

EULAR

Erstmals Empfehlungen zur körperlichen Aktivität bei Patienten mit Arthritis und Arthrose

Regelmäßige körperliche Aktivität hat im Therapiekonzept bei entzündlichen rheumatischen Erkrankungen (Rheumatoide Arthritis, Spondyloarthritis) und Arthrose einen hohen Stellenwert. Um dies deutlich zu machen, hat die European League Against Rheumatism (EULAR) Empfehlungen erarbeitet, die die Umsetzung von körperlichem Training in der Praxis erleichtern sollen. Die neuen Empfehlungen wurden erstmals beim Jahreskongress der EULAR 2018 in Amsterdam vorgestellt und kürzlich veröffentlicht (1).

„Körperliche Übungen sollten nicht nur als gesundheitsfördernde Ergänzung, sondern als Standardintervention bei entzündlichen Arthritiden und Arthrose angesehen werden“, sagte Prof. Dr. Karin Niedermann vom Institut für Physiotherapie der Universität Zürich in Winterthur. Körperliches Training sei i. d. R. auch für Rheuma-Patienten geeignet, effektiv und sicher. Bei Arthrose könne dieses stärkere Effekte als die Anwendung von Schmerzmittel haben.

Niedermann gehört der Taskforce von Rheumatologen und Ärzten anderer Fachdisziplinen an, die die neuen Empfehlungen auf Basis eines Literatur-Reviews erarbeitet hat. Hier wurde nachgewiesen, dass körperliches Training bei Rheuma-Patienten vor allem die kardiovaskuläre Fitness und die Muskelkraft verbessert. Die Effekte wurden als moderat eingestuft, berichtete Anne-Kathrin Rausch, Doktorandin an der Universität Zürich und ebenfalls Mitglied der Taskforce. Keine deutlichen Effekte wurden allerdings bei der Flexibilität bzw. der neuromotorischen Performance beobachtet. Hinweise gab es auch auf eine Verringerung der Krankheitsaktivität durch körperliches Training, berichtete Rausch. Negative Wirkungen wurden nicht beobachtet.

Die Experten haben anhand der Daten **4 übergeordnete Grundsätze und 10 praktische Empfehlungen für Rheuma-Patienten** in der Praxis aufgestellt. Die wichtigsten Punkte:

- Die Empfehlung körperlicher Aktivität sollte integraler Bestandteil der Behandlung von Rheuma-Patienten sein.
- Bei der Umsetzung des Trainings sollten die Fähigkeiten und Präferenzen der Patienten und krank-

heitsspezifische Kontraindikationen berücksichtigt werden.

- Individuell sollten Art, Häufigkeit, Intensität und Dauer des Trainings festgelegt werden.
- Es sollten Ziele bzw. Zielwerte der Intervention festgelegt werden, die während des Trainings auch regelmäßig überprüft werden sollten.

Mithilfe länderspezifischer Implementierungsstrategien sollen die Empfehlungen künftig umgesetzt werden, berichtete Niedermann. Helfen sollen dabei Laienversionen der Empfehlungen.

Unklar ist, ob die Empfehlungen in gleicher Weise auch für Rheuma-Patienten mit hohem kardiovaskulären Risiko gelten sollten. Eine Pilotstudie läuft, in der dies evaluiert wird, berichtete der Rheumatologe Dr. Michael Nurmohamed aus Amsterdam. Intensive Belastungen werden für diese Patientengruppe nicht empfohlen (2).

Bereits 3 Stunden zügiges Gehen pro Woche sind wirksam

Körperliches Training hat vielfältige positive Wirkungen auf unterschiedliche Organsysteme dokumentiert, erinnerte Dr. Maura Daly Iversen aus Stockholm beim EULAR-Kongress. Belegt sind günstige Wirkungen u. a. auf

- muskuloskelettales System,
- Nervensystem (u. a. Stressreduktion, bessere kognitive Funktion),
- Herz-Kreislauf- und Lungensystem (Anstieg VO₂max, Verbesserung Lipidprofil und Endothelfunktion),
- endokrines System (Zunahme Insulinsensitivität, Abnahme der Insulinspiegel in Ruhe),
- Immunsystem (Verringerung von Entzündungsmarkern und oberen Atemwegsinfektionen) sowie
- Gesamt- und kardiovaskuläre Mortalität mit einer Abnahme um bis zu 50 %.

