

Jahrgang 24

Nummer 3/2002

Basistherapie der rheumatoiden Arthritis (UP. Masche) 9

Bei der rheumatoiden Arthritis wird heute möglichst früh mit einer Basistherapie begonnen, dem einzigen Weg, um Gelenkschäden hinauszuzögern. Methotrexat ist das Standard-Basistherapeutikum. Neue Substanzen wie die TNF- α -Blocker stellen Alternativen dar, wenn sich die Krankheit mit herkömmlichen Basistherapeutika ungenügend kontrollieren lässt. Die Kombination verschiedener Basistherapeutika stellt ebenfalls einen wichtigen Ansatz dar, um die Behandlung zu verbessern.

Übersicht

Basistherapie der rheumatoiden Arthritis

UP. Masche

Manuskript durchgesehen von B.A. Michel, U. Schlumpf, H.A. Schwarz, P.M. Villiger

Die rheumatoide Arthritis – die heutige Bezeichnung für die chronische Polyarthritiden – kommt bei bis zu 1% der Bevölkerung vor. Sie tritt in der Regel zwischen 40 und 70 Jahren auf, kann sich jedoch in jedem Alter manifestieren. Frauen sind mehr als doppelt so häufig betroffen wie Männer. Es handelt sich um eine T-Zell-vermittelte Autoimmunerkrankung. Zentrales Element der rheumatoiden Arthritis ist die *Synovialitis*. Die entzündete Synovialmembran wird hyperplastisch und führt, in Knorpel- und Knochengewebe eindringend, zu Erosionen. Die wichtigsten Symptome sind Gelenkschmerzen, Gelenkschwellungen sowie morgendliche, mehr als eine Stunde anhaltende Gelenksteifigkeit. Die Gelenke sind symmetrisch befallen, Hand- und Fussgelenke häufiger als grosse proximale Gelenke. In frühen Krankheitsstadien kann die korrekte Diagnose schwierig sein.

Der Verlauf der rheumatoiden Arthritis reicht von leichten, selbstlimitierenden Gelenksbeschwerden bis zur schweren Systemerkrankung, bei der neben den Gelenken andere Organe wie Lunge, Herz oder Gefässe betroffen sein können. Die Prognose lässt sich anhand von verschiedenen Faktoren abschätzen: als prognoseverschlechternd gelten stark positive Rheumafaktoren, frühes Auftreten von Knochenerosionen, viele befallene Gelenke (vor allem im Frühstadium) und extraartikuläre Manifestationen.¹

Bei der Behandlung vertritt man heute wegen des bedrohlichen Charakters der Erkrankung die Strategie, eine Basistherapie zu beginnen, sobald die Diagnose feststeht.^{1,2} *Basistherapeutika*, die sogenannten «Disease-modifying antirheumatic drugs» (DMARD), beeinflussen den Krankheitsprozess und

vermögen die Gelenkdestruktionen zu bremsen. Der Wirkmechanismus dieser Medikamente ist nicht bei allen bekannt. Die Basistherapeutika werden unten detaillierter besprochen, unterteilt in die herkömmlichen Substanzen sowie die drei neuen Mittel Leflunomid, Etanercept und Infliximab. *Nicht-steroidale Entzündungshemmer* und *Steroide* dienen als Ergänzung zur Basistherapie, indem sie zur Symptomlinderung beitragen. Steroide besitzen eine starke entzündungshemmende Wirkung und helfen, systemisch oder intraartikulär verabreicht, bei hoher Krankheitsaktivität rasch und zuverlässig – auch zur Überbrückung, bis die Wirkung von Basistherapeutika einsetzt. Orale Steroide werden oft längerfristig verschrieben, insbesondere wenn der Effekt der Basistherapeutika ungenügend ist, wobei die Steroide ebenfalls einen gewissen basistherapeutischen Effekt ausüben. Bei den Steroiden ist zu beachten, dass immer eine *Osteoporoseprophylaxe* durchgeführt wird und bei einer längerfristigen Behandlung die Äquivalenzdosis von 7,5 mg Prednison pro Tag möglichst nicht überschritten wird.^{2,4}

Es gibt verschiedene Messinstrumente, um die Wirkung einer Behandlung abzuschätzen. In den neueren klinischen Studien benutzte man meistens die Skala, die von der amerikanischen Fachgesellschaft «American College of Rheumatology» (ACR) entwickelt worden ist und welche die Anzahl der betroffenen Gelenke, Schmerzangaben, Krankheitsaktivität, Funktionseinschränkungen und Entzündungsparameter im Blut erfasst. Der primäre Endpunkt war jeweils eine 20%ige Besserung auf der ACR-Skala; der Wert von 20% ist zwar sehr sensitiv und wird deshalb in den Studien verwendet, bedeutet klinisch indessen keine erhebliche Besserung. Mit Hilfe von radiologischen Messskalen («Larsen-Score» und «Sharp-Score») lässt sich der eigentliche Krankheitsschaden, der Verlauf der Gelenkerstörung, dokumentieren.^{1,2}

Behandlung und Verlauf einer rheumatoiden Arthritis sollten standardisiert festgehalten werden. In der Schweiz dient dazu das SCQM-Projekt («Swiss Clinical Quality Management in Rheumatoid Arthritis»), in das alle an rheumatoider Arthritis Erkrankten durch die mitbetreuenden rheumatologischen Fachleute einbezogen werden sollten.⁵ Hilfreich sind auch die Merkblätter und Richtlinien zu den einzelnen Medikamenten, welche die Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie im Internet veröffentlicht hat (www.rheum-net.ch).