

# Update Polymyalgia rheumatica



Adrian Forster

# Polymyalgia rheumatica: Klinisches Bild

- Schultergürtelschmerzen
- Beckengürtelschmerzen
- Nackenschmerzen

**entzündlicher Charakter**

(Nachtschmerzen, Morgensteifigkeit)

oft schlagartiger Beginn

# Polymyalgia rheumatica: Klinisches Bild

Allgemeinsymptome:

- Müdigkeit, Abgeschlagenheit
- Leistungsintoleranz
- Inappetenz, Gewichtsverlust

# Polymyalgia rheumatica: Klinisches Bild

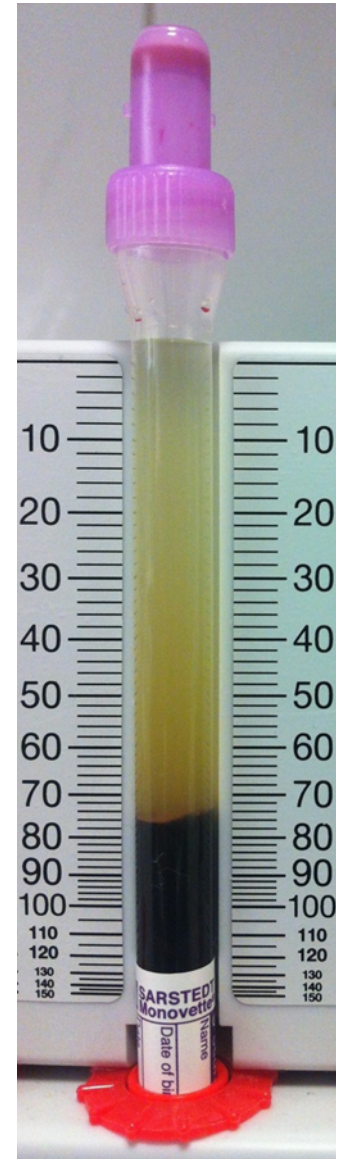
Distale Manifestationen bei fast 50%:  
Arthritiden, Tendovaginitiden, Oedeme  
und Karpaltunnelsyndrom

# Polymyalgia rheumatica: Labor

Unspezifisch:

- CRP↑
- Blutsenkungsgeschwindigkeit↑
- $\alpha$ - und  $\beta$ -Globuline↑
- Anämie und Thrombozytose
- Cholostat. Hepatopathie (bei 1/3)

(Salvarani C et al. Lancet 2008, 372: 234-45)



# Polymyalgia rheumatica: Labor

Normale  
Entzündungsparameter  
schliessen eine  
Polymyalgia rheumatica  
nicht aus.

# Polymyalgia rheumatica: Labor

Aber:

Bei normalen  
Entzündungsparametern  
ist die Diagnose stark zu  
hinterfragen!

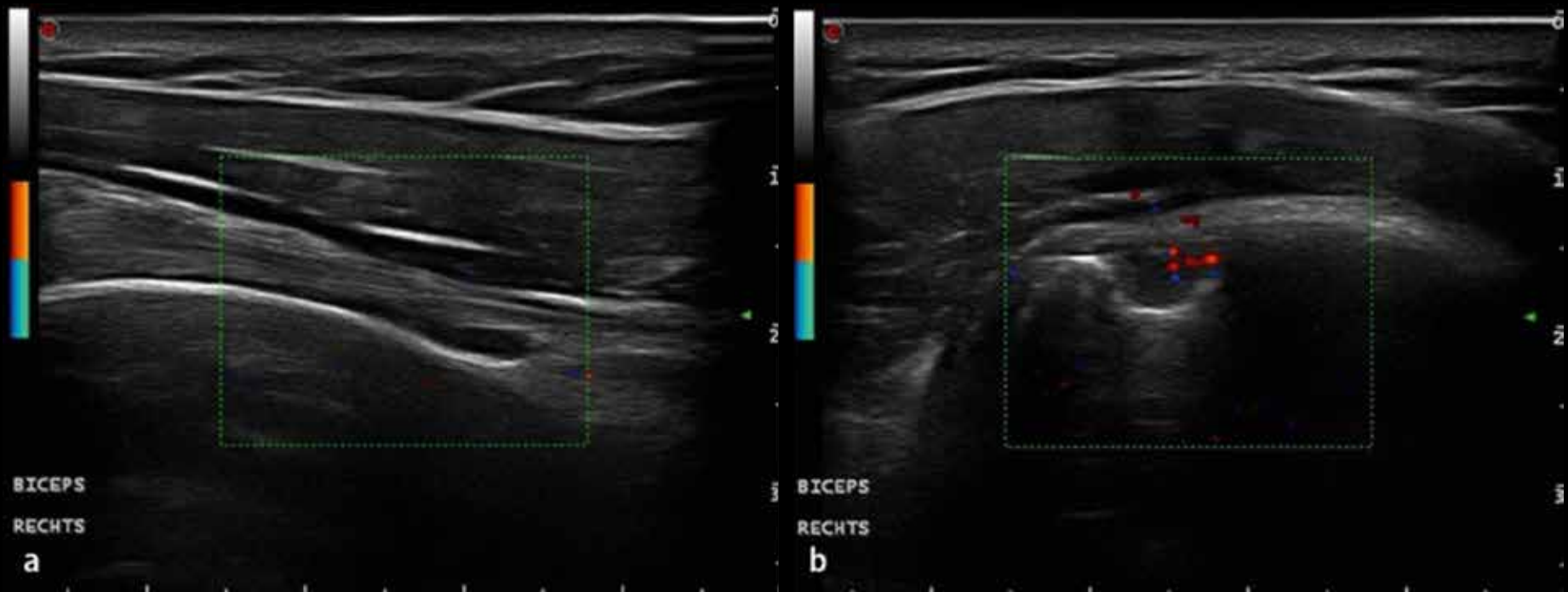
# Polymyalgia rheumatica: Bildgebende Untersuchungen

## Artikuläre und periartikuläre Entzündung

- Bizepstendosynovitis,  
Bursitis subacromialis/subdeltoidea und  
Bursitis trochanterica
- Gelenkergüsse (ohne synoviale  
Proliferation)
- Bursitis interspinosa

