

7.6.5 Polymyalgia rheumatica

Polymyalgia rheumatica – Spezifische Empfehlungen (DGRh 2017)

Bei Polymyalgia rheumatica ist unmittelbar nach Diagnosestellung die Therapie mit Glukokortikoiden indiziert: orale Gabe in morgendlicher Einzeldosis (initial 15-25 mg/d Prednisolonäquivalent, initial nicht $\leq 7,5$ mg/d und nicht > 30 mg/d). Generell so hoch wie nötig, aber so niedrig wie möglich.

Kontinuierliche Reduktion basierend auf Krankheitsaktivität, Labor und etwaigen Nebenwirkungen. Initiale Reduktion auf 10 mg/d Prednisolonäquivalent p.o. innerhalb von 4-8 Wochen, dann Reduktion um 1 mg alle 4 Wochen bis zum Absetzen. Falls während der Dosisreduktion steigende Krankheitsaktivität ist zumindest auf die PräRezidiv-Dosis zu erhöhen, dann über 4-8 Wochen reduzieren bis auf die Dosis, bei der das Rezidiv auftrat.

Therapiedauer so lange wie nötig, aber so kurz wie möglich.

Erwäge Kombination Glukokortikoid plus Methotrexat, v.a. bei hohem Risiko für Rezidive u/o lange Therapiedauer, unzureichendem Ansprechen auf Glukokortikoide, Komorbiditäten (z.B. rheumatoide Arthritis) oder erhöhtem Risiko für Glukokortikoid-induzierte NW (Komedikation).

Keine TNF α -Blocker bei Polymyalgia rheumatica, keine Empfehlung möglich zu anderen Biologika incl. Tocilizumab.

Bei älteren u/o gebrechlichen Pat zusätzlich individualisiertes Übungsprogramm.