

EULAR 2019

Bei Arthritiden auch an seltene infektbedingte Ursachen denken!

Bei Arthritiden handelt es sich i. d. R. um eine Autoimmunerkrankung. In seltenen Fällen können entzündliche Gelenkbeschwerden aber auch durch eine Infektion verursacht werden, etwa bei einer septischen Arthritis, einer Lyme-Borreliose oder beim Chikungunya-Fieber. Das Wichtigste ist: daran zu denken, damit frühzeitig mit der richtigen Therapie begonnen werden kann.

„Die Synovia ist empfänglich für eine bakterielle Besiedelung“, sagte Prof. Dr. Robert Schoen von der Yale-Universität in New Haven in den USA beim EULAR 2019 in Madrid. 80 Prozent aller septischen Arthritiden würden durch grampositive Staphylokokken und Streptokokken ausgelöst, nur etwa 10 Prozent durch gramnegative Keime, die mit einem besonders schweren Verlauf einhergehen. Bei 80 bis 90 Prozent der Patienten ist nach Angaben des Rheumatologen nur ein großes Gelenk betroffen – am häufigsten das Knie, gefolgt von Hüfte und Ellenbogen. Das Risiko einer septischen Arthritis bei RA-Patienten hat sich durch den Einsatz von TNF-alpha-Blockern verdoppelt, berichtete Schoen, allerdings ist das absolute Risiko immer noch gering. Im britischen RA-Register liegt die Infektionsrate in der anti-TNFa-Kohorte bei 4,2 pro 1.000 Patientenjahre. Am größten ist das Risiko zu Beginn der Therapie. Laut einer französischen Kohortenstudie hat das Alter von RA-Patienten, die wegen einer septischen Arthritis stationär aufgenommen werden mussten, die letzten Jahre zugenommen. Zunehmend häufig werden Infektionen mit MRSA (Methicillin-resistente Staphylococcus aureus-Stämme) festgestellt.

Empfohlen wird bei Verdacht auf eine septische Arthritis vor Beginn der Anti-

biotikatherapie eine Gram-Färbung und eine Kultur der Synovialflüssigkeit, deren Sensitivität allerdings gering ist. Weiße Blutkörperchen >50.000 in der Synovialflüssigkeit weisen ebenfalls auf eine Infektion hin, Entzündungsmarker im Serum sind hingegen von begrenztem diagnostischen Wert. Blutkulturen sind bei etwa jedem dritten Patienten mit septischer Arthritis positiv.

Praxistipp

In der empirischen Therapie werden nach Angaben von Schoen üblicherweise Breitspektrum-Antibiotika inklusive Vancomycin zur Abdeckung von MRSA-Keimen eingesetzt. Bei kritisch kranken, älteren oder immunsupprimierten Patienten sollte auch an die Abdeckung gramnegativer Keime gedacht werden. Die Therapie sollte über vier bis sechs Wochen fortgesetzt werden. Zusätzlich wird eine Gelenkdrainage empfohlen.

Auch bei einer durch Zecken übertragenen Lyme-Borreliose sind Gelenkbeschwerden häufig. Etwa die Hälfte der Patienten entwickeln eine intermittierende Arthritis, rund 10 Prozent eine chronische Arthritis und knapp 20 Prozent Arthralgien, so Schoen. Auch in dieser Patientengruppe sind vor allem große Gelenke, insbesondere das Knie, betroffen. Typisch sei ein oligo-

artikulärer asymmetrischer Verlauf. „I. d. R. ist die Erkrankung durch eine Antibiotikatherapie in 28 Tagen zu heilen“, sagte Schoen. Üblicherweise erfolgt dabei eine kombinierte Behandlung mit Doxycyclin und Amoxicillin (oral über 28 Tage) sowie Ceftriaxon und Penicillin (i. v. über 14 bis 28 Tage). Bei einer refraktären Lyme-Arthritis kommen intraartikuläre Kortikosteroide, kurzzeitig DMARDs (MTX, TNF-alpha-Blocker) oder eine arthroskopische Synovektomie infrage.

Mit Chikungunya-Fieber ist in Deutschland nur bei Rückkehrern von Fernreisen und bei Migranten zu rechnen. Das Virus wird vor allem in Afrika, Nord- und Südamerika, Teilen Australiens und Südostasien durch die Stechmücken *Aedes aegyptii* oder *Aedes albopictus* übertragen. Bei bis zu einem Viertel der Betroffenen verläuft die Infektion asymptomatisch. Bei den übrigen zeigt die Erkrankung (wie die Lyme-Borreliose) einen Verlauf in zwei Phasen: initial hohes Fieber und schwere Gelenkschmerzen, gefolgt von einer chronischen Arthritis bei etwa der Hälfte der Infizierten. Meist liegt eine schmerzhafte Polyarthritis mit Schwellungen vor allem an Händen und Füßen vor, die nach Angaben von Schoen leicht mit einer RA verwechselt werden kann. Körperliche Beeinträchtigungen könnten über Monate anhalten. Behandelt werden die Patienten supportiv mit NSAR und Kortikosteroiden. Für die Wirksamkeit von MTX oder Biologika gibt es nur wenig Evidenzen.

▾ QUELLE

- EULAR, 14.06.2019, Madrid. Session: „Paradigm shifts in arthritides“. Robert Schoen: Diagnosis and treatment of infection related arthritides.

Psoriasis-Arthritis**Meta-Analyse: TNF α -Blocker gegen Daktylitis und Enthesitis so wirksam wie neuere Biologika**

Biologika sind die effektivsten Medikamente zur Behandlung von Patienten mit Psoriasis-Arthritis (PsA) und zeigen auch gegen Daktylitis und Enthesitis eine gute Wirksamkeit. Welches für die Therapie zugelassene Biologikum ausgewählt wird, scheint zumindest bezüglich der Effizienz von untergeordneter Bedeutung zu sein. In einer Meta-Analyse schnitten Tumornekrosefaktor (TNF) α -Blocker genauso gut ab wie neuere Biologika: Interleukin-12/23- und Interleukin-17-Blocker.

Ausgewertet wurden Daten von 18 randomisierten Placebo-kontrollierten Studien mit insgesamt knapp 7.000 PsA-Patienten mit Daktylitis und Enthesitis. Sie wurden mit TNF α -Blockern (Infliximab, Golimumab, Adalimumab), dem IL-12/23-Blocker Ustekinumab oder den IL-17-Blockern Secukinumab und Ixekizumab behandelt. Die Chance einer Remission der Daktylitis im Verlauf von 24 Wochen war unter der anti-TNF α -Blockade im Vergleich zur Placebo-Gruppe noch etwas höher als unter den neueren Biologika (RR 2,57 bzw. RR 1,88). In der Remission einer Enthesitis zeigten alle eingesetzten Biologika die gleiche Wirksamkeit (RR 1,93 bzw. 1,95 vs. Placebo).

Nur geringe Unterschiede zwischen den Verumgruppen wurden auch beim ACR20-Ansprechen sowie der Verbesserung der Funktionalität und der Lebensqualität verzeichnet.

▾ QUELLE

- Mourad A, Gniadecki R: Treatment of Dactylitis and Enthesitis in Psoriatic Arthritis with Biologic Agents: A Systematic Review and Metaanalysis. J Rheumatol 2019; doi: 10.3899/jrheum.180797

Rheumatoide Arthritis**Etwa jeder fünfte RA-Patient erhält eine Hüft- oder Knie-TEP**

Eine Rheumatoide Arthritis (RA) ist aufgrund der persistierenden Synovitis und systemischen Entzündung ein Risikofaktor für eine sekundäre Arthrose. Dies führt auch zu einem deutlich erhöhten Risiko der Patienten, einmal eine Knie- oder Hüft-Totalendoprothese (TEP) zu benötigen. In einer Studie wurde jetzt anhand von Daten des englischen National Health Service das Lebenszeitrisiko der Patienten für einen solchen Eingriff errechnet.

In die Analyse wurden knapp 14.000 RA-Patienten eingeschlossen, der Beobachtungszeitraum betrug bis zu 15 Jahre. In diesem Zeitraum erhielten 9,7 Prozent der Patienten eine Knie- und 7,7 Prozent eine Hüft-TEP. Daraus errechneten die Autoren für das Durchschnittsprofil eines RA-Patienten (Nicht-raucher, Frau, 64 Jahre, keine weiteren Komorbiditäten, Body-Mass-Index 27, oberste sozioökonomische Quintile) ein Lebenszeitrisiko von 22 Prozent für eine Knie-TEP und von 17 Prozent für eine Hüft-TEP. Das Risiko sei damit etwa doppelt so hoch wie in der britischen Allgemeinbevölkerung, so das Team von Wissenschaftlern um Edward Burn von der Universität von Oxford. Bei jüngeren RA-Patienten ist den Daten zufolge das Lebenszeitrisiko für ein künstliches Hüft- oder Kniegelenk noch höher, bei älteren Patienten etwas geringer als errechnet. Keinen Einfluss auf die Ergebnisse hatten Geschlecht, sozioökonomischer Status und Raucherstatus.

▾ QUELLE

- Burn E et al.: Lifetime risk of knee and hip replacement following a diagnosis of RA: findings from a cohort of 13.961 patients from England. Rheumatology 2019; doi: 10.1093/rheumatology/kez143

EULAR 2019**Remission bei RA-Patienten korreliert mit deutlichem Rückgang des kardiovaskulären Risikos**

Patienten mit Rheumatoider Arthritis (RA) haben häufig kardiovaskuläre Begleiterkrankungen und eine erhöhte kardiovaskuläre Mortalität. Zurückgeführt wird dies u. a. auf die bei vielen RA-Patienten nicht ausreichend kontrollierte systemische Entzündung. Neue Daten einer italienischen Studie mit 797 RA-Patienten und einem Beobachtungszeitraum von drei Jahren unterstreichen diese These. Patienten in Remission hatten ein um 80 Prozent reduziertes Risiko für kardiovaskuläre Komplikationen (Herzinfarkt, chronische Herzinsuffizienz, Schlaganfall). Zudem konnte durch Ultraschalluntersuchungen ein um 75 Prozent verringertes Risiko für Arterienläsionen als präklinischer Marker einer kardiovaskulären Erkrankung gezeigt werden.

In der Studie bestätigte sich aber auch der Einfluss traditioneller kardiovaskulärer Risikofaktoren. Die größte Bedeutung hatte Typ-2-Diabetes mit einer Erhöhung des Risikos für kardiovaskuläre Ereignisse um das 6,2-Fache und für Arterienläsionen um das 4,5-Fache. Präklinische kardiovaskuläre Manifestationen korrelierten außerdem signifikant mit Bluthochdruck (OR 2,03, p=0,042), ACPA (OR 2,36, p=0,002) und dem CRP (OR 1,07, p=0,040). Die Daten zeigen, dass sowohl systemische Entzündungsprozesse als auch traditionelle kardiovaskuläre Risikofaktoren zu dem erhöhten kardiovaskulären Risiko bei RA-Patienten beitragen, so Dr. Piero Ruscitti aus L'Aquila, einer der Studienautoren, beim EULAR 2019 in Madrid.

▾ QUELLE

- EULAR, 12.06.2019, Madrid. Piero Ruscitti, L'Aquila, Abstract OP0090

EULAR 2019**Körperliche Aktivität ist wichtig bei Rheuma, aber wie die Patienten dauerhaft dazu motivieren?**

Praktisch alle Patientengruppen mit rheumatologischen Erkrankungen profitieren von körperlicher Aktivität und sollten regelmäßig aktiv sein. Eines der Hauptprobleme dabei: Wie die Patienten dauerhaft zu körperlichem Training motivieren? Beim EULAR 2019 in Madrid wurden die vielversprechendsten Ansatzpunkte genannt.

Bewegungstraining beibehalten

„Die Teilnahme an einem körperlichen Interventionsprogramm bedeutet nicht, dass Rheumapatienten das Bewegungstraining automatisch aufrecht erhalten“, betonte Dr. Keegan Knittle von der Universität von Helsinki. Evidenzen für den Beibehalt körperlicher Aktivität gibt es aus der Literatur nur bis maximal 15 Monate nach der Intervention, berichtete der Verhaltenspsychologe. Und bei vielen Teilnehmern nimmt die Trainingsleistung mit zunehmendem Abstand zur Schulung stetig ab. Was also tun?

Am wichtigsten laut Knittle: Die Art des körperlichen Trainings, die zu dem Patienten passt und die er mag, gemeinsam mit ihm auswählen und ihn vom Nutzen des regelmäßigen körperlichen Trainings überzeugen. Gute Argumente dafür gibt es reichlich, egal ob der Patient Osteoarthritis, systemischen Lupus erythematoses (SLE) oder Arthritiden wie axiale Spondyloarthritis (axSpA) hat. Für alle Patientengruppen gibt es Evidenzen hoher Qualität, dass körperliches Training günstig ist, berichtete Dr. Norelee Kennedy von der Universität von Limerick in Irland.

Evidenzen für den Nutzen

Bei Arthrosepatienten wurde eine Abnahme von Schmerzen sowie eine Verbesserung der körperlichen Funktion und der Lebensqualität belegt, bei SLE-Patienten neben der Verbesserung der körperlichen Fitness eine Abnahme insbesondere von Fatigue und Depres-

sionen und bei Patienten mit Arthritis eine Verringerung der Krankheitsaktivität sowie eine Verbesserung der körperlichen Funktion. Gute Hinweise gibt es außerdem, dass sowohl durch kardiorespiratorische Übungen als auch Krafttraining Entzündungsparameter (CRP, ESR), Zytokinpiegel wie Interleukin-17 und -18 und auch TNFa gesenkt werden. Selbst auf die radiologische Progression wurde zumindest in kleinen Gelenken ein geringfügiger positiver Effekt dokumentiert, so Kennedy.

Sinnvolle Strategien

Aber auch das Wissen um diese Effekte reicht oft nicht aus, dass das Übungsprogramm selbstständig aufrechterhalten wird. „Schlechte Angewohnheiten, nicht zu trainieren, müssen durchbrochen werden“, sagte Knittle. Idealerweise sollte körperliche Aktivität fast automatisch erfolgen, indem sie fest in den Alltag integriert werde. Helfen könnten dabei das eigenständige Monitoring von körperlicher Bewegung, auf einfache Weise mithilfe von Apps, und eventuell auch Follow-up-Kontakte mit einem Physiotherapeuten. Als weitere sinnvolle Strategie nannte Knittle, Trainingsziele festzulegen und die Fortschritte zu dokumentieren. In diesem Zusammenhang könnten auch die Abnahme von Schmerzen und körperlichen Beeinträchtigungen sowie die Zunahme der Zufriedenheit motivierend wirken.

QUELLE

- EULAR, 13.06.2019, Madrid, Session: „Exercise – more than a wonder drug“

Rheumatoide Arthritis (RA)**Malignomrisiko bei RA-Patienten: neue Daten**

RA-Patienten haben im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein erhöhtes Risiko für Malignome, bestätigen neue Daten aus Singapur zu 1.117 RA-Patienten mit einem Nachbeobachtungszeitraum von fast 20.000 Personenjahren. In dem Zeitraum wurden 132 neu aufgetretene Malignome diagnostiziert, darunter 114 solide Tumoren und 18 hämatologische Malignome. Das Risiko für jedwede Krebserkrankung war bei männlichen RA-Patienten relativ um 28 Prozent, bei weiblichen um 21 Prozent erhöht. Am deutlichsten, um das 4- bis 5-Fache, war das Risiko für Lymphome erhöht. Das Risiko für Lungentumoren war bei männlichen Patienten um das 2,4-Fache, für ein Zervixkarzinom bei weiblichen Patienten um das 3,7-Fache erhöht.

QUELLE

- Lim XR et al.: Incidence and patterns of malignancies in a multi-ethnic cohort of rheumatoid arthritis patients. *Int J Rheum Dis.* 2019, doi: 10.1111/1756-185X.13655

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.-Kfrr. 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.