

Rheumatoide Arthritis

Gelenkbeteiligung beginnt in der Regel in den Händen

Bei der Entwicklung einer Rheumatoiden Arthritis (RA) beginnt die Gelenkbeteiligung meist früher und häufiger in den Händen als in den Füßen. Das konnten niederländische Wissenschaftler bei 600 Patienten mit klinischem Verdacht auf eine Arthralgie zeigen.

Etwa 100 Patienten mit entzündlicher Arthritis im Studienfokus

Die Teilnehmer der Kohortenstudie – im Mittel 44 Jahre alt, 78% Frauen – hatten bereits zu Beginn der Untersuchung deutlich häufiger Beschwerden in den oberen als in den unteren Extremitäten. 22% waren positiv für anti-citrullinierte Protein-Antikörpern (ACPA) oder Rheumafaktor (RF). Die Patienten wurden im Median über 2 Jahre beobachtet und nach 4, 12 und 24 Monaten von Rheumatologen untersucht. In der Zeit bis zum Auftreten einer manifestierten entzündlichen Arthritis (definiert als Gelenkschwellung bei der körperlichen Untersuchung) bzw. einer RA (Erfüllen der ACR-Kriterien) wurden die Patienten nicht mit Basistherapeutika (DMARDs) behandelt.

99 Patienten entwickelten im Studienverlauf eine entzündliche Arthritis (IA). Bei 86 von ihnen wurden Gelenkschwellungen in mindestens einem Gelenk der Hand diagnostiziert. Bei den übrigen Patienten lagen Schwellungen in Gelenken des Vorfußes (n=9), im Ellenbogen oder im Knie vor (jeweils n=2). Die stärkere Beteiligung der Handgelenke bestätigte sich bei Untersuchungen der Druckempfindlichkeit und dem Nachweis subklinischer Entzündungen per Magnetresonanztomographie. 88 IA-Patienten erfüllten die ACR-Kriterien für eine RA. Auch in

dieser Gruppe waren funktionelle Beeinträchtigungen der Hände, beurteilt mit dem Health Assessment Questionnaire Disability Index (HAQ), deutlich häufiger und schwerer ausgeprägt als Beeinträchtigungen der Füße. Antikörper-negative Patienten litten am stärksten unter funktionellen Beeinträchtigungen der Hände.

Folgerungen für Management und Risikoabschätzungen

Die Ergebnisse der Studie, die noch in weiteren Kohorten bestätigt werden müssten, könnten das Management von Patienten mit klinischem Verdacht auf Arthralgien beeinflussen, so das Fazit der Autoren. Durch regelmäßige Beurteilung der Funktionalität der Hände bei Patienten mit Gelenkschmerzen könne evtl. auch das Risiko der Entwicklung einer RA eingeschätzt werden. Eine Frage des HAQ erwies sich dabei als besonders wertvoll: Patienten, die angaben, beim Anziehen Probleme zu haben, hatten das höchste RA-Risiko.

QUELLE

- Khidir SJH, van Dijk BT, Krijbolder DI, et al.: Joint involvement in RA starts predominantly in the hands: functional, clinical and imaging studies in clinically suspect arthralgia and during progression to RA. RMD Open 2023; 9:e003107. doi.org/10.1136/rmdopen-2023-003107

Gicht

Früh auftretende Gicht mit schlechter Prognose verbunden

Eine Gicht, die vor dem 40. Lebensjahr auftritt, korreliert mit einer schlechten Prognose und hoher Krankheitslast. Das verdeutlichen die Ergebnisse eines systematischen Literaturreviews von 17 Veröffentlichungen seit 2016. Junge Gichtpatienten sollten frühzeitig zu einem Rheumatologen überwiesen werden, betonen die Studienautoren.

Bei rund 8% beginnt die Erkrankung frühzeitig

Das Risiko einer Gicht steigt mit zunehmendem Lebensalter. Laut US-Daten beginnt allerdings bei rund 8% aller Patienten die Erkrankung bereits vor dem 40. Lebensjahr. Fast alle Patienten mit früh auftretender Gicht (EOG) sind laut dem systematischen Review männlich (96,7–100%) im Vergleich zu „nur“ 71–97,3% der Patienten mit herkömmlicher Gicht (CG) und einem späteren Krankheitsbeginn.