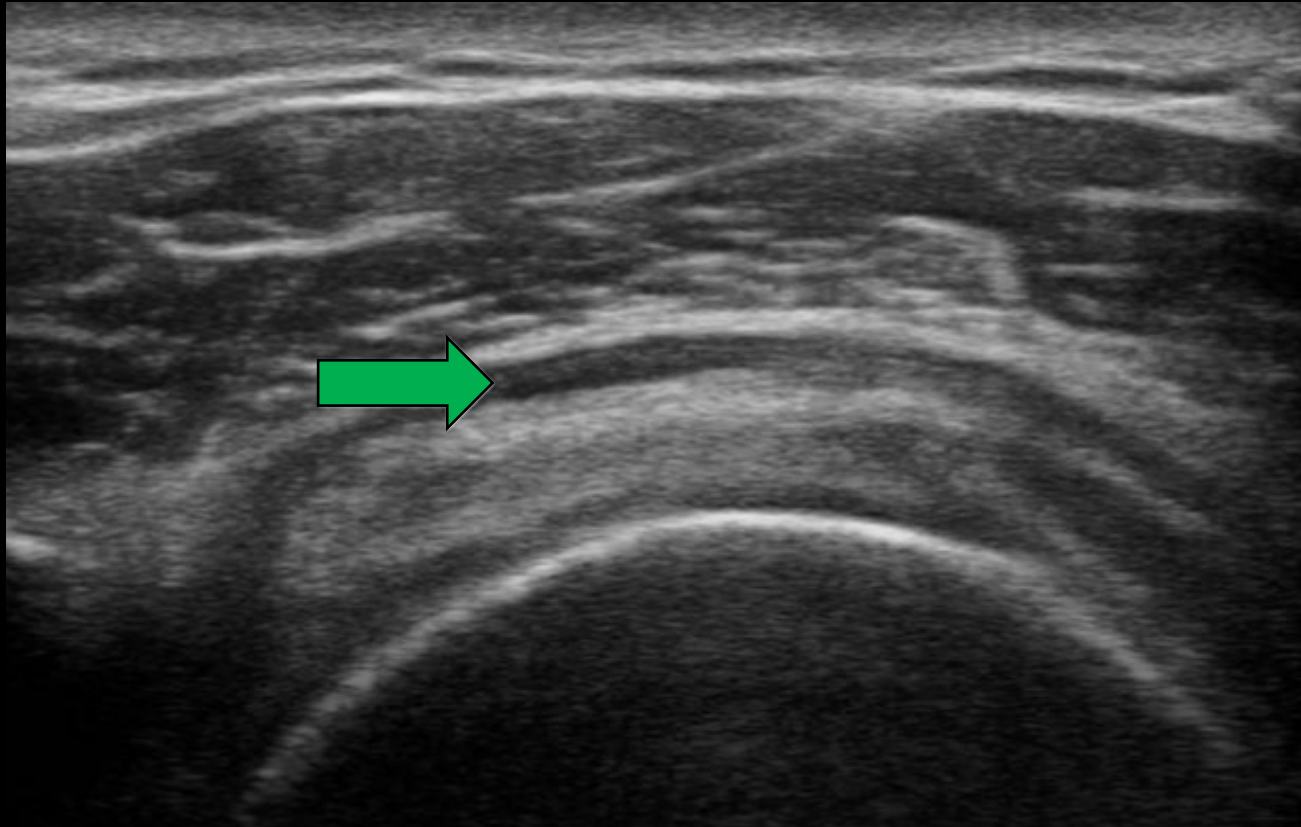


# Tendosynovitis der langen Bicepssehne



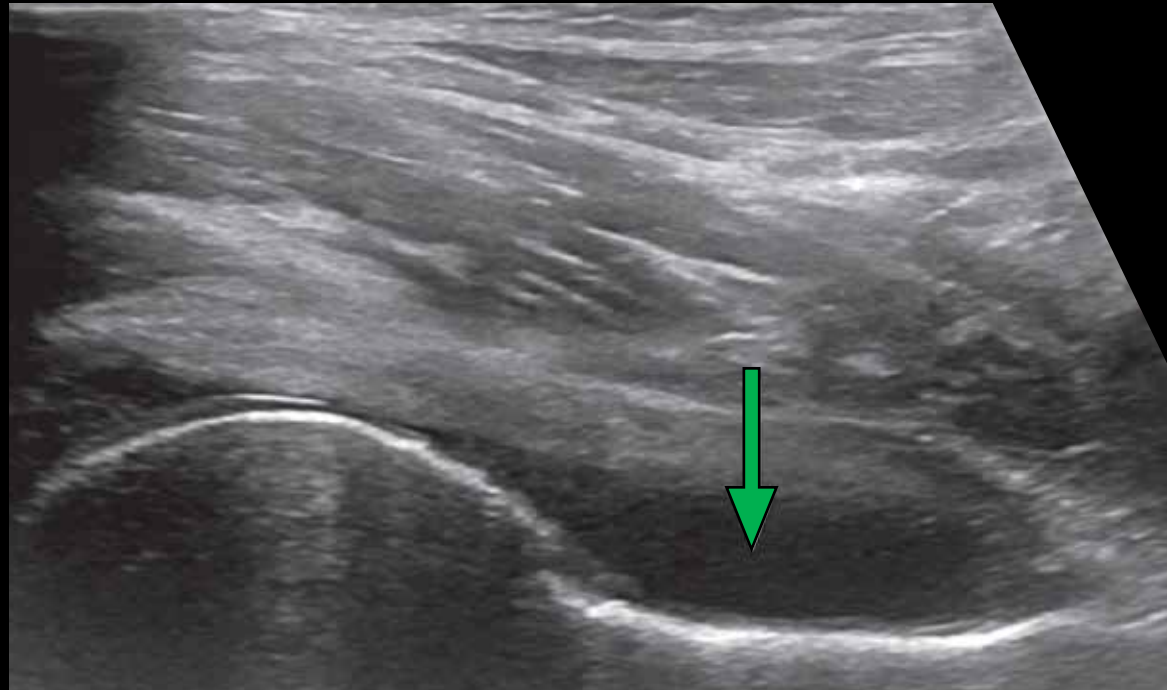
(Seitz M. Z Rheumatol 2015, 74: 507-10)

# Bursitis subacromialis/subdeltoidea



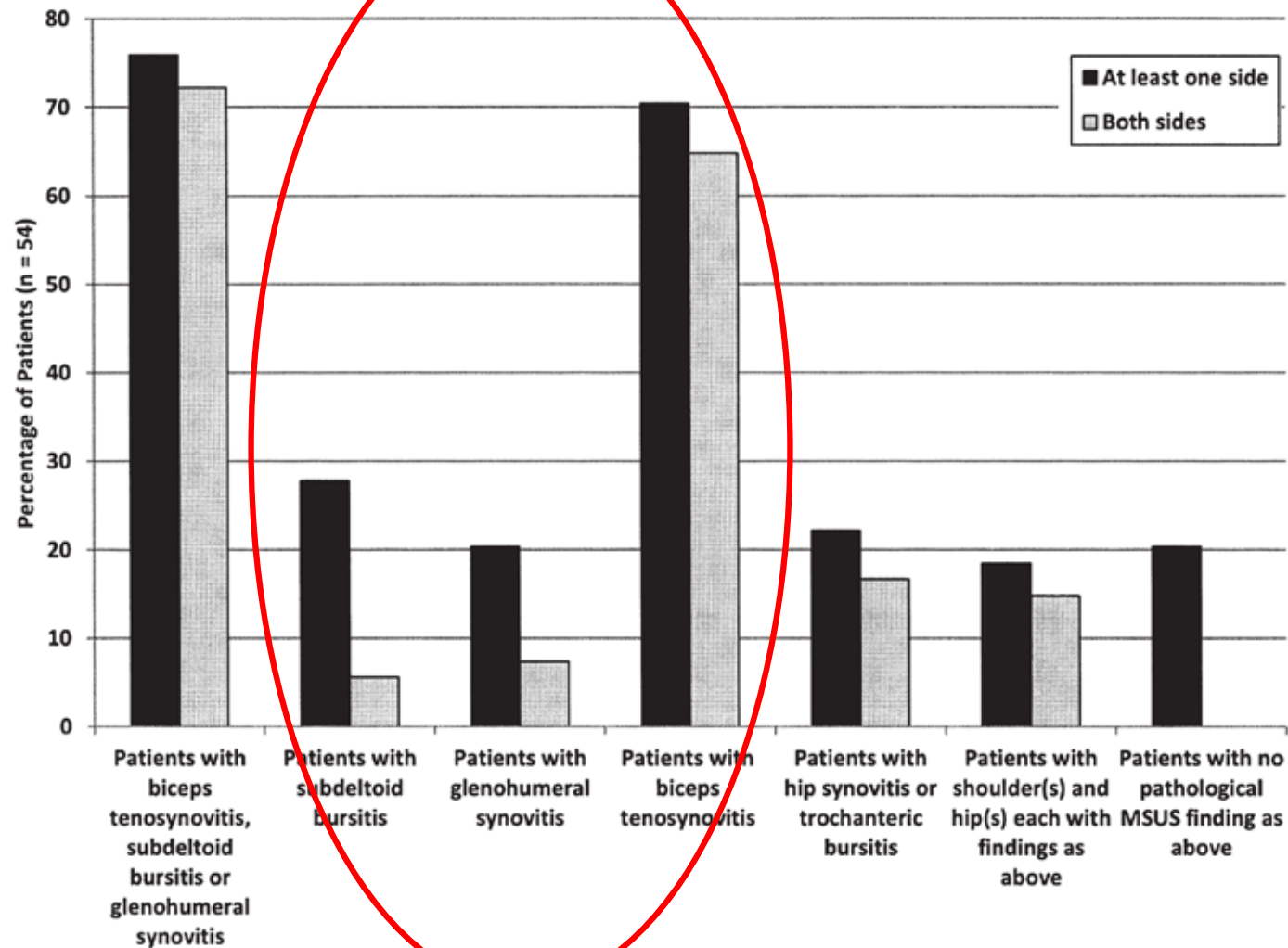
(Schmidt WA. Dtsch Med Wochenschr 2016, 141: 490-2)

