

Polymyalgia rheumatica (PMR)

Neue DGRh-Leitlinie mit Empfehlungen zur Kortisontherapie

Die PMR ist im höheren Lebensalter nach der rheumatoiden Arthritis (RA) die zweithäufigste entzündlich rheumatische Erkrankung. Betroffen sind fast ausschließlich Menschen über 50 Jahre, Frauen dreimal häufiger als Männer. Neben Schmerzen im Schulter- und Beckengürtel und Morgensteifigkeit können Fieber, Abgeschlagenheit und Appetitlosigkeit als Symptome auftreten. Nicht selten ist eine PMR mit einer Riesenzellarteriitis (RZA) vergesellschaftet. Wichtigste therapeutische Maßnahme ist die frühzeitige Gabe von oralen Glukokortikoiden in ausreichender Dosis, wird in der neuen S3-Leitlinie zur Behandlung der PMR betont.

Die neue Leitlinie ist von Vertretern der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) in Zusammenarbeit mit der österreichischen und schweizerischen rheumatologischen Fachgesellschaft sowie Delegierten weiterer Fachgesellschaften erarbeitet worden und stellt ein Update der internationalen Empfehlung von EULAR und ACR aus dem Jahr 2015 dar. Von den gebündelten Empfehlungen erhoffen sich die Experten spürbaren Nutzen für die Patienten, da die Therapie bislang uneinheitlich gehandhabt wird.

Diagnose PMR muss gesichert sein

Die neue Leitlinie zur Behandlung der PMR setzt voraus, dass die Diagnose einer PMR bereits gestellt worden ist. Im Unterschied zu anderen rheumatischen Erkrankungen gibt es bei der PMR keinen spezifischen Bluttest. „Ein Anstieg von Blutsenkungsgeschwindigkeit und C-reaktivem Protein zeigt jedoch, dass eine entzündliche Erkrankung vorliegt. Für eine sichere Diagnose müssen dann noch andere Erkrankungen ausgeschlossen werden“, so Prof. Dr. med. Frank Buttgerit von der Charité Berlin, unter dessen Leitung die Leitlinie erstellt wurde, in einer Pressemitteilung der DGRh vom 30.05.2018. Zu den wichtigsten Differenzialdiagno-

sen zählen: RA des höheren Lebensalters, Riesenzellarteriitis, Chondrokalzinose, Infektionen und Malignome.

„Die Therapie mit oralen Glukokortikoiden soll unmittelbar nach Diagnosestellung eingeleitet werden“, betont Buttgerit. Dies sei eine wichtige Empfehlung dieser Leitlinie. Die Glukokortikoiddosis soll für jeden Patienten individuell angepasst werden. Empfohlen wird ein Therapiebeginn mit einer Dosis von 15-25 mg Prednison-Äquivalent pro Tag. Es sollen keine Initialdosen von $\leq 7,5$ mg/Tag oder von >30 mg/Tag angewendet werden, wird betont. Das Medikament soll morgens eingenommen werden. „Dies vermindert das Auftreten von Schlafstörungen und verringert die Beeinträchtigungen des Hormonsystems“, erläutert Buttgerit. Bei den meisten Patienten komme es zu einer raschen und deutlich ausgeprägten Linderung der Beschwerden, „viele Betroffene kommen dann ohne weitere Schmerzmittel aus“.

Basierend auf einem regelmäßigen Monitoring der Krankheitsaktivität des Patienten, der Laborparameter und des Auftretens von Nebenwirkungen soll dann die Glukokortikoiddosis schrittweise reduziert werden. Die Behand-

lungsdauer sollte so lang wie nötig, aber so kurz wie möglich sein. Begleitend zur Behandlung mit Kortison rät die Leitlinie vor allem bei älteren und gebrechlichen Personen zu einer Physiotherapie. Dadurch soll verhindert werden, dass die Patienten im Verlauf der Erkrankung dauerhafte Einbußen in ihrer Beweglichkeit erleiden.

