

DGRh-Kongress

Aktualisierte DGRh-Leitlinie zu axialen Spondyloarthritis soll Früherkennung verbessern

Frühformen der axialen Spondyloarthritis (SpA) bleiben aufgrund ihrer unspezifischen Symptome häufig lange unerkannt. Die aktualisierte S3-Leitlinie „Axiale Spondyloarthritis inklusive Morbus Bechterew und Frühformen“ der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) soll nun dazu beitragen, den Zeitraum bis zur Diagnose und zum Beginn der Therapie weiter zu verkürzen. Einen Überblick über die aktualisierte Leitlinie und ihre Auswirkungen auf die Behandlung gaben Rheumatologen auf einer Pressekonferenz in Dresden anlässlich des DGRh-Kongresses 2019 (1).

Chronische entzündliche Rückenschmerzen als Frühsymptom der Erkrankung, die typischerweise junge Menschen zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr betrifft, werden häufig als unspezifische Kreuzschmerzen fehlgedeutet, sagte PD Dr. Uta Kiltz vom Rheumazentrum Ruhrgebiet in Herne. Als Warnsymptome nannte sie über mehr als drei Monate anhaltende chronische Rückenschmerzen bei Patienten unter 45 Jahren. Der Arzt sollte bei solchen Patienten „kritisch für entzündliche Signale sein“, betonte Kiltz. Häufig hätten Patienten mit axialer SpA auch extraartikuläre Manifestationen wie Uveitis, Psoriasis oder chronisch-entzündliche Darmerkrankungen. Häufig seien axSpA-Patienten ebenfalls HLA-B27-positiv, aber der Nachweis dieser Antikörper sei kein Screeningtest, betonte Kiltz. Für die abschließende Diagnose seien bildgebende Verfahren wie Röntgen und MRT unerlässlich. Die Indikationsstellung sollte möglichst in Abstimmung mit dem Rheumatologen erfolgen.

Bereits die SpA-Leitlinie aus dem Jahr 2013 hat nach Angaben von Kiltz dazu beigetragen, dass sich die Versorgungsqualität in Deutschland gebes-

sert hat. „Innerhalb von 20 Jahren ist der Anteil der Patienten, die innerhalb eines Jahres die SpA-Diagnose erhalten haben, von 30 auf 50 Prozent gestiegen“, so die Rheumatologin. Im Update der Leitlinie werden noch präzisere Angaben zur Diagnosestellung, zum interdisziplinären Vorgehen, zur koordinierten Versorgung bei Komorbiditäten und zum Management im Langzeitverlauf gemacht (2).

Ziel sei, die Diagnosestellung weiter zu verkürzen und durch frühzeitigen Therapiebeginn fortgeschrittene Stadien der Erkrankung mit knöchernen Veränderungen an Sakroiliakalgelenken und der Wirbelsäule (ankylosierende Spondylitis bzw. M. Bechterew) zu verhindern. Die Häufigkeit aller axialen Spondylarthritis liegt in Deutschland laut Schätzungen bei etwa 1 Prozent, der Anteil der Patienten mit fortgeschrittenen Stadien bei 0,5 bis 0,8 Prozent.

Die empfohlene evidenzbasierte Therapie bei axSpA-Patienten beruht auf mehreren Säulen: Bewegungsübungen, Patientenschulung und medikamentöse Therapien. Idealerweise sollte eine Kombination von nicht pharmakologischen und pharmakologischen

Maßnahmen erfolgen. Sportliche Aktivität und Bewegungsübungen, bevorzugt in Form von angeleiteten Gruppentherapien, haben einen hohen Stellenwert, wird in der Leitlinie betont, und können in Kombination mit strukturierter Patientenschulung zu einer verbesserten Krankheitsbewältigung und Verringerung von Krankheitskosten beitragen. In der Pharmakotherapie sind nach wie vor NSAR inklusive Coxibe Mittel der ersten Wahl.

