

Riesenzellarteriitis

Neuer Wirkstoff verbessert die Behandlung

Sie tritt erst ab dem 50. Lebensjahr auf, betrifft vor allem Frauen und gibt sich durch starke Kopfschmerzen zu erkennen: Die Riesenzellarteriitis (RZA) ist zwar selten, aber dennoch die häufigste Form der autoimmunen Gefäßentzündung. Bislang lässt sich die rheumatische Erkrankung nur mit Kortison behandeln. Nun könnte ein neues Medikament die Therapie wesentlich effektiver und nebenwirkungsärmer machen.

Von Dr. Nicole Schaezler

Die Krankheit kann überfallartig ausbrechen: Abends geht man gesund ins Bett, am Morgen hat man starke Kopfschmerzen, man fühlt sich elend und hat womöglich hohes Fieber. »Wie bei einer Grippe«, erklärt der Leiter der Rheumaeinheit am Klinikum der Universität München Prof. Hendrik Schulze-Koops, »nur dass die Symptome nicht mehr aufhören.« Im Gegenteil: Es kann alles noch schlimmer werden, wenn die »Riesenzellarteriitis« nicht rechtzeitig erkannt und mit Kortison behandelt wird.

Verlauf der Erkrankung mit Symptomen

Die Riesenzellarteriitis (RZA) ist eine Autoimmunerkrankung, bei der die Körperabwehr die Zellen der Innenhaut der großen Gefäße angreift – die Hauptschlagader und die von ihr abzweigenden Arterien. Die Folge ist eine Entzündung, bei der Schwellungen an den Gefäßinnenwänden und Narben hervorgerufen werden, die die Gefäße verengen. Da es sich um große Gefäße handelt, kommt es glücklicherweise nur selten zum kompletten Verschluss der Adern. Wohl aber ist die Versorgung von Organen jenseits einer Verengung vermindert. Das bekommen die Patienten zu spüren: Ihre Kiefermuskulatur leidet stark, mit entsprechenden Einschränkungen beim Kauen. Sie haben starke Kopfschmerzen. »Vor allem aber drohen sie zu erblinden«, sagt Prof. Schulze-Koops.

Bei Früherkennung ist die RZA heilbar

Der Rheumatologe betont allerdings, dass, Früherkennung vorausgesetzt, »die Riesenzellarteriitis als eine von wenigen Autoimmunerkrankungen heilbar ist.« Dafür schlucken die Patienten zu Anfang der Therapie relativ hohe Dosen Kortison, aus der sie sich über einen Zeit-

Verbesserte Diagnostik der RZA

> Mit der Farbduplex-Sonographie steht neuerdings eine nicht-invasive Methode zur Verfügung, mit der sich die typischen Gefäßveränderungen gut nachweisen lassen. Die Entnahme einer Gewebeprobe (Biopsie) wird dadurch oft überflüssig.

> Im Vergleich zu einer Biopsie ist der Ultraschall schneller, günstiger und für den Patienten weniger belastend. Gerade die Zeitersparnis bis zur Diagnosestellung kann entscheidend sein, um etwa bleibende Schäden der Augen zu vermeiden.

raum von einem bis zwei Jahren langsam herauszuschleichen. Theoretisch könnte die Behandlung alle Betroffenen kurieren. Doch bei etwa der Hälfte der Patienten ist es nicht möglich, das Kortison zu reduzieren. Der Grund: Sobald die Kortison-Konzentration im Körper kleiner wird, kehrt die RZA zurück. Dann müssen die Patienten mit Kortison-Dosen behandelt werden, die, so Schulze-Koops, »ein sehr hohes Risiko schwerer Nebenwirkungen mit sich bringen.« Dazu gehören z. B. Osteoporose, Diabetes, Grauer Star, teils schwere Infekte sowie Hautveränderungen. »Für diese Patienten können wir mit der Substanz Tocilizumab jetzt eine effektive, nebenwirkungsarme Alternative anbieten«, er-

klärt der Rheumatologe. Denn die Wirksamkeit von Tocilizumab wurde von einem internationalen Ärzteteam um Schulze-Koops nun erstmals in einer großen Studie getestet. Dabei ging es vor allem um die Frage: Kann durch die Gabe der Substanz die Kortison-Dosis massiv gesenkt werden – und damit das Risiko für Nebenwirkungen? An der Untersuchung beteiligt waren gut 250 RZA-Patienten, bei denen die Krankheit entweder gerade erkannt worden war oder die einen Rückfall trotz laufender Kortison-Therapie hatten. Sie wurden in vier unterschiedliche Gruppen eingeteilt, um den Effekt der Substanz – sie wurde in der Studie einmal wöchentlich oder alle 14 Tage gespritzt – möglichst exakt zu ermitteln.

Verheißungsvolle Studienergebnisse

Die Ergebnisse: »Über ein Jahr lang lässt sich der Verbrauch an Kortison um etwa 50 Prozent senken«, sagt der Rheumatologe. Gleichzeitig »kann man mit Tocilizumab die Remissionsraten mehr als verdreifachen.« (Remission = vorübergehendes oder dauerhaftes Nachlassen der Symptome). In diesem Fall ist die Remission der Einstieg zur Heilung – und das, im Vergleich zur Kortison-Gabe, mit deutlich weniger und schwächeren Nebenwirkungen. Sollte Tocilizumab, wie erwartet, spätestens Ende 2017 in Europa als zugelassenes Medikament für die Therapie der RZA auf den Markt kommen, »werden sich unsere Behandlungsmöglichkeiten wesentlich verbessern«, erklärt Schulze-Koops. Ob das Medikament in der Therapie der RZA Kortison vollständig ablösen kann, ist derzeit Gegenstand weiterer Studien.

KONTAKT



Prof. Dr. med. Hendrik Schulze-Koops

Leiter der Rheumaeinheit –
Medizinische Klinik und Poliklinik IV
Klinikum der Universität München (LMU)
Campus Innenstadt

Tel: 089 / 4400 53579

E-Mail:

Hendrik.Schulze-Koops@med.uni-muenchen.de