Glukokortikoide alternativlos

Nach Ansicht der Leitlinienautoren gibt es derzeit keine Alternativen zu Glukokortikoiden. Bei Patienten mit hohem Risiko für Rezidive und/oder für eine lange Therapiedauer sowie bei Patienten mit Risikofaktoren, Komorbiditäten und/oder Begleitmedikationen, bei denen mit Glukokortikoid-induzierten Nebenwirkungen zu rechnen sei, sollte zusätzlich zur Glukokortikoid-Therapie frühzeitig die Gabe von Methotrexat in Betracht gezogen werden. Obwohl in Studien PMR-Patienten zum Teil erfolgreich mit Biologika, z. B. Tocilizumab, behandelt wurden, reichen die Erfahrungen derzeit noch nicht für eine Empfehlung einzelner Substanzen aus, so die Leitlinien-Autoren. Nicht eingesetzt werden sollten TNF-alpha-Blocker.

Langfristig sind die Aussichten für PMR-Patienten bei einer leitliniengerechten Behandlung durch einen Rheumatologen gut. „Viele Patienten erholen sich vollständig von der Erkrankung und benötigen nach einiger Zeit keine Medikamente mehr“, so Buttgerit.

▾ QUELLE

- Buttgerit F, Brabant T et al., S3-Leitlinie zur Behandlung der Polymyalgia rheumatica. Z Rheumatol 2018; 5(77), <https://doi.org/10.1007/s00393-018-0476-8>

Entzündl.-rheumatische Erkrankungen**Experten-Konsensus zum Einsatz von Biosimilars**

Zunehmend mehr Biosimilars für die Behandlung von Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen drängen auf den Markt. Eine Taskforce aus 25 Experten aus Europa, Japan und den USA – neben Rheumatologen auch ein Dermatologe, ein Gastroenterologe und zwei Patientenvertreter – hat jetzt Konsensus-Empfehlungen für den Einsatz von Biosimilars zur Therapie bei rheumatologischen Erkrankungen erarbeitet. Anhand von Literatordaten und den neuesten Kongress-Abstracts wurden 5 übergeordnete Therapieprinzipien und 8 Konsensus-Empfehlungen veröffentlicht. Die wichtigsten Botschaften sind:

- Ein zugelassenes Biosimilar ist in seiner Wirksamkeit weder besser noch schlechter als das Originalpräparat und auch bei der Sicherheit nicht unterlegen. Zugelassene Biosimilars können daher bei geeigneten Patienten in der gleichen Weise wie die Originalpräparate eingesetzt werden.
- Wenn in einer bestimmten Indikation die Gleichwertigkeit eines Biosimilars zum Originalpräparat belegt ist (hinsichtlich seiner physikochemischen, funktionalen und pharmakokinetischen Eigenschaften), können Wirksamkeit und Sicherheit des Biosimilars auf andere Erkrankungen übertragen werden, für die das Originalpräparat zugelassen ist.
- Nach den derzeit verfügbaren Daten ist ein Switch von einem Originalpräparat auf ein Biosimilar sicher und effektiv. Es gibt auch keine wissenschaftliche Rationale für Vermutungen, dass ein Wechsel zwischen verschiedenen Biosimilars eines Originalpräparats zu einem unterschiedlichen klinischen Outcome führen könnte. Empfohlen wird, die Krankheitsverläufe bei mehrfachen Wechseln von Biosimilars in Registern zu erfassen.

Als zentraler Punkt wird in dem Konsensuspapier immer wieder die Patientensperspektive hervorgehoben. Kein Wechsel auf ein Biosimilar oder unter verschiedenen Biosimilars sollte ohne Absprache mit den Patienten erfolgen. Die Autoren erinnern an das grundsätzliche Prinzip der Rheumatherapie: „Basis der Behandlung ist ein gemeinsamer Entscheidungsfindungsprozess zwischen Patienten und behandelnden Rheumatologen.“ Patienten wie auch Gesundheitsdienstleister sollten über die Natur von Biosimilars, den Zulassungsstatus sowie Sicherheit und Wirksamkeit der Substanzen informiert werden. Deutlich machen die Autoren auch den zu erwartenden Nutzen von Biosimilars: Die Verfügbarkeit von Biosimilars muss die individuellen Behandlungskosten eines Patienten senken und sollte allen Patienten mit rheumatischen Erkrankungen den Zugang zu einer optimalen Therapie erleichtern.

