

Briefe an die Redaktion

Langdauernde Therapie oder Kurztherapie im Schub?

Brief zu: Pichler L, Walker UA. Idiopathische rezidivierende Polyserositis und Perikarditis. Swiss Med Forum. 2023;23(07):900–5.

Mit Interesse habe ich den Artikel über die idiopathische rezidivierende Polyserositis und Perikarditis (IRPP) von Frau L. Pichler und Prof. W. Walker gelesen.

Bei der Diskussion der Therapie weisen die Autorin und der Autor auf die ausgezeichnete Wirkung des Interleukin-(IL-)-I-Antagonisten Anakinra (Kineret®) hin. In ihrer Tabelle 4 zur medikamentösen Therapie wird dieses in einer Dosis von 100 mg subkutan (s.c.) täglich über drei Monate, gefolgt von langsamem Ausschleichen empfohlen.

Mit der Schilderung eines Krankheitsverlaufes möchte ich diese Langzeittherapie infrage stellen, da mit viel kürzerer Therapie-dauer von nur 1–3 Tagen (!) ebenfalls exzellente Resultate erzielt werden konnten.

Eine 45-jährige Patientin mit seit Jahren bekanntem Asthma bronchiale, chronischer Rhinopathie mit Nasenpolypen und Analgetikaintoleranz erkrankte an einer idiopathischen Pleuroperikarditis. Wegen Analgetikaintoleranz erfolgte eine Therapie mit Prednison (initial 50 mg) mit prompter Entfieberung, Verschwinden der Schmerzen und Normalisierung der Entzündungsparameter. Wie zu erwarten kam es leider nach Absetzen der Kortikosteroide nach unterschiedlichen freien Intervallen zu Rezidiven, die aber immer wieder gut und rasch auf Prednison reagierten. Später wurde einmal Colchizin versucht, musste aber nach drei Tagen wegen Unverträglichkeit abgesetzt werden.

Um von der wiederholten Kortikosteroidtherapie wegzukommen, habe ich die Krankengeschichte mit Herrn Prof. P. Villiger, Medizinisches Zentrum Monbijou, Bern, diskutiert. Er hat eine Therapie mit Anakinra im Schub vorgeschlagen.

Beim nächsten Schub erhielt die Patientin deshalb Anakinra 100 mg s.c. an drei auf-

einanderfolgenden Tagen (total 3×100 mg). Noch eindrücklicher als unter Prednison verschwanden die Beschwerden prompt, die Patientin entfieberte und die Entzündungsparameter normalisierten sich.

In der Folge kam es zwar zu Rezidiven, diese waren aber weniger stark ausgeprägt. Die freien Intervalle betrugen meist 3–6, einmal sogar zehn Monate. Die Rezidive wurden jeweils mit einer Dosis Anakinra 100 mg s.c. coupiert (während der ganzen $4\frac{1}{2}$ -jährigen Beobachtungszeit wurde bei einem Rezidiv ausnahmsweise Anakinra an zwei Tagen gegeben).

Diese Krankengeschichte einer Patientin mit idiopathischer rezidivierender Pleuroperikarditis bestätigt, dass der IL-I-Antagonist Anakinra diese Krankheit akut zum Abklingen bringen kann, aber dass Anakinra nicht als Langzeittherapie gegeben werden muss, sondern nur in kurzen Stössen von 1–3 Tagen im Schub. Ob es besser ist, eine nächste Dosis im folgenden Schub oder «prophylaktisch» alle 2–3 Monate zu verabreichen, bleibt offen.

Dr. med. Matthias Koller, Zollikon

Bemerkung zur Terminologie: Polyserositis schliesst eine Perikarditis ein, der Titel der Arbeit hätte also einfach auch heissen können «Idiopathische rezidivierende Polyserositis». Da aber eine Peritonitis bei diesem Krankheitsbild kaum vorkommt, wäre besser: Pleuro-/Perikarditis.

Informed Consent

Ein schriftlicher Informed Consent zur Publikation liegt vor.

Disclosure Statement

Der Autor hat deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Replik

Mit Interesse haben wir den Beitrag von Herrn Dr. Koller gelesen [1]. Der Kollege hinterfragt die von uns abgegebene Empfehlung, die Akuttherapie mit Anakinra zunächst für einige Zeit aufrechtzuhalten; er stützt sich hierbei auf eine eigene Fallbeobachtung.

Das schnelle und gute Ansprechen auf Anakinra ist auch bei Colchizin-resistenten und Kortikosteroid-abhängigen Fällen in Studien belegt [2]. In der randomisierten, placebokontrollierten AIRTRIP-Studie [2] wurde Anakinra zunächst über zwei Monate

verabreicht; danach wurden die Patientinnen und Patienten entweder mit Anakinra oder mit Placebo weiterbehandelt. Bei den ohne Anakinra Behandelten kam es bereits nach durchschnittlich 28 Tagen zu einem Rezidiv der Perikarditis und somit einiges unter den 3–6 (bis 10) Monaten im von Herrn Dr. Koller beschriebenen Fall.

Es gibt zwar keine randomisierten Studien, die den Nutzen einer prolongierten Anakinratherapie im Vergleich zu einer On-Demand-Therapie belegen, aber auch in unserer eigenen Erfahrung funktioniert das schnelle Absetzen der Anakinratherapie nicht. Aufgrund der Notwendigkeit einer positiven Kostengutsprache waren wir wiederholt gezwungen, eine stationär begonnene Anakinratherapie bei Entlassung zu stoppen. Dies führte in unserer Beobachtung in aller Regel und oft innerhalb von wenigen Tagen zu einem Relaps mit hoher Patientenfrustration. Somit kann eine routinemässige On-Demand-Therapie nicht empfohlen werden. In unserer Praxis versuchen wir daher, nach einer gewissen Zeit der Dauertherapie das Spritzenintervall langsam zu prolongieren und auch die Patientinnen und Patienten und ihre aktuellen Lebensumstände in den Therapieentscheid miteinzubinden.

*Lilian Pichler, dipl. Ärztin, Basel;
Prof. Dr. med. Ulrich A. Walker, Basel*

Disclosure Statement

Die Autorin und der Autor haben deklariert, keine potentiellen Interessenskonflikte zu haben.

Literatur

- 1 Koller M. Langdauernde Therapie oder Kurztherapie im Schub? Swiss Med Forum. 2023;23(39):1337.
- 2 Brucato A, Imazio M, Gattorno M, Lazaros G, Maestroni S, Carraro M, et al. Effect of anakinra on recurrent pericarditis among patients with colchicine resistance and corticosteroid dependence: The AIRTRIP randomized clinical trial. JAMA. 2016;316(18):1906–12.

Briefe einreichen

Briefe an die Redaktion reichen Sie online ein unter:

<https://smf.manuscriptmanager.net/>