



PROF. DR. MED. CURT DIEHM - INTERNIST - KARDIOLOGE - ANGIOLOGE - PHLEBOLOGE
Chefarzt Innere Medizin - SRH Klinikum Karlsbad-Langensteinbach gmbH

Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Heidelberg,

76307 Karlsbad - Guttmannstr. 1

Telefon: +49 (0) 72 02 / 61 - 33 40 - Telefax: +49 (0) 72 02 / 61 - 61 67

Email: Curt.Diehm@kkl.srh.de

Die Entzündung der Schläfenarterie: Erblindung droht! (Arteriitis temporalis/Polymyalgia rheumatica)

Synonyme: Arteriitis cranialis, senile oder Horton-Riesenzellarteriitis (Horton-Syndrom)

Was ist eine Arteriitis temporalis?

Die sog. Arteriitis temporalis ist eine in der Regel nach dem 50. Lebensjahr auftretende segmentale Entzündung von Blutgefäßen, die häufig assoziiert ist mit einer Polymyalgia rheumatica. Da der Anteil der alten Menschen in der Bevölkerung immer größer wird, nimmt die Häufigkeit der Arteriitis ständig zu.

Die Riesenzellarteriitis gehört zu den Kopfschmerzkrankungen, die umgehende Interventionen erfordern, um Komplikationen zu vermeiden. Unbehandelt droht etwa ein Drittel der Betroffenen zu erblinden.

Entscheidend ist, allein aufgrund der Krankheitszeichen sofort Therapiekonsequenzen in Form von einer Cortisonbehandlung zu ergreifen und erst dann bestätigende diagnostische Maßnahmen einzuleiten.

Wie wird die Arteriitis temporalis / Polymyalgia rheumatica diagnostiziert?

Ein Großteil der Patienten stellt sich mit Kopfschmerzen als Erstsymptom vor. Es kann sich um einen Dauerkopfschmerz oder um episodisch auftretende Kopfschmerzen handeln.

Weitere Krankheitszeichen sind:

- Allgemeines Krankheitsgefühl, Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Nachtschweiß, Gewichtsverlust
- Ohren-, Zahn-, Hals- und Rachenschmerzen.
- Typisch für die Polymyalgia rheumatica sind Muskelschmerzen und Bewegungseinschränkungen im Bereich des Schultergürtels und seltener auch im Beckenbereich
- Morgensteifigkeit von mehr als einer Stunde
- Die Beschwerden sind besonders ausgeprägt am Morgen nach dem Aufstehen.

Häufig wird die Schläfenarterie schmerzhaft. Oft lässt sich in dieser Arterie auch kein Puls mehr tasten.

Bei rund einem Zehntel der Patienten kann ein plötzlicher Sehverlust eines Auges erstes und einziges Symptom der Gefäßentzündung sein. Eine Erblindung droht dann, wenn das entzündliche Geschehen in den Arterien auf feinste Schlagadern des Auges übergreift. Auch eine beidseitige Erblindung kann auftreten. Typischerweise können auch weitere Blutgefäße an der Entzündung beteiligt sein, z. B. die Brustschlagader, die Herzkranzgefäße und auch hirnzuführende Gefäße wie die Arteria carotis interna.

Welche Laborbefunde sind typisch?

Ein typisches Zeichen ist eine stark erhöhte Blutsenkung (im Mittel von 90 mm/h) sowie ein deutlich erhöhtes C-reaktives Protein (CRP). Oft ist die Anzahl der Blutplättchen (Thrombozyten) erhöht. Neben den Blutuntersuchungen sind Ultraschalluntersuchungen wie die farbcodierte Duplexsonographie zu einem wichtigen diagnostischen Instrument geworden. Der Farbdoppler kann die Biopsie ersetzen. Auf die Durchführung einer Probegewebsentnahme aus der Schläfenarterie kann aus unserer Sicht verzichtet werden.

Welche Therapiemöglichkeiten gibt es?

Bei charakteristischen klinischen Symptomen gilt es, so schnell wie möglich, eine Therapie mit Cortison einzuleiten. Wenn es bereits zu einer Erblindung gekommen ist, muss ohne Cortisonbehandlung in über 2/3 aller Fälle mit einer vollständigen Erblindung gerechnet werden. Die Cortisondosis kann von initial 70–100 mg sehr schnell reduziert werden auf eine Erhaltungsdosis von 5–10 mg Decortin täglich. Alternativ kann Prednisolon eingesetzt werden (zu Beginn 30 mg absteigend). Im Langzeitverlauf sind regelmäßig Blutsenkung und das C-reaktive Protein zu erfassen. Im typischen Fall ist mindestens 1 Jahr lang eine Cortisonbehandlung erforderlich.