# Hüftgelenkerguss



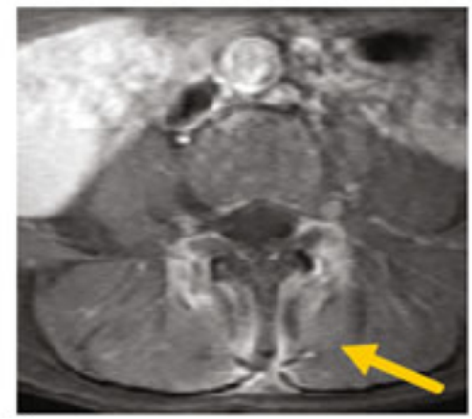
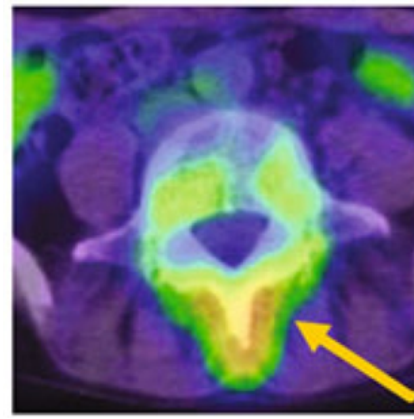
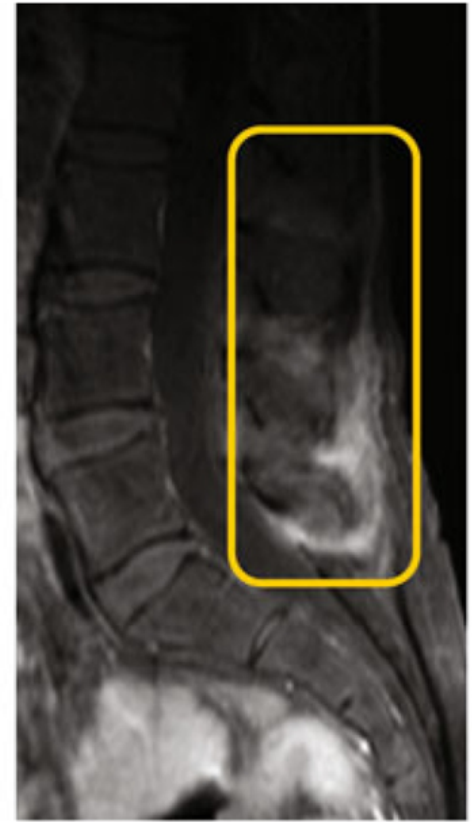
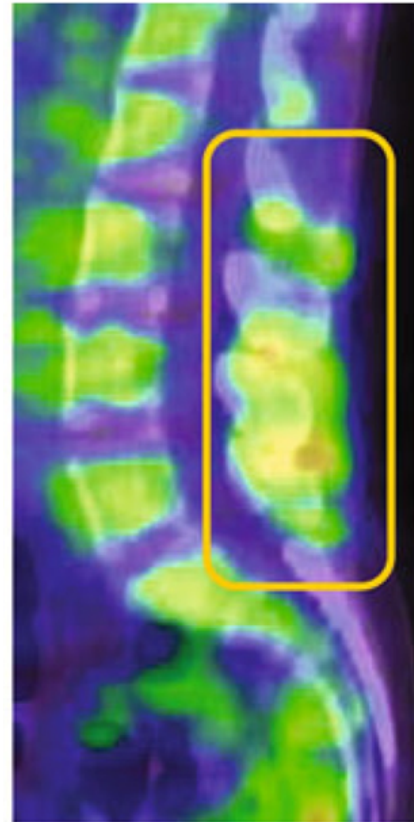
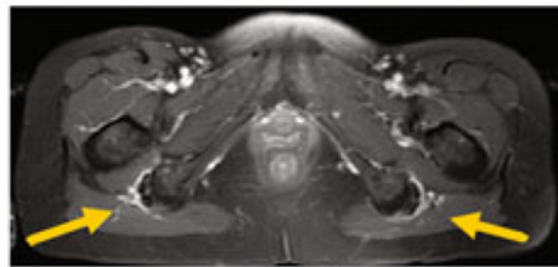
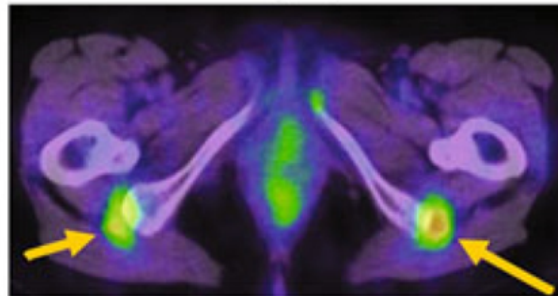
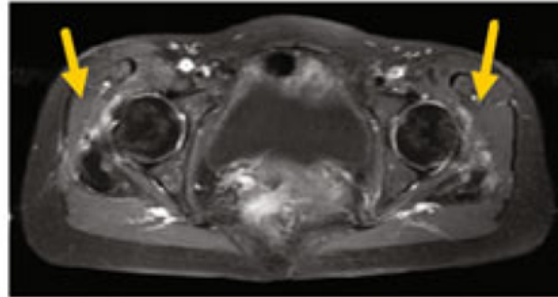
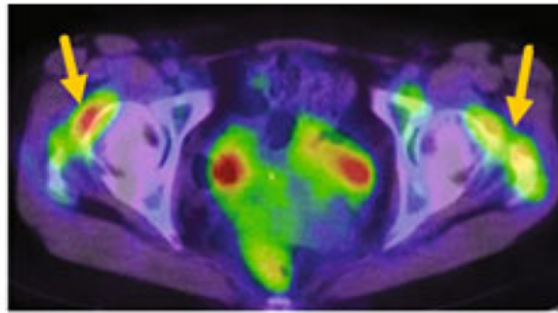
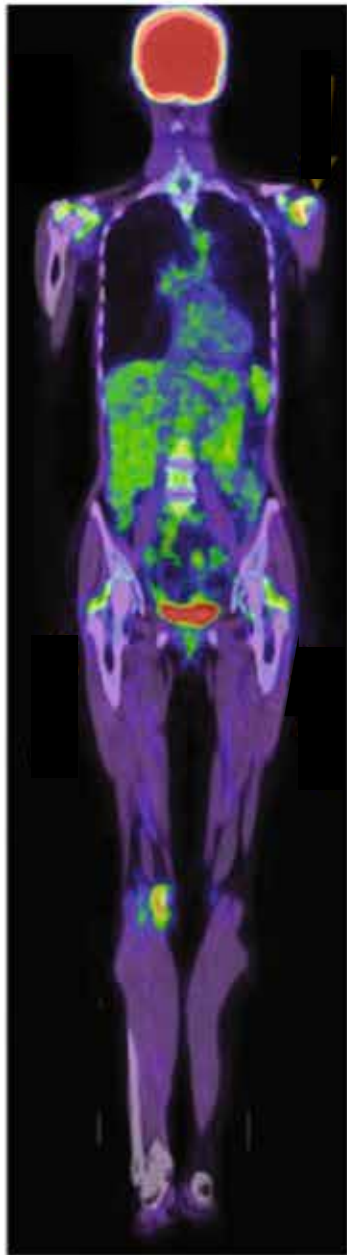
(Weigand S. J Rheumatol 2014, 41: 730-4)