Die Studienteilnehmer stammen überwiegend aus den USA, China, Korea, Taiwan und Frankreich. Im Schnitt erfolgte die Diagnose Gicht in der EOG-Gruppe im Alter von 23,5 bis 32,8 Jahren und in der CG-Gruppe im Alter von 47,8 bis 61 Jahren.

Mehrere belastende Faktoren in der EOG-Gruppe

EOG-Patienten hatten zum Zeitpunkt der Diagnose höhere Harnsäurewerte im Blut als CG-Patienten (im Schnitt 9,2

vs. 8,4 mg/dl) und eine schwerere Erkrankung mit häufigeren Schüben als in der CG-Gruppe (6 vs. 5,4 Schübe im vergangenen Jahr). Auch traten häufiger polyartikuläre Schübe in der EOG-Gruppe auf. Zudem sprachen EOG-Patienten schlechter auf Harnsäure-senkende Therapien an. Gehäuft wurden in dieser Gruppe genetische Ursachen der Erkrankung nachgewiesen wie Mutationen in Genen, die für Harnsäure-Transporter codieren.

„Window of opportunity“ für EOG-Patienten

Die gute Nachricht: Es könnte bei EOG-Patienten ein frühes „Window of opportunity“ geben, um die Prognose günstig zu beeinflussen, schreiben die US-Autoren. Insbesondere dem Auftreten von Komorbiditäten könnte frühzeitig entgegengewirkt werden. Begleiterkrankungen wie Hypertonie, Diabetes, Hyperlipidämie, KHK und chronische

Niereninsuffizienz waren in der EOG-Gruppe noch deutlich seltener als bei herkömmlichen Gicht-Patienten. Lediglich der Anteil der Patienten mit Übergewicht war höher (45,7 vs. 35,5%).

▾ QUELLE

- Amatucci AJ, Padnick-Silver L et al.: Comparison Between Early-Onset and Common Gout: A Systematic Literature Review. *Rheumatol Ther* 2023; 10: 809–823. doi.org/10.1007/s40744-023-00565-x

Telemonitoring

Wearables haben in der Rheumatologie Potenzial

Smartwatches und Fitnessstracker, sogenannte Wearables, werden im Privatbereich millionenfach genutzt. Sie erfassen Gesundheitsdaten wie Puls, Schrittzahl, Blutdruck oder Schlafqualität. Mit zunehmender Digitalisierung der Medizin gewinnen Wearables auch in der Prävention und beim Patientenmanagement an Bedeutung. In der Rheumatologie zeigen erste Studien das Potenzial der Geräte in Bezug auf neue Möglichkeiten der Vorsorge, dem Krankheitsmonitoring und der Behandlung. Zwei Hamburger Rheumatologen haben in einer Übersichtsarbeit die aktuelle Datenlage zum Einsatz solcher Geräte vorgestellt.

Höhere Aktivität durch Wearables

Wearables erfassen nicht nur die körperliche Aktivität, sie scheinen sie auch zu steigern. In einer Metaanalyse bei 1.588 Patienten mit Gelenkerkrankungen führte allein das Tragen von Aktivitätstrackern über zehn Wochen zu einer signifikanten Steigerung der durchschnittlichen täglichen Schrittzahl um 1.520. Zudem war die Dauer körperlicher Aktivität mit moderater bis hoher Intensität um 16 Minuten pro Tag erhöht. Dies kann eine relevante Steigerung sein: So wurde in einer US-Studie in der Bevölkerung eine Steigerung moderater bis intensiver körperlicher Aktivität um 10 Minuten pro Tag mit einer Reduktion der Mortalität um 6,9% pro Jahr assoziiert.

Wearables für Monitoringzwecke geeignet

Umgekehrt zeigen Wearables auch, wie Krankheitsschübe das Aktivitäts-

niveau negativ beeinflussen. Diese Daten eignen sich für ein Monitoring des Krankheitsverlaufs. In einer klinischen Studie konnte anhand der Aktivitätsdaten von 155 Patienten mit Rheumatoider Arthritis (RA) oder axialer Spondyloarthritis, die mithilfe eines maschinellen Lernprogramms über drei Monate ausgewertet wurden, das Vorliegen akuter Krankheitsschübe bzw. einer stabilen Erkrankung mit einer Sensitivität von 95,7% und einer Spezifität von 96,7% erfasst werden.

