

Rheumatoide Arthritis (RA)

Neue Leitlinie zur RA-Therapie

Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) hat eine neue S2e-Leitlinie zur Behandlung der Rheumatoiden Arthritis (RA) veröffentlicht (1) und auf ihrem Jahreskongress im September 2018 in Mannheim vorgestellt. Hervorgehoben wird die hohe Bedeutung einer frühzeitigen gezielten Behandlung mit krankheitsmodifizierenden Medikamenten (DMARDs) anstelle langfristiger Kortisontherapie. Erste Kontrolltermine werden schon nach 6 Wochen anstelle bisher 12 Wochen empfohlen.

Eine RA ist die häufigste entzündlich-rheumatische Erkrankung. In Deutschland sind nach Angaben der DGRh rund 550.000 Erwachsene betroffen. Bereits in der letzten Leitlinie forderte die Fachgesellschaft, die Therapie innerhalb der ersten 3 Monate nach dem Einsetzen der Beschwerden zu beginnen. Das Ziel der Behandlung ist das Erreichen und Erhalten einer Remission oder, wenn das nicht möglich ist, zumindest einer niedrigmöglichen Krankheitsaktivität.

Allerdings hat sich das „Treat-to-Target“-Therapiekonzept, das für eine zielgenaue Behandlung mit DMARDs steht, noch nicht flächendeckend durchgesetzt, schreibt die DGRh in einer Pressemitteilung (2). Nach aktuellen Zahlen weist ein Drittel der RA-Patienten noch eine mäßige bis hohe Krankheitsaktivität auf und jeder zweite dieser Patienten wird hochdosiert mit Kortison behandelt. „Diese Patienten haben ein erhöhtes Risiko auf Infektionen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Osteoporose“, warnt Prof. Dr. Christoph Fiehn aus Baden-Baden, Erstautor der neuen Leitlinie (2).

DMARDs können den progredienten Verlauf der Erkrankung verlangsamen und eine Zerstörung der Gelenke verhindern. „Dies gelingt aber nur, wenn

die Patienten regelmäßig untersucht werden und bei einer fehlenden Verbesserung ein frühzeitiger Wechsel des DMARDs erfolgt“, betont Fiehn. Empfohlen wird, die Therapie mit Methotrexat (MTX) zu beginnen. „Bei vielen Patienten gelingt es, die Krankheit allein mit MTX zu kontrollieren“, so der Rheumatologe. Bei Patienten, die MTX nicht vertragen, sind Leflunomid oder Sulfasalazin die ersten Alternativen.

Die Wirksamkeit der Erstbehandlung sollte frühzeitig überprüft werden. In der neuen Leitlinie wird ein erster Kontrolltermin nach 6 Wochen empfohlen, um Verträglichkeit und Therapietreue sowie die Richtigkeit der Dosierung zu kontrollieren. Bei weiteren Kontrollen nach 3 Monaten sollte eine messbare Verbesserung eingetreten und nach 6 Monaten das Therapieziel erreicht worden sein. Gelingt dies nicht, sollte die Therapie frühzeitig angepasst werden. Abhängig von Krankheitsaktivität und Prognosefaktoren rät die DGRh:

- Bei Fehlen ungünstiger Prognosefaktoren und moderater Krankheitsaktivität kommt eine Kombination mehrerer konventioneller DMARDs infrage.
- Bei hoher Krankheitsaktivität und/oder Vorliegen ungünstiger Prognosefaktoren wird die Kombination

eines konventionellen DMARD (i. d. R. MTX) mit einem biologischen oder gezielt synthetischen DMARD (Baricitinib, Tofacitinib) empfohlen.

