

Vaskulitis – entzündliche rheumatische Gefäßerkrankung

Bis zu 9500 Personen leiden in Österreich an den Vaskulitis-Verlaufsformen Polymyalgia-Rheumatica oder Riesenzellen-Arteriitis. Die rheumatische Entzündung der Gefäße ist sehr schmerzhaft.

Graz, 27. Juni 2024 - Bei „Rheuma“ wird zumeist an die rheumatoide Arthritis mit Symptomen wie Gelenkschwellungen, Gelenksdeformitäten und Rheumaknoten gedacht. „Entzündliches Rheuma bezeichnet jedoch sehr unterschiedliche Gruppen von Erkrankungen. Eine davon ist die selten auftretende Vaskulitis, die Entzündung der Blutgefäße“, erklärt OÄ Dr.ⁱⁿ Edith Wipfler-Freißmuth, Fachärztin für Innere Medizin, Rheumatologie, Gastroenterologie und Hepatologie aus dem Krankenhaus der Barmherzigen Brüder/Graz.

Vaskulitis – entzündliche rheumatische Gefäßerkrankung

Vaskulitis entsteht durch eine fehlerhafte Immunreaktion. Warum es dazu kommt, ist nicht bekannt. Zur Entstehung beitragende Faktoren sind der Alterungsprozess des Immunsystems und der Gefäßwände. Genetische Faktoren scheinen eine Rolle zu spielen, eventuell sind frühere Infektionen und Umweltfaktoren an der Entstehung der Erkrankungen beteiligt.

Bei einer Gefäßentzündung kann es zu Verengungen, Aussackungen oder zu einem Gefäß-Verschluss kommen. An kleinen Blutgefäßen entsteht eine größere Durchlässigkeit mit Austritt von Blut und Blutbestandteilen.

Vaskulitis beginnt oft mit leichtem Fieber und erhöhten Entzündungswerten. Die Betroffenen fühlen sich krank und schwach. Sie haben Gewichtsverlust, Nachtschweiß, sind müde und klagen über unklare Glieder- und Gelenkschmerzen. „Häufig sind aber die Leukozyten unauffällig, obwohl deutlich erhöhte Entzündungswerte vorliegen. Ein Ansprechen auf eine Behandlung mit Antibiotika ist nicht zu verzeichnen“, berichtet Dr.in Wipfler-Freißmuth.

Vaskulitis – sehr schmerzhaft

Vaskulitis ist eine schmerzhafte Erkrankung: Ischämie-Schmerzen wie bei einem Myokardinfarkt können auftreten. Eine Gewebsnekrose nach Blutunterversorgung (Gangrän) kann extrem schmerzhaft sein. Entsteht im Verlauf der Erkrankung eine Aorten-Dissektion oder Ruptur, können die Betroffenen sogar an einem sogenannten „Vernichtungsschmerz“ leiden, akut auftretenden stärksten Schmerzen. „Aufgrund der verminderten Blutversorgung von Nerven kann die Vaskulitis überall im Körper Nervenschmerzen verursachen“, sagt die Expertin.

Polymyalgia Rheumatica (PMR) und Riesenzellen-Arteriitis (RZA)

Die zwei häufigsten Vaskulitis-Verlaufsformen sind die Polymyalgia Rheumatica (PMR) und die Riesenzellen-Arteriitis (RZA). Beide Erkrankungen treten ab dem 50. Lebensjahr auf mit einer Altershäufung zwischen dem 60. und 75. Lebensjahr. Frauen sind häufiger betroffen. In Österreich leiden bis zu 7400 Menschen an PMR, bis zu 1900 an RZA (Österreichischer Rheumatologie-Report 2023).

Typisch für die PMR ist ein akut einsetzender beidseitiger gürtelförmiger Schulterschmerz. Die Patient*innen können die Arme nicht über die Horizontale heben. „Sie haben eine Morgensteifigkeit von mindesten 45 Minuten. Oft leiden sie zusätzlich an Schmerzen im Beckengürtel und an beiden Oberschenkeln“, informiert Dr.ⁱⁿ Wipfler-Freißmuth. An eine RZA muss gedacht werden, wenn neu auftretende Kopfschmerzen im Schläfenbereich, neu aufgetretene Sehstörungen oder Kau-Schmerzen dazu kommen.

Diagnose PMR und RZA

Es ist wichtig, die PMR von anderen rheumatischen Erkrankungen zu unterscheiden. Das ist vor allem zu Beginn nicht immer einfach. Die PMR setzt oft akut ein. Die Patienten können oft den Tag oder sogar die Stunde des Beginns nennen. Infekte und Tumore müssen ausgeschlossen werden. „Nach Anamnese und Laboruntersuchung ist der Gelenks-Ultraschall inzwischen eine etablierte Untersuchungsmethode“, erklärt Dr.ⁱⁿ Wipfler-Freißmuth.

