

Leserbriefe

Gefahr der Erblindung bei Riesenzellerarteriitis

Leserbrief zu: Buss G, et al. Polymyalgia rheumatica 2012.
Schweiz Med Forum. 2013;13(7):136–40.

Sehr geehrter Herr Kollege

Ihren Beitrag über Polymyalgia rheumatica 2012 habe ich mit grossem Interesse gelesen. In meiner aktiven Praxistätigkeit habe ich viele, vor allem weibliche Patienten behandelt. In Ihrem Beitrag vermisse ich den Hinweis auf mögliche Beteiligung der Augenarterien mit Gefahr der Erblindung bei RZA und fehlender oder ungenügender Behandlung mit Cortison. In der Zeitschrift Forschung und Praxis 2/96 hat Prof. Hanns Kaiser aus Augsburg explizit darauf hingewiesen. Ich habe

übrigens auch die Erfahrung gemacht, dass die Symptome bei einem Absetzversuch des Cortisons wiederkehrten, so dass eine Dauertherapie möglichst unterhalb der Schwellendosis von 7,5 mg täglich beibehalten werden musste.

Korrespondenz:

Dr. med. Max Schreier
Arzt für Allgemeine Medizin (seit 10 Jahren im Ruhestand)
CH-4566 Kriegstetten
[schreier.max\[at\]bluewin.ch](mailto:schreier.max[at]bluewin.ch)

Réplique

Cher Confrère,

Je vous remercie sincèrement de la lecture attentive de notre article de mise au point sur la *Polymyalgia rheumatica* (PMR), et de vos remarques pertinentes sur la prise en charge de cette atteinte inflammatoire. Je me plais à rappeler que le thème de cet article portait essentiellement sur la PMR et non sur l'artérite giganto-cellulaire (AGC, ou maladie de Horton), même si ces deux entités sont probablement deux expressions d'une atteinte inflammatoire de même origine. Cela étant, je vous remercie d'insister sur le fait qu'une AGC doit être suspectée avec un bas seuil de détection chez une personne âgée avec syndrome inflammatoire en cas d'atteinte visuelle (amaurose fugace, diminution brusque de la vision, diplopie, etc.), et que l'on ne doit jamais retarder l'introduction d'un traitement corticoïde dans une telle situation, y compris en vue de la réalisation d'une biopsie de l'artère temporale, qui pourra toujours se faire quelques jours plus tard... En effet, l'atteinte ophtalmique, une fois installée, est souvent irréversible! Initialement, la dose habituelle de prednisone est de 1 mg/kg/j par voie orale, voire l'administration intraveineuse de méthylprednisolone sur 3 jours (500–1000 mg/j) selon la gravité de l'atteinte oculaire ou systémique.

D'autre part, concernant la durée de la thérapie par stéroïdes (dans la PMR comme dans l'AGC), je ne peux que vous donner raison également: comme nous le mentionnons dans le papier, nous observons souvent (de l'ordre de 25 à 50% des patients) récurrence des symptômes lors du sevrage de la prednisone. C'est la raison pour laquelle la diminution de la dose se fait très lentement, souvent sur une année, avec différents paliers (à 15 mg/j, à 10 mg/j, voire à 7,5 ou 5 mg/j). Il est parfois nécessaire – comme pour d'autres pathologies inflammatoires (i.e. lupus érythémateux systémique, sarcoïdose, notamment) – de laisser à plus long terme de «petites» doses de prednisone (en général 5 ou 7,5 mg/j). C'est dans ce type de situation que nous tentons alors d'introduire un traitement immunosuppresseur complémentaire (cf. article) à fin d'épargne stéroïdienne...

Enfin, puisque le sujet vous intéresse, je me permets de vous signaler encore une très bonne revue sur la PMR publiée récemment dans *The Lancet* (Kermani TA & Warrington KJ. *Lancet*. 2013;381:63–72).

Dr P.-A. Bart
Professeur associé
Pierre-Alexandre.Bart[at]chuv.ch

Hinweis der Redaktion:

Seiz M, Gerber M. Grossgefässvaskulitiden-«Update». *Schweiz Med Forum*. 2013;13(10):201–5.

Note de la rédaction:

Seiz M, Gerber M. Vascularites des gros vaisseaux – «informations complémentaires». *Forum Med Suisse*. 2013;13(10):201–5.