

Unklare Fieberschübe

Denken Sie auch an das familiäre Mittelmeerfieber!

Oft vergehen Jahre, bevor die richtige Diagnose gestellt ist. Die Rede ist vom familiären Mittelmeerfieber, eine genetisch bedingte autoinflammatorische Erkrankung.



Woher kommen die Fieberattacken?

— Rezidivierende Fieberschübe, für die sich keine Ursache findet, sind das Leitsymptom des familiären Mittelmeerfiebers. Diagnoseweisend kann die Famili-

anamnese sein; denn es handelt sich um eine genetische Erkrankung, die gehäuft bei Bewohnern der östlichen Mittelmeerregion auftritt. Die Entzündungsparameter sind typischerweise erhöht. „Beim familiären Mittelmeerfieber handelt es sich immer um eine lebenslange Erkrankung, die mit einer starken Einschränkung der Lebensqualität einhergeht“, sagte Prof. Jasmin Kümmerle-Deschner, Tübingen. Ursache für die Fieberattacken ist ein genetischer Defekt mit der Folge, dass das Immunsystem aktiviert wird. So kommt es zu einer überschießenden Bildung von Interleukin-1 β . „Fieber, Hautausschlag, Arthralgie und Serositis begleitet von einer ausgeprägten Akutphasenreaktion sollten an dieses Krankheitsbild denken lassen“, so Kümmerle-Deschner. Die Er-

krankung kann heute molekulargenetisch nachgewiesen werden.

Frühe und konsequente antiinflammatorische Therapie

Nach langjährigem Krankheitsverlauf drohen den Betroffenen eine Niereninsuffizienz und/oder eine Amyloidose. Um dies zu verhindern, muss die entzündungshemmende Therapie früh und konsequent durchgeführt werden. Ziel der Therapie ist die Beschwerdefreiheit, also die vollständige Verhinderung der Fieberschübe. Das Medikament der ersten Wahl ist Colchicin. Wenn dieses Medikament nicht vertragen wird oder nicht ausreichend wirkt, werden Interleukin-1-Inhibitoren wie Canakinumab oder TNF-Inhibitoren empfohlen.

— Dr. Peter Stiefelhagen

Therapiereduktion bei Rheumatikern

Wann kann man es wagen?

Viele Rheumapatienten wünschen es, und es spart auch Kosten. Ist ein Therapieabbau bei anhaltender Remission sinnvoll – oder aber gefährlich?

— „Der Patient muss einverstanden sein, und es muss eine über mindestens sechs Monate anhaltende stabile Remission vorliegen, bevor man über einen Therapieabbau nachdenken kann“, stellte Prof. Klaus Krüger, München, klar. Um eine nach Therapiereduktion eintretende Verschlechterung rechtzeitig erkennen zu können, sollte auch eine regelmäßige Überwachung garantiert sein.

Gibt es Prädiktoren?

„Die Wahrscheinlichkeit eines erfolgreichen Therapieabbaus ist um so größer, je kürzer die Krankheitsdauer ist und je schneller es gelingt, mit der medikamentösen Therapie eine Remission zu erreichen“, so Krüger. Eine initial hohe Krankheitsaktivität und stark erhöhte Anti-CCP-Antikörper signalisieren dagegen geringere Erfolgsaussichten.

Keine Verschlechterung des Langzeit-Outcomes

Entschließt man sich zu einem Therapieabbau, so dürfte eine Dosisreduktion z. B. durch eine Verlängerung der Applikationsintervalle erfolgversprechender sein als ein komplettes Absetzen der Therapie. Kommt es nach Reduzierung der Dosis zu einer Verschlechterung, auch „Flare“ genannt, so führt eine erneute Steige-