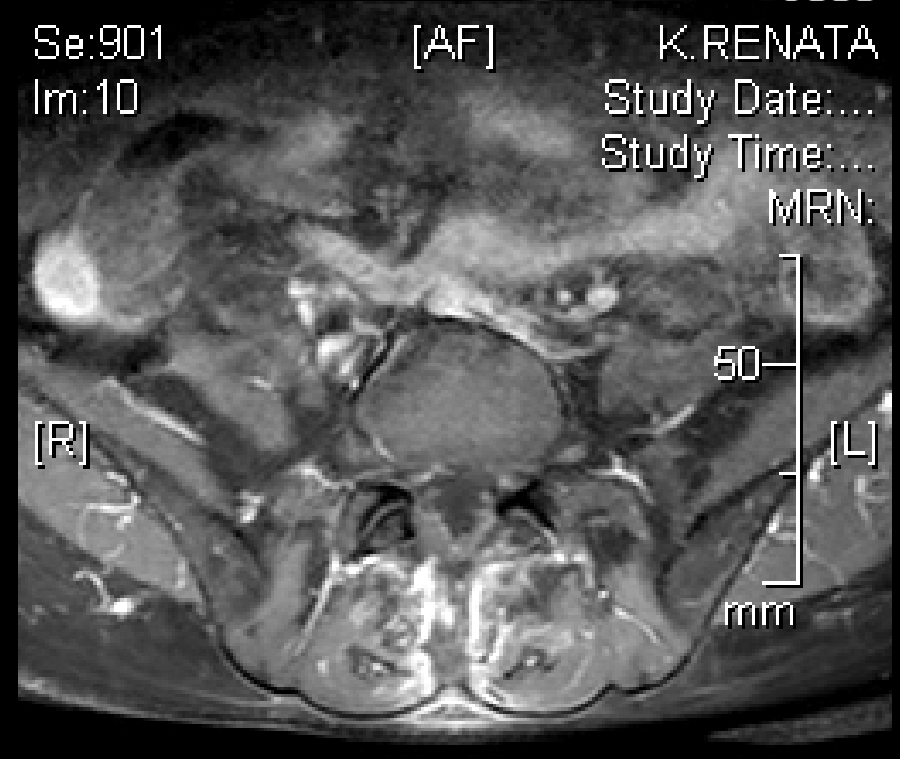
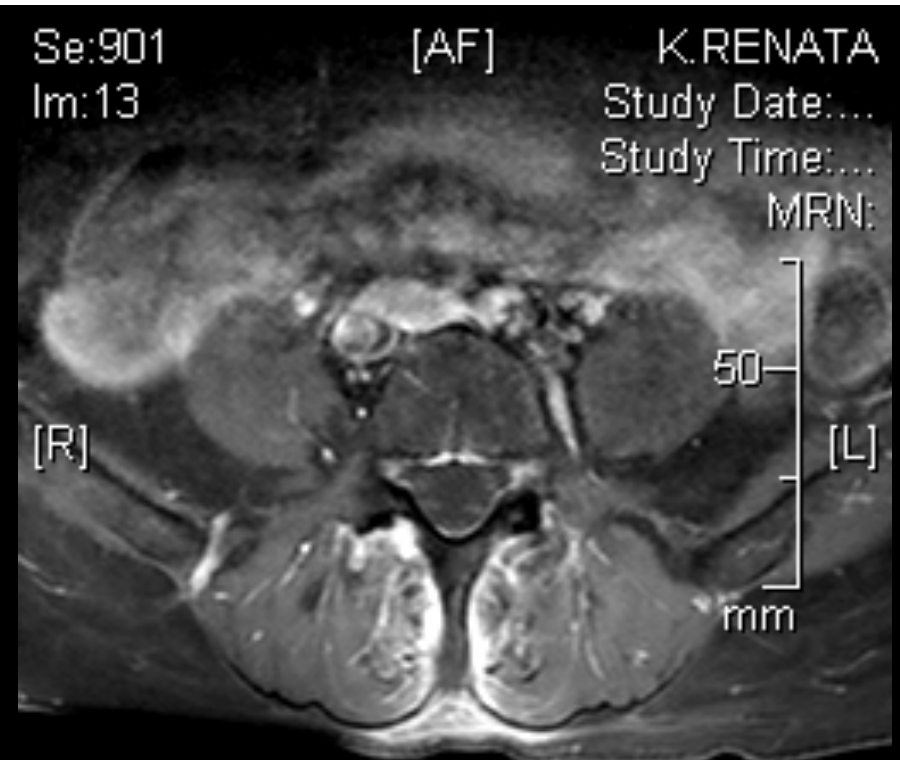
# Sonographie bei PMR



(Weigand S et al. J Rheumatol 2014, 41: 730-4)

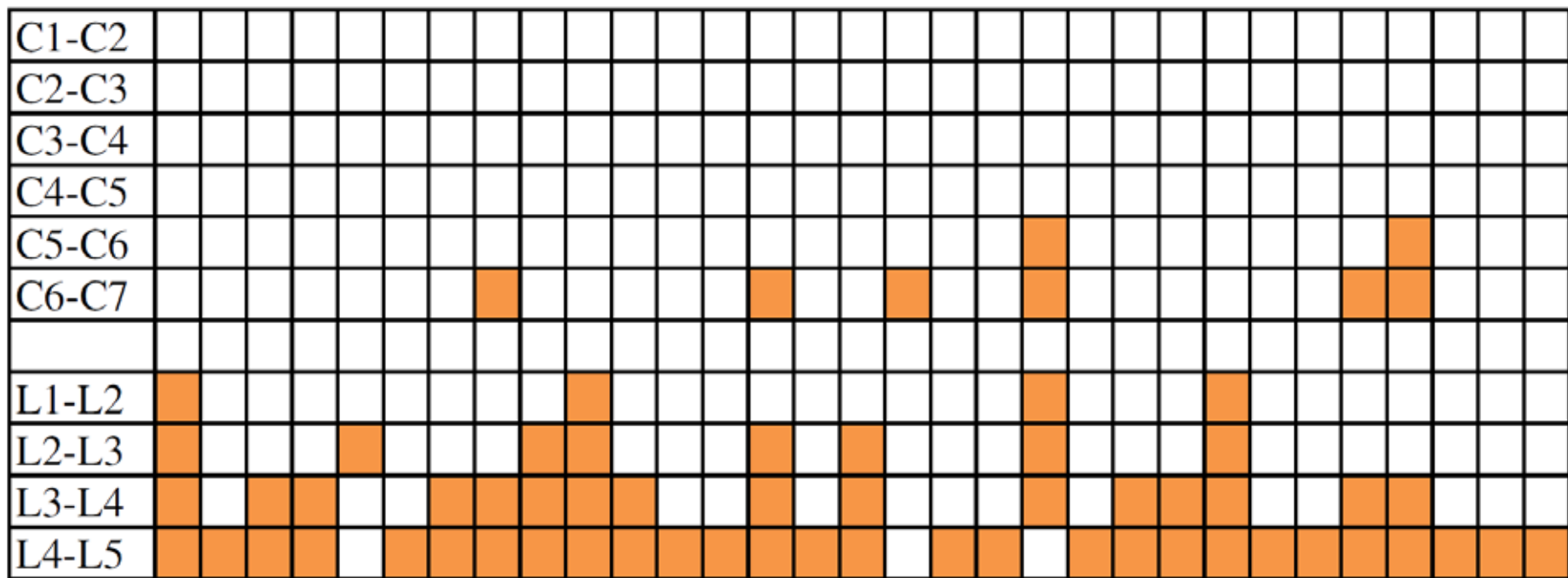
# PET-CT und MRI bei PMR





# Bursitis interspinosa bei PMR

- Lumbal häufiger/stärker als zervikal
- Lumbal und zervikal jeweils kaudal betont



# **EULAR/ACR-Klassifikationskriterien für Polymyalgia rheumatica**

Obligate Kriterien:

- Mindestalter 50 Jahre
- Beidseitige Schulterschmerzen
- Erhöhung von BSG und/oder CRP



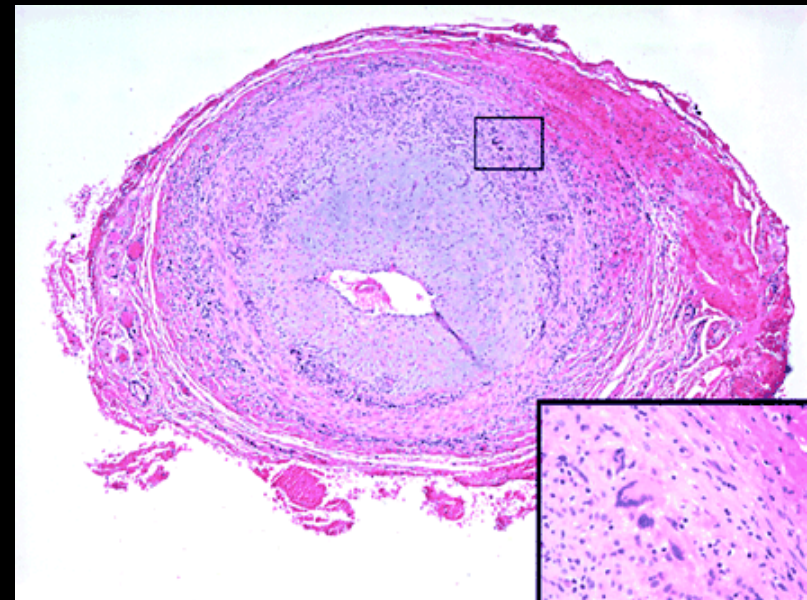
# EULAR/ACR-Klassifikationskriterien für Polymyalgia rheumatica

Weitere Kriterien:

	Punkte
• Morgensteifigkeit > 45 Minuten	2
• RF und/oder Anti-CCP-Antikörper negativ	2
• Beckengürtelschmerz/Hüftbeweglichkeit↓	1
• Kein anderes Gelenk schmerzhaft	1
• Sono: Bursitis subdeltoidea, Bizepstendosynovitis u./od. Schultergelenkerguss bds.	1
• Sono: Obiges an ≥1 Schulter und Trochanterbursitis u./od. Gelenkerguss an ≥1 Hüfte	1