Bei RZA mit Arteriitis temporalis klagen die Patienten über eine deutlich druckschmerzhaft Arterie temporalis. Oft ist auch die Kopfhaut sensibel oder schmerzhaft. Die Patienten geben den Kopfschmerz als plötzlich einsetzenden Schmerz an. Im Gefäßultraschall kann man einen sogenannten „Halo“ – ein Gefäßwandödem erkennen, das die Entzündung widerspiegelt. Eine weitere Untersuchungsmethode ist das PET-CT, um Gefäßentzündungen darzustellen. Zum Nachweis von Stenosen und Verschlüssen eignet sich die MR-Angiografie oder CT-Angiografie.

Therapie mit Kortison

Die Glukokortikoid-Therapie („Kortison“) ist die Standardtherapie bei PMR und RZA. Bei PMR wird niedriger dosiert: Start mit 15-25 mg Prednisolonäquivalent pro Tag, danach Reduktion in den nächsten vier bis acht Wochen auf 10 mg/Tag und in weiterer Folge um 1 mg/Monat. „Kortison intraartikulär appliziert, ist eine gute Möglichkeit, um die Beschwerden z. B. an Schultern besser in den Griff zu bekommen“, berichtet Dr.ⁱⁿ Wipfler-Freißmuth.

Zur Behandlung der RZA bedarf es höherer Kortisondosen: Es wird mit 40-60mg Prednisolonäquivalent pro Tag begonnen. Danach wird reduziert mit einer Abstufung von 10 mg alle 2-4 Wochen, dann um 1 mg/Monat.

Beide Erkrankungen sprechen prompt auf diese Kortikosteroidtherapie an. „Die Patienten berichten spätestens am übernächsten Tag von einer deutlichen Besserung der Beschwerden“, weiß Dr.ⁱⁿ Wipfler-Freißmuth. Die Kortison-Therapien laufen oft über ein Jahr, bis die Patient*innen wieder ganz Kortison-frei sind. Bei Patient*innen, die Risikofaktoren wie eine Osteoporose, Diabetes oder wiederkehrende Symptome aufweisen, werden kortisonsparende Therapien eingesetzt, um Kortison rascher reduzieren zu können. „Bei PMR wird dafür z. B. Methotrexat eingesetzt, bei RZA ist der Interleukin-6 Antikörper Tocilizumab zugelassen“, erklärt die Expertin.

Komplikationen

Die schwerwiegendste Komplikation bei der RZA ist die Erblindungsgefahr. „Dies ist sehr selten. Betroffene Patient*innen mit neu aufgetretenen Sehstörungen und hohen Entzündungswerten müssen rasch in ein Zentrum überwiesen werden und bedürfen einer höheren Kortison-Therapie“, warnt Dr.ⁱⁿ Wipfler-Freißmuth.

Auch Aorten-Aneurysma, Claudicatio und Angina Pectoris bis hin zum Myokardinfarkt können Komplikationen darstellen.

Gesamt-Therapiekonzept:

Zusätzlich zur medikamentösen Therapie bedarf es eines Gesamtkonzeptes für betroffene Patient*innen, das aus Pflege, Ernährung, Physiotherapie, physikalischer Therapie/Rehabilitation,

Patientenschulung, operativer Therapie und psychologischer Unterstützung besteht. Ziel ist es, einen Rückgang der Krankheitssymptome und langfristig eine Remission zu erreichen. Die Schmerzen der Patient*innen müssen behandelt werden. Zur Schmerzlinderung erhalten die Betroffenen Analgetika, die nach dem Stufenschema der WHO an die Stärke ihrer Schmerzen angepasst sind. „Die Schmerzreduktion gelingt am besten, wenn Spätschäden durch einen frühen Start der Kortison-Therapie begrenzt werden können. Die Erhaltung bzw. die Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen steht im Vordergrund“, resümiert Dr.ⁱⁿ Wipfler-Freißmuth.

Quelle:

OÄ Dr. Edith Wipfler-Freißmuth: Vaskulitis – Wann daran denken? Online-Vortrag „Pain Updates“ der Österreichischen Schmerzgesellschaft. 8. April 2024

Weiterführende Literatur:

Dejaco C, Ramiro S, Bond M et al: EULAR recommendations for the use of imaging in large vessel vasculitis. Ann Rheum Dis 2023 Aug 7:ard-2023-224543.

Österreichische Gesellschaft für Rheumatologie und Rehabilitation (ÖGR) (Hg.): Österreichischer Rheumatologie-Report 2023. Wien 2023

Mit freundlicher Unterstützung von:



(Die inhaltliche Verantwortung für alle Presstexte liegt ausschließlich bei der Österreichischen Schmerzgesellschaft.)

Rückfragehinweis

Gehrer Plötzeneder DDWS

Clara Girstmair

girstmair@gp-ddws.com

+4369910086773