durchaus auch drei Tage lang höher dosiert mit Methylprednisolon behandelt werden“, so Reinhold-Keller. Bei ausreichender Nierenfunktion wird zusätzlich Methotrexat empfohlen. „Damit kann man die Prednisolondosis und das Rezidivrisiko halbieren.“ Da die

Patienten vor allem im ersten Jahr ein sehr hohes kardiovaskuläres Risiko haben, wird außerdem zu einer ASS-Therapie geraten.

Die Therapie mit Glukokortikoiden ist bei den meist älteren Patienten nicht unproblematisch. Reinhold-Keller erinnerte an das erhöhte Risiko für Hämatome, Osteoporose und Infektionen. Sie mahnte allerdings, dass es nicht sinnvoll sei, deswegen weniger aggressiv zu behandeln: „Die RZA ist keine gutartige Vaskulitis. Bis zu 30% der Patienten entwickeln ein Aortenaneurysma.“ Das Risiko bleibe lebenslanglich. Daher müssten auch Patienten mit ausgeheilter RZA dauerhaft auf Aortenaneurysmen gescreent werden.

Erstes Biologikum gegen RZA

Eine neue Option in der Therapie der RZA ist der Interleukin-6-Rezeptorantagonist Tocilizumab, der 2017 als erstes Biologikum die Zulassung in dieser Indikation erhalten hat. Sein Einsatzgebiet sieht Reinhold-Keller vor allem bei refraktären Verläufen und hohem Prednisolonbedarf sowie bei Patienten mit Risikofaktoren und nach MTX-Versagen. ■

Dr. Beate Schumacher

▪ Internisten Update 2017, München, 1./2. Dezember 2017

RZA ohne Kopfklinik: Ein Fall aus der Praxis

Eine 65-jährige Patientin hatte zunächst einen Orthopäden aufgesucht, weil sie müde, blass und schlapp war und eine Becken-Hüft-Steifigkeit bemerkt hatte. Ein Blutbild, das erst einige Monate später gemacht wurde, entdeckte eine Anämie, eine Leukozytose und einen CRP-Wert im vierstelligen Bereich. Daraufhin wurde die Patientin zum Pneumologen, zum Hämatologen und zum Gastroenterologen geschickt, bevor sie mit einjähriger Verzögerung rheumatologisch untersucht wurde. Der klinische Befund war unauffällig. Wegen Strömungsgeräuschen in der rechten A. axillaris und einer Blutdruckdifferenz wurde eine Duplex-Sonografie gemacht. In der Axillaris wurde eine Entzündung mit stenosebedingter Flussbeschleunigung festgestellt, in der Temporalarterie fanden sich keine Entzündungszeichen. Die Diagnose lautete schließlich: RZA ohne Kopfklinik.