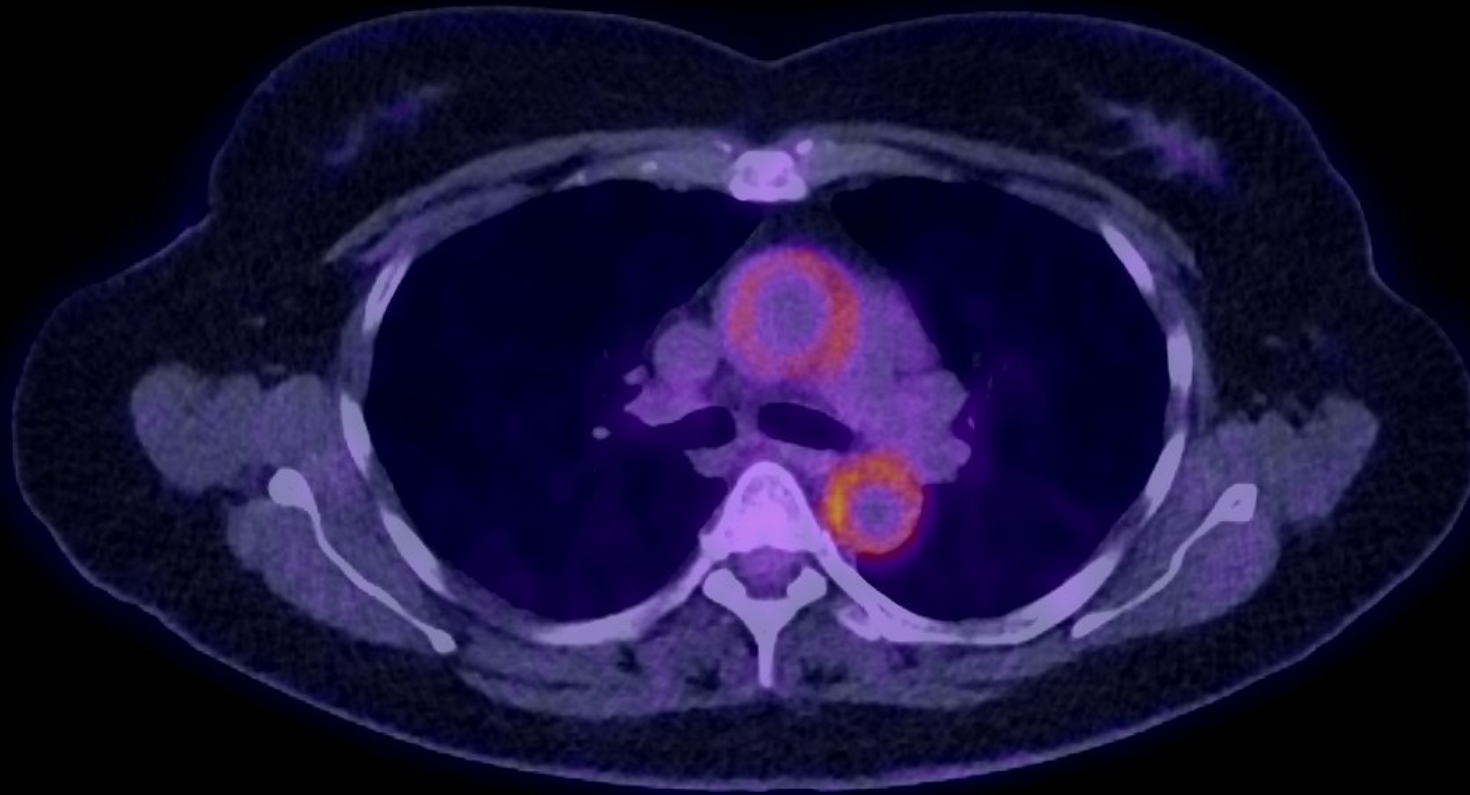
Kriterien bei 4 von 6 Punkten (ohne Sono) oder 6 von 8 Punkten (mit Sono) erfüllt

# Polymyalgia rheumatica: Assoziierte Riesenzellarteriitis

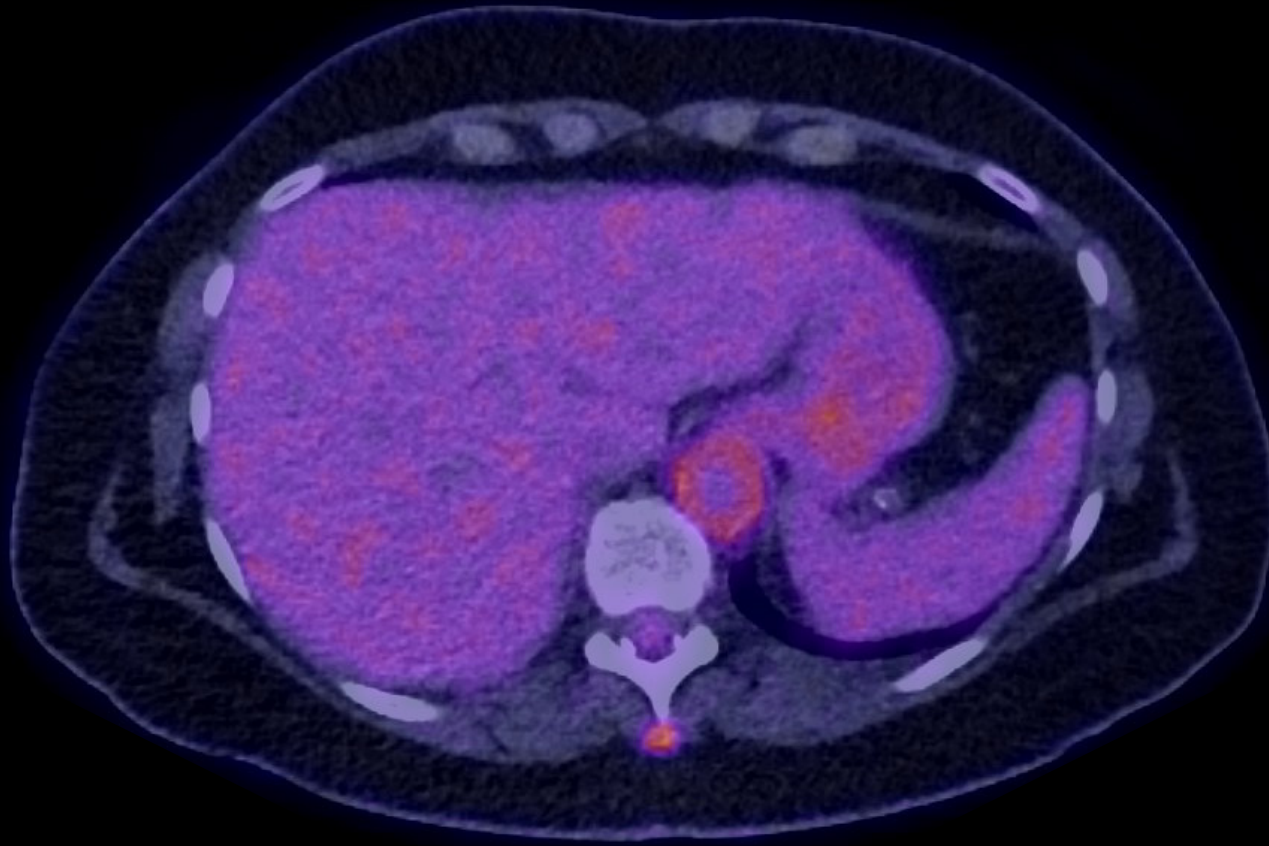




# Polymyalgia rheumatica: Assoziierte Riesenzellarteriitis



# Polymyalgia rheumatica: Assoziierte Riesenzellarteriitis



# **Polymyalgia rheumatica: Assoziierte Riesenzellarteriitis**

Im Verlauf bei 10-20%

Kopfschmerzen, Sehstörungen,  
Claudicatio masticatoria, starke  
Allgemeinsymptome und Fieber

# Polymyalgia rheumatica: Assoziierte Riesenzellarteriitis

Immer erwägen bei

- starken Allgemeinsymptomen
- sehr starker humoraler Entzündung
- Persistenz der Allgemeinsymptome oder der humoralen Entzündung unter Prednison  $\geq 20$  mg/d

# Polymyalgisches Syndrom: Differentialdiagnosen

- Rheumatoide Arthritis
- Kollagenosen
- Vaskulitiden
- Spondyloarthritiden
- Pyrophosphatablagerungserkrankung
- Paraneoplastisches Syndrom
- Infektion





DD  
Rheumatoide  
Arthritis

# DD Rheumatoide Arthritis: Rheumaknoten

Bei  $\frac{1}{4}$  der Patienten



(Nyhäll-Wählin BM et al. Scand J Rheumatol 2011; 40: 81-7)

# DD Late onset Rheumatoid Arthritis (LORA)

Je später eine rheumatoide Arthritis beginnt, desto eher manifestiert sie sich anfangs als polymyalgisches Syndrom.

