

Factsheet

Polymyalgia rheumatica (PMR): Starke Schmerzen und Diagnosestellung durch Ausschlussverfahren

Polymyalgia rheumatica (PMR) ist die zweithäufigste entzündlich-rheumatische Erkrankung nach der rheumatoiden Arthritis. PMR betrifft fast ausschließlich Menschen, die über 50 Jahre alt sind – besonders zwischen dem 70. und 79. Lebensjahr. Frauen sind von PMR doppelt so häufig betroffen wie Männer.¹ In Deutschland liegt die Inzidenz für 2021 in der Altersgruppe ab 50 Jahren bei 111 Fällen pro 100.000 Einwohner*innen.² Im Vordergrund der Erkrankung stehen unter anderem bilaterale Schulterschmerzen, welche die Lebensqualität Betroffener stark einschränken können.³

PMR erkennen – starke Schmerzen und Gelenkentzündungen

PMR äußert sich bei 70 % bis 95 % der Patient*innen durch starke, bilaterale Schulterschmerzen. Schmerzen im Bereich des Nackens sowie des Beckengürtels (50 % bis 70 % der Erkrankten) sind ebenfalls häufig. Auch die proximalen Anteile der Arme oder Oberschenkel können betroffen sein.^{1,4} Dazu kommen eventuell Symptome wie Fatigue, Gewichtsverlust oder Fieber.⁴ Typische Symptome bei PMR sind ebenfalls eine ausgeprägte Morgensteifigkeit und nicht-erosive, asymmetrische Entzündungen eines oder mehrerer Gelenke – insbesondere Knie- und Handgelenke.^{1,4} Auch Entzündungen der Sehnenscheiden (Tenosynovitis) oder Schleimbeutelentzündungen (Bursitis) sind charakteristisch.⁴



Abb. 1: Typisch betroffene Körperregionen bei PMR³

Pathogenese der PMR

Wie PMR entsteht, ist nicht genau geklärt. Verschiedene Komponenten, wie genetische Faktoren, Infektionen, Alterungsprozesse des Immun- und Gefäßsystems sowie Störungen endokriner Achsen, scheinen eine Rolle zu spielen.³ Es gibt erhebliche klinische Überschneidungen zwischen der PMR und der Riesenzellararteriitis (RZA) – ein pathogenetischer Zusammenhang ist unklar.⁵ Möglicherweise handelt es sich bei der PMR um

eine frühe, subklinische Vaskulitis mit prominenter systemischer Entzündungssymptomatik der Gelenkumgebung.⁴ Etwa 16 % bis 21 % der PMR-Patient*innen entwickeln, insbesondere bei fehlender Therapie, eine RZA.⁵ Interleukin (IL)-17 scheint eine Rolle bei der Entzündungsreaktion zu spielen: Durch IL-17 werden pro-inflammatorische Zellen aktiviert, welche bei PMR zu den typischen Entzündungen und muskuloskelettalen Beschwerden führen.⁵

Diagnose und Therapie

Eine PMR festzustellen ist meist schwer, da es keine spezifischen diagnostischen Nachweise gibt. Die Diagnose erfolgt daher laut Leitlinie mit Hilfe des Ausschlusses anderer Erkrankungen. Relevante Differenzialdiagnosen sind rheumatoide Arthritis des höheren Lebensalters, Riesenzellarteriitis, Chondrokalzinose, Infektionen und Malignome.³

Unmittelbar nach Diagnosestellung einer PMR sollte eine orale Therapie mit Glukokortikoiden (GC) eingeleitet werden. Die genaue Dosierung der GC sollte individuell angepasst sein. Als Eckwerte empfiehlt die Leitlinie eine Initialdosis von 15 mg bis 25 mg/Tag Prednison-Äquivalent mit einer Reduktion auf 10 mg/Tag Prednison-Äquivalent innerhalb von vier bis acht Wochen. Danach kann einer Reduktion um etwa 1 mg/Tag alle vier Wochen bis zum Absetzen der GC erfolgen. Bei einem Rückfall der Symptome sollten GC so weit hochdosiert werden, bis es zum erneuten Ansprechen kommt. Anschließend kann die Dosis wieder reduziert werden.³ Für Patient*innen mit einem hohen Risiko für Rezidive, ohne Ansprechen auf GC oder für eine lange Therapiedauer sowie für Betroffene mit Risikofaktoren, Komorbiditäten oder Begleitmedikationen, bei denen durch GC verursachte Nebenwirkungen mit höherer Wahrscheinlichkeit auftreten, sollte frühzeitig eine zusätzliche Therapie mit Methotrexat in Betracht gezogen werden.³ Bei etwa der Hälfte der PMR-Patient*innen treten Nebenwirkungen auf und viele erreichen innerhalb von drei bis vier Wochen kein vollständiges Ansprechen unter einer GC-Therapie^{6,7}.

