

Frühe intensive Therapie schützt die Gelenke

Paradigmenwechsel bei rheumatoider Arthritis

Um bei Patienten mit rheumatoider Arthritis (RA) die Progression der Erkrankung und damit den zunehmenden Funktionsverlust der Gelenke aufzuhalten, sollte von Anfang an aggressiv, das heißt mit einer hochdosierten Basistherapie behandelt werden. Bei ungenügendem Therapieerfolg sind Biologicals eine Option, um die Entzündung in den Griff zu bekommen.

Jörn Kekow

Die rheumatoide Arthritis ist eine der häufigsten chronischen Erkrankungen. Sie betrifft in Deutschland etwa ein Prozent der Bevölkerung. Bei mehr als zehn Prozent der Betroffenen schreitet die Erkrankung schnell voran.

Die Therapie war bis vor kurzem eher unbefriedigend. Denn etablierte therapeutische Strategien mit Basistherapeutika wie Methotrexat (MTX) und Leflunomid (LEF) haben sich in der Vergangenheit bei mehr als 30 Prozent der RA-Patienten als unwirksam erwiesen. Aufgrund von fehlender Wirksamkeit und unerwünschten Wirkungen beenden 50 Prozent der Patienten die Basistherapie innerhalb eines Jahres. Beide Gründe halten sich dabei weitgehend die Waage. Aus klinischer Sicht wird eine gerade erst begonnene Basistherapie oft zu früh aufgrund unerwünschter Wirkungen abgesetzt. So wird eine Erhöhung der Leberwerte oft auf MTX oder LEF bezogen und ist dabei durch andere Medikamente wie NSAR (z. B. Diclofenac) bedingt. Viele unerwünschte Wirkungen sind auch dosisabhängig, so daß die Therapie im Einzelfall mit modifizierter Dosis fortgesetzt werden könnte.

Für Patienten mit neu diagnostizierter RA wurde das alte Grundprinzip einer sequentiellen, immer aggressiveren Therapie inzwischen verlassen (sogenannte Rheumapyramide). Hintergrund sind das Wissen um die schlechte Prognose bei einer initial halbherzigen Therapie und die Verfügbarkeit mehrerer Basistherapeutika

mit moderaten unerwünschten Wirkungen sowie von Biologicals.

Inzwischen lautet der Grundsatz, Patienten mit RA so früh wie möglich und so intensiv wie nötig zu behandeln. Dies stellt jedoch eine diagnostische Herausforderung dar. Nach der bisherigen Lehrmeinung richtet sich eine Diagnosestellung nach den Kriterien des American College of Rheumatology (ACR). Im Vergleich dazu steht eine komplexere Sichtweise, die eine Therapie auch bei eher blander Klinik vorsieht, wenn andere Parameter wie Osteolysen im Röntgenbild oder Autoantikörper gegen zyklische citrullinierte Peptide (CCP) auffällig sind.

Diese Sichtweise resultiert aus der langjährigen klinischen Erfahrung des Rheumatologen und neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen.

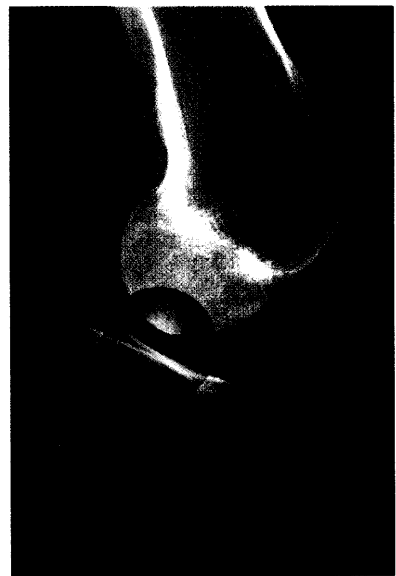
Autoantikörper gegen CCP treten sehr früh im Verlauf einer RA auf. In einer retrospektiv angelegten Studie (Nachuntersuchung an Blutspendern) konnten CCP-Autoantikörper bei einzelnen Patienten bereits mehr als 18 Monate vor den ersten klinischen Symptomen

einer RA nachgewiesen werden. Im Vergleich zum Rheumafaktor gelten diese Antikörper als sehr spezifisch und werden als Marker für erosive Formen der RA angesehen.

Für die Praxis ist in bezug auf die Diagnosefindung und der damit verbundenen Therapieentscheidung zu berücksichtigen, daß es bei bis zu 40 Prozent der Patienten mit früher RA zu Spontanremissionen kommt und das klinische Bild häufig durch die Einnahme von Schmerzmitteln kaschiert ist. Deshalb sollten Patienten



Prof. Jörn Kekow aus Vogelsang-Gommern: Inzwischen lautet der Grundsatz, Patienten mit rheumatoider Arthritis so früh wie möglich und so intensiv wie nötig zu behandeln.



Aus dem Inhalt

Jörn Kekow:

Frühe intensive Therapie schützt die Gelenke **3**

Ulf Müller-Ladner:

Aus dem Reagenzglas in die Praxis – Zukunftsperspektiven bei RA **8**

Frank Behrens:

Psoriasis-Arthritis: Biologicals tun Haut und Gelenken Gutes **10**

Ludger Gerdesmeyer, Klaus Wagner

Schmerzen beim Händedruck deuten auf Tennisellenbogen hin **14**

Fraktur-Prophylaxe ist das A und O bei Osteoporose-Patienten **18**

Coxibe bleiben therapeutische Option **20**

Berichte vom Kongreß der European League Against Rheumatism (EULAR) 2005 in Wien 22–27