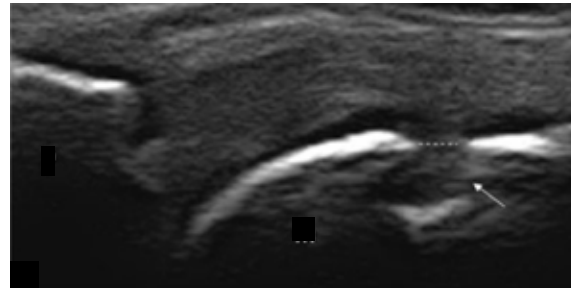
# DD Late onset Rheumatoid Arthritis (LORA)

Immer zu erwägen bei

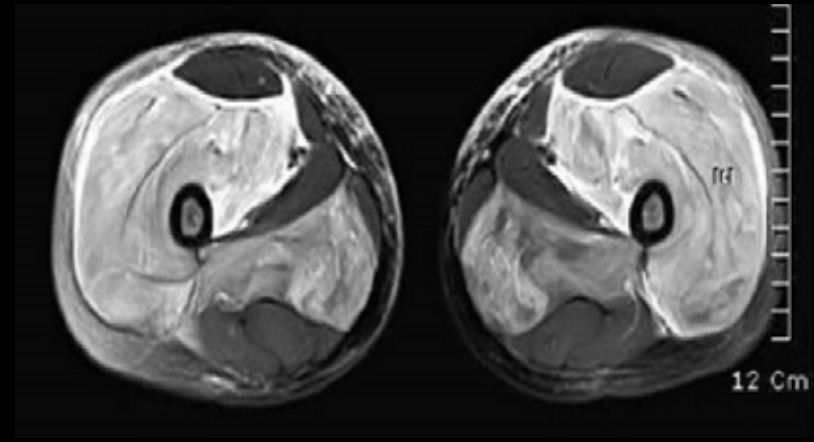
- synovialem Befall der Füße
- nur partieller Suppression der Synovitiden durch niedrig dosierte Steroide

# DD Rheumatoide Arthritis

- Rheumafaktor und Anti-CCP-Antikörper (zitruillierte Peptide)
- Erosiv-destruktiv (Sonographie zeigt Erosionen früher als Röntgen)



# DD Kollagenosen: Polymyositis



# DD Vaskulitiden



# DD Pyrophosphatablagerungs- erkrankung (CPPD)

- Asymptomatische Ablagerungen
- Pseudogicht
- Pseudorheumatoide Arthritis
- Sekundäre Arthrose  
(„pseudo-osteoarthritis“)



# CPPD: Pseudogicht



# CPPD: Pseudogicht



# CPPD: Pseudorheumatoide Arthritis









# **DD Paraneoplastisches Syndrom**

Immer bei ungenügendem Ansprechen auf Steroide zu erwägen

Tumorscreening: Zumindest Thorax und Abdomensonographie zu empfehlen

# DD Infektion

Cave

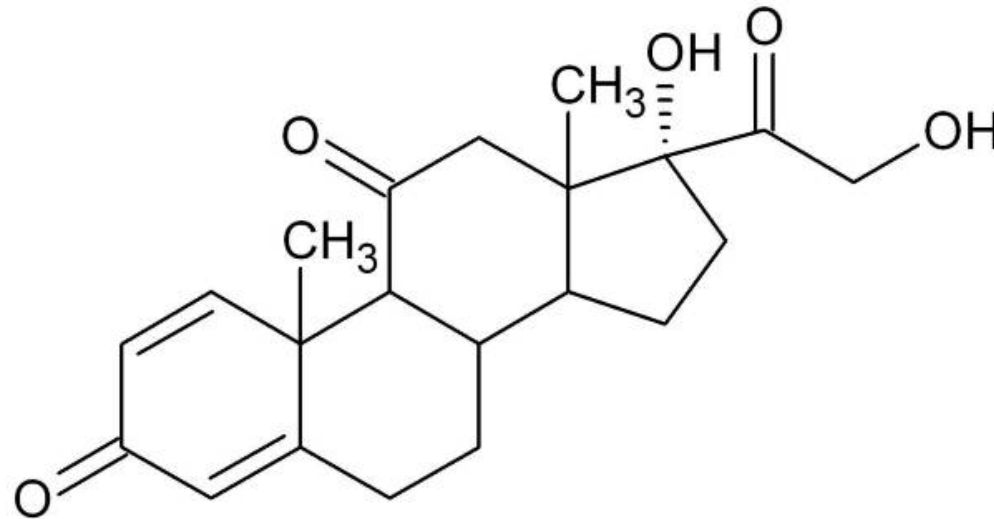
internistische «Verlegenheitsdiagnose»  
bei erhöhten Entzündungsparametern



# Polymyalgia rheumatica: Therapie



# Polymyalgia rheumatica: Therapie



# Polymyalgia rheumatica: Therapie

Mit welcher Prednison-Dosierung beginnen?

# Polymyalgia rheumatica: Therapie

2015 Recommendations for the management of polymyalgia rheumatica: a European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology collaborative initiative

Christian Dejaco,<sup>1,2</sup> Yogesh P Singh,<sup>2</sup> Pablo Perel,<sup>3</sup> Andrew Hutchings,<sup>4</sup>  
Dario Camellino,<sup>5</sup> Sarah Mackie,<sup>6</sup> Andy Abril,<sup>7</sup> Artur Bachta,<sup>8</sup> Peter Balint,<sup>9</sup>  
Kevin Barraclough,<sup>10</sup> Lina Bianconi,<sup>11</sup> Frank Buttgereit,<sup>12</sup> Steven Carsons,<sup>13</sup>  
Daniel Ching,<sup>14</sup> Maria Cid,<sup>15</sup> Marco Cimmino,<sup>5</sup> Andreas Diamantopoulos,<sup>16</sup>  
William Docken,<sup>17</sup> Christina Duftner,<sup>18</sup> Billy Fashanu,<sup>2</sup> Kate Gilbert,<sup>19</sup>  
Pamela Hildreth,<sup>19</sup> Jane Hollywood,<sup>2</sup> David Jayne,<sup>20</sup> Manuella Lima,<sup>21</sup>  
Ajesh Maharaj,<sup>22</sup> Christian Mallen,<sup>23</sup> Victor Martinez-Taboada,<sup>24</sup> Mehrdad Maz,<sup>25</sup>  
Steven Merry,<sup>26</sup> Jean Miller,<sup>19</sup> Shunsuke Mori,<sup>27</sup> Lorna Neill,<sup>19</sup> Elisabeth Nordborg,<sup>28</sup>  
Jennifer Nott,<sup>19</sup> Hannah Padbury,<sup>19</sup> Colin Pease,<sup>6</sup> Carlo Salvarani,<sup>29</sup>  
Michael Schirmer,<sup>18</sup> Wolfgang Schmidt,<sup>30</sup> Robert Spiera,<sup>31</sup> David Tronnier,<sup>32</sup>  
Alexandre Wagner,<sup>33</sup> Madeline Whitlock,<sup>2</sup> Eric L Matteson,<sup>34</sup> Bhaskar Dasgupta<sup>2</sup>

(Dejaco C et al. *Ann Rheum Dis* 2015, 74: 1799-807)

# Polymyalgia rheumatica: Therapie

Mit welcher Prednison-Dosierung beginnen?

**12.5 bis 25 mg/d**

angepasst an Körpergewicht, klinische  
Ausprägung und Komorbiditäten

# **Polymyalgia rheumatica: Therapie**

Prednison wann und wie rasch reduzieren?

# Polymyalgia rheumatica: Therapie

Prednison wann und wie rasch reduzieren?