Die Effekte sind dosisabhängig sagte Iversen. Der größte Nutzen wurde bei einer recht hohen Trainingsintensität von rund 3.500 MET*-Minuten pro Woche dokumentiert, günstige Effekte aber bereits bei zusätzlicher körperlicher Aktivität von rund 1.000 MET-Minuten pro Woche. Dies entspricht etwa 3 Stunden zügigem Gehen.

*MET= metabolisches Äquivalent. Ein MET bezeichnet die während des Sitzens in Ruhe verbrauchte Energie. Schnelles Gehen entspricht rund 6 METs.

☛ QUELLEN

- 1) Niedermann K et al., 2018 EULAR recommendations for physical activity in people with inflammatory arthritis and osteoarthritis. Ann Rheum Dis 2018, epub July 11, doi:10.1136/annrheumdis-2018-213585

- 2) Agca R et al.: EULAR recommendations for cardiovascular disease risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory joint disorders: 2015/2016 update. Ann Rheum Dis 2017; 7 6:17-28

Punktzahl. Abgewertet wurde nicht erklärbares Fieber, für das 2 Punkte vergeben werden – ebenso viele wie für Antiphospholipide.

3. Kriterien dürfen nur berücksichtigt werden, wenn es dafür keine bessere Erklärung gibt als den SLE.

EULAR

Neue Klassifikationskriterien für SLE

Für den systemischen Lupus erythematoses (SLE) wurden neue Klassifikationskriterien entwickelt, die beim Jahreskongress der EULAR in Amsterdam vorgestellt worden sind. An erster Stelle steht nun ein Autoantikörpertest auf anti-nukleäre Antikörper (ANA), der bei fast allen SLE-Patienten – aber auch vielen anderen Menschen – positiv ausfällt. Ob tatsächlich ein SLE vorliegt, muss anhand weiterer charakteristischer Kriterien entschieden werden, die nach einem Punktesystem neu gewichtet wurden. Eine bioptisch gesicherte Lupusnephritis wurde dabei z. B. aufgewertet und nicht erklärbares Fieber abgewertet.

SLE nicht einfach zu erkennen

SLE ist eine seltene Autoimmunerkrankung, die bekanntlich vor allem bei Frauen auftritt. In Deutschland ist nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) etwa eine von 1.000 Frauen und einer von 10.000 Männern betroffen (1). Aufgrund der Vielfalt von Symptomen – die von Hautveränderungen und Gelenkschmerzen bis hin zu lebensbedrohlichen Entzündungen etwa von Nieren oder Gehirn reichen können – ist es oft nicht einfach, betroffene Patientinnen und Patienten sicher und zügig zu erkennen. Individuell können die Symptome in verschiedenen Kombinationen vorkommen und unterschiedlich ausgeprägt sein.

Schnellere Hilfe durch neue Kriterien

Um Lupus-Patienten künftig noch schneller mit passenden Therapien helfen zu können, hat ein internationales Projektteam von EULAR und ACR (American College of Rheumatology) unter Leitung von Professor Dr. Martin Aringer aus Dresden und Dr. Sindhu Johnson aus Toronto, Kanada, neue Klassifikationskriterien erarbeitet. Die neuen Kriterien wurden durch Ver-

gleich der Befunde bei jeweils mehr als 1.000 Patienten mit SLE- und Nicht-SLE-Diagnosen aus 23 Zentren validiert (2).

3 wesentliche Änderungen

Geändert wurden die bisherigen Kriterien in 3 wesentlichen Punkten:

1. Als „Eingangskriterium“ wurde ein ANA-Titer von 1:80 aufgestellt. Eine ANA-negative Erkrankung kann also nicht mehr als Lupus klassifiziert werden.
2. Die weiteren Kriterien oder Symptome werden nach einem Punktesystem unterschiedlich stark gewichtet: Dabei wird als Schwelle für eine Klassifikation als SLE ein Wert von 10 angegeben. Die höchste Punktzahl wird bei einer bioptisch gesicherten Nierenentzündung erreicht, die aufgewertet worden ist und bei der je nach Ausprägung bis zu 10 Punkte vergeben werden können. Eine Arthritis, eine akute Perikarditis oder spezifische Antikörper wie Anti-Sm oder Anti-dsDNA wurden mit jeweils 6 Punkten bewertet, neurologische Anfälle mit 5 Punkten, eine autoimmune Hämolyse oder Thrombozytopenie mit der gleichen

Sensitivität und Spezifität

Die Sensitivität einer SLE-Diagnose anhand der neuen Kriterien wird mit 96 bis 98 % angegeben (ähnlich wie bei Verwendung der SLICC-Kriterien), die Spezifität mit 93 bis 96 % (entspricht etwa den ACR-Kriterien von 1997).

„Die bisherigen Klassifikationskriterien für den SLE waren bereits gut, hatten aber in der Empfindlichkeit und Genauigkeit Schwächen“, so Aringer. Die neuen Klassifikationskriterien erhöhten die diagnostische Sicherheit, dass eine Patientin wirklich an einem SLE leidet. Die Verbesserungen bei der Einteilung der Patienten entsprächen dem, was Experten schon viele Jahre intuitiv gemacht hätten.

DGRh begrüßt neue Kriterien

Die DGRh begrüßt in einer Pressemitteilung die neuen Klassifikationskriterien (1). „Gerade mit Blick auf die schwerwiegenden, mitunter lebensbedrohlichen Folgen des SLE ist es entscheidend, die Klassifikationskriterien weiter zu verfeinern“, sagt Prof. Dr. Thomas Dörner von der Charité in Berlin, der als zweiter deutscher Rheumatologe der Projektgruppe angehörte. Dies sei auch für die weitere Erforschung des SLE sowie die Aus- und Weiterbildung von Medizinstudenten und Ärzten in dem Bereich wichtig.

☛ QUELLEN

- 1) Pressemitteilung der Dt. Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) vom 13.06.2018
- 2) Aringer M, Johnson S et al., Validation of new systemic lupus erythematoses classification criteria. EULAR 2018, Abstract OP0020

EULAR

Im Fokus: Der Einfluss der Hormone bei Rheuma-Patientinnen

Geschlecht und Sexualhormone beeinflussen Entwicklung und Verlauf rheumatologischer Erkrankungen. Die Wirkmechanismen sind aber längst nicht vollständig geklärt. Hormonelle bzw. reproduktive Fragestellungen und Fakten in der Rheumatologie, die bei der Versorgung von Rheuma-Patientinnen beachtet werden sollten, wurden bei der Jahrestagung der EULAR 2018 in Amsterdam in einem eigenständigen Symposium fokussiert (1).

Wirkung von Sexualhormonen

Sexualhormone beeinflussen die Immunantwort, sagte Dr. Maurizio Cutolo von der Universität Genua. Östrogene verstärken die Immunantwort, zumindest die humorale, Androgene und Progesteron (sowie Glukokortikoide) würden die natürliche Immunantwort unterdrücken. Frauen erkranken um den Faktor 2 bis 3 häufiger an RA als Männer. Besonders hoch ist das Erkrankungsrisiko bei Frauen ab dem 50. Lebensjahr, also in der Postmenopause. Ein Widerspruch zur These der Östrogenabhängigkeit von Autoimmunerkrankungen?

Sexualhormone wirken im Gewebe auch lokal, erläuterte der Rheumatologe, und führen vermutlich in erster Linie zu einer Modulation der Zellproliferation. Sowohl bei Frauen als auch Männern mit chronisch-entzündlichen rheumatischen Immunerkrankungen werde in der Peripherie die Bildung von Östrogenen bzw. Östrogen-Metaboliten gefördert. In der Synovialflüssigkeit von RA-Patienten z. B. wurden vermehrt Östrogene und ein erhöhtes Verhältnis von Östrogenen zu Androgenen nachgewiesen.

Der Lupus ist mit einem Anteil von rund 90 % fast eine reine Frauenkrankheit und betrifft vor allem Frauen im gebärfähigen Alter. In Studien wurde bereits ein Zusammenhang zwischen dem Profil weiblicher Sexualhormone und der Krankheitsaktivität festgestellt. Zudem ist während der Schwangerschaft

und in den ersten Monaten nach der Geburt das Exazerbationsrisiko erhöht – in einer Größenordnung von 20 bis zu 70 %, abhängig aber auch von der medikamentösen Therapie (2). Zum Organschutz, vor allem der Nieren, wird bei Frauen mit SLE eine Anti-Östrogen-Therapie diskutiert, so Cutolo.

Blickpunkt Verhütung

Bei der Beratung der Patientinnen sollte auch die Verhütung thematisiert werden. Der Gebrauch kombinierter oraler Kontrazeptiva sollte auf stabile Patientinnen ohne schwere Erkrankung und ohne Risikofaktoren für Thrombosen beschränkt werden, so der Rheumatologe. In einem systematischen Literatur-Review war die Einnahme solcher Präparate mit einem erhöhten Thrombose-Risiko assoziiert, die Krankheitsaktivität wurde hingegen durch Kontrazeptiva bei Frauen mit stabilem oder inaktivem SLE nicht beeinflusst (3). Beachtet werden sollte auch der Antikörper-Status von SLE-Patientinnen, ergänzte PD Dr. Frauke Förger aus Bern. Kontrazeptiva mit Östrogenen sollten nur Patientinnen mit mildem oder stabilem SLE ohne Antiphospholipid-Antikörper gegeben werden, nicht aber Antiphospholipid-positiven Frauen. Empfehlenswert seien für letztere nur Pillen, die lediglich Progesteron enthielten, alternativ Intrauterin-Devices.

Die Einnahme oraler Kontrazeptiva wurde auch mit den Erkrankungsrisiken für RA und SLE assoziiert. In einer aktuellen schwedischen Fall-Kontroll-

Studie korrelierte jegliche Einnahme mit einem um 13 % verringerten RA-Risiko – im Vergleich zu Frauen, die nie Kontrazeptiva anwendeten (4). Besonders deutlich war bei Frauen, die die Pille nahmen, das Risiko einer ACPA-positiven RA verringert, berichtete Förger. Mit zunehmender Dauer der Verhütung zeigte sich der protektive Effekt immer deutlicher. Anders sieht die Datenlage beim SLE aus. Die Einnahme kombinierter oraler Kontrazeptiva war nach Angaben von Förger sowohl in der umfangreichen Nurses' Health Study in den USA als auch in einer Meta-Analyse der Daten von 4 Fall-Kontroll-Studien mit einer leichten Erhöhung des SLE-Risikos relativ um 40 bis 50 % verbunden.

QUELLEN

- Reproductive issues in Rheumatology, EULAR 2018, 14.06.2018, Amsterdam
- Eudy Am, Siega-Riz AM, Engel SM et al., Ann Rheum Dis 2018; 77: 855-860
- Gensous N et al., Rev Med Interne 2017; 38(6): 358-367
- Orellana C et al., Ann Rheum Dis 2017; 76: 1845-1852

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: info@rheumaguide.de

Redaktion

Dr. phil. Stephan Voß (Chefredakteur),
Dipl.-Biologe Roland Fath (Schriftleiter),
Dipl.-Kfr. 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 auszugswise 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.