

Rheumatoide Arthritis (RA)

Laut europäischer Umfrage besteht Optimierungspotenzial im RA-Management

Die Frühdiagnose einer RA zählt zu den obersten Zielen im RA-Management und ist für einen günstigen Verlauf der Erkrankung wichtig. Eine Diagnose innerhalb von sechs Wochen nach Auftreten der ersten Symptome wird aber derzeit laut einer europäischen Umfrage nur bei 50 bis 60 Prozent der Patienten erreicht. Auch bei anderen Parametern für ein gutes RA-Management gibt es Optimierungspotenzial.

In der Umfrage wurden 1.422 Patienten aus 27 europäischen Ländern und 1.044 Rheumatologen aus 33 Ländern zur Umsetzung von 16 Standardparametern der Patientenversorgung befragt. Die Patienten waren im Mittel 57 Jahre alt, drei Viertel waren Frauen.

Bei allen Parametern zeigten sich Versorgungsdefizite, am deutlichsten bei der Frühdiagnose der Erkrankung. Im europäischen Durchschnitt wurden hier von 52 Prozent der Patienten und 59 Prozent der Rheumatologen problematische Verzögerungen genannt. Auch Informationen zu Patientenorganisationen, die für viele Betroffene eine wertvolle Unterstützung darstellen können, wurden vielen Patienten nicht zur Verfügung gestellt (von 38 Prozent der Patienten und 35 Prozent der Rheumatologen als Problem genannt). Auf den nächsten Plätzen der Mängelliste folgten „Training zu Hilfsmitteln/Devices und ergonomische Unterstützung“ (38 bzw. 31 Prozent), Informationen zu Impfungen (37 bzw. 24 Prozent) und körperlicher Aktivität (36 bzw. 20 Prozent), Verfügbarkeit eines Behandlungsplans (36 bzw. 19 Prozent) und eines Zeitplans für Krankheitskontrollen (36 bzw. 22 Prozent). Am besten umgesetzt wurde der Umfrage zufolge die Therapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs). Nur von 8 Prozent der Pati-

enten und 3 Prozent der Rheumatologen wurden hier Defizite eingeräumt.

Insgesamt berichteten Patienten mit höherer Ausbildung und schlechterem Gesundheitsstatus besonders häufig von Defiziten in der Versorgung. Zum Teil deutliche Variationen gab es auch von Land zu Land. Dabei zeigten sich

Systemischer Lupus erythematoses (SLE)

Deutsche Studie bestätigt: Je besser SLE-Patienten versorgt werden, desto besser ist ihre Prognose

In der deutschen LuLa-study bei 572 SLE-Patienten wurde die Qualität der Versorgung mit der Prognose korreliert. Dabei zeigte sich: Je mehr Kriterien einer qualitativ hochwertigen Versorgung im Jahr 2013 erfüllt waren, desto besser war in den Folgejahren die krankheitsbezogene Lebensqualität der Patienten (beurteilt mit SF-12/36) und desto geringer waren Krankheitsaktivität (Systemic Lupus Activity Questionnaire, SLAQ) und Progressionsrisiko (Brief Index of Lupus Damage, BILD).

In der Studie wurden zehn Parameter des SLE-Managements abgefragt, darunter Behandlung mit Antimalaria, Osteoporoseprotektion und Impfungen, die von den Patienten mit einem Score von 0 bis maximal 10 Punkten bewertet wurden. Auch hier wurden Defizite bei der Versorgung deutlich. Im Schnitt wurden nur 61 von maximal 100 Punkten erreicht. Am besten wurde die Osteoporoseprävention bei einer Glukokortikoidtherapie $\geq 7,5$ mg Prednisolon-Äquivalent bewertet (Score

tendenziell in Ländern mit geringerem Bruttosozialprodukt mehr Versorgungsdefizite als in hochentwickelten Industrienationen.

„Es ist alarmierend, so viele Probleme in unterschiedlichen Aspekten des RA-Managements zu sehen“, sagte Dr. Rachelle Meisters von der Universität Maastricht bei der Vorstellung der Daten bei der EULAR-Jahrestagung 2019 in Madrid. „Wir hoffen, die Ergebnisse sind ein Weckruf, die Versorgung von RA-Patienten in Europa zu verbessern.“

▾ QUELLE

- Meisters R et al., EULAR 2019, Madrid, Abstract OP0307, DOI: 10.1136/annrheumdis-2019-eular.1786

9,76), am schlechtesten die Beratung zum Stellenwert des Fett-Metabolismus (Score 2,28). Bei den übrigen Parametern (Antimalaria, Impfung, Blutdruck, jährliche Kontrollen der Urin- und Blutwerte, Behandlung von Fettstoffwechselstörungen, Osteoporose und Hypertonie) lagen die Beurteilungen zwischen diesen Werten.