2-4 Wochen nach Symptombefreiheit

-2.5 mg alle 2-4 Wochen bis 10 mg/d,  
dann ca. -1 mg pro Monat

Keine vollständige Suppression der  
humoralen Entzündungsaktivität nötig

# **Polymyalgia rheumatica: Therapie**

Steroidsparende Therapie?



# Polymyalgia rheumatica: Therapie

Steroidsparende Therapie?

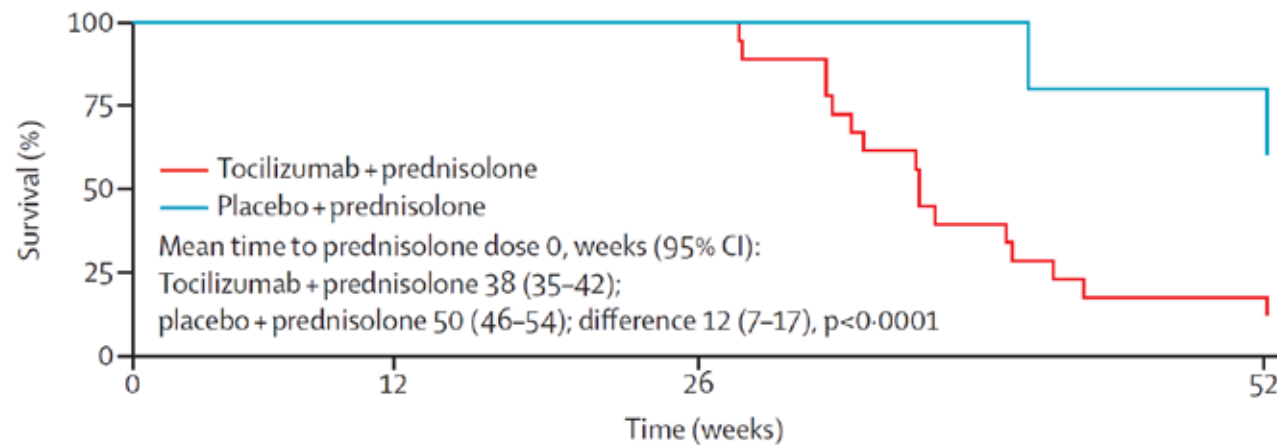
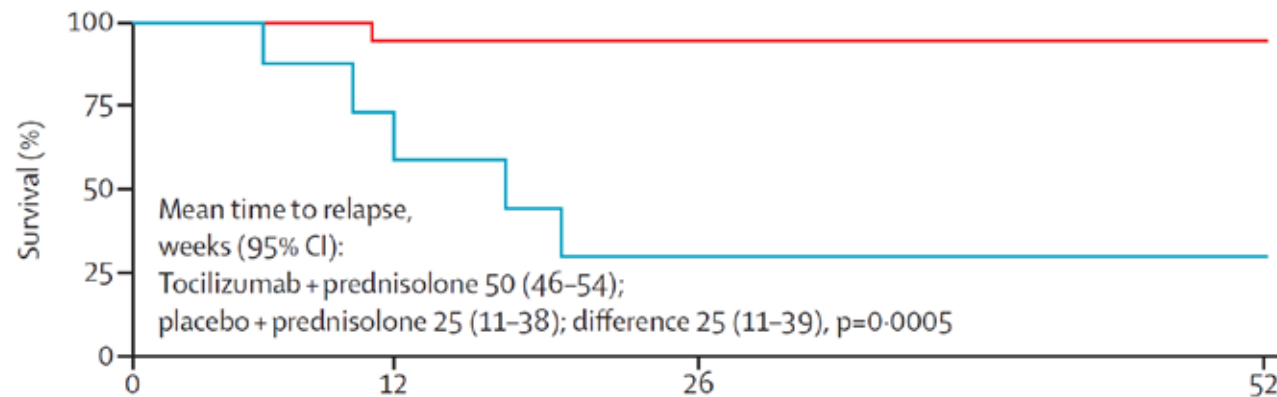
**Methotrexat** (ev. Leflunomid) bei  
erhöhtem Risiko für Steroidtoxizität,  
Rezidiv und/oder prolongierter Therapie

# Polymyalgia rheumatica: Therapie

Steroidsparende Therapie?

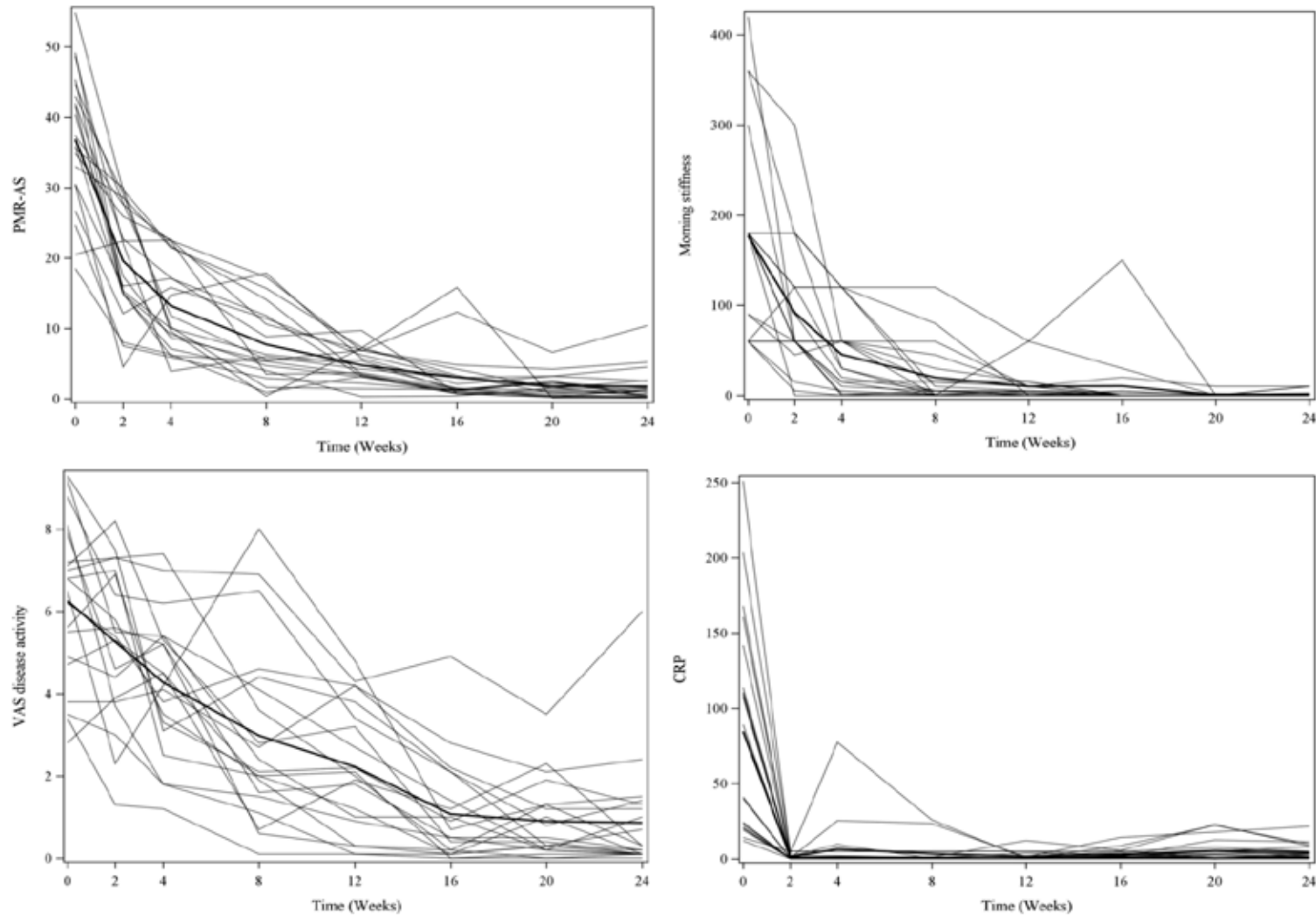
**Tocilizumab** (Anti-IL-6R)

# Riesenzellarteriitis: Tocilizumab zur Induktion und Remissionserhaltung



(Villiger P et al. Lancet 2016; 387:1921-7)

# Polymyalgia rheumatica: Tocilizumab als First-Line-Therapie



(Devauchelle-Pensec V et al. Ann Rheum Dis 2016; 75: 1506-10)