Neben der medikamentösen Therapie empfiehlt die Leitlinie ein individuelles Sportprogramm, um dem Verlust von Muskelmasse und dem Sturzrisiko entgegenzuwirken.³

Neue Behandlungsmöglichkeiten für PMR

Aktuell wird die Wirksamkeit und Sicherheit von Wirkstoffen untersucht, die gezielt in die Pathogenese der PMR eingreifen.⁸ Neben der Wirksamkeit und Sicherheit neuer Behandlungsoptionen ist auch die Verträglichkeit ein wichtiger Aspekt, da sehr viele Patient*innen durch derzeitige Therapien von Nebenwirkungen betroffen sind.³

Unmet Need – Bedarf an alternativen Therapieoptionen

Dass die Entwicklung neuer Therapieoptionen für Betroffene mit einer PMR sehr wichtig ist, wird durch Daten der bislang größten Social Media-Studie dieser Art deutlich, in welcher verschiedene Erfahrungen und Meinungen von PMR-Patient*innen (und RZA-Patient*innen) sowie Behandler*innen ausgewertet wurden.⁹ Dafür wurden über 1.000 deutsche sowie amerikanische Social Media-Inhalte bezüglich PMR (und RZA) über einen Zeitraum von einem Jahr (2022 bis 2023) analysiert: Sowohl Patient*innen als auch Behandler*innen fanden, dass Unmet Needs vor allem betreffend der Therapie (51 %, n = 91) und betreffend der Erkrankung selbst (69 %, n = 29) bestehen.⁹ Zu den von Patient*innen geäußerten Hauptbedenken in Bezug auf Behandler*innen gehörten lange Wartezeiten (45 %, n = 11) und eine verzögerte Diagnosestellung (42 %, n = 19).⁹ Bezüglich ihrer Behandlung empfanden PMR-Betroffene eine besonders große Belastung durch die Steroidtherapie (65 %, n = 17).⁹ Auch waren diesbezüglich Unverträglichkeiten, Krankheitsschübe aufgrund des Ausschleichens von Steroiden und mangelnde Effizienz der Behandlung von Patient*innen geäußerte Probleme.⁹ Allgemein war die Zufriedenheit der Betroffenen mit den vorhandenen Therapieoptionen eher negativ (61 %, n = 297).⁹ Eine GC-Therapie kann zu Komorbiditäten führen. Dazu zählen z. B. Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Insuffizienz, Beeinträchtigungen der zirkadianen Rhythmik oder auch Schlafstörungen.³

Die Social Media-Studie zeigt, dass es einen großen Bedarf an Aufklärung von Behandler*innen zur Erkrankung PMR sowie einen Bedarf an alternativen

Behandlungsoptionen gibt, um so eine rechtzeitige Diagnose und adäquate Therapie für Patient*innen zu ermöglichen.

Referenzen

1. Colombo MG et al. *Dtsch Ärztebl Int.* 2022;119(24):411-417.
2. Schmidt WA et al. Poster presented at: DGRh; 2024; 196.
3. Buttgereit F et al. Published online 2017. Accessed: 20. September 2024.
<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/060-006>
4. Dejaco C et al. *Z Rheumatol.* 2016;75(7):687-700.
5. Dejaco C et al. *Rheumatol Oxf Engl.* 2017;56(4):506-515.
6. Hutchings A et al. *Arthritis Rheum.* 2007;57(5):803-809.
7. Dejaco C et al. *Ann Rheum Dis.* 2015;74(10):1799-1807.
8. Novartis Pharma. ClinicalTrials.gov. Accessed: 10. September 2024.
<https://www.clinicaltrials.gov/study/NCT05767034>
9. Prashar N et al. Poster presented at: EULAR 2024; POS0055-PARE.

###

Pressekontakt

Christoph Günther
Communications Immunology
Novartis Pharma GmbH
Tel +49 160 279 1287
christoph.guenther@novartis.com

C-ID FA-11269798