

**SPRECHSTUNDE  
WEICHTILRHEUMA**

 VON PROF. DR. GERHARD ANTON MÜLLER  
UND DR. PETER KORSTEN

”

Ist denn Fibromyalgie tatsächlich Weichteilrheuma? Ich selber habe diese Diagnose 2015 bekommen und bin seitdem in der Schmerzambulanz in Behandlung. Mal geht es mir recht gut und dann gibt es wieder Tage und Wochen wo gar nix geht! Ich versuche zu arbeiten, aber oft fällt es mir einfach sehr schwer. Dazu kommt das ich erst 37 Jahre alt bin. Oft keine Kraft habe. Dabei habe ich tägliche Panik-Attacken und bin hin und wieder in Depressionen versunken. Ich kann doch aber nicht mit 37 Jahren eine Rente beantragen...

**Beide Begriffe (Fibromyalgie und Weichteilrheuma)** werden synonym verwendet, Weichteilrheuma ist dabei eher als Oberbegriff zu verstehen zur Abgrenzung von entzündlichen Gelenkerkrankungen wie beispielsweise der rheumatoiden Arthritis. Die fluktuierende Beschwerdeausprägung ist leider sehr häufig und therapeutisch auch oft schwer in den Griff zu bekommen. Auch Depressionen kommen bei bis zu 20 Prozent der Patienten vor. Die drohende Arbeitsunfähigkeit ist ein großes Problem, hilfreich ist vielfach eine Umgestaltung der Arbeitsplatzsituation oder eine Reduktion der Wochenarbeitszeit. Auf Grund der psychischen Folgeerscheinungen wie Panikattacken oder Depression ist eine psychotherapeutische Mitbehandlung in den meisten Fällen sinnvoll.

”

Hängt ein erhöhter ANA-Wert mit FMS zusammen? Und gibt es irgendwelche Schmerzmittel, die die Muskelschmerzen lindern können?

**Der ANA-Wert (antinukleäre Antikörper)** wird als Suchtest bei Autoimmunerkrankungen wie dem systemischen Lupus erythematoses verwendet. Ein erhöhter ANA-Wert kommt bei FMS eigentlich nicht vor, allerdings in bis zu 20 Prozent auch bei gesunden Personen. Hier kommt es auch auf die Höhe des Wertes an und ob eine andere rheumatologische Erkrankung zusätzlich besteht. Klassische Entzündungshemmer wie Ibuprofen oder Diclofenac sind im Rahmen eines FMS in der Regel nicht wirksam. Von den europäischen Leitlinien werden eher schmerzmodulierende Medikamente wie Pregabalin oder Antidepressiva (Amitriptylin, Duloxetin) neben schwach wirksamen Opioiden wie Tramadol empfohlen. Der Erfolg ist dabei sehr unterschiedlich.

”

Wird FMS im Alter stärker und intensiver? Gibt es mittlerweile einen speziellen Arzt für Fibro-Patienten und wenn nicht: wer ist der beste Ansprechpartner?

**Die Symptomatik bei FMS** ist von Patient zu Patient sehr unterschiedlich. Eine Altersabhängigkeit ist dabei nicht bekannt. Rheumatologen kommen regelmäßig bei der differenzialdiagnostischen Abgrenzung zu entzündlichen Systemerkrankungen mit FMS in Berührung. Vielfach sind die Patienten neben der primär hausärztlichen Betreuung bei speziellen Schmerztherapeuten in Behandlung. Eine gute Aufklärung über die Erkrankung ist wichtig, um überflüssige Untersuchungen (und Therapien!) bei vielen verschiedenen Fachärzten zu vermeiden.