QUELLE

- Kay J et al.: Consensus-based recommendations for the use of biosimilars to treat rheumatological diseases. *Ann Rheum Dis* 2018; 77: 165-174

Rheumatoide Arthritis (RA)**Konventionelle DMARDs beeinflussen relevant den Blutdruck**

Bei Patienten mit RA hat der Beginn einer Basistherapie mit konventionellen DMARDs relevanten Einfluss auf den Blutdruck. Vor allem Methotrexat (MTX) und Hydroxychloroquin (HXQ) verringern laut einer US-Studie den systolischen und diastolischen Blutdruck, während Leflunomid mit einem deutlichen Blutdruckanstieg verbunden ist. Keinen Einfluss auf den Blutdruckverlauf hatten TNF-alpha-Hemmstoffe und Prednison.

In der Studie bei insgesamt mehr als 21.000 RA-Patienten wurden die Blutdruckwerte 6 Monate vor Verschreibung eines DMARDs mit den Werten

6 Monate nach Therapiebeginn verglichen. Zudem wurde das Risiko einer Hypertonie im Verlauf von drei Jahren untersucht.

Unter Behandlung mit den meisten konventionellen DMARDs – mit Ausnahme von Leflunomid – kann sich der Blutdruck verbessern, berichten die US-Wissenschaftler. Am deutlichsten zeigte sich ein Abfall sowohl des diastolischen als auch des systolischen Blutdrucks nach Therapiebeginn mit MTX und HXQ. Bei Anwendern von MTX war die Chance, dass sie nach 6 Monaten optimale Blutdruckwerte hatten, um 9 Prozent höher als in den anderen Gruppen. Für Leflunomid bestätigte sich hingegen das Risiko für zum Teil deutliche Blutdruckerhöhungen, auf das auch in der Fachinformation hingewiesen wird. Bei den damit behandelten Patienten war das Risiko, dass sich im Verlauf von 3 Jahren eine Hypertonie entwickelte, um mehr als 50 Prozent höher als bei MTX-Patienten.

QUELLE

- Baker JF, Sauer B, Teng C-C, et al.: Initiation of Disease-Modifying Therapies in Rheumatoid Arthritis Is Associated With Changes in Blood Pressure. *JCR J Clin Rheumatol* 2018; 24(4): 203-209

Zi-Studie**Medikamentöse Versorgung bei RA in Deutschland**

Mit welchen Medikamenten Patienten behandelt werden, bei denen erstmals eine rheumatoide Arthritis (RA) festgestellt wurde, untersuchte eine Studie des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi), Download unter ogy.de/15zx. Ergebnis: Nicht einmal die Hälfte aller inzidenten RA-Patienten erhält im ersten Erkrankungsjahr eine DMARD-Verordnung. Eine Beteiligung von Rheumatologen scheint erforderlich, um eine bestmögliche Versorgung inzidenter Patienten mit DMARDs zu erreichen.

Artikelserie im Lancet

Weckruf zu mehr Aktionen gegen Rückenschmerzen

Im Umgang mit Rückenschmerzen werden von Patienten und Ärzten nach wie vor viele Fehler gemacht. Bei Patienten mit unspezifischen Kreuzschmerzen, die den weitaus größten Anteil ausmachen, gibt es eine Tendenz zur Überdiagnostik und Übertherapie. Dagegen werden spezifische Ursachen von Rückenschmerzen wie ein Morbus Bechterew häufig erst mit großer Verzögerung nachgewiesen. In einer Artikelserie in der Fachzeitschrift „Lancet“ (1-3) geben Experten einen Überblick über die Epidemiologie von Rückenschmerzen weltweit und die Möglichkeiten von Prophylaxe und Therapie. Gefordert werden auch mehr Anstrengungen, das globale Problem in den Griff zu kriegen, durch intensivere Aufklärung der Bevölkerung und bessere Umsetzung der Therapieempfehlungen.

Die Punktprävalenz von Rückenschmerzen lag 2015 global bei über 7 Prozent. Das bedeutet: Weltweit sind an einem Stichtag 540 Mio. Menschen von Rückenschmerzen betroffen (1). Bei fast allen Patienten können keine spezifischen Ursachen der Beschwerden nachgewiesen werden und es findet häufig eine teure bildgebende Überdiagnostik statt. Dazu trägt auch bei, dass viele Patienten mit akuten Rückenschmerzen anstelle zum Hausarzt gleich in die Notaufnahme gehen, kritisieren Prof. Dr. Nadine Foster aus Staffordshire, Großbritannien, und ihre Kollegen (2).

