

Richtlinien für die Behandlung der Polymyalgia rheumatica

Die British Society for Rheumatology hat zusammen mit den British Health Professionals in Rheumatology kürzlich auf Expertenmeinungen basierende Richtlinien für die Behandlung der Polymyalgia rheumatica (PMR), der häufigsten rheumatologischen Erkrankung älterer Menschen, veröffentlicht (1). Wir referieren diese Richtlinien, weil wir den Eindruck haben, dass viele Ärzte in Deutschland, gemessen an diesen Richtlinien, höhere Kortikosteroid-Dosen für die Initialtherapie verwenden. Die beiden klinischen Syndrome PMR und Riesenzell-Arteriitis (RZA), auch unter dem Namen Arteriitis temporalis bekannt, werden oft nicht genügend unterschieden. Die eigentliche Ursache beider Syndrome ist unbekannt. Eine autoimmun-entzündliche, nicht-infektiöse Pathogenese scheint gesichert, und Kortikosteroide sind die Therapeutika der Wahl. Beide Syndrome sind bei Frauen häufiger als bei Männern. Die PMR ist häufiger als die RZA.

Die PMR betrifft meist Menschen > 50 Jahre. Hauptsymptome sind Schmerzen im Bereich des Schultergürtels, des Beckens oder der Oberschenkel (länger als zwei Wochen dauernd), Morgensteifigkeit der Gelenke (meist länger als eine Stunde), eine erhöhte Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG) und ein deutlich erhöhtes C-reaktives Protein (CRP). Bei Patienten mit bekannten Infektionen oder Malignomen, bei solchen, die Statine einnehmen (Statin-Myopathie!), oder mit zusätzlichen peripheren Arthropathien sollten zunächst andere Ursachen der Beschwerden in Erwägung gezogen werden.

Patienten mit RZA sind meist noch älter als PMR-Patienten, leiden typischerweise unter Schläfen-Kopfschmerzen mit verhärteten, manchmal schmerzhaft tastbaren Temporalarterien (Äste der A. carotis externa). Die Symptome können insgesamt sehr vielfältig sein. Daher ist die RZA klinisch schwierig zu diagnostizieren und wird erst durch Arterienbiopsie bewiesen. Gravierende Komplikationen sind Sehstörungen bis zum Visusverlust bei Beteiligung der A. ophthalmica (2) oder ischämische Insulte bei Beteiligung der A. carotis communis/interna. Es können auch gleichzeitig oder nacheinander Symptome der PMR und RZA beim gleichen Patienten auftreten. In einer Studie von Bahlas et al. (3) über den Krankheitsverlauf von 149 Patient(inn)en hatten 133 eine PMR allein, sieben eine RZA und neun beide Syndrome. Zwischen der RZA und der Takayasu-Arteriitis (Arteriitis großer Arterien, wie Aorta, Nierenarterien etc.) gibt es ebenfalls Überlappungen der Symptome (4). Allerdings tritt die Takayasu-Arteriitis oft bei jüngeren Menschen und sogar bei Kindern auf.

Da die Symptome der PMR allmählich auftreten und wenig dramatisch sind, sollte nach gründlicher gezielter Untersuchung bei Fehlen von Zeichen der RZA mit einer relativ niedrig dosierten Prednisolon-Therapie begonnen werden. In den Richtlinien (1) wird der Beginn mit 15 mg/d Prednisolon für drei Wochen empfohlen, dann 12,5 mg/d für drei Wochen, 10 mg/d für drei Wochen und später Reduktion um jeweils 1 mg/d im Abstand von 4-6 Wochen. Dabei sollten der Rückgang der

Symptome und des CRP bzw. der BSG und etwaige Zeichen einer RZA beachtet werden. Bei Beschwerdefreiheit kann die Therapie nach 1-2 Jahren beendet werden. Jedoch ist Wachsamkeit hinsichtlich möglicher Rezidive nötig. Die PMR-Beschwerden sind meist innerhalb weniger Tage nach Therapiebeginn deutlich gebessert. Ist das nicht der Fall oder treten nach zwei Jahren Therapie Rezidive auf oder ist sich der behandelnde Arzt hinsichtlich der Diagnose nicht ganz sicher (es bleibt immer eine klinische Diagnose), sollte der Patient an einen Rheumatologen überwiesen werden.

Bei RZA hingegen oder bei Patienten mit PMR und Verdacht auf zusätzliche RZA-Symptome sollte wegen der möglichen gravierenden Komplikationen ohne Zögern sofort mit einer Anfangsdosis von 40-60 mg/d Prednisolon begonnen werden. Hinsichtlich dieser Dosierung stimmen die Autoren der PMR-Leitlinie (1) mit Autoren einer RZA-Leitlinie der Mayo-Clinic in den USA und anderen Autoren überein (5, 6). Auf eine ebenso hohe Dosis sollte bei PMR-Patienten übergegangen werden, die unter einer niedrig dosierten Prednisolon-Therapie neue Symptome einer RZA entwickeln. Auch diese Therapie wird Symptom-orientiert langsam reduziert innerhalb von mindestens zwei Jahren.

Wie auch bei anderen Indikationen für eine Langzeittherapie mit Kortikosteroiden empfehlen die Autoren der PMR-Guidelines (1) eine Osteoporose-Prävention. Patienten mit hohem Frakturrisiko (z.B. älter als 65 Jahre und frühere Frakturen) sollten ohne vorherige Knochendichte-Messung ein Bisphosphonat, Kalzium und Vitamin D erhalten. Bei geringerem Risiko sollten Kalzium und Vitamin D verordnet werden, evtl. nach Risikoabschätzung mittels Knochendichte-Messung. Bei zu erwartender längerer hoch dosierter Prednisolon-Therapie sollte von einem erhöhten Frakturrisiko ausgegangen werden.

Fazit: Die Therapierichtlinien der British Society for Rheumatology empfehlen zur Behandlung der Polymyalgia rheumatica (PMR) anfangs 15 mg/d Prednisolon für drei Wochen. Unter dieser niedrigen Dosis bessern sich die Symptome meist schnell, und unerwünschte Wirkungen des Kortikosteroids können minimiert werden. Bei Verdacht auf Riesenzell-Arteriitis (allein oder in Kombination mit PMR) ist dagegen sofort eine höhere Prednisolon-Dosis (40-60 mg/d) indiziert.

Literatur

1. Dasgupta, B., et al.: Rheumatology 2010, **49**,186. [Link zur Quelle](#)
2. AMB 2000, **34**, 53. [Link zur Quelle](#)
3. Bahlas, S., et al.: J. Rheumatol. 1998, **25**, 99. [Link zur Quelle](#)
4. Maksimowicz-McKinnon, K., et al.: Medicine (Baltimore) 2009, **88**, 221. [Link zur Quelle](#)
5. Warrington, K.J., und Matteson, E.L.: Clin. Exp. Rheumatol. 2007, **25**, 137. [Link zur Quelle](#)
6. Gonzalez-Gay, M.A., et al.: Drugs Aging 2006, **23**, 627. [Link zur Quelle](#)
7. Arzneiverordnungen. 22. Aufl., mmi-Verlag, 2009, S. 292.