Die Effektivität einer solchen Therapie sollte nach zwei bis vier Wochen überprüft und ggf. ein zweites NSAR versucht werden. Bei Patienten mit persistierend aktiver axialer SpA und unzureichendem Ansprechen auf NSAR sollte eine Therapie mit Biologika begonnen werden. Dabei werden neben den etablierten TNF α -Blockern auch Interleukin-17-Inhibitoren empfohlen. Ob eine Biologikaklasse zu bevorzugen ist, kann aufgrund der Datenlage nicht gesagt werden, heißt es in der Leitlinie. Die Wirksamkeit der Biologika-Therapie soll nach zwölf Wochen überprüft und bei Bedarf das Biologikum gewechselt werden. Bei Patienten in anhaltender Remission (mindestens sechs Monate) unter Biologika kann eine Dosisreduktion bzw. Intervallverlängerung und später eventuell auch das Absetzen des Biologikums erwogen werden.

▾ QUELLEN

- 1) Pressekonferenz Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie, 05.09.2019, DGRh-Kongress 2019, Dresden
- 2) Kiltz U, Braun J et al., S3-Leitlinie Axiale Spondyloarthritis inklusive Morbus Bechterew und Frühformen, Version 2019: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/060-003.html>

DGRh-Kongress**Können Apps die Früherkennung rheumatologischer Erkrankungen verbessern?**

Smartphone-Apps können für viele Bereiche unseres täglichen Lebens eine wertvolle Unterstützung sein. Auch medizinische Apps, z. B. für die Frühdetektion von Erkrankungen oder zur Unterstützung beim Krankheitsmanagement, finden zunehmend größere Verbreitung. Haben mobile Apps in der Rheumatologie für Patienten oder Ärzte bereits einen größeren Stellenwert? Der aktuelle Stand wurde beim DGRh-Kongress in Dresden präsentiert.

Patienten und Gesundheits-Apps

Die Bereitschaft zur Nutzung von Gesundheits-Apps ist groß. Laut Befragungen finden rund zwei Drittel aller Patienten medizinische Apps hilfreich, berichtete Dr. Johannes Knitza vom Universitätsklinikum Erlangen. Aktuell nutzen solche Apps allerdings nur vier Prozent der Befragten.

Die meisten Gesundheits-Apps werden zur Beschleunigung der Diagnose oder zum Monitoring des Krankheitsverlaufs entwickelt. Auch erste positive Daten gibt es bereits, z. B. für die App „Ada“, die über eine Befragung der Nutzer die Früherkennung von seltenen Erkrankungen verbessern soll. „Bei der Hälfte der Patienten wurde mithilfe der App die Zeit bis zur Diagnosestellung deutlich verkürzt“, berichtete Knitza. Das Problem ist: Die Algorithmen auf Basis individueller Fragen und Antworten seien noch nicht ausgereift. Fehl- und Überdiagnosen seien beim Einsatz solcher Apps bisher häufig.

Rheuma-Apps im Test

Auch im Bereich der Rheumatologie sind bereits eine Reihe mobiler Apps verfügbar. Knitza und seine Kollegen haben 16 Rheuma-Apps beurteilt, die sowohl im Apple App Store als auch im Google Play Store auf Deutsch verfügbar waren und als unabhängig eingestuft wurden, davon neun für Patienten und sieben für Rheumatologen. Diese Apps wurden mit der Mobile

App Rating Scale (MARS) nach den Kategorien Nutzereinbindung, Funktionalität, Ästhetik und Informationsqualität bewertet.

