

Myalgie und Myopathie

Die Muskulatur ist unser größtes parenchymatöses Organ, das zumeist unbemerkt seine physiologische Aufgabe erfüllt. Die menschliche Muskulatur besteht aus über 630 Einzelmuskeln und macht beim Neugeborenen ca. 25% und beim Erwachsenen ca. 45% des Körpergewichts aus. Ein Muskel setzt sich aus ca. 250 Mio. vielkernigen Muskelfasern zusammen, die bis zu 35 cm lang sein können. Diese riesigen Zellen haben Durchmesser zwischen 10 und 100 µm. Vor dem Hintergrund der Gesamtmuskelmasse mit Berücksichtigung der im Muskel vorhandenen Nervenfasern, Gefäße, Bindegewebe sowie der Tonussteuerung über das zentrale und periphere Nervensystem wird verständlich, warum ein Begriff – die Myalgie – das Symptom beschreiben kann, aber dennoch die Ursache der Myalgie oft unklar bleibt und die genaue Lokalisation des Schmerzes oft nicht definiert werden kann. Diese Ungenauigkeit der Begrifflichkeit Myalgie macht die eigentliche spezifische Diagnose und Therapie häufig so schwierig. Historisch wurde der Muskelschmerz von Froriep 1843 erstmals beschrieben. Hier wurde das Problem der „Muskelschwielen“ als druckschmerzhaft zu tastende Muskelverhärtung, die sich mit lokalen manuellen Techniken behandeln ließen und somit synonym mit einem klassischen myofaszialen Schmerzsyndrom waren, definiert. Die schmerzhafteste Dermatomyositis wurde durch Ernst Leberecht Wagner 1963 beschrieben.

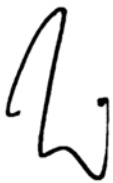
Jeder Arzt kommt mit dem Symptom Myalgie in Berührung und viele Muskelkrankheiten besitzen einen Waisenstatus (sog. „orphan diseases“). Hier werden 3 wichtige und häufige rheumatologisch-neuromuskuläre Entitäten als Leitthema diskutiert.

Im ersten Beitrag mit dem Titel „Fibromyalgiesyndrom – keine Muskelerkrankung“ fasst *Nurcan Üçeyler* aus Würzburg neue Ergebnisse zur möglichen Mitbeteiligung der dünn bemerkten A-δ- und unbemerkten C-Nervenfasern beim Fibromyalgiesyndrom zusammen. Der Syndromname und die klinische Präsentation mit insbesondere muskuloskeletalen Schmerzen suggerieren eine pathophysiologische Rolle von Störungen im Muskel, aber weder klinische noch apparative Untersuchungen ergeben muskeltypische Befunde. Im Rahmen dieses Syndroms sind nun mehrdimensionale Schädigungen der sog. „small fibers“ nachgewiesen worden. Diese „small fibers“ sind eine heterogene Faserpopulation, die u. a. für die Weiterleitung von thermischen Reizen, Schmerz, Juckreiz, angenehmer Berührung und autonomen Funktionen verantwortlich sind. Noch leisten entsprechende Untersuchungen keinen diagnostischen Beitrag zum Fibromyalgiesyndrom, aber damit ist ein neues Forschungsfeld eröffnet worden – auch mit der Hoffnung auf eine spezifischere, vielleicht individualisierte Therapie dieser Patienten.

Im zweiten Beitrag von *Kai Rösler* aus Bern stehen die klassischen Autoimmunmyositiden im Vordergrund. Neben der Darstellung der aktuellen Klassifikation der entzündlichen Muskelkrankheiten aus neurologischer Sicht folgen die Beschreibung eines Diagnostikalgorithmus sowie die zurzeit geltende Standardtherapiebeschreibung. Wichtig ist die Kenntnis der nekrotisierenden Myopathie, die erst in den letzten Jahren als eigenständige Krankheit erkannt wurde. Klinisch zeichnet sie sich durch subakute Paraparese, Muskelatrophie und schwere Myalgien aus. Neben einer paraneoplastischen Genese ist eine systemische Amyloido-

se oder eine Kollagenose [meist eine Systemsklerose oder eine „mixed connective tissue disease“ (MCTD)] ursächlich möglich. Immungetriggert ist die nekrotisierende Myopathie oft durch Statine, oder sie kommt in Kombination mit SRP-Antikörpern vor. Aufgrund der tiefen Prävalenz fehlen leider weiterhin qualitativ gute, kontrollierte Studien zur Behandlung der Myositissyndrome.

