Neue Kommission

Gründung der Kommission Geschlechtersensible Medizin

Die DGIM hat eine Kommission Geschlechtersensible Medizin gegründet, um sich strukturiert mit Fragestellungen zur Berücksichtigung von Geschlechteraspekten in Forschung und klinischer Praxis auseinanderzusetzen. Der Vorstand greift damit die zunehmende Bedeutung geschlechterspezifischer Unterschiede in der Inneren Medizin auf.

Geschlechtersensible Medizin berücksichtigt biologische, epidemiologische und soziokulturelle Unterschiede zwischen den Geschlechtern, die Einfluss auf Entstehung, Verlauf, Diagnose und Therapie internistischer Erkrankungen haben können. Frauen und Männer unterscheiden sich unter anderem in ihrer Immunantwort, im kardiovaskulären Risiko sowie in der Wirkung und Verträglichkeit von Medikamenten. Diese Unterschiede werden in Forschung und Versorgung bislang jedoch noch nicht ausreichend abgebildet.

Die Kommission hat sich zum Ziel gesetzt, die vorhandenen Daten zur geschlechtersensiblen Medizin in den Schwerpunkten der Inneren Medizin zu bewerten, Forschungslücken zu identifizieren, die Integration in Lehre und Praxis zu fördern, die Awareness bei Mitgliedern zu erheben und berufspolitische Handlungsbedarfe abzuleiten.

Den **Co-Vorsitz** der Kommission haben **Prof. Dr. med. Petra-Maria Schumm-Draeger**, München, und **Dr. med. Anahita Fathi**, Hamburg, übernommen. Die Kommission ist interdisziplinär besetzt und vereint Expertinnen und Experten aus den verschiedenen Teilgebieten der Inneren Medizin.

Weitere Informationen:

Kommission Leitlinien

S2e-Leitlinie zur Polymyalgia rheumatica

Derzeit sind Delegierte der DGIM-Kommission „Leitlinien" an über 100 Leitlinien der internistischen Schwerpunktgesellschaften beteiligt. Bei der Aktualisierung der S2e-Leitlinie „Behandlung der Polymyalgia rheumatica" brachte Prof. Dr. med. Monika Reuß-Borst, Schwerpunktpraxis für Rheumatologie und Ärztliche Direktorin der HESCURO-Klinik, Bad Bocklet/Bad Kissingen ihre Expertise für die DGIM ein. Hier fasst sie die wichtigsten Fakten zusammen.

Die Keyfacts zur Leitlinie

© HESCURO-Klinik Bad Bocklet

▲ Prof. Dr. Monika Reuß-Borst

Die Polymyalgia rheumatica (PMR) ist nach der Rheumatoiden Arthritis (RA) die **zweithäufigste entzündlich-rheumatische Erkrankung** im höheren Lebensalter. Die 2018 publizierte S3-Leitlinie zur Behandlung der PMR wurde nun in Form einer S2e-Leitlinie aktualisiert. Grundlage für das Update war eine systematische Literaturrecherche, die die im Zeitraum Juli 2016 bis Januar 2024 publizierte Evidenz zu therapeutischen Interventionen und prognostischen Faktoren bei der PMR erfasste.

Diagnose

Die PMR tritt fast ausschließlich bei **Menschen ab dem 50. Lebensjahr** auf. Frauen sind etwa dreimal häufiger betroffen als Männer. Die PMR wird heute als **Teil eines Krankheitsspektrums zusammen mit der Riesenzellarteriitis (RZA)** gesehen. Etwa 20 % der Patienten mit PMR haben auch eine RZA, und etwa die Hälfte der Patientinnen und Patienten mit RZA weisen Symptome der PMR auf. Für die klinische Symptomatik der PMR charakteristisch sind **neu aufgetretene Schmerzen von entzündlichem Charakter im Schulter-/Beckengürtelbereich und eine ausgeprägte Morgensteifigkeit.** Bei einem Teil der Patienten bestehen auch **Allgemeinsymptome** wie Fieber, Abgeschlagenheit, Nachtschweiß, Appetitlosigkeit und Gewichtsverlust.

Fast immer gelingt der **Nachweis erhöhter Entzündungsparameter** im Labor. Eine PMR mit normaler Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG) und negativem C-reaktiven Protein (CRP) kommt in weniger als 3 % der Fälle vor. Die Bildgebung kann die diagnostische Sicherheit durch Nachweis von (Teno)Synovialitiden, Bursitiden und Entzündungen an den extra-synovialen Strukturen erhöhen.

Die Diagnose der PMR ist mitunter schwierig, zumal es **keinen spezifischen Test** für die Erkrankung gibt und daher die Diagnose auch auf dem Ausschluss möglicher Differentialdiagnosen basiert. Aus diesem Grund und zur Auswahl der für die Betroffenen optima-

Tab. 1 Labor- und/oder apparative Untersuchungen vor Behandlungsbeginn von Patientinnen und Patienten mit PMR
Laborparameter: Rheumafaktor, anti-CCP-Antikörper, CRP, BSG, Serumelektrophorese (ggf. Immunfixation), Blutbild, Glukose, Kreatinin, Leberfunktionsparameter, Kalzium, Alkalische Phosphatase, Vitamin D, Urin-Stick-Analyse, TSH, CK, ANA, ANCA oder Tuberkulose-Tests
Apparative Untersuchungen: Röntgen-Thorax, Abdomen-Sonographie, Arthrosonographie, Gefäßultraschall*, Messung Knochendichte, im Einzelfall bei Verdacht auf eine Vaskulitis auch PET-CT oder MRT oder (Kontrastmittel-)CT. *In einer kürzlich publizierten Arbeit wurde dafür plädiert, dass rheumatologische Zentren, die sowohl über die Technologie als auch über erfahrene Untersucher verfügen, diese Untersuchung bei der Erstuntersuchung einbeziehen sollten.

