Methotrexat senkt Rückfallrate bei Arteriitis temporalis

r -- Jover JA, Hernández-García C, Morado IC et al. Combined treatment of giant-cell arteritis with methotrexate and prednisone: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Ann Intern Med 2001 (16. Januar); 134: 106-14
[LINK]

Kommentar: Urs Schlumpf

Studienziele

Steroide bilden den Grundstein bei der Behandlung der Arteriitis temporalis. Wegen ihrer Nebenwirkungen will man die Dosis nach der Anfangsbehandlung möglichst bald reduzieren, was aber oft mit Rückfällen verbunden ist. Andere Immunsuppressiva wie Azathioprin (Imurek®) oder Methotrexat helfen bei Vaskulitiden wahrscheinlich ebenfalls. In dieser Studie wurde der Nutzen von Methotrexat bei der Arteriitis temporalis untersucht.

Methoden

39 Personen mit einer neu diagnostizierten, histologisch bestätigten Arteriitis temporalis erhielten neben Prednison während zwei Jahren doppelblind entweder Methotrexat (1mal 10 mg/Woche per os) oder Placebo. Die Anfangsdosis von Prednison betrug 60 mg/Tag. Zur Osteoporoseprophylaxe erhielten alle Beteiligten zusätzlich Kalzium (1'000 mg/Tag) und Vitamin D_3 (600 E/Tag).

Ergebnisse

Alle Personen sprachen in den ersten Wochen gut auf die hochdosierte Steroidtherapie an. Im weiteren Verlauf erlitten in der Methotrexat-Gruppe 9 von 20 Personen mindestens einen Rückfall; in der Placebogruppe waren es dagegen 16 von 19. Auch die steroidsparende Wirkung von Methotrexat konnte dokumentiert werden: in dieser Gruppe dauerte die Prednison-Therapie 29 Wochen (Medianwert), was einer kumulativen Dosis von etwa 4'200 mg entspricht; in der Placebogruppe waren es 94 Wochen bzw. 5'500 mg. Drei Personen in der Methotrexat-Gruppe waren von einer Zytopenie oder Mukositis betroffen, wobei sie alle bestimmte Faktoren aufwiesen, die das Nebenwirkungsrisiko erhöhen (Nierenfunktionsstörung bzw. fehlende Prophylaxe mit Folsäure).

Schlussfolgerungen

Bei einer Arteriitis temporalis kann Methotrexat helfen, die Steroiddosis zu senken und Rückfälle zu verhindern.(BW)

Die Kombinationstherapie von Methotrexat mit Prednison bei Personen mit Polymyalgia rheumatica und Riesenzellarteriitis wurde bislang kontrovers beurteilt, wobei Anfangs- und Erhaltungsdosis, Applikationsart (i.m. oder oral) und Behandlungsdauer in verschiedenen offenen Studien recht unterschiedlich waren. Nachdem sich Methotrexat bei klassischen Formen der systemischen Vaskulitis bewährt hatte, war es naheliegend, die Kombinationstherapie mit Steroiden auch bei der Riesenzellarteriitis in einer Doppelblindstudie zu prüfen. Mit der relativ hohen Initialdosis von 60 mg Prednison, einem sehr vorsichtigen Steroidreduktionsschema und einer Wochendosis von 10 mg Methotrexat oral gelang es in überzeugender Weise, die Rezidive signifikant zu vermindern und eine geringere Steroidkumulativdosis zu erreichen bei vergleichbarer Nebenwirkungsquote wie bei Monotherapie mit Prednison. Nach dieser Untersuchung bleibt zunächst offen, ob sich mit einer Erhöhung der Methotrexat-Dosis auf 15 mg/Woche (übliche Anfangsdosis bei chronischer Polyarthritis) oder eine intramuskuläre Applikation von Methotrexat die Erfolgsaussichten noch weiter steigern liesse.

Urs Schlumpf