

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.