len Behandlung gilt es als gute klinische Praxis, vor Einleitung der Therapie geeignete Labor- und/oder apparative Untersuchungen durchzuführen. In Abhängigkeit von den klinischen Zeichen und Symptomen sowie der Wahrscheinlichkeit, dass eine andere Diagnose vorliegt, können die in ◘ **Tab. 1** aufgelisteten Untersuchungen durchgeführt werden. Dabei wird in der Leitlinie ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es nicht notwendig ist, bei jedem Patienten alle genannten Untersuchungen durchzuführen, sondern dass es sich dabei vielmehr um eine Auflistung handelt, aus der die geeigneten Tests **individuell** ausgewählt werden sollten.

Therapie

- NSAR
  Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) sind in der Regel zur Behandlung der **PMR deutlich weniger wirksam** als Glukokortikoide und sollten daher auch nicht primär zur Behandlung eingesetzt werden.
- Glukokortikoide
  Glukokortikoide sind leitlinien-konform weiterhin **Mittel der ersten Wahl** zur Behandlung der PMR. Sie sollen **unmittelbar** nach Diagnosestellung einer PMR begonnen, oral als **morgendliche Einzeldosis** verabreicht und individuell dosiert werden.
  Die Glukokortikoid-Initialdosis sollte zwischen 15 und 25 mg Prednison-Äquivalent pro Tag liegen. **Es sollen keine Initialdosen von ≤ 7,5 mg/d oder von > 30 mg/d angewandt werden.** Ein (klinisches) Therapieansprechen beobachtet man meist innerhalb von 24–48 Stunden.
  Die Glukokortikoid-Dosis soll **kontinuierlich** reduziert werden, basierend auf einem regelmäßigen Monitoring der Krankheitsaktivität, der Laborparameter und des Auftretens von unerwünschten Wirkungen der Therapie.
  Generell gilt, dass sowohl die Absenkung der Glukokortikoid-Dosis im Behandlungsverlauf als auch die Dosierung im Falle eines Rezidivs individualisiert erfolgen sollte.
  Hinsichtlich der Dauer einer Glukokortikoid-Therapie sollte man
  - bei einer Glukokortikoid-Monotherapie höchstens 1 Jahr,
  - bei einer begleitenden Biologika-Therapie höchstens 16 Wochen und
  - bei einer Begleittherapie mit Methotrexat eine individuelle Verkürzung auf 6–8 Monate

  anstreben.
  Diese Empfehlung beruht allerdings ausschließlich auf Meinung der Experten, da **bislang keine Studien existieren, die eine unterschiedliche Dauer der Glukokortikoid-Therapie** untersucht haben.
- Interleukin-6-Rezeptor-Antagonisten
  Die Behandlung mit einer Interleukin-6-Rezeptor-blockierenden Substanz – zusätzlich zu Glukokortikoiden – sollte bei Patientinnen und Patienten mit rezidivierendem Verlauf angewandt werden und kann bei **ausgewählten** Personen mit neu aufgetretener Erkrankung und **hohem Risiko für Glukokortikoid-induzierte Nebenwirkungen** erwogen werden. Bei dieser Empfehlung handelt es sich um die bedeutsamste Veränderung im Vergleich zur Originalleitlinie aus dem Jahr 2018. Sie beruht auf den kürzlich publizierten Studien zu dieser Substanzgruppe, die zur **Zulassung von Sarilumab** bei dieser Indikation geführt haben. Bei stattgehabten Divertikulitiden sollte die Substanz allerdings nicht zum Einsatz kommen. Alternativ kann weiterhin Methotrexat (mit allerdings schlechterer Studienlage) verwendet werden. Dies trifft auch für Rituximab zu, das in einer kleinen RCT-Studie ($n = 47$) mit kurzer Studiendauer wirksam war und deshalb Eingang in die Leitlinien-Empfehlungen fand.
- JAK-Inhibitoren
  Erste (vorläufige) Studien deuten darauf hin, dass zukünftig auch JAK-Inhibitoren einen Stellenwert bei der Therapie der PMR haben könnten. Die Studienergebnisse fanden jedoch (noch) keinen Eingang in die aktuelle Leitlinie.

Das Wichtigste auf einen Blick

- Die Diagnose einer PMR basiert auf der Kombination einer typischen klinischen Symptomatik und (fast immer) deutlich erhöhten Entzündungsparametern.
- Initial-Therapie der Wahl bleibt die morgendliche Gabe von Prednisolon in einer Dosis von 15-25 mg/d.
- Die Dosis sollte individuell angepasst langsam reduziert und innerhalb eines Jahres möglichst ausgeschlichen werden.
- Mit dem Il-6R-Antagonisten Sarilumab gibt es jetzt eine neue (zugelassene) Therapie-Option für Patientinnen und Patienten mit rezidivierendem Verlauf und/oder GK-Nebenwirkungen.

Die vollständige Leitlinie findet sich im Register der AWMF unter der Nummer 060-006