

Schmerzen, Schwäche, Steifigkeit

Eine 62-jährige Frau stellte sich aufgrund akut aufgetretener, symmetrischer Schmerzen, Schwäche und ausgeprägter Morgensteifigkeit der stammnahen Arm- und Beinmuskulatur in unserem MVZ vor. Fieber, Nachtschweiß, Gewichtsverlust, Sehstörungen und Cephalgien wurden verneint. Bei klinisch deutlich eingeschränkter Beweglichkeit und Kraft der stammnahen Muskulatur ließen sich zu diesem Zeitpunkt keine Arthritiden feststellen. Die Entzündungswerte waren erhöht, der Rheumafaktor und die ACPAs negativ.

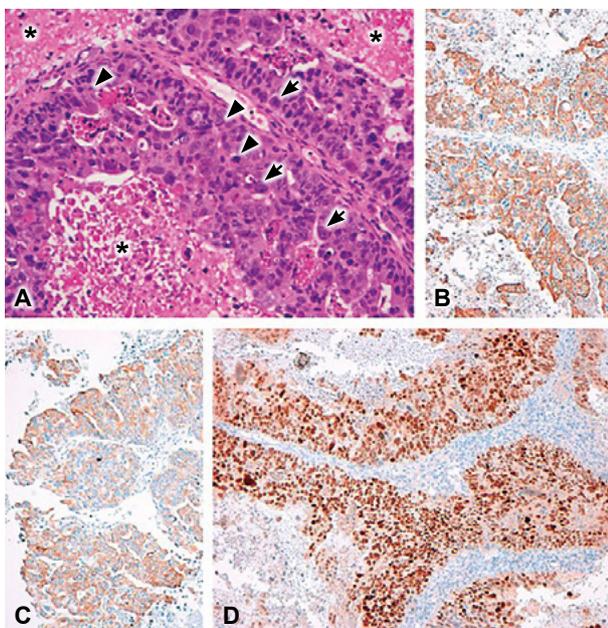
Gemäß der vorläufigen ACR/EULAR-Klassifikationskriterien 2012 [1] wurde die Diagnose einer Polymyalgia rheumatica gestellt und entsprechend den Empfehlungen der EULAR [2] eine systemische Steroidtherapie initiiert. Hierunter wurde unsere Patientin rasch beschwerdefrei und die Entzündungswerte normalisierten sich.

Unter Steroiddosisreduktion kam es jedoch wieder zu einer Beschwerdeprogredienz mit Anstieg der Entzündungswerte. Trotz Steroiddosiserhöhung stellte sich keine Befundverbesserung ein. Innerhalb von vier Wochen entwickelte sich eine MR-tomografisch bestätigte Monarthritis des rechten Ellenbogengelenkes. Leitliniengerecht wurde die Therapie um das csDMARD Methotrexat erweitert [2].

Differenzialdiagnostik

Bei anhaltender Beschwerdeprogredienz konnte mittels diagnostischer Gelenkspunktion eine septische Arthritis und Kristallarthropathie ausgeschlossen werden. Das ergänzend angefertigte Verlaufs-MRT des rechten Ellenbogengelenkes zeigte neu im Bereich der Gelenkkapsel eine unklare Raumforderung. Nach Probeentnahme mittels Stanzbiopsie wurde histologisch ein fibroadipöses Gewebe mit ausgedehnten Infiltraten eines teilweise nekrotisch zerfallenden, wenig differenzierten Adenokarzinoms nachgewiesen. Als Primärtumor konnte mittels PET-CT ein metastasiertes Bronchial-Karzinom dargestellt werden. Das bronchoskopisch gewonnene Gewebe erbrachte schließlich die Diagnose eines nicht-kleinzelligen Lungenkarzinoms (NSCLC). Aufgrund der Tumorausbreitung bestand Inoperabilität, sodass die Patientin eine Chemotherapie und lokale Strahlentherapie am rechten Ellenbogengelenk erhielt. Die Patientin verstarb 15 Monate nach Diagnosestellung.

Das Fallbeispiel zeigt die Wichtigkeit der Differenzialdiagnostik bei der Polymyalgia rheumatica,



Teilweise nekrotisch zerfallendes (Stern), wenig differenziertes Adenokarzinom mit hochgradiger Kernpleomorphie (Pfeil) und zahlreichen Mitosen (Pfeilspitze) (A: H&E, 200-fach). Die Tumorzellen zeigen immunohistochemisch eine Koexpression von CK7 (B: 100-fach) und CK20 (C: 100-fach) sowie eine starke nukleäre Expression von CDX2 (D: 100-fach).

insbesondere bei fehlendem oder nur unzureichendem Ansprechen der Initialtherapie mit systemischen Steroiden respektive bei Vorliegen einer Begleit arthritis.

Die Polymyalgia rheumatica ist nach der rheumatoiden Arthritis die zweithäufigste entzündlich-rheumatische Systemerkrankung noch ungeklärter Genese. Diskutiert wird eine initiale Vaskulitis mit entzündlicher Gelenkbeteiligung [3]. Sie kann eine Vielzahl anderer Erkrankungen vortäuschen oder Ausdruck eben dieser sein. Hierzu zählen: Rheumatoide Arthritis, Spondyloarthritiden, Kristallarthropathien, Vaskulitiden, Myositiden, Infektionen, endokrinologische, neurologische oder aber auch, wie im vorliegenden Fall, onkologische Erkrankungen. Daher sind regelmäßige klinische und laborchemische Verlaufskontrollen elementar, um bei atypischen Verläufen rasch eine weiterführende Diagnostik zu veranlassen.

Der Zusammenhang zwischen der Polymyalgia rheumatica und Malignomen wird kontrovers diskutiert [5]. Die Suche nach Malignomen ist jedoch schon wegen des Alters bei Diagnosestellung (mindestens 50 Jahre) und aufgrund differenzialdiagnostischen Erwägungen empfehlenswert. Dies gilt insbesondere für atypische Verläufe.

Eine Arthritis als Ausdruck eines metastasierten Malignoms ist selten. Hierbei ist meist das Kniegelenk, gefolgt vom Schultergelenk betroffen.

Der Primärtumor ist in der Regel ein Adenokarzinom der Lunge oder des Gastrointestinaltrakts [6]. Die Therapie richtet sich nach dem Primärtumor. Nach Diagnosestellung einer Arthritis als Ausdruck eines metastasierten Malignoms beträgt die Überlebenszeit im Durchschnitt fünf Monate [7]. Differenzialdiagnostisch ist bei einer Monarthritis neben entzündlich-rheumatischen Gelenkerkrankungen immer auch an eine septische Arthritis zu denken.

Das Literaturverzeichnis kann im Internet unter www.bayerisches-aerzteblatt.de (Aktuelles Heft) abgerufen werden.

Autoren

Dr. Maria Roth-Szadorski¹
Professor Dr. Dr. Jens Neumann²
Dr. Martin Welcker¹
Dr. Florian Popp¹

¹ MVZ für Rheumatologie Dr. Martin Welcker GmbH, Bahnhofstraße 32, 82152 Planegg

² Pathologisches Institut, Medizinische Fakultät, Ludwig-Maximilians-Universität München