

Polymyalgia rheumatica

Wie erkennen – wie behandeln?

Die Polymyalgia rheumatica (PMR) macht sich durch Schmerzen im Bereich von Schulter- und Beckengürtel bemerkbar. Mit Ultraschall oder anderen bildgebenden Verfahren sind entzündliche Veränderungen in Gelenken, Bursen, Sehenscheiden und an Muskelansätzen nachweisbar. Über Diagnose und Therapie der PMR berichtete Prof. Peter Villiger vom Inselspital Bern.

Vermutlich ist die PMR eine subklinische, frühe Vaskulitis mit systemischer artikulärer und periartikulärer Entzündungssymptomatik (1). Über bilaterale Schulterschmerzen klagten 95 Prozent der Betroffenen, über Nackenschmerzen 50 Prozent und über bilaterale Schmerzen im Beckengürtel und in den Oberschenkeln 90 Prozent. Es bestehen in der Regel keine Ausstrahlungen in die Finger und keine Schmerzen im BWS-Bereich. Dieses Schmerzverteilungsmuster sei sehr zuverlässig, so der Referent. Zusätzlich zum Schmerz seien die Patienten auffällig krank, und sie fühlten sich alt. Betroffene sind über 50 und klagten nicht über ganz akute, sondern bereits seit mehr als zwei Wochen bestehende Beschwerden.

Diagnostische Kriterien

Ein diagnostisches Hauptkriterium ist zudem die Morgensteifigkeit von mehr als 45 Minuten Dauer. Eine Kernfrage an Betroffene lautet: «Können Sie am Morgen nach dem Aufstehen die Arme heben?» Erhöhte Entzündungsparameter (BSR, CRP) bilden ein weiteres Hauptkriterium. Das Ansprechen auf eine niedrige Steroiddosis ist ein wichtiges Nebenkriterium. «Wenn sich der Patient nach 15 mg Prednison am nächsten Tag beim Aufstehen glücklich fühlt, ist die Wahrscheinlichkeit gross, dass die Diagnose stimmt», sagte der Referent. Durch 15 mg Prednison täglich sollten die Beschwerden innerhalb 1 Woche stark reduziert oder ganz beseitigt werden. Innerhalb von 4 Wochen sollten sich die Entzündungsparameter normalisieren. Die diagnostische Sicherheit lässt sich durch bildgebende Verfahren (z.B. Ultraschall) erhöhen, wenn zum Beispiel beidseits eine Bursitis subdeltoide,

beidseits eine Tenosynovitis der langen Bizepssehne oder eine Synovitis beider Glenohumeralgelenke zu finden ist (2). Eine akute Infektion oder ein Malignom sollen ausgeschlossen werden. Wenn ein Patient über temporale Kopfschmerzen klagt, muss eine kraniale Riesenzellerarthritis (Arteritis temporalis) in Betracht gezogen werden (Notfall wegen Erblindungsgefahr). Eine Aortitis bei Patienten mit PMR macht sich nicht durch Schmerzen bemerkbar.

Empfehlungen und Tipps für die Therapie

Als Startdosis werden 12,5 bis 25 mg Prednison pro Tag peroral empfohlen (1, 3). Die Streubreite berücksichtigt Komorbiditäten und Risikofaktoren für Steroidbehandlungen (z.B. niedrigere Dosierung bei Diabetes, Osteoporose, Glaukom). Persönlich empfahl der Referent 15 bis 20 mg. Danach soll die Steroiddosis kontinuierlich reduziert werden und nach 4 bis 8 Wochen 10 mg pro Tag betragen. Tendenziell werde zu lange zu hoch dosiert, so der Referent. Nur wenn mit der Initialdosis eine Vollremission erreicht wird, sind die Chancen gut, mit dem Steroid allmählich ausschleichen zu können. Wenn der Patient zwar rasch und gut auf die Initialdosis anspricht, die Beschwerden aber nicht vollständig verschwinden, kann die Tagesdosis von 15 mg im Verhältnis 2:1 verteilt werden (10 mg morgens und 5 mg abends). Abwechslungsweise kann danach versucht werden, morgens und abends etwas zu reduzieren. Auch die Frage nach dem Befinden frühmorgens ist wichtig, denn zum Beispiel früheres Erwachen oder Frösteln frühmorgens sind Zeichen, dass die Krankheit nicht unter Kontrolle ist und dass die Tagesdosis aufgeteilt werden soll. Für den Fall, dass die Morgensteifigkeit persistiert, empfahl der Referent, die Abenddosis durch 1 bis 2 mg Lodotra® zu ersetzen. Diese Prednison-Tablette mit veränderter Wirkstofffreisetzung wird gegen 22 Uhr eingenommen und setzt den Wirkstoff nach etwa 6 Stunden, morgens um 4 Uhr, frei. ▲

Alfred Lienhard

Quelle: Vortrag von Peter M. Villiger an der Fortbildung «Rheuma Top 2018», 23. August 2018 in Pfäffikon SZ.

KURZ & BÜNDIG

- ▶ Die Polymyalgia rheumatica ist die häufigste entzündliche rheumatische Erkrankung im Alter über 60.
- ▶ Unmittelbar nach Diagnosestellung soll mit der Glukokortikoidtherapie begonnen werden.
- ▶ Die Prednisondosierung soll individuell angepasst werden. Sie soll so hoch wie nötig, aber so niedrig wie möglich sein. Die Steroiddosis soll kontinuierlich reduziert werden.

Referenzen:

1. Buttgereit F et al.: S3-Leitlinie zur Behandlung der Polymyalgia rheumatica. *Z Rheumatol* 2018; 77: 429–441.
2. Dasgupta B et al.: 2012 Provisional classification criteria for polymyalgia rheumatica: a European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology collaborative initiative. *Ann Rheum Dis* 2012; 71: 484–492.
3. Dejaco C et al.: 2015 Recommendations for the management of polymyalgia rheumatica: a European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology collaborative initiative. *Ann Rheum Dis* 2015; 74: 1799–1807.