Im dritten Beitrag fasst *Michael Seitz* aus Bern den aktuellen Stand der Polymyalgia rheumatica (PMR) zusammen. In diesem Beitrag werden die neuen 2012 formulierten Konsensus-Klassifikationskriterien von European League Against Rheumatism (EULAR) und American College of Rheumatology (ACR) zu einer verbesserten Diagnostik der PMR dargestellt. Hier sind nun mindestens 5 Sets von diagnostischen Kriterien für PMR auf der Basis der klinischen Erfahrung formuliert. Der muskuloskeletale Ultraschall mit dem häufigsten Befund einer Bizepstendinitis ist nun erstmals Bestandteil dieser Kriterien. Notwendig für die Klassifikation sind: neu aufgetretener bilateraler Schulterschmerz <12 Wochen, Alter ≥50 Jahre und Erhöhung der BSR und/oder CRP, a) Bursitis subdeltoidea, Tenosynovitis der langen Bizepssehne und/oder Erguss im Glenohumeralgelenk, b) Bursitis trochanterica und/oder Erguss im Hüftgelenk. Unter Einschluss des Gelenk ultraschalls haben diese neuen Kriterien nun eine hohe Sensitivität (92,6%) und gleichzeitig eine hohe Spezifität (91,3%). Als Standardtherapie gelten nach wie vor Glukokortikoide und alternativ auch Methotrexat und ggf. in Zukunft eine Anti-IL-6-Thera



P. Villiger



B. Schoser

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. P.M. Villiger

Universitätsklinik für Rheumatologie,
Immunologie und Allergologie, Inselspital,
Universitätsspital Bern
Bern
Schweiz
peter.villiger@insel.ch

Prof. Dr. B. Schoser

Friedrich-Baur-Institut,
Neurologische Klinik,
Klinikum der Ludwig-Maximilians-
Universität München
München
benedikt.schoser@med.uni-muenchen.de

Interessenkonflikt. P. Villiger und B. Schoser geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Die DGIM in der Zeit des Nationalsozialismus

„Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin ist beschämt, weil sie 70 Jahre hat verstreichen lassen, bis ihr Handeln in der Zeit des Nationalsozialismus wissenschaftlich untersucht und öffentlich gemacht wurde“, verlas Prof. M. Hallek zur Eröffnung der Ausstellung zur Geschichte der DGIM in der NS-Zeit. Die Fachgesellschaft bekennt sich zu ihrer Verantwortung und arbeitet ihre Vergangenheit auf. Erste Ergebnisse präsentierte sie auf dem 121. Internistenkongress in Mannheim. Aufgrund des großen Interesses stellt sie diese nun als Wanderausstellung zur Verfügung.

„Es war uns als Vorstand der DGIM ein Anliegen, in einer Erklärung die Sicht der Fachgesellschaft auf die Ergebnisse der Nachforschungen in der Historie der DGIM darzulegen“, betont Prof. U.R. Fölsch, Generalsekretär der DGIM aus Kiel. In dem Dokument drückt die Fachgesellschaft ihre Missbilligung der Anpassung einzelner Mitglieder an das Unrechtsregime aus. Sie verurteilt darin die Vertreibung von Kolleginnen und Kollegen jüdischer Herkunft ebenso wie die Misshandlung und Tötung von Menschen in Konzentrationslagern, Lazaretten und Kliniken.

Einige an NS-Unrecht Beteiligte sind in der Nachkriegszeit zu Ehrenmitgliedern der DGIM ernannt worden. „Diese Ernennungen sind keinesfalls zu billigen“, betont Prof. Fölsch. Dennoch sieht die Fachgesellschaft laut Erklärung von der rückwirkenden Aberkennung jener Ehrenmitgliedschaften ab, um deutlich zu machen, dass im historischen Bewusstsein bleiben soll, welche Verfehlungen Mitglieder der DGIM im Nationalsozialismus begangen haben.

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) e.V., www.dgim.de