**Prof. Dr. Gerhard Anton Müller  
und Dr. Peter Korsten**

 Klinik für Nephrologie und Rheumatologie  
der Universitätsmedizin Göttingen

**Kontakt**

 peter.korsten@  
med.uni-goettingen.de

 UNIVERSITÄTSMEDIZIN  
GÖTTINGEN **UMG**
**THEMA HEUTE: SCHLAGANFALL**

# Zeit ist Hirn!

Ein Schlaganfall erfordert schnelles Handeln

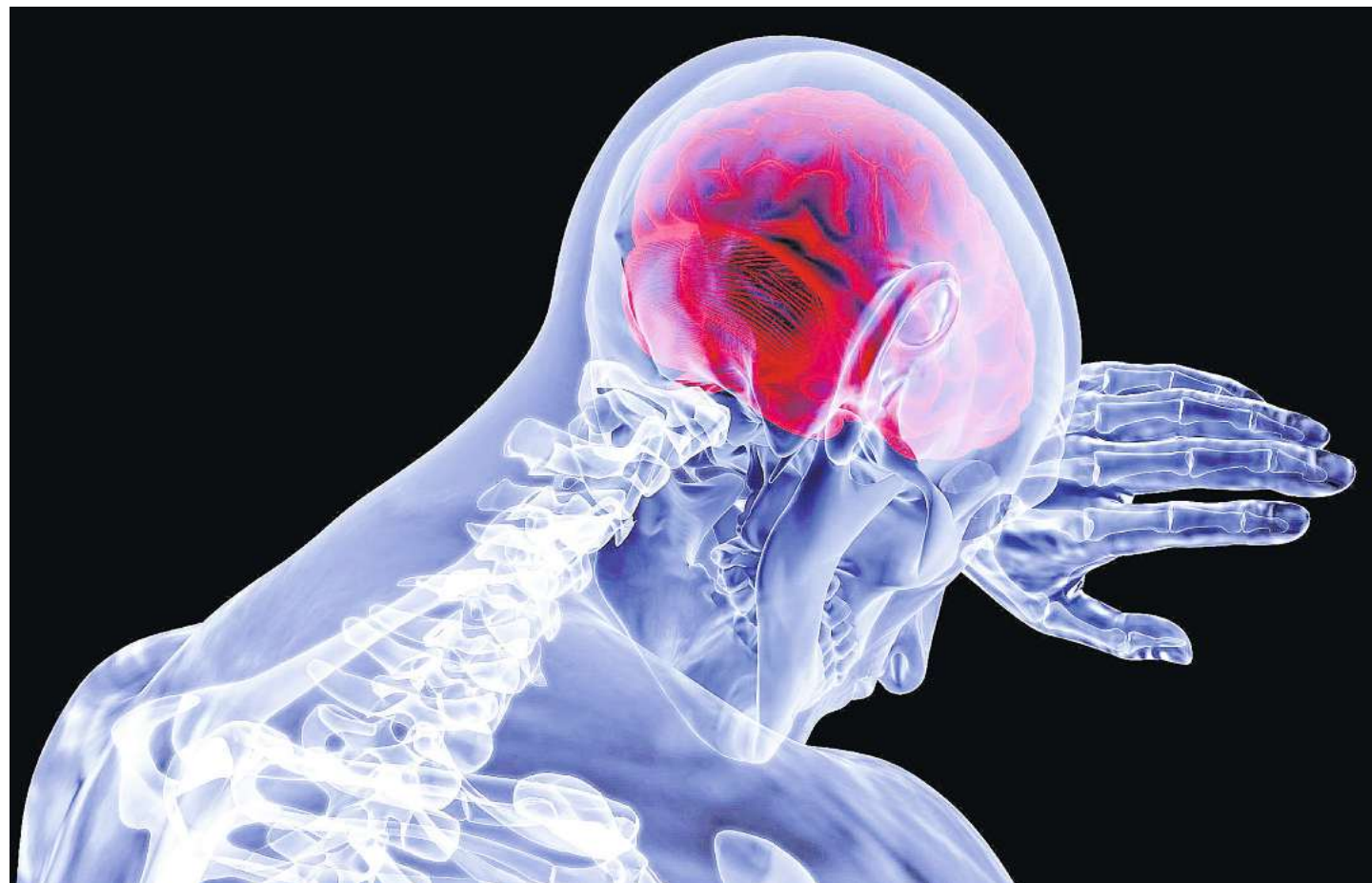
 Von Prof. Dr. Rolf Wachter  
(Universitätsmedizin Göttingen)  
und PD Dr. med. Klaus Gröschel  
(Universitätsmedizin der  
Johannes-Gutenberg-Universität)

**E**twa 250.000 Menschen erleiden in Deutschland jedes Jahr einen Schlaganfall und mehr als eine Million Menschen sind dauerhaft von den Zeichen eines erlittenen Schlaganfalls gezeichnet. Keine Erkrankung des Herz-/Kreislaufsystems fürchten die Menschen mehr. Das hängt sicherlich damit zusammen, dass diese Erkrankung mit lebenslanger Behinderung, schwerer Einschränkung der Lebensqualität und dauerhafter Abhängigkeit von anderen in Verbindung gebracht wird. Aufgrund der steigenden Lebenserwartung in unserer alternden Gesellschaft wird sich die Anzahl der Schlaganfälle pro Jahr bis 2030 etwa verdoppeln.