Einige Wearables können auch Herzrhythmusstörungen wie Vorhofflimmern detektieren, die bei Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen, etwa mit RA, gehäuft auftreten. Dies kann die Früherkennung verbessern. „Wearables sind potenziell in der Lage, die diagnostische Lücke zu schließen, die das konventionelle EKG-basierte Screening hinterlässt“, schreibt die Deutsche Gesellschaft für Kardiologie in einem Positionspapier.

Auch die Messung der Sauerstoffsättigung und Atemfrequenz kann wichtige diagnostische Hinweise liefern und z. B. auf Lungenerkrankungen wie Lungenfibrose hinweisen. Viele Rheumapatienten, etwa mit systemischer Sklerose, haben ein hohes Risiko für eine Lungenbeteiligung. Informationen zu Schlafphasen könnten die Diagnostik schlafbezogener Atemstörungen erleichtern und ermöglichen es auch, den Einfluss therapeutischer Maßnahmen auf die Schlafqualität zu beurteilen.

Weiter Weg bis zum routinemäßigen Einsatz

Noch sei es allerdings ein weiter Weg bis zur routinemäßigen Nutzung von Wearables in der Versorgung von Rheumapatienten, schreiben die Hamburger Rheumatologen. Es seien weitere wissenschaftliche Daten notwendig und noch einige Herausforderungen zu lösen: insbesondere, wie die riesigen Datenmengen sinnvoll verarbeitet werden können und wie größtmögliche Datensicherheit gewährleistet werden kann. Im Einzelfall spreche allerdings nichts dagegen, den Einsatz von Wearables auf Patientenwunsch mit diesen zu besprechen.

▾ QUELLE

- Xiong T, Krusche M.: Wearables in der Rheumatologie. *Z Rheumatol* 2023, epub June 8. doi.org/10.1007/s00393-023-01377-8

Behçet-Syndrom

Generalisierte Schmerzen nehmen mit der Krankheitsaktivität zu

Schmerzen zählen zu den häufigsten und belastendsten Symptomen von Patienten mit Behçet-Syndrom (BS). In einer britischen Studie berichteten 90% der Befragten über Schmerzen. 35% klassifizierten die Schmerzen als schwer und 55% als moderat. Mit zunehmender Krankheitsaktivität nahm die Intensität generalisierter Schmerzen zu.

An der Kohortenstudie nahmen insgesamt 101 Patienten im Alter von 19 bis 74 Jahren teil, 75 von ihnen Frauen. 73% hatten eine niedrige Krankheitsaktivität. Schmerzen mittelgradiger bis schwerer Intensität waren das häufigste Symptom der Patienten. Im Mittel lag die Schmerzintensität auf der visuellen Analogskala bei 68 (max. 100). Generalisierte Schmerzen wurden von 46,5% der Patienten angegeben, Rückenschmerzen von 69,3% und eine Begleitdiagnose Fibromyalgie von 35,6% (40% der Frauen; 23% der Männer).

Der Zusammenhang zwischen Schmerzen und Krankheitsaktivität war deutlich. 76% der Patienten mit hoher Krankheitsaktivität berichteten über starke Schmerzen im Vergleich zu 39,1% der Patienten mit niedriger Krankheitsaktivität ($p=0,003$). Auch generalisierte Schmerzen (72 vs. 37,7%, $p=0,003$) und die Begleitdiagnose Fibromyalgie (52 vs. 29%, $p=0,04$) waren bei hoher Krankheitsaktivität deutlich häufiger. Der Schweregrad der Fibromyalgie war unabhängig von der Krankheitsaktivität.