- Sprechen die Patienten unzureichend auf 2 konventionelle DMARDs an, sollen ebenfalls Biologika oder gezielt synthetische DMARDs eingesetzt werden. Wenn möglich, sollten diese Medikamente mit MTX kombiniert werden.
- Bei nicht ausreichendem Ansprechen oder Unverträglichkeit des ersten Biologikums sollte auf ein alternatives Biologikum mit gleichem oder anderem Wirkprinzip oder ein gezielt synthetisches DMARD umgestellt werden. Ein nochmaliger Wechsel ohne Änderung des Wirkprinzips wird nicht empfohlen.
- Wird nach einem konventionellen zunächst ein gezielt synthetisches DMARD eingesetzt, sollte bei Nicht-Ansprechen auf ein Biologikum gewechselt werden.

Ein wichtiges Ziel der RA-Therapie sollte es sein, Glukokortikoide (GC) nur vorübergehend einzusetzen und die Kortisondosis frühzeitig zu senken, idealerweise bis zum kompletten Absetzen. In der Praxis werden immer noch viele RA-Patienten dauerhaft mit Kortison behandelt, kritisiert die DGRh. „Es gibt keinen Beweis, dass Kortison in niedriger Dosierung ungefährlich ist oder bei einer optimierten DMARD-Therapie einen zusätzlichen Nutzen mit sich bringt“, betont Fiehn.

Bei initialer Therapie sollten GC, ergänzend zu einem konventionellen DMARD, in einer Startdosis bis 30 mg Prednisolonäquivalent/Tag gegeben werden. Innerhalb von 8 Wochen sollte

dann eine Reduktion auf eine niedrige Dosis erreicht werden. Nach Empfehlung der DGRh sollte längerfristig eine Dosis von 5 mg Prednisolonäquivalent/Tag nicht überschritten werden. Die GC-Therapie soll möglichst auf eine Dauer von 3 bis 6 Monaten beschränkt werden. Eine zusätzliche intraartikuläre GC-Therapie kann sinnvoll sein. Einige RA-Patienten werden unter einer optimierten Therapie auf Dauer beschwerdefrei.

Psoriasis-Arthritis

Hohes Risiko für Herz-Kreislauf-Komplikationen

Das kardiovaskuläre Risiko von Patienten mit Psoriasis und Psoriasis-Arthritis sollte regelmäßig abgeklärt werden, rät die DGRh (1). Die Patienten haben aufgrund der Entzündung und häufig vorliegenden kardiovaskulären Risikofaktoren ein deutlich erhöhtes Risiko für Herzinfarkt oder Schlaganfall. Das Ausmaß der Gefährdung verdeutlichen neue Real-World-Daten des International Psoriasis and Arthritis Research Teams (IPART) bei 2.254 Patienten mit Psoriasis (41 Prozent) und Psoriasis-Arthritis (59 Prozent) aus 8 Zentren in Kanada, den USA und Israel (2). Fast die Hälfte der Patienten hatte demnach im Alter von Anfang 60 ein Risiko von mehr als 10 Prozent, innerhalb der nächsten 10 Jahre einen Herzinfarkt oder Schlaganfall zu erleiden.

Die Studienteilnehmer waren im Mittel 52 Jahre alt und fast 90 Prozent wiesen mindestens einen modifizierbaren kardiovaskulären Risikofaktor auf: 75 Prozent waren übergewichtig oder fettleibig, 45 Prozent hatten Bluthochdruck, 49 Prozent erhöhte Cholesterinwerte, 17 Prozent waren aktuelle Raucher, rund 13 Prozent hatten einen Typ-2-Diabetes. Vielen Patienten waren die Begleiterkrankungen noch gar nicht bekannt oder die Werte (Blutdruck, Cholesterin) waren schlecht eingestellt.

Die neue S2e-Leitlinie gibt erstmals Empfehlungen zur „Deeskalation“ der Therapie. Sie ist aber nur möglich, wenn die Patienten kein Kortison mehr einnehmen und seit 6 Monaten beschwerdefrei sind. In weiteren Kapiteln der neuen Leitlinie werden der Einfluss von Lebensstilmodifikationen auf den Krankheitsverlauf und das Thema der gemeinsamen Entscheidungsfindung von Patient und behandelndem Arzt dargestellt.

QUELLEN

- 1) Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie vom 26.09.2018
- 2) Eder L. et al. Gaps in Diagnosis and Treatment of Cardiovascular Risk Factors in Patients with Psoriatic Disease: An International Multicenter Study. *Journal of Rheumatology* 2018; 45: 378-384

Rheumatoide Arthritis (RA)

SMS motivieren Rheumapatienten zu Bewegung

Patienten mit RA haben im Vergleich zu Gesunden ein deutlich erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Verstärkt wird dieses häufig durch ausgeprägten Bewegungsmangel. Laut Studien verbringen viele RA-Patienten die meiste Zeit des Tages im Sitzen, weil sie der Ansicht sind, dass sie ihre Gelenke schonen sollten, warnt die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) in einer Pressemitteilung (1). Das Gegenteil sei der Fall. Bewegung könne wesentlich dazu beitragen, dass das Herzinfarktrisiko bei RA-Patienten sinkt und erkrankte Gelenke beweglich bleiben. Die DGRh empfiehlt Patienten, sich in Absprache mit ihrem Rheumatologen ausreichend zu bewegen und verweist auf ein in Dänemark entwickeltes Motivationsprogramm (2).

Geschulte Krankenpflegerinnen klärten die Patienten in 3 Sitzungen über

QUELLEN

- 1) Fiehn C, Holle J et al., S2e-Leitlinie: Therapie der rheumatoiden Arthritis mit krankheitsmodifizierenden Medikamenten. *Z Rheumatol* 2018; 77 (Suppl 2): S35–S53; doi: 10.1007/s00393-018-0481-y
- 2) Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie vom 03.07.2018

die gesundheitlichen Risiken eines Bewegungsmangels auf und loteten die Möglichkeiten für mehr Bewegung im Alltag aus. Das Ziel war, die sitzenden Tätigkeiten insgesamt durch regelmäßige Steh- und Gehpausen zu verkürzen. Die Teilnehmer wurden unter der Woche einmal täglich per SMS daran erinnert, wie wichtig Bewegung für sie ist. Das Programm war erfolgreich. Die Sitzdauer der geschulten Patienten konnte im Vergleich zu einer Kontrollgruppe um mehr als 2 Stunden am Tag verkürzt werden. Die körperliche Bewegung leistete auch einen wichtigen Beitrag zur Behandlung, betont Prof. Dr. Hanns-Martin Lorenz aus Heidelberg, Präsident der DGRh. „Schmerzen und Abgeschlagenheit besserten sich in der Interventionsgruppe stärker, ebenso die Lebensqualität und die körperlichen Funktionen.“

Die DGRh verweist auf das bundesweite Angebot der Deutschen Rheumaliga an Rheuma-Patienten, in Gruppen etwas für ihre Bewegung zu tun (www.rheuma-liga.de/funktionstraining).

QUELLEN

- 1) Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie vom 29.08.2018
- 2) Thomsen T et al. The efficacy of motivational counselling and SMS reminders on daily sitting time in patients with rheumatoid arthritis: a randomized controlled trial. *Annals of the Rheumatic Diseases* 2017; 76: 1603-1606

EULAR-Empfehlungen

Tipps zum Schmerzmanagement bei Arthritis und Arthrose

Bei den meisten Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen und Arthrose sind Schmerzen das vorherrschende Symptom, das auch wesentlich zur gesamten Krankheitslast beiträgt. Entsprechend großen Stellenwert hat ein gutes Schmerzmanagement bei der Versorgung dieser Patienten. Die European League Against Rheumatism (EULAR) hat kürzlich auf Basis eines Literatur-Reviews neue Empfehlungen zum Schmerzmanagement bei Patienten mit entzündlichen Arthritiden und Arthrose veröffentlicht. Im Fokus steht dabei nicht die medikamentöse Therapie, sondern das Potenzial zusätzlicher Maßnahmen wie Erziehung und Verhaltenstherapie, körperliche Aktivität und Orthesen oder Gewichtsmanagement.

Die Taskforce betont die hohe Bedeutung eines patientenzentrierten Ansatzes beim Schmerzmanagement. D. h., die Bedürfnisse der Patienten sollten stets individuell erfasst und in Absprache mit ihnen die therapeutischen Optionen eruiert werden. Als Voraussetzungen dafür werden Grundkenntnisse der Pathologie von Schmerzen sowie die Fähigkeit der Behandler zur Differenzierung von lokalen und generalisierten Schmerzen genannt. Die meisten dieser Punkte werden von der Taskforce als übergeordnete Prinzipien beim Schmerzmanagement bei Arthritis- und Arthrose-Patienten zusammengefasst.

Die insgesamt 10 spezifischen Empfehlungen beinhalten ein diagnostisches Assessment (Schmerzcharakteristik, Ursachensuche, bisherige Therapien etc.), das Erstellen eines personalisierten Managementplans sowie 8 konkrete Therapieempfehlungen, die nach Bedarf und Eignung der Patienten zum Einsatz kommen sollten:

- Aufklärung der Patienten: Sie wird für alle Patienten empfohlen. Besonders gut belegt ist die Wirksamkeit aufklärerischer Maßnahmen bei Patienten mit Arthrose an Hüfte und/oder Knie.
- Physikalische Aktivität und körperliche Übungen: Wenn die Patienten dazu nicht selbstständig in der Lage sind, sollten sie zu einem Physiotherapeuten überwiesen werden. Bei ängstlichen Patienten wird ein multi-

disziplinärer Ansatz inklusive Verhaltenstherapie empfohlen.

- Versorgung mit Orthesen wie Schienen, Einlegesohlen, Schuhen oder Handschuhen. V. a. bei Patienten mit Schmerzen während körperlicher Bewegung haben sich Orthesen bewährt.
- Psychologische Interventionen wie kognitive Verhaltenstherapie, insbesondere bei ängstlichen oder depressiven Patienten.
- Pharmakologische und gelenkspezifische Schmerztherapien, v. a. bei Arthrose-Patienten, nach aktuellen Empfehlungen. Zu den Medikamenten der ersten Wahl zählen Paracetamol, topische NSAR, Capsaicin.
- Bei Patienten mit Schlafstörungen Aufklärung über Schlafhygiene, in schwereren Fällen Überweisung zu spezialisierten Ärzten.
- Bei übergewichtigen Patienten Interventionen zur Gewichtsreduktion.
- Multidisziplinäre Intervention, wenn mehrere Therapien indiziert sind.

Generell wurden für körperliche Übungen positive Wirkungen bei Patienten mit Spondylarthritis und Arthrose (Hüfte, Knie, Fuß/Knöchel) nachgewiesen; positive Daten gibt es außerdem für aerobe Übungen sowie für Krafttraining bei Arthrose-Patienten. In Tabellenform werden von den Taskforce-Autoren außerdem die Evidenzen für weitere Therapieformen bewertet, die in der rheumatologischen Praxis üblicherweise nicht so häufig eingesetzt

werden. Am besten sind dabei die Evidenzen für einen moderaten Nutzen der Akupunktur bei Kniearthrose, der Lasertherapie bei Kniearthrose, elektromagnetischer Therapien bei Arthrose und der Manualtherapie bei Arthrose in Hand oder Handgelenk. Positive Daten für einen geringen Nutzen dieser Verfahren liegen auch für Patienten mit Rheumatoider Arthritis (RA) vor. Einige positive Daten gibt es auch für die Balneotherapie, Thermotherapie sowie Ultraschall/Strahlentherapie.

Patienten mit Psoriasis-Arthritis leiden mindestens so stark unter Schmerzen wie RA-Patienten und haben einen hohen Bedarf für ein suffizientes Schmerzmanagement, so die Taskforce. Allerdings gab es in den ausgewählten Studien kaum Daten zur Schmerzlinderung in dieser Patientengruppe.

↘ QUELLE

- Geenen R, Overman CL, Christensen R et al., EULAR recommendations for health professional's approach to pain management in inflammatory arthritis and osteoarthritis. Ann Rheum Dis. 2018; 77: 797-807

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.-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 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.