Die höchste Punktzahl erzielte die App „Rheuma Auszeit“ mit einem Score von 4,19 (maximal 5), berichtete Knitza. Diese App wurde maßgeblich von Patienten mit entwickelt und vermittelt außer Informationen zur Erkrankung in Form von Video- sowie Audio-Files auch Techniken zur besseren Krankheitsbewältigung. Einige weitere Rheuma-Apps für Patienten setzen ebenfalls vor allem auf gute Informationen in Wort und/oder Bild („Meditorium“, „Rheuma Edu“), andere unterstützen die Patienten durch ein Angebot von Tagebuchfunktion oder Erinnerungen an die Einnahme der Medikation (z. B. „RheumaLive“, „RheumaBuddy“, „Psoriapp“, „Lupuslog“). Bisherige Apps für Rheumatologen (z. B. „Rheumatologie App“, „RheumaGuide“, „ASAS App“) enthalten i. d. R. Leitlinienempfehlungen zur Diagnose und Therapie sowie einen Risikokalkulator.

Rheumatologen und Rheuma-Apps

Auch unter Rheumatologen ist die Bereitschaft zur Nutzung solcher Apps groß. Bei einer Befragung im Jahr 2018 gaben etwa die Hälfte der Rheumatologen an, solche Apps bereits zu nutzen, und mehr als zwei Drittel planen dies, berichtete Knitza. Allerdings: So nützlich Informationen aus Rheuma-Apps für den einzelnen sein können, es gibt bisher keine Studiendaten,

dass durch die Nutzung solcher Apps der Krankheitsverlauf oder die Versorgung von Rheuma-Patienten positiv beeinflusst werden können.

Rheuma-VOR Screening-App

Aktuell wird in mehreren deutschen Rheumazentren das Potenzial der Rheuma-VOR Screening-App zur Optimierung der Früherkennung von Rheumatoider Arthritis, Psoriasis-Arthritis und axialer Spondyloarthritis untersucht. Mit dem Projekt wurde vor drei Jahren begonnen. Seit Oktober 2018 werden die Apps, verfügbar für iOS und Android, im Rahmen der Screeningsprechstunde am ACURA Rheumazentrum in Bad Kreuznach eingesetzt, berichtete Dr. Matthias Dreher aus Mainz. Eine weitere Validierung ist mit einer nicht vorselektierten Kohorte im Zuge der Rheuma-Bus-Tour 2019 geplant. Das Ziel ist es, für Patienten mit einem Erstverdacht einer rheumatologischen Erkrankung frühzeitig eine Abklärung durch einen Rheumatologen zu erreichen.

Zur ersten Beurteilung eines Verdachts enthält die App 17 Fragen auf Basis der Leitlinien (z. B. ob der Patient seit mindestens sechs Wochen > 2 geschwollene Gelenke hat), die mit „Ja“, „Nein“ oder „Weiß nicht“ beantwortet werden sollen. Das Beantworten der Fragen benötigt ungefähr vier Minuten. Die Verdachtsdiagnosen basieren auf einem kumulierten Score. Einige Diagnosen werden bereits nach wenigen Fragen ausgeschlossen bzw. bestätigt. In der 15-minütigen Sichtungssprechstunde wurde die App bisher bei 309 Patienten verwendet, berichtete Dreher. Die Sensitivität der 17 App-Fragen für das Vorliegen einer rheumatologischen Erkrankung betrug 82,5 Prozent, die Spezifität allerdings nur 26,9 Prozent. Bei Hinweisen auf eine rheumatologische Erkrankung bei der Befragung sollen im nächsten Schritt vier Laborparameter beurteilt

werden, darunter C-reaktives Protein. Ziel ist es, den Algorithmus weiter zu entwickeln, um die Spezifität zu steigern.

„Apps haben das Potenzial, die Gesundheitsversorgung zu verbessern“, resümierte Knitza. Es seien allerdings die Evidenzen dafür gering und noch mehr Studien erforderlich. Unklar ist derzeit auch, ob medizinische Apps

wie Rheuma-VOR als Medizinprodukt zugelassen werden müssen. Dies wird derzeit geprüft.