Rund 80 bis 85 Prozent aller Schlaganfälle treten im Rahmen einer akuten Minderversorgung des Hirns mit Blut und damit auch Sauerstoff auf. Sie werden auch als ischämische Schlaganfälle bezeichnet. Bei einem ischämischen Schlaganfall verstopft ein kleines fortgeschwemmtes Blutgerinnsel („Thrombus“) ein Blutgefäß, in dessen Folge das nicht mehr durchblutete Hirngewebe untergeht. Einmal zerstörte Nervenzellen sind leider unwiederbringlich verloren, sie können nicht, wie zum Beispiel Zellen der Haut, neu gebildet werden. Bis zu 20 Prozent der Schlaganfälle sind durch Blutungen im Kopf verursacht: zum einen treten direkte Blutungen in das Hirngewebe bei Zerreißung kleinerer Gefäße auf (zum Beispiel im Rahmen eines Bluthochdruckes oder aber auch im Rahmen einer Blutverdünnung mit Medikamenten), oder es kommt zu einem plötzlichen Zerplatzen größerer Gefäße, deren Ursache eine Gefäßmissbildung („Aneurysma“) bzw. Gefäßausackung) oder ein Unfall sein kann.

Im Rahmen des Schlaganfalls kommt es innerhalb von wenigen Minuten durch den Sauerstoffmangel zum nicht mehr rückgängig zu machenden Zelltod von Nervenzellen im Zentrum des Schlaganfalls.

Risikofaktoren für das Entstehen von arteriosklerotischen Plaques im Bereich der hirnversorgenden Gefäße, die dann zu den besagten Gerinnseln oder Infarkten in kleinen Gefäßen führen können, sind der arterielle Bluthochdruck



Rund 80 bis 85 Prozent aller Schlaganfälle treten im Rahmen einer akuten Minderversorgung des Hirns mit Blut und damit auch Sauerstoff auf. FOTO: R

(4-6-fach erhöhtes Risiko), Rauchen (2-fach erhöhtes Risiko), Diabetes mellitus (2-3-fach erhöht), erhöhtes Körpergewicht (2-fach erhöht) und eine Fettstoffwechselstörung (LDL-Hypercholesterinämie; 2-3-fach erhöhtes Risiko). Männer sind deutlich häufiger betroffen, das Risiko eines 80-Jährigen einen Schlaganfall zu erleiden, ist gegenüber einem 50-Jährigen um das 12-fache erhöht.

Im Rahmen des Schlaganfalls kommt es innerhalb von wenigen Minuten durch den Sauerstoffmangel zum nicht mehr rückgängig zu machenden Zelltod von Nervenzellen im Zentrum des Schlaganfalls. Außerhalb dieses zentralen Bereichs gibt es jedoch eine Region, die aufgrund der Minderversorgung keinerlei Funktion mehr aufweist, deren Zellen aber zunächst noch intakt sind und erst nach Stunden anhaltendem Sauerstoffmangel zugrunde gehen. Dieser kritische Bereich, die „Penumbra“ steht im Zentrum aller notfallmäßigen therapeutischen Bemühungen. Hier gilt es, schnellstmöglich eine Wiedereröffnung des Gefäßes zu erzielen, um so eine Stabilisierung und Rettung des gefährdeten, aber noch nicht verlorenen Gewebes führen kann. Es gilt der Grundsatz: Zeit ist Hirn! (Time is brain)