Auch die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie e. V. (DGRh) rät in einer Pressemitteilung (Nr. 2, März 2018) anlässlich der Lancet-Publikationen bei nichtspezifischem Kreuzschmerz unter 6 Wochen und ohne Warnzeichen von bildgebender Diagnostik ab. Umso mehr bedürfen entzündlich rheumatische Krankheiten, die mit Rückenschmerzen einhergehen, dringend einer qualifizierten Diagnostik, so die Experten der DGRh.

Axiale Spondyloarthritis (axSpA, M. Bechterew) mit dem Hauptsymptom entzündliche Rückenschmerzen machen etwa 5 Prozent aller chronischen Rückenschmerzen aus und beginnen in der Regel zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr (2). Verdächtig sind chronische Rückenschmerzen, die langsam

beginnen, sich bei Bewegung bessern und mit Morgensteifigkeit einhergehen. Als sicheres Diagnosekriterium gilt eine Sakroiliitis in der Bildgebung in Verbindung mit klinischen Kriterien oder einem positiven Bluttest auf HLA-B27. Entzündliche Rückenschmerzen bessern sich in der Regel gut unter Therapie mit NSAR.

Bei Patienten mit unspezifischen akuten (< 6 Wochen) und persistierenden (> 12 Wochen) Rückenschmerzen haben sich vor allem Beratung, physikalische Therapie und kognitive Verhaltenstherapie bewährt. Es sei wichtig, dass die Patienten aktiv blieben, weiterhin am täglichen Leben teilnahmen und ihrem Alltag und damit auch ihrer Arbeit nachgingen, betont die DGRh in ihrer Pressemitteilung. In vielen Ländern, vor allem in sozial schwachen Regionen, würden Rückenschmerzpatienten immer noch zur Schonung und Bettruhe angehalten, kritisiert das internationale Experten-Panel.

Die Evidenzen für Medikamente sind bei unspezifischen Rückenschmerzen eher schlecht. Zusätzlich zu nicht medikamentösen Maßnahmen kommen NSAR infrage. Nicht empfohlen werden Paracetamol und systemische Glukokortikoide. Unklar ist der Stellenwert von Muskelrelaxanzien, Antidepressiva und Antiepileptika. Opioide sollten nur bei sorgfältig ausgewählten Patienten und mit Vorsicht eingesetzt werden. In

der Praxis würden sie in vielen Ländern, z. B. den USA, viel zu häufig verschrieben, kritisieren die Experten. Auch interventionelle Verfahren und Operationen würden vor allem in Industrienationen bei chronischen Rückenschmerzen zu häufig und zu früh eingesetzt.

Dringend ist mehr Aufklärung über Rückenschmerzen und leitliniengerechte Behandlungen nötig, schreiben Prof. Dr. Rachelle Buchbinder aus Malvern/Australien und ihre Kollegen (3). Dies sei eine Herausforderung sowohl für die Politik als auch das Gesundheitssystem.

QUELLEN

- (1) Hartvigsen J et al.: What low back pain is and why we need to pay attention for it. The Lancet 2018, published online March 2018
- (2) Foster NE et al.: Prevention and treatment of low back pain: evidence, challenges, and promising directions. The Lancet 2018, published online March 2018
- (3) Buchbinder R et al.: Low back pain: a call for action. The Lancet 2018, published online March 2018

Impressum



Herausgeber und Verlag

IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH
Niederlassung: Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen
Telefon: 02596 922-0, Telefax: 02596 922-99
Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg
E-Mail: info@rheumaguide.de

Redaktion

Dipl.-Biologe Roland Fath (Schriftleiter),
Dr. phil. Stephan Voß (Chefredakteur, verantwortlich)

Lieferung

Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose Serviceleistung der

Hexal AG

Industriestraße 25, 83607 Holzkirchen
Telefon: 08024 908-0, Telefax: 08024 908-1290
E-Mail: service@hexal.com

Hinweis

Alle Rechte am Inhalt liegen beim Verlag. Nachdruck und jede Form der Wiedergabe auch in anderen Medien sind selbst auszugswise nur nach schriftlicher Zustimmung des Verlags erlaubt. Der Inhalt dieses Informationsdienstes ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel der behandelten Themen machen es notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Der Nutzer ist nicht von seiner Verpflichtung entbunden, seine Therapieentscheidungen und Verordnungen in eigener Verantwortung zu treffen. Dieser Informationsdienst gibt nicht in jedem Fall die Meinung der Hexal AG wieder.