

# MMW-ONLINE-SPRECHSTUNDE

Kompetente Antworten innerhalb von 48 Stunden!  
Unsere Experten beantworten medizinische  
Fragen, die sich in Ihrem Praxisalltag ergeben.

Hier erhalten Sie Rat  
bei kniffligen Fällen:  
[www.springermedizin.de/  
mmw-sprechstunde](http://www.springermedizin.de/mmw-sprechstunde)

Prof. Dr. med. H. S. Füeßl  
Privatpraxis für Integrative  
Innere Medizin, München



Dr. med. P. Stiefelhagen  
DRK-Klinikum Westerwald,  
Hachenburg



## Polymyalgia rheumatica

# Noch keine echte Alternative zu Steroiden



Polymyalgie-Patienten leiden besonders  
oft an Schulterschmerzen.

**?** Anonym gestellte Frage: *Hat sich  
in der Therapie der Polymyalgia  
rheumatica in den letzten Jahren et-  
was getan? Gibt es Alternativen zu  
Kortikoiden?*

**!** **MMW-Experte Füeßl:** Die Diagnose  
Polymyalgia rheumatica (PMR)  
beruht auf der typischen klinischen  
Präsentation in Verbindung mit sys-  
temischen Entzündungszeichen. Die  
Abgrenzung zu einer beginnenden rheu-  
matoiden Arthritis, einer später begin-  
nenden Spondylarthritis, einer Kollage-  
nose oder systemischen Vaskulitis ist  
manchmal nicht leicht. 2012 haben die

EULAR und das ACR, die Fachgesell-  
schaften aus Europa und den USA,  
allgemein anerkannte Klassifikations-  
kriterien anhand eines Punktesystems  
entwickelt, bei dem auch die Gelenk-  
sonografie eine wichtige Rolle spielt.

Nach wie vor sind Steroide das wich-  
tigste Therapeutikum. Allerdings zeigen  
neuere Untersuchungen, dass bereits mit  
einer initialen Glukokortikoiddosis von  
nur 15 mg/d über 70% der PMR-Patien-  
ten nach vier Wochen zufriedenstellend  
reagieren. Die Dosisreduktion sollte erst  
nach Eintreten einer klinischen und hu-  
moralen Remission beginnen und über  
viele Wochen auf unter 5 mg Prednison-  
Äquivalent/Tag zur Remissionserhal-  
tung gesenkt werden. Viele Patienten be-  
nötigen noch über Jahre eine kleine täg-  
liche Prednison-Dosis von 1–5 mg.  
Rezidive können selbst Jahre nach The-  
rapieende auftreten.

Bei Nichtansprechen auf Steroide  
oder Unverträglichkeit kann Methotre-  
xat in einer wöchentlichen oralen Dosis  
von 10 mg eingesetzt werden, obgleich  
die Datenlage für diese Therapie wenig  
überzeugend ist. 2013 wurden zwei Fall-  
berichte publiziert, die einen günstigen  
Einfluss einer Anti-Interleukin-6-Thera-  
pie mit Tocilizumab bei steroidresisten-  
ten bzw. -naiven PMR-Patienten zeigten.  
Für diese Therapie fehlen aber noch  
überzeugende randomisierte Studien.

**!** **MMW-Experte Stiefelhagen:** Das  
Medikament der Wahl ist weiterhin  
Prednisolon. Man sollte immer mit einer  
Dosierung von 25–30 mg täglich begin-  
nen, bei gleichzeitigem Vorliegen einer  
Arteriitis temporalis muss man mit 100  
mg täglich starten. Wenn Symptomfrei-  
heit erreicht ist, kann die Dosierung um  
2,5 mg wöchentlich reduziert werden,  
bis eine Tagesdosis von 10 mg erreicht  
ist. Danach reduziert man um 1 mg pro  
Monat. Bei Zunahme der Beschwerden  
oder Anstieg des C-reaktiven Proteins  
oder der Blutkörperchensenkungsges-  
chwindigkeit muss die Dosis wieder er-  
höht werden. Insgesamt sollte mindes-  
tens ein Jahr lang behandelt werden.

Wenn länger als drei Monate eine  
Prednisolon-Dosis von 10 mg oder mehr  
erforderlich sind, empfiehlt sich eine  
Kombination mit Methotrexat (einmal  
wöchentlich 10–20 mg). Damit kann  
man ca. 20% der Prednisolon-Dosis ein-  
sparen. Alternativen sind Leflunomid  
oder Azathioprin, für die aber nur Er-  
gebnisse sehr kleiner Studien oder sogar  
nur Fallberichte vorliegen.

Zu Biologicals gibt es bisher kaum  
Daten. Immerhin gibt es Fallsammlun-  
gen, die über eine gute Wirkung von  
Tumornekrosefaktor-Inhibitoren und  
dem Interleukin-6-Rezeptor-Inhibitor  
Tocilizumab bei therapierefraktären Pa-  
tienten berichten.