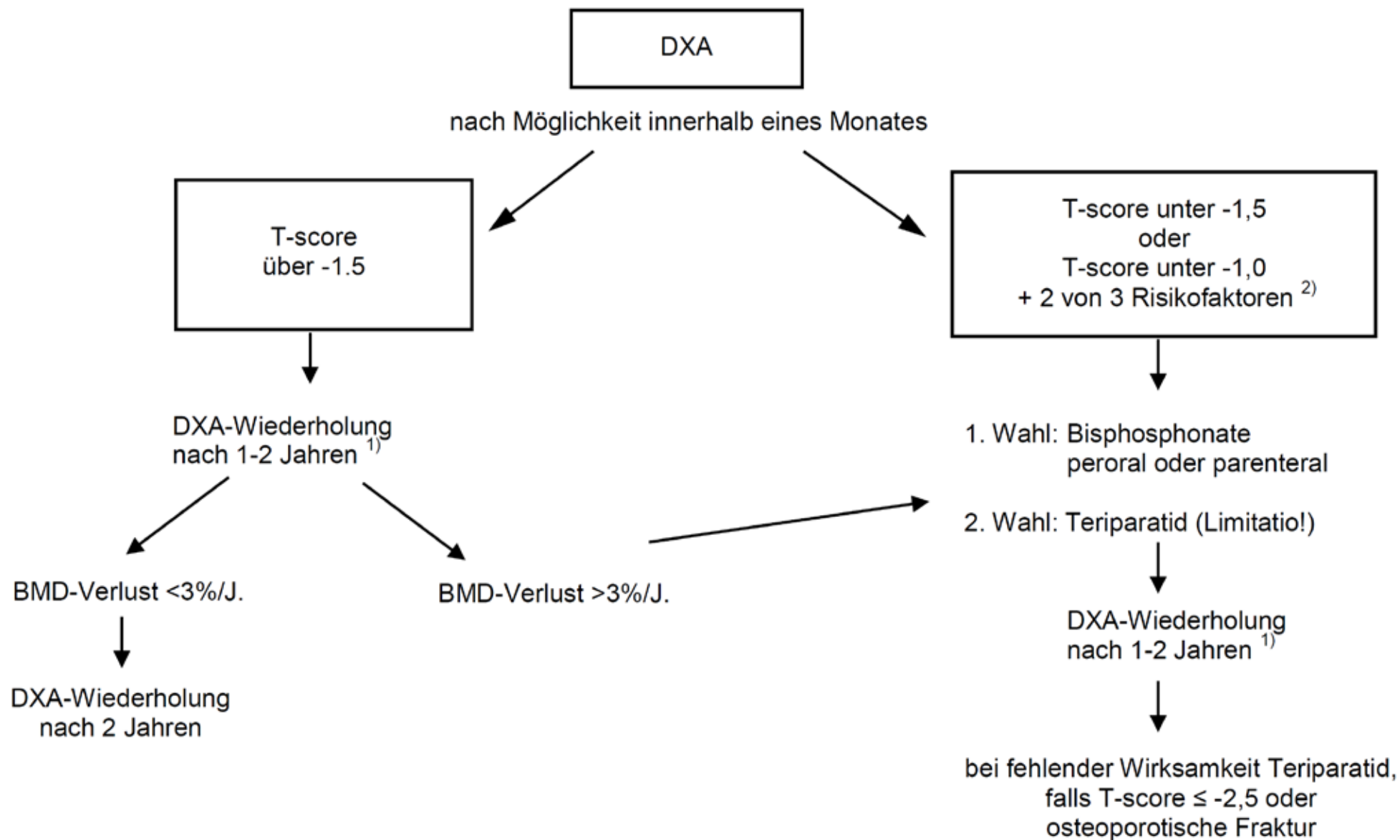
# Polymyalgia rheumatica: Steroidsparende Therapien

- Methotrexat und Leflunomid:  
Steroidsparender Effekt nur gering
- Tocilizumab:  
Off-label, klinisches Ansprechen langsam

# Polymyalgia rheumatica: Osteoporoseprophylaxe

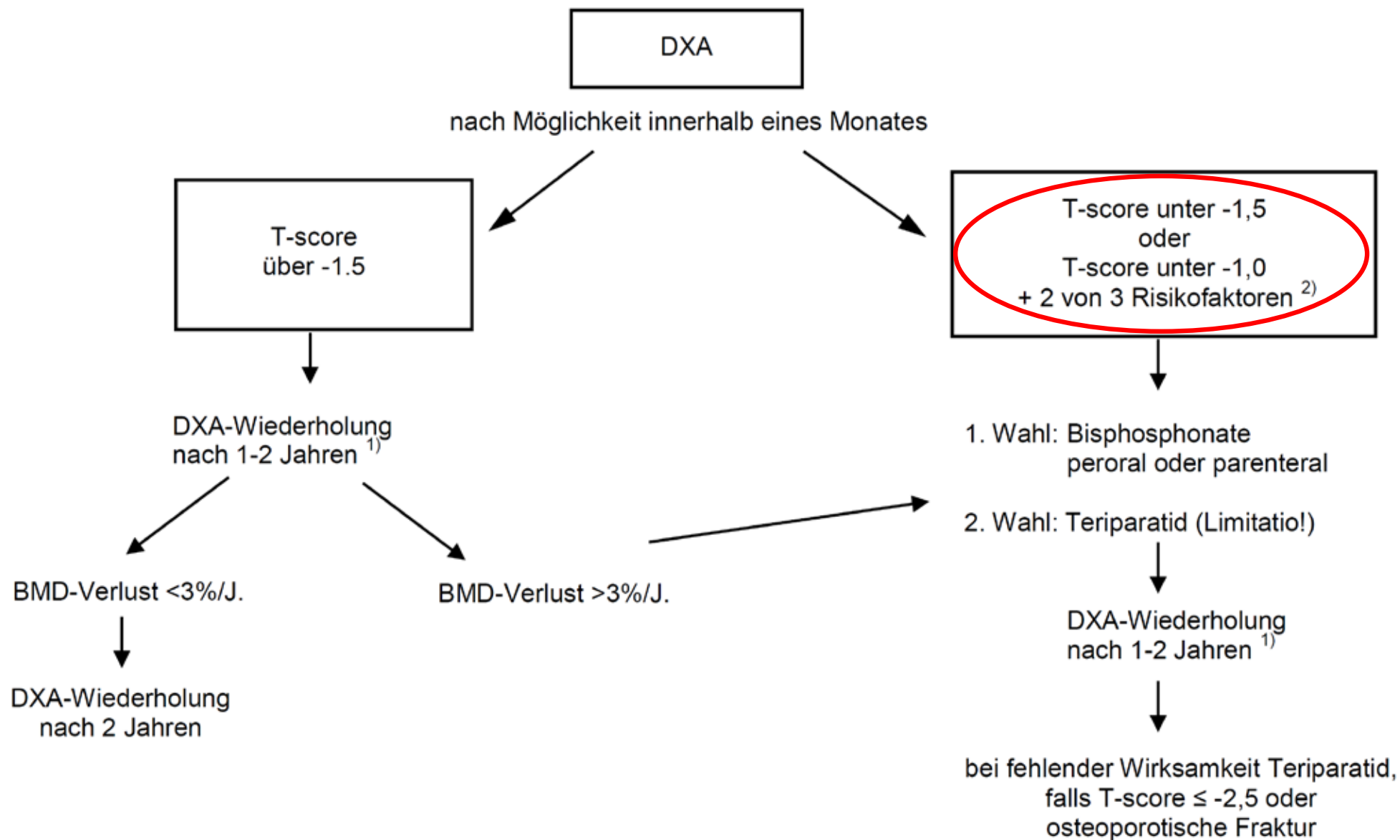
Knochendichte messen,  
übrige Risikofaktoren  
erfassen und  
Frakturrisiko schätzen  
→ antiresorptive  
Prophylaxe erwägen





<sup>1)</sup> keine Pflichtleistung der Krankenkasse nach 1 Jahr

<sup>2)</sup> Alter über 50, postmenopausal, Prednisolondosis  $\geq 20$  mg/d



<sup>1)</sup> keine Pflichtleistung der Krankenkasse nach 1 Jahr

<sup>2)</sup> Alter über 50, postmenopausal, Prednisolondosis  $\geq 20$  mg/d



# Polymyalgia rheumatica: Take-Home-Messages



- Entzündl. Schmerzcharakter
- Differentialdiagnosen ausschliessen
- Steroiddosierung nur so hoch wie nötig
- Osteoporoseprophylaxe



**Danke**