

45. Kongress der DGRh

Defizite bei der Früherkennung von entzündlich-bedingten Rückenschmerzen

74 bis 85 % der Deutschen leiden unter Rückenschmerzen. Meist liegt ein unspezifischer Schmerz vor, bei dem keine genaue Ursache erkannt wird. Bei etwa einem von vier Patienten mit chronischen Rückenschmerzen kann der Grund jedoch eine chronisch-entzündliche Wirbelsäulenerkrankung wie die ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew) sein. Nur bei etwa jedem vierten dieser Patienten wird nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) eine korrekte Diagnose gestellt.

„Als Ursache für den Rückenschmerz werden entzündlich-rheumatische Erkrankungen häufig gar nicht oder erst zu spät erkannt“, so Dr. Uta Kiltz, Oberärztin am Rheumazentrum Ruhrgebiet (Herne) bei einer Pressekonferenz während der Jahrestagung der DGRh Anfang September in Stuttgart. „Bereits in der Erstversorgung sollten Patienten unter 45 Jahren, die über 12 Wochen chronische Rückenschmerzen haben, auf Charakteristika einer Rheumaerkrankung befragt werden“, empfiehlt Kiltz. „Wacht beispielsweise der Patient aufgrund von Schmerzen regelmäßig in der zweiten Nachthälfte auf oder verbessern sich die Beschwerden bei Bewegung, sollte unbedingt an die Möglichkeit einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung gedacht werden.“ Haben Patienten darüber hinaus bereits andere Vorerkrankungen wie chronisch-entzündliche Darmerkrankungen oder Schuppenflechte, verdichtete sich die Wahrscheinlichkeit, dass der Rückenschmerz bspw. Folge einer axialen Spondyloarthritis (axSpA) sei.

Verspätete Diagnose bei axSpA

Chronische Rückenschmerzen als Frühsymptom einer axSpA werden vom Primärversorger häufig als unspezifische Kreuzschmerzen fehlgedeutet, so

Kiltz. Zwischen Symptombeginn und Diagnosestellung einer axSpA vergangen nicht selten 5-14 Jahre. Dies sei vor allem darauf zurückzuführen, dass nicht ein einzelnes Symptom wegweisend für die Diagnose sei, sondern die „richtigen“ Patienten aus der großen Gruppe der Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen vorselektiert werden müssten. Bei Verdacht auf entzündlich-rheumatische Rückenschmerzen (Rückenschmerzen \geq 12 Wochen, die vor dem 45. Lebensjahr begonnen haben, Schmerzen in der zweiten Nachthälfte, die zum Aufwachen führen, Besserung durch Bewegung und nichtsteroidale Antirheumatika) sollten die Patienten zur weiteren Abklärung zum Rheumatologen überwiesen werden. Wegweisend für die Diagnose einer axSpA sei der Nachweis einer Sakroiliitis mit Röntgen und/oder MRT. Die axSpA sei eine potenziell schwerwiegende Erkrankung mit verschiedenen (u. a. Psoriasis, chronisch-entzündliche Darmerkrankung, Uveitis) die ein koordiniertes multidisziplinäres Vorgehen unter der Koordinierung eines Rheumatologen erfordere.

Auch eine Rheumatoide Arthritis (RA), die bekanntlich vor allem die kleinen

Finger- und Fußgelenke betrifft, kann Rückenschmerzen verursachen, wenn es zu einer Entzündung in den kleinen Kopfgelenken der Wirbelsäule (Densarthrititis) oder zu einer frakturierenden, meist Glukokortikoid-induzierten Osteoporose kommt. Die Wirbelsäulenmanifestation sei in beiden Fällen Folge einer anhaltend hohen Krankheitsaktivität, so Kiltz.

Therapieabbau bei anhaltender Remission

Viele Patienten äußern nach einer längeren Phase der Beschwerdefreiheit unter laufender Therapie den Wunsch, die Therapie zu reduzieren bzw. zu beenden. „Voraussetzung für einen solchen Therapieabbau ist grundsätzlich – neben dem Einverständnis des Patienten – eine stabile Remission über mindestens sechs Monate“, berichtete Prof. Dr. Klaus Krüger (Praxiszentrum St. Bonifatius, München). Zudem sollten die Patienten zuverlässig überwacht werden können, um eine Verschlechterung nach Reduzierung des Therapieregimes sofort zu erkennen. In der Regel steht am Beginn des Therapieabbaus das Ausschleichen der Glukokortikoidtherapie. In Leitlinien wie den kürzlich aktualisierten EULAR-Empfehlungen zur RA-Therapie (siehe Seite 4 dieser Ausgabe) wird gefordert, Kortikoide (die initial obligatorisch zum Behandlungsplan gehören) möglichst nach drei bis sechs Monaten abzusetzen. Für die weitere Reihenfolge des Abbaus gibt es laut Krüger keine wirklich evidenzbasierten Regeln. Die Entscheidung müsse individuell getroffen werden.

QUELLE

- Pressekonferenz anlässlich des 45. Kongresses der DGRh, Stuttgart, 07.09.2017

Therapie**Riesenzellerteriitis: bald bessere Behandlungsmöglichkeiten mit Tocilizumab**

Die Riesenzellerteriitis (RZA) ist zwar selten, aber dennoch die häufigste Gefäßentzündung von Menschen jenseits des 50. Lebensjahrs. Die Chancen für eine Heilung – die mit der bisherigen Therapie mit Kortison bei etwa 50 % liegt – steigen vermutlich mit dem neuen Medikament Tocilizumab, das vor der Zulassung steht.

Die durch die RZA verursachten Entzündungen betreffen hauptsächlich die größeren Gefäße im Bereich der Schläfen, können aber auch auf andere Gefäße wie die Aorta oder die Hirngefäße übergreifen. Die Patienten, vor allem Frauen, berichten häufig von starken Kopfschmerzen, auch die Muskeln im Becken und im Schultergürtel können teils heftige Beschwerden verursachen. Wenn Netzhautgefäße betroffen sind, kann innerhalb kurzer Zeit die Sehkraft eines Auges verloren gehen, sind Hirngefäße beteiligt, drohen Schlaganfälle. „Eine Riesenzellerteriitis ist daher immer ein Notfall und muss sofort behandelt werden“, betont Prof. Dr. med. Bernhard Hellmich aus Kirchheim, diesjähriger Kongresspräsident der DGRh, in einer Pressemitteilung der Fachgesellschaft.

Therapiestandard ist bisher Kortison. Doch bei etwa 50 % der Patienten ist die Krankheit so aktiv, dass Kortison nicht ausgeschlichen werden kann, ohne dass die Symptome wieder aufflammen, und das Risiko für schwere Nebenwirkungen mit zunehmender Therapiedauer steigt. Für diese Patienten gibt es künftig mit Tocilizumab eine Alternative. Der Antikörper blockiert den Interleukin-6-Rezeptor und unterbricht damit vermutlich die Immunreaktion, die der Gefäßentzündung zugrunde liegt.

Die gute Wirksamkeit des Medikaments wurde in einer internationalen Studie bei insgesamt 251 RZA-Patienten belegt, bei denen die Krankheit entweder neu diagnostiziert worden war oder die einen Rückfall erlitten hatten. Tocilizumab wurde den Ver-

patienten über ein Jahr subkutan einmal wöchentlich oder alle 14 Tage gespritzt, kombiniert mit einer initialen Prednisontherapie, die im Verlauf von 26 Wochen ausgeschlichen wurde. Die Vergleichsgruppen erhielten Placebo in Kombination mit Prednison über 26 oder 52 Wochen. Bei Studienende nach einem Jahr betrogen die anhal-

Schweizer Studie**TNF-alpha-Therapie halbierte Progressionsrate einer axialen Spondyloarthritis**

Bei Patienten mit axialer Spondyloarthritis (axSpA) kommt es im Verlauf der Erkrankung zu strukturellen Veränderungen im Achsenskelett, vor allem zur Knochenneubildung (Syndesmophyten, Ankylose). Diese radiologische Progression einer axSpA ist nach Daten einer Schweizer Studie bei längerfristiger Therapie mit TNF-alpha-Blockern deutlich verlangsamt.

An der Studie nahmen 432 axSpA-Patienten teil, im Mittel 40 Jahre alt, zwei Drittel männlich, die im Schnitt seit fast 14 Jahren SpA-Symptome hatten. Der DAS (Disease Activity Score) lag bei Studienbeginn bei 2,8. Die radiologische Progression wurde mithilfe von zwei spinalen Röntgenaufnahmen im Abstand von zwei Jahren beurteilt. Bei Patienten, bei denen bereits mehr als zwei Jahre TNF-alpha-Blocker eingesetzt worden waren, war die Rate einer radiologischen Progression – Anstieg des mSASSS (modified Stoke AS Spinal Score) um mindestens zwei Einheiten – fast halbiert, berichtete Dr. Adrian Ciurea, Rheumatologe an der Universitätsklinik in Zürich, beim EULAR 2017 in Madrid. Nach mindestens vierjähriger Behandlung mit TNF-Blockern war die Progressionsrate um fast 70 % reduziert. Die radiologische Pro-

gressionsrate war bei Männern deutlich höher als bei Frauen und korrelierte auch mit der Krankheitsaktivität und dem mSASS zu Beginn der Studie.

↘ QUELLEN

- Stone JH et al. Trial of Tocilizumab in Giant-Cell Arteritis. N Engl J Med. 2017;377(4):317-328
- Pressemitteilung der DGRh vom 30.08.2017

In einer weiteren Multicenterstudie der Schweizer Arbeitsgruppe konnte ein negativer Einfluss von Übergewicht auf das Ansprechen von axSpA-Patienten auf TNF-alpha-Blocker belegt werden. Bei Patienten mit starkem Übergewicht (BMI > 30) war das ASAS40-Ansprechen im Verlauf eines Jahres um 70 % geringer als bei Patienten mit Normalgewicht (29 vs. 44 %). Auch bei übergewichtigen Patienten (BMI 25-30) war das ASAS40-Ansprechen unter TNF-Blockern verringert (34 %).

↘ QUELLEN

- A. Ciurea et al., EULAR 2017, Madrid, Abstracts OP0189, THU0347

Therapie

Neue EULAR-Empfehlungen zum Management der RA

Die European League Against Rheumatism (EULAR) hat ihre Empfehlungen zum Management einer frühen Rheumatoiden Arthritis (RA) und zum Management einer RA mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) aktualisiert. Wie gewohnt geben die europäischen Taskforces auf Basis von systematischen Literatur-Recherchen, bei früher RA ergänzt durch Expertenmeinungen, sowohl Empfehlungen zur Frühdiagnose einer RA und zu übergeordneten allgemeinen Therapieprinzipien als auch konkret zum sequenziellen Einsatz von DMARDs (synthetisch und biologisch) in Abhängigkeit von Prognosemarkern.

Rheumatologen sind die Spezialisten, die sich primär um die Versorgung von Patienten mit RA und früher RA kümmern sollten, wird in beiden Papieren betont. Patienten mit Anzeichen einer Arthritis (jedes geschwollene Gelenk in Kombination mit Schmerzen oder Steifheit) sollten möglichst innerhalb von sechs Wochen nach Symptombeginn einem Rheumatologen vorgestellt werden. Bei der Behandlung sollte eine bestmögliche Versorgung angestrebt werden, allerdings auch unter Berücksichtigung von Kosten, heißt es in dem RA-Therapiekonsens. Basis der Behandlung sollte eine gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Patienten und Rheumatologen sein.

Patienten mit einem Risiko für eine persistierende Arthritis sollten so früh wie möglich mit DMARDs behandelt werden (idealerweise innerhalb von drei Monaten), selbst wenn die Klassifikationskriterien für eine entzündliche rheumatologische Erkrankung nicht vollständig erfüllt sind. Für RA-Patienten gilt: Sobald die Diagnose gestellt worden ist, sollte mit der DMARD-Therapie begonnen werden. Das Therapieziel: anhaltende Remission oder zumindest niedrige Krankheitsaktivität.

Das „Ankermedikament“ bei RA- und Arthritis-Patienten mit Risiko einer persistierenden Erkrankung ist Methotrexat (MTX). Es sollte, sofern keine Kontraindikationen vorliegen, Teil des initialen Therapieregimes sein. Als alternative synthetische DMARDs sind für RA-

Patienten Leflunomid und Sulfasalazin genannt. Begleitet werden sollte eine MTX-Therapie bei RA-Patienten initial durch eine kurzzeitige orale Glukokortikoid-Therapie über drei bis sechs Monate. Auch bei Arthritis-Patienten werden systemische Glukokortikoide zur Reduktion von Schmerzen und Schwellungen und zur Prävention struktureller Veränderungen empfohlen. Glukokortikoide sollten in der niedrigsten wirksamen Dosis und zeitlich begrenzt (< sechs Monate) eingesetzt werden, intraartikuläre Glukokortikoid-Injektionen kommen zur lokalen Entzündungskontrolle in Frage. Für eine symptomatische NSAR-Therapie gelten die gleichen Regeln wie bei Glukokortikoiden: Einsatz der minimalsten effektiven Dosis über eine so kurze Zeitspanne wie möglich. Zusätzlich zur Pharmakotherapie sollte möglichst auch nicht-medikamentös interveniert werden, z.B. mit dynamischen körperlichen Übungen, Gewichtskontrolle, Raucherentwöhnung.

Bei RA-Patienten, bei denen sich unter der initialen Therapie im Verlauf von drei Monaten die Symptomatik nicht um 50 % gebessert hat und nach sechs Monaten nicht das Therapieziel erreicht worden ist, wird eine Stratifizierung nach Prognosemarkern empfohlen. Bei Patienten ohne ungünstige Prognosemarker (moderate bis hohe Krankheitsaktivität, viele geschwollene Gelenke, Autoantikörper, frühzeitige Erosionen) wird ein Wechsel des konventionellen DMARDs empfohlen. Liegen ungünstige Prognosemarker vor

oder waren bereits zwei oder mehr konventionelle DMARDs nicht ausreichend wirksam, werden Biologika (derzeitige Praxis) – u.a. TNF-alpha-Blocker, Abatacept, Rituximab, Tocilizumab – oder zielgerichtet wirkende JAK-Inhibitoren (Tofacitinib, Baricitinib) empfohlen. Sowohl biologische als auch zielgerichtet wirkende DMARDs sollten mit konventionellen Therapeutika kombiniert werden. Kommt dies nicht in Betracht, bieten nach Einschätzung der Experten Interleukin-6-Hemmstoffe und zielgerichtet wirkende DMARDs Vorteile gegenüber anderen Biologika. Bei Patienten in anhaltender Remission kann wieder ein Ausschleichen der Therapie erwogen werden.

QUELLEN

- Combe B, Landewé R, Daien CI, et al. 2016 update of the EULAR recommendations for the management of early arthritis. *Ann Rheum Dis* 2017;76:948–959.
- Smolen JS, Landewé R, Bijlsma J, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2016 update. *Ann Rheum Dis* 2017;76:960–977.

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

RAin, FAin StR Franziska David (Chefredakteurin),
Dipl.-Biologe Roland Fath (Schriftleiter),
Dr. Stephan Voß M.A. (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.