Seit etwa 15 Jahren gibt es für die Versorgung von akuten Schlaganfallpatienten eine sehr gute medikamentöse Therapie, die sogenannte Thrombolysen. Dabei wird ein Medikament, der sogenannte „recombinant tissue plasminogen activator“ (rt-PA) in die Vene gespritzt, durch

dieses Medikament kann das Blutgerinnsel häufig aufgelöst werden. Allerdings muss das Medikament schnell gegeben werden, nämlich in den ersten 4,5 Stunden nach Beginn der Beschwerden, wobei gilt: Je früher man mit der Therapie beginnt, desto besser. In den ersten 90 Minuten wird jeder Dritte behandelte Patient anstelle einer schwerwiegenden Behinderung nur leichte oder keine Einschränkungen im Leben haben im Vergleich zu keiner Behandlung mit einem Lysemedikament, im Zeitfenster 3-4,5 Stunden nur jeder 14.

Damit Patienten mit akutem Schlaganfall schnell versorgt werden, gibt es in Deutschland flächendeckend sogenannte Schlaganfallstationen („Stroke units“).

Damit Patienten mit akutem Schlaganfall schnell versorgt werden, gibt es in Deutschland flächendeckend sogenannte Schlaganfallstationen („Stroke units“), die regelmäßigen Zertifizierungen unterzogen werden, in denen nachgewiesen wird, dass Schlaganfallpatienten schnell und in exzellenter Qualität versorgt werden. Neben der Akuttherapie arbeiten verschiedene Fachrichtungen (Neurologie, Kardiologie, Neurochirurgie, Neuroradiologie) und -disziplinen (Physio-, Logo-, Ergothera-

pie, Neuropsychologie und Sozialarbeiter) sowie speziell geschultes Pflegepersonal in der sogenannten Schlaganfallkomplexbehandlung eng zusammen.

In den vergangenen Jahren hat sich die Therapie des akuten Schlaganfalls deutlich weiterentwickelt, zunehmend kommen zusätzlich zur Lysebehandlung Kathetereingriffe hinzu, mit denen den Patienten geholfen werden kann. Denn nicht alle Verschlüsse lassen sich mit der Lysetherapie auflösen!

Im Jahr 2014 konnte eine Studie in den Niederlanden erstmalig nachweisen, dass durch eine mechanische Wiedereröffnung mit speziellen Gefäßstützen (den sogenannten Stent-Retrievern) eine weitere deutliche Verbesserung der Prognose erreicht werden kann. Dieses Vorgehen ist inzwischen in mehr als einem halben Dutzend weiteren Studien bestätigt worden, inzwischen weiß man sogar, dass manche Patienten, die gute Umgehungskreisläufe (Kollaterale) haben, sogar noch 24 Stunden nach Beschwerdebeginn von einem Kathetereingriff profitieren können.

Bei einer Wiedereröffnung nach einem Verschluss eines großen Hirngefäßes mit einem Stent-Retriever ist eine neuroradiologische Abteilung mit mehreren dienstbereiten interventionellen Neuroradiologen notwendig. In Deutschland hat sich etabliert, dass alle sogenannten überregionalen Stroke units, zu denen auch Göttingen zählt, diese Therapie anbieten.


 Prof. Dr. Rolf  
Wachter

 Klinik für Kardiologie und  
Pneumologie der  
Universitätsmedizin Göttingen

 PD Dr. med. Klaus  
Gröschel

 Geschäftsführender  
Stellvertreter der Klinik und  
Poliklinik für Neurologie der  
Universitätsmedizin der  
Johannes Gutenberg

**LESER FRAGEN**

Liebe Leser, stellen Sie Ihre Frage zum Thema „Schlaganfall“ bitte bis Montag, 19. März, 10 Uhr. Hierfür gibt es eine eigene E-Mail-Adresse. Sie lautet [sprechstunde@goettinger-tageblatt.de](mailto:sprechstunde@goettinger-tageblatt.de)

Ihre Fragen werden dann von Prof. Dr. Rolf Wachter und PD Dr. Klaus Gröschel beantwortet werden. Die Antworten finden Sie am kommenden Sonntag in Ihrem Göttinger Tageblatt - unter der Rubrik „Gesund in Göttingen“.


**THEMEN  
IM ÜBERBLICK**

10.3. WEICHTILRHEUMA

**17.3. SCHLAGANFALL**

24.3. NEURODERMITIS

 31.3. RÜCKENPRÄVENTION  
DURCH SPORT