

# Entscheidend ist die Frühphase

## Gelenkerkrankungen rechtzeitig diagnostizieren und behandeln

Warum ist die frühe Diagnose und Behandlung bei Gelenkerkrankungen so wichtig? Rheumatoide Arthritis (RA), ankylosierende Spondylitis und Arthrose haben eines gemeinsam: Werden sie nicht rechtzeitig erkannt und behandelt, können irreparable Erosionen mit beträchtlichen funktionellen Einschränkungen auftreten. Experten gaben am EULAR-Kongress einen Überblick.

.....  
**KLAUS DUFFNER**  
 .....

Gelenkdestruktionen korrelieren klar mit dem Umfang und der Dauer der Krankheitsaktivität. «Rheumatoide Arthritis bedeutet vor allem Schaden, Schaden und noch mal Schaden. Wenn man sich die sehr schweren Behinderungen vor Augen hält, die eine unbehandelte RA nach sich ziehen kann, erübrigt sich die

### Take Home Messages

- ❖ Obwohl Arthrose eine altersabhängige Erkrankung ist, bedeutet dies nicht, dass wir zur Verhütung von Krankheitsbeginn und/oder -progression nichts unternehmen können.
- ❖ Durch frühere Behandlung der Symptome könnte eine Verschiebung von entzündlich-nozizeptivem zum neuropathischen Schmerz verhindert werden.
- ❖ Zwar gibt es bei neuartigen Diagnosemethoden (MRI, Biomarker) Fortschritte, es ist aber noch zu früh, diese Diagnosewerkzeuge in der Praxis einzusetzen.

Frage nach dem Sinn einer frühen Diagnose», erklärte der Wiener Rheumatologe Prof. Josef Smolen in London.

### RA: Erosionen bei der Hälfte schon nach einem Jahr

Es bleibt die Frage: Was ist früh? Laut einer Studie aus dem Jahr 2007 sind 8 Wochen nach Auftreten der ersten RA-Symptome knapp 10 Prozent der Patienten von einer Gelenkerosion betroffen. Ein Jahr nach Symptombeginn treten bereits bei knapp der Hälfte der Patienten radiologisch sichtbare Schäden auf. Einer der Gründe für diese frühe Progression, so Prof. Smolen, sei die oft unzureichende Behandlung in dieser Phase. Aber das Erreichen einer Remission bei aktiver RA sei nicht die einzige Aufgabe der Medizin. «Die Prävention der Schäden durch das Erreichen einer frühen Remission mittels effektiver, die Entzündungsaktivität hemmender Therapien ist die eigentliche Herausforderung», so der Rheumatologe. Werