

### EULAR

## Kardiovaskuläres Risikomanagement bei rheumatischen und muskuloskelettalen Erkrankungen – neue Empfehlungen

Nicht nur Patient\*innen mit entzündlichen, sondern auch mit anderen rheumatischen und muskuloskelettalen Erkrankungen wie Gicht, Vaskulitis oder Myositis haben im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen. Die European Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR) hat kürzlich neue Empfehlungen für ein optimiertes Management des kardiovaskulären Risikos bei diesen Patient\*innengruppen veröffentlicht.

### Übergeordnete und spezifische Empfehlungen

Eine EULAR-Taskforce formulierte 4 übergeordnete und 19 spezifische Empfehlungen. Die **übergeordneten** Empfehlungen:

- Die Betroffenen sollten regelmäßig auf kardiovaskuläre Risikofaktoren untersucht werden (beginnend innerhalb von 6 Monaten nach Diagnose der Grunderkrankung).
- Modifizierbare kardiovaskuläre Risikofaktoren sollten möglichst optimal kontrolliert und die Patient\*innen über ihre Risiken, sinnvolle Maßnahmen zur Lebensstiländerung und die Notwendigkeit einer guten Therapieadhärenz aufgeklärt werden.
- Rheumatolog\*innen haben in Zusammenarbeit mit Hausärzt\*innen, Internist\*innen oder Kardiolog\*innen die verantwortliche Rolle bei Beurteilung und Management des kardiovaskulären Risikos.
- Durch eine Reduktion der Krankheitsaktivität kann vermutlich auch das kardiovaskuläre Risiko verringert werden.

Die **spezifischen** Empfehlungen betreffen die Beurteilung des kardiovaskulären Risikos sowie das Management traditioneller kardiovaskulärer Risikofaktoren und krankheitsspezifischer Faktoren mit möglichem Einfluss auf das kardiovasku-

läre Risiko. 11 der spezifischen Empfehlungen beziehen sich auf das Management bei Gicht, Vaskulitis, systemischer Sklerose (SSc), gemischten Bindegewebskrankungen (MCTD), Sjögren-Syndrom (SS) und Myositis. Weitere 8 Empfehlungen betreffen das Management bei systemischem Lupus erythematodes (SLE) und/oder Antiphospholipid-Syndrom (APS).

### Empfehlungen bei Gicht, Vaskulitis, SSc, Myositis, MCTD und SS

- Zur Beurteilung des kardiovaskulären Risikos werden die gleichen Vorhersage-Tools wie in der Allgemeinbevölkerung empfohlen. Bei Anti-neutrophil cytoplasmatic antibody (ANCA)-assoziiierter Vaskulitis ist dabei laut der Expertengruppe zu beachten: Mit dem Framingham-Score könne das kardiovaskuläre Risiko *unterschätzt* werden.
- Das Blutdruck- und Lipidmanagement sollte nach den für die Allgemeinbevölkerung üblichen Empfehlungen ausgerichtet werden.
- Der standardmäßige Einsatz von Thrombozyten-Inhibitoren zur Primärprävention wird nicht empfohlen; auch hier sollten sich die behandelnden Ärzt\*innen nach den Empfehlungen für die Allgemeinbevölkerung richten.
- Bei Patient\*innen mit Gicht sollte der Einsatz von Diuretika und bei

Patient\*innen mit SSc der Einsatz von Betablockern vermieden werden.

- Für die Senkung der Harnsäure bei Patient\*innen mit Gicht gibt es aus kardiovaskulärer Sicht keine Bevorzugung einzelner Präparate. Als Therapieziel wird ein Harnsäurespiegel  $< 6 \text{ mg/dl}$  ( $< 0,36 \text{ mmol/l}$ ) empfohlen, um potenziell das kardiovaskuläre Risiko und die kardiovaskuläre Mortalität zu verringern.
- Bei Patient\*innen mit ANCA-assoziiierter Vaskulitis kann durch Erreichen und Aufrechterhalten einer Remission das kardiovaskuläre Risiko verringert werden.
- Bei Patient\*innen mit Riesenzellarteriitis wird ein optimierter Einsatz von Glukokortikoiden empfohlen, um das Risiko eines Relaps und unerwünschten Glukokortikoid-Wirkungen auszubalancieren. Das kardiovaskuläre Risiko korreliert mit den Tages- und kumulativen Kortikoiddosierungen.

### Empfehlungen bei SLE und/oder APS

- Bei SLE-Patient\*innen wird zur Senkung des kardiovaskulären Risikos ein Blutdruckwert  $< 130/80 \text{ mmHg}$  empfohlen. Zur Therapie der Grunderkrankung kann ein bevorzugter Einsatz von Hydroxychloroquin erwogen werden. Für APS-Patient\*innen gelten bei den blutdruck- und lipidsenkenden Therapien (wie auch bei SLE) die gleichen Empfehlungen wie für die Allgemeinbevölkerung.
- Bei Patient\*innen mit Lupusnephritis und einem Protein-/Kreatinin-Verhältnis  $> 500 \text{ mg/g}$  oder arterieller Hypertonie wird der Einsatz von Angiotensin-converting-enzyme (ACE)- oder Angiotensin-Rezeptor-Hemmern empfohlen.

- Patient\*innen mit SLE können Kandidat\*innen für eine präventive niedrigdosierte Therapie mit Acetylsalicylsäure (ASS) sein, abhängig u. a. von der Höhe und dem Risikoprofil von Antiphospholipid-Antikörpern. Um das kardiovaskuläre Risiko weiter zu reduzieren, sollte eine niedrige Krankheitsaktivität aufrechterhalten werden. Glukokortikoide sollten

in der niedrigstmöglichen Dosierung eingesetzt werden.

#### ▾ QUELLE

- Drosos GC, Vedder D, Houben E et al.: EULAR recommendations for cardiovascular risk management in rheumatic and musculoskeletal diseases, including systemic lupus erythematosus and antiphospholipid syndrome. *Annals of the Rheumatic Diseases* 2022; 81: 768–779; [iwww.de/s6990](http://iwww.de/s6990)

## Juvenile idiopathische Arthritis

### Uveitis führt häufig zu Komplikationen

Eine Uveitis ist die häufigste extraartikuläre Manifestation bei Kindern und Jugendlichen mit Juveniler Idiopathischer Arthritis (JIA) und führt häufig zu Komplikationen. In der ICON-Studie entwickelte jedes siebte Kind mit JIA eine Uveitis und knapp die Hälfte von ihnen im 5-Jahres-Follow-up Komplikationen wie Katarakt und Glaukom.

JIA-Patient\*innen mit einer Uveitis sollten sofort zum Augenarzt überwiesen werden, betonte Prof. Dr. Kirsten Minden, Kinderreumatologin an der Universitäts-Kinderklinik der Berliner Charité, bei der Pressekonferenz anlässlich des Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) in Berlin. Unerkannt und unbehandelt könne eine Uveitis rasch zu schwerwiegenden Komplikationen mit Sehkrafteinbußen bis hin zur Erblindung führen. Die Früherkennung der Augenmanifestation ist allerdings häufig eine Herausforderung. Gerade bei jungen Patient\*innen bis zum Alter von 2 Jahren fehlten typische Warnzeichen für eine Entzündung der Uvea wie Schmerzen oder gerötete Augen.

In der ICON-Studie, die bereits vor 10 Jahren begann, sind Häufigkeit und Verlauf der Uveitis bei 955 Patient\*innen untersucht worden. 133 Studienteilnehmer\*innen (14 %) entwickelten eine Uveitis. Rund drei Viertel waren weiblich, 86 % waren Autoantikörper (ANA)-positiv und 70 % hatten eine Oligoarthritis. Die JIA war im Schnitt im Alter von 3,1 Jahren, die Uveitis im Alter von 4,4 Jahren diagnostiziert worden. Bei 97 Betroffenen wurde der Verlauf der Augenmanifestation mithilfe von oph-

thalmologischen Fragebögen über einen Zeitraum von im Schnitt 5,8 Jahren dokumentiert. Bei jedem vierten Kind mit Uveitis seien bereits bei Diagnose der Augenentzündung okuläre Komplikationen festgestellt worden, betonte Minden. Im weiteren Verlauf wurden sie bei fast jedem zweiten Betroffenen festgestellt. Am häufigsten waren entzündungsbedingte Verklebungen der Augenhaut (31 %), Katarakt (27 %) und erhöhter intraokulärer Druck (12 %), mit oder ohne Glaukom. Mindestens jedes vierte Kind mit Komplikationen sei zu spät zum Augenarzt überwiesen worden, sagte die Kinderreumatologin. Standardtherapie bei einer Uveitis sind Kortisontropfen, die aber möglichst nicht langfristig eingesetzt werden sollen, so Minden. Bei Beurteilung nach 5 Jahren hatten über 90 % der Patient\*innen mit Uveitis keine relevante Einschränkung der Sehkraft, bei 83 % war die Uveitis weitgehend unter Kontrolle, 40 % erreichten eine Remission.

#### ▾ QUELLE

- Klotsche J, Minden K et al.: Course of uveitis in children with juvenile idiopathic arthritis: data from the Inception Cohort of Newly diagnosed patients with JIA (ICON-JIA) study. DGRh-Kongress 2022, POS0336; [iwww.de/s6991](http://iwww.de/s6991)

## DGRh 2022

### Lunge rückt in der Rheumatologie in den Fokus

Bei einigen entzündlich-rheumatischen Erkrankungen (IRE) steht die Lungenbeteiligung zunehmend im Fokus. Insbesondere bei Rheumatoider Arthritis (RA), systemischer Sklerose und inflammatorischen Myopathien entwickelten sich im Krankheitsverlauf oft eine interstitielle Lungenerkrankung (ILD), berichtete Prof. Dr. med. Andreas Krause aus Berlin, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) und Kongresspräsident, bei einer Pressekonferenz anlässlich des Deutschen Rheumatologiekongresses 2022. Eine ILD beeinträchtigt den Krankheitsverlauf und korreliert mit einer ungünstigen Prognose und einer eingeschränkten Lebenserwartung.

Genauere Zahlen zur Häufigkeit von ILD bei den genannten IRE liegen bisher nicht vor. Nicht alle Patient\*innen würden konsequent auf einen möglichen Lungenbefall hin untersucht, betonte Prof. Dr. med. Krause. Er empfahl, Rheumapatient\*innen, insbesondere mit RA, nach Symptomen wie Husten und Luftnot zu befragen und stethoskopisch zu untersuchen. Umgekehrt sollte auch bei Patient\*innen mit unklaren Lungensymptomen nach einer möglichen rheumatischen Erkrankung gefahndet werden, da ein Lungenbefall auch die Erstsymptomatik sein könne.

Bei 5 bis 10 % aller RA-Patient\*innen entwickelt sich nach Angaben von Krause eine ILD. Männer seien häufiger betroffen als Frauen. Zu den weiteren Risikofaktoren zählten Rauchen, das Vorliegen von Rheumafaktor oder anderen Autoantikörpern im Blut sowie genetische Faktoren. Männliche RA-Patienten mit genetisch erhöhtem ILD-Risiko seien zu fast 20 % betroffen. Bei Patient\*innen mit systemischer Sklerose und bestimmten Muskelentzündungen liegt der Anteil der Betrof-

fenen zum Teil noch deutlich darüber. Bei Patient\*innen mit Psoriasis-Arthritis sei hingegen eine Lungenbeteiligung die Ausnahme, betonte Krause.

Die Therapie von IRE-Patient\*innen mit Lungenbeteiligung basiert neben der Entzündungshemmung auf anti-fibrotischen Wirkstoffen. Unbehandelt

## Umwelt

### Hohe Feinstaubexposition erhöht Risiko für Autoimmunerkrankungen

Eine italienische Beobachtungsstudie hat bestätigt, dass chronische Feinstaubexposition ein Trigger für Autoimmunerkrankungen sein kann. Die Risiken für Rheumatoide Arthritis (RA) waren nach Angaben der Autor\*innen bei mit Verkehrs- oder Industrieabgasen exponierten Studienteilnehmer\*innen um rund 40 %, für chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (CED) um rund 20 % und für Bindegewebserkrankungen (CTD) um etwa 15 % erhöht.

In der Studie wurden die Inzidenzen von Autoimmunerkrankungen bei 81.363 Italiener\*innen – im Mittel 65 alt, fast 92 % Frauen – mit einer Feinstaubbelastung über 4 bis 5 Jahre abgeglichen. Eine hohe  $PM_{10}$ -Exposition ( $\geq 30 \mu\text{g}/\text{m}^3$ ) bzw. hohe  $PM_{2,5}$ -Exposition ( $\geq 20 \mu\text{g}/\text{m}^3$ ) war mit einem um 12 bzw. 13 % erhöhten Risiko für eine Autoimmunerkrankung verbunden. Eine hohe Exposition mit  $PM_{10}$ -Partikeln korrelierte insbesondere mit einem erhöhten RA-Risiko, eine hohe Exposition mit ultrafeinen  $PM_{2,5}$ -Partikeln mit erhöhten Risiken für RA, CED und CTD.

#### QUELLE:

- Adami G, Pontalti M, Cattani G, et al. Association between long-term exposure to air pollution and immune-mediated diseases: a population-based cohort study. RMD Open 2022;8:e002055; doi.org/10.1136/rmdopen-2021-002055

# PM: Particulate Matter (= Feinstaub)

schreitet eine ILD fort, es kommt zur Lungenfibrose und dem Verlust von Lungengewebe.

#### QUELLE

- Pressekonferenz zum DGRh-Kongress vom 01.09.2022, Prof. Dr. Andreas Krause, Berlin, Pressemitteilung bei der DGRh online unter [www.de/s7005](http://www.de/s7005)

## Kniearthrose

### Gehtraining kann dauerhaften Knieschmerzen vorbeugen

Patient\*innen mit Kniearthrose, ob symptomatisch oder asymptomatisch, kann Gehtraining als körperliche Aktivität empfohlen werden. Laut einer US-Studie entwickeln Patient\*innen, die angegeben haben, regelmäßig spazieren gehen, um sich fit zu halten, seltener neue anhaltende Knieschmerzen als inaktive Patient\*innen. Auch eine Verengung des medialen Gelenkspalts wurde im 4-Jahresverlauf seltener beobachtet.

An der Kohortenstudie nahmen 1.212 Personen mit symptomatischer oder asymptomatischer Kniearthrose im Alter ab 50 Jahren (im Mittel 63 Jahre) teil. 45 % waren männlich, der Body-Mass-Index lag im Schnitt bei 29,4  $\text{kg}/\text{m}^2$ . 73 % der Studienteilnehmer\*innen gaben an, zu Fuß zu gehen, um körperlich zu trainieren. Innerhalb von 8 Jahren wurde der Einfluss des Gehtrainings auf Knieschmerzen und die radiologische Progression der Arthrose untersucht.

Bereits bei den jetzt veröffentlichten 48-Monatsdaten zeigte sich bei 2 Parametern ein günstiger Einfluss des Gehtrainings im Vergleich zu Personen, die sich nicht als Fußgänger bezeichneten:

- Die Wahrscheinlichkeit, dass neue dauerhafte Knieschmerzen auftraten, war bei den Gehern relativ um 40 % geringer (Odds Ratio

[OR] = 0,6; 95 % Confidence Interval [CI] = 0,4 – 0,8), als bei den nichtgehenden Studienteilnehmer\*innen.

- Eine Progression der Verengung des medialen Gelenkspalts war bei Personen, die Gehtraining betrieben, um 20 % seltener (OR = 0,8; 95 % CI = 0,6 – 1,0).

Keinen Einfluss hatte das Gehtraining auf bereits vorliegende dauerhafte Knieschmerzen und den radiologischen Kellgren-Lawrence-Score zur Beurteilung des Schweregrads einer Kniearthrose.

Fazit der Autor\*innen: Patient\*innen mit Kniearthrose sollten zu Gehtraining animiert werden. In einer Folgestudie wollen die Wissenschaftler\*innen untersuchen, ob regelmäßiges Gehen auch einen krankheitsmodifizierenden Effekt haben könnte.

#### QUELLE

- Lo GH et al., Association Between Walking for Exercise and Symptomatic and Structural Progression in Individuals With Knee Osteoarthritis: Data From the Osteoarthritis Initiative Cohort. Arthritis Rheumatol 2022; doi.org/10.1002/art.42241

## 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](mailto: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](mailto: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.