☛ QUELLE

- 47. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh), Dresden, 04.–07.09.2019, Session: „E-Health/digitale Medizin“. Dr. Matthias Dreher, Mainz; Dr. Johannes Knitza, Erlangen

DGRh-Kongress

Gelenksbeschwerden – häufige Nebenwirkungen von Checkpoint-Inhibitoren

Die Immuntherapie mit Checkpoint-Inhibitoren zählt zu den großen Fortschritten in der Krebstherapie. Die körpereigene Immunabwehr wird verstärkt und T-Zellen können effizienter Krebszellen attackieren. Jedoch werden dabei genau diese Zellen aktiviert, die an der Entstehung der rheumatoiden Arthritis (RA) und anderer Autoimmunerkrankungen beteiligt sind. Die Folge ist: Krebspatienten unter Therapie mit Checkpoint-Inhibitoren entwickeln häufig Gelenksbeschwerden und benötigen immer öfter eine rheumatologische Behandlung. Was dabei zu beachten ist, diskutierten Experten der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie e. V. (DGRh) bei ihrer Jahrestagung in Dresden.

Registerdaten

Laut Daten des Heidelberger Malheuer-Register entwickeln 10 bis 20 Prozent der Krebspatienten unter Checkpoint-Inhibitoren (in Deutschland zugelassen Ipilimumab, Nivolumab, Pembrolizumab, Atezolizumab, Durvalumab und Avelumab) muskuloskeletale Beschwerden, berichtete Dr. Karolina Benesova aus Heidelberg (1). Außerdem können weitere „immun-related“ entzündliche Nebenwirkungen an Haut (Exanthem 14 bis 20 Prozent), Schilddrüse (10 Prozent Thyreoditis) oder in selteneren Fällen auch am Darm (Enterocilitis) oder an anderen inneren Organen (Pankreatitis, Hepatitis, Pneumonitis) auftreten.

Unter CTLA4-Inhibitoren seien Gelenksbeschwerden i. d. R. etwas milder als unter PD-L1-Inhibitoren, berichtete Benesova, andere immunbezogene Nebenwirkungen hingegen tendenziell häufiger und schwerwiegender.

Immune Nebenwirkungen

Behandelt werden mit der Immuntherapie zunehmend mehr Krebspatienten, u. a. mit Malignem Melanom und Lungkrebs. Da die Antikrebswirkung der Checkpoint-Inhibitoren von der Aktivierung der T-Zellen abhängt, sind auch die Immune Nebenwirkungen umso stärker, je besser die Medikamente wirken. „Etwa zwei Drittel der Patienten, bei denen sich der Tumor teilweise oder ganz zurückbildet, leiden unter den Immune Nebenwirkungen“, so Professor Dr. Hendrik Schulze-Koops, Präsident der DGRh und Leiter der Rheumaeinheit des Klinikums der LMU München, in einer Pressemitteilung der Fachgesellschaft (2).

Starke Gelenksbeschwerden oder andere Autoimmunphänomene seien deshalb im Prinzip ein gutes Zeichen für die Patienten. „Entscheidend ist, dass im Rahmen einer Therapie mit Checkpoint-Inhibitoren rechtzeitig ein

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.-Kfzr. 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 auszusagen 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.

Rheumatologe hinzugezogen wird, sobald es zu entsprechenden Symptomen kommt“, so Schulze-Koops. Umgehend behandelt können Langzeitfolgen der modernen Krebstherapie so gut verhindert werden. Krebspezialisten und Rheumatologen sollten in der Therapie dieser Patienten eng zusammenarbeiten.

Bei Gelenksbeschwerden dieser Patienten kommen die gleichen Medikamente wie bei Rheumapatienten zum Einsatz. Schwere Schübe werden mit Kortison abgefangen, danach erhalten die Patienten i. d. R. Methotrexat. Bei leichten Beschwerden kann nach Angaben von Benesova auch zunächst eine Monotherapie mit NSAR versucht werden.

☛ QUELLEN

- 1) 47. Kongress der DGRh, Dresden, 04.–07.09.2019, Sitzung „Registerdaten“, Dr. Karolina Benesova, Heidelberg
- 2) Pressemitteilung der DGRh vom 11.09.2019