QUELLE

- Plant K et al.: Characteristics of pain and their relationship to disease activity in UK patients with Behçet's syndrome: a prospective cohort study. British Journal of Pain 2023, epub August 29. doi.org/10.1177/20494637231198200

Rheumatoide Arthritis

Die Art des Therapieversagens bestimmt die Ansprechraten des zweiten Biologikums

Bei RA-Patienten sind die Ansprechraten auf ein zweites Biologikum nach Versagen einer Therapie mit einem Tumornekrosefaktor-alpha-Inhibitor (TNFi) höher bei einem primären Wirkverlust und niedriger bei einem sekundären Wirkverlust der TNFi-Therapie. Dies zeigte sich in einer kanadischen Studie unabhängig von der Wahl der Zweitlinientherapie.

Über 460 RA-Patienten mit zweitem Biologikum

In der Studie wurden Daten von 462 RA-Patienten ausgewertet, von denen 64,3% die erste TNFi-Therapie wegen primären und 35,7% wegen sekundären Versagens abgebrochen hatten. Vor Beginn der Therapie waren alle Patienten Biologika-naiv gewesen, die Krankheitsaktivität war moderat bis hoch (Clinical Disease Activity Index [CDAI] >10 bzw. >22). Patienten mit sekundärem Therapieversagen (definiert als zwei niedrige CDAI-Werte bei den ersten beiden Messungen, gefolgt von einem Wert >10 bei der dritten Messung) hatten zu Beginn der TNFi-Therapie im Schnitt etwas niedrigere CDAI-Werte (26,39 vs. 21,61; $p<0,001$) als Patienten mit primärem Therapieversagen (definiert als mindestens ein hoher CDAI-Wert nach dreimonatiger Therapie bzw. Nichterfüllen der Kriterien für ein sekundäres Therapieversagen).

Besseres Ansprechen nach sekundärem Versagen

Alle Studienteilnehmer wurden auf ein zweites Biologikum eingestellt. Bei der Multivarianzanalyse ergaben sich für Patienten, die sekundär nicht mehr auf den ersten TNFi angesprochen hatten, im Verlauf von 6 Monaten deutlich bessere Ansprechraten. Die Wahrscheinlichkeit eines CDAI-Wertes ≤ 10 (geringe Krankheitsaktivität), dem primären Endpunkt der Studie, war bei diesen Patienten mehr als vierfach höher als bei Patienten mit primärem Therapieversagen (Odds Ratio [OR]=4,367;

95% confidence interval [CI]=2,428–7,856). Minimale klinisch relevante Verbesserungen wurden fast dreifach häufiger erreicht (OR=2,851; 95% CI=1,619–5,020). Die Ansprechraten seien bei Patienten mit sekundärem Therapieversagen auf den ersten TNFi unabhängig von der Wahl des zweiten Biologikums signifikant höher gewesen als bei Patienten mit primärem Therapieversagen, betonen die Autoren.

QUELLE

- Bessette L et al.: Does the Type of Failure and the Choice of the Second Biologic Influence Response and Persistence on Medication in Rheumatoid Arthritis? J Clin Rheumatol 2023; 29(7): 332-340. doi.org/10.1097/RHU.0000000000002013

Impressum



Herausgeber und Verlag

IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH
Niederlassung: Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen
Telefon: 02596 922-0, Telefax: 02596 922-99
Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg
E-Mail: rheumaguide@iww.de

Redaktion

Dr. phil. Stephan Voß (Chefredakteur),
Dipl.-Biologe Roland Fath (Schriftleiter),
Dipl.-Vw. Bernd Kleinmanns
(Stv. Chefredakteur, verantwortlich)

Lieferung

Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose Serviceleistung der

Hexal AG

Industriestraße 25, 83607 Holzkirchen
Telefon: 08024 908-0, Telefax: 08024 908-1290
E-Mail: service@hexal.com

Hinweis

Alle Rechte am Inhalt liegen beim Verlag. Nachdruck und jede Form der Wiedergabe auch in anderen Medien sind selbst auszugsweise nur nach schriftlicher Zustimmung des Verlags erlaubt. Der Inhalt dieses Informationsdienstes ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel der behandelten Themen machen es notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Der Nutzer ist nicht von seiner Verpflichtung entbunden, seine Therapieentscheidungen und Verordnungen in eigener Verantwortung zu treffen. Dieser Informationsdienst gibt nicht in jedem Fall die Meinung der Hexal AG wieder.