▾ QUELLE

- Kernder A et al., EULAR 2019, Madrid, Abstract OP0308, DOI: 10.1136/annrheumdis-2019-eular.3519

American College of Rheumatology/Arthritis Foundation

Neue US-Empfehlungen zum Arthrose-Management

Das American College of Rheumatology (ACR) und die Arthritis Foundation haben ihre gemeinsamen Empfehlungen zum Arthrose-Management aus dem Jahr 2012 aktualisiert. In dem in der Zeitschrift „Arthritis & Rheumatology“ veröffentlichten 12-seitigen Übersichtspapier werden auf Basis aktueller Literatordaten alle zur Verfügung stehenden Optionen zur Behandlung von Patienten mit Hand-, Hüft- und Kniearthrose bewertet. Einen besonders hohen Stellenwert nehmen nicht medikamentöse Maßnahmen wie körperliche Aktivität, Gewichtsreduktion und Orthesen ein.

Empfohlen wird von der US-amerikanischen Taskforce bei der Wahl der am besten geeigneten Therapie eine gemeinsame Entscheidungsfindung von behandelnden Ärzten und ihren Patienten. Zu berücksichtigen seien dabei die Präferenzen der Patienten und Komorbiditäten.

Es gibt eine Fülle von Therapieoptionen für Arthrose-Patienten, zu denen psychoedukative, Verhaltens- und psychosoziale Maßnahmen, physische Interventionen und Pharmakotherapie (topisch, oral, intraartikulär) zählen. Aus diesem Spektrum sollte für jeden Patienten ein individueller Therapieplan erstellt werden, der von den Patienten gut angenommen wird.

Hier die Empfehlungen der Taskforce im Einzelnen.

Teil 1: Nicht medikamentöse Maßnahmen

a) Hoher Empfehlungsgrad

- Mit körperlichen Übungen können bei allen Arthroseformen gute Effekte erzielt werden. Die besten Evidenzen liegen für Patienten mit Hüft- und Kniearthrose vor, insbesondere zu Walking und anderen aeroben Trainingsformen. Spezifische Empfehlungen zu den günstigsten Übungen bei Arthrose-Patienten werden von den US-Wissenschaftlern nicht gemacht. Sie empfehlen, die Vorlieben der Patienten und die Zugänglichkeit zum Training zu berücksichtigen. Als weitere Option

bei Hüft- oder Kniearthrose wird Thai-Chi genannt, das zur Stärkung von Muskeln und Balance und zur Sturzprävention geeignet sei.

- Von einer Gewichtsreduktion profitieren vor allem übergewichtige und adipöse Patienten mit Knie- oder Hüftarthrose. Laut den Studiendaten ist bereits ein Gewichtsverlust ≥ 5 Prozent mit einer Verbesserung der Prognose verbunden.
- Psychoedukation mit multidisziplinären Programmen u. a. zur Stärkung der körperlichen Wahrnehmung und der Schutzmechanismen der Gelenke, das Setzen von Fitnesszielen ebenso wie die Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen der Pharmakotherapie sind sehr empfehlenswert.
- Stöcke und Orthesen: Empfohlen wird Patienten mit Hüft- und Kniearthrose der Gebrauch von Stöcken; tibiofemorale Kniestützen können für Patienten mit Kniearthrose eine wertvolle Hilfe sein; Handorthesen werden vor allem bei Beteiligung der Handwurzel- und Mittelhandknochen empfohlen.

b) Konditionale Empfehlungen

- Hierzu zählen Balanceübungen (Hüft-/Kniearthrose), Yoga (Knie), kognitive Verhaltenstherapie (alle Formen), patellofemorale Stützbander oder Klammern, Kinesiotapes (Knie, Hand), Hitze- oder Kälteapplikationen, Radiofrequenzablation

(Knie) und Akupunktur. Die besten Evidenzen für den Nutzen der Akupunktur gibt es bei Kniearthrose.

c) Wenig Evidenz bzw. keine Evidenz

- Modifizierte Schuhe und Einlegesohlen (Hüft- und Kniearthrose)
- Massage und manuelle Therapie
- Nicht empfohlen wird die TENS (transkutane elektrische Nervenstimulation) bei Knie- und Hüftarthrose.

Teil 2: Pharmakotherapie

a) Hoher Empfehlungsgrad

- Topische NSAR werden bei Patienten mit Kniearthrose stark empfohlen und sollten stets vor dem Einsatz oraler NSAR erwogen werden.
- Orale NSAR sind bei allen Arthroseformen bei kurzzeitiger Anwendung von hohem Nutzen. Unabhängig von der Lokalisation der Arthrose sollten orale NSAR nach Ansicht der US-Wissenschaftler gegenüber allen anderen oralen Medikationen bevorzugt werden.
- Intraartikuläre Glukokortikoidinjektionen, ebenfalls kurzfristig, werden bei Patienten mit Hüft- oder Kniearthrose ebenfalls stark empfohlen. Eine Injektion in die Hüftgelenke sollte dabei möglichst unter Ultraschallkontrolle erfolgen.

b) Konditionale Empfehlungen

- Topische NSAR kommen auch für Patienten mit Handarthrose infrage, allerdings kann diese Option bei häufigem Händewaschen sehr eingeschränkt sein.
- Topisches Capsaicin ist eine weitere Therapieoption bei Kniearthrose. Patienten mit Handarthrose sollten damit aufgrund des möglichen Risikos einer Kontamination der Augen eher nicht behandelt werden.
- Intraartikuläre Glukokortikoidinjektionen können auch bei Patienten mit

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.-Kfzr. Kerstin Dahlhaus (Redakteurin, 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.

Handarthrose erwogen werden, allerdings fehlen Studien zu dieser Indikation.

- Paracetamol wird als Option zur Schmerzlinderung genannt (mit allerdings nur geringem Effekt) und kommt vor allem für Patienten infrage, bei denen NSAR kontraindiziert sind. Weitere Therapiemöglichkeiten sind Duloxetin und Tramadol, auch in Kombination mit NSAR. Nicht Tramadol-Opioide sollten nur in Ausnahmefällen eingesetzt werden, vor allem, wenn andere Optionen zur Schmerzlinderung ausgeschöpft sind.
 - Chondroitinsulfat kann bei Patienten mit Handarthrose erwogen werden; nicht empfohlen wird Chondroitinsulfat (auch in Kombination mit Glucosamin) bei Hüft- oder Kniearthrose.
- c) Wenig Evidenz bzw. kein Effekt**
- Nicht empfohlen werden bei Arthrose-Patienten Bisphosphonate, Glucosamin, Hydroxychloroquin, Methotrexat, intraartikuläre Injektionen von Hyaluronsäure bei Hüftarthrose, Stammzellinjektionen bzw. Behandlung mit Plättchen angereichertem Plasma (Hüfte, Knie) sowie der Einsatz von Biologika (TNF-Blocker, Interleukin-1-Blocker).
 - Wenig Evidenzen gibt es für den Nutzen von Colchicin, Botulinumtoxin i. a. (Hüfte, Knie), Prolotherapie (Hüfte, Knie) wie auch von Nahrungsergänzungsmitteln wie Fischöl und Vitamin D.

▾ QUELLE

- Kolasinski SL, Neogi T, Hochberg MC et al. 2019 American College of Rheumatology/Arthritis Foundation Guideline for the Management of Osteoarthritis of the Hand, Hip, and Knee. *Arthritis & Rheumatology* 2020; 72(2): 220-233

Systemische Sklerodermie (SSc)

Fast jeder dritte Patient mit SSc-ILD hat Lungenhochdruck

Die seltene Autoimmunerkrankung SSc ist schwer zu therapieren und verläuft i. d. R. progredient. Eine SSc ist nicht nur mit interstitiellen Lungenerkrankungen (ILD) assoziiert, sondern auch mit pulmonaler Hypertonie. Die engen Zusammenhänge zwischen diesen Erkrankungen wurden in einer retrospektiven Kohortenstudie in den USA bei 93 Patienten mit SSc-assoziiierter ILD dokumentiert. Die Studienteilnehmer waren im Mittel 55 Jahre alt, drei Viertel waren weiblich, zwei Drittel hatten eine diffuse SSc und die Krankheitsdauer betrug durchschnittlich acht Jahre. Alle Patienten wurden auf eine pulmonale Hypertonie (PH) gescreent und bei entsprechendem Verdacht mit einem Rechtsherzkatheter untersucht. Bei 29 Patienten (31,2 Prozent) wurde bei dieser Untersuchung eine PH nachgewiesen. Ein Viertel von ihnen hatte eine pulmonale arterielle Hypertonie, 55 Prozent eine PH der WHO-Gruppe III.

Ein Lungenhochdruck entwickelt sich bei Patienten mit SSc-ILD häufig bereits frühzeitig im Krankheitsverlauf, schreiben die Studienautoren und raten dazu, die Patienten routinemäßig nach dieser Komorbidität zu untersuchen. Die Überlebensraten der Patienten waren vergleichsweise gut, sowohl bei Patienten mit SSc-ILD (97 Prozent drei Jahre nach Diagnose) als auch bei Patienten mit SSc-ILD und PH (91 Prozent).

▾ QUELLE

- Young A et al.: Prevalence, Treatment, and Outcomes of Coexistent Pulmonary Hypertension and Interstitial Lung Disease in Systemic Sclerosis. *Arthritis & Rheumatology* 2019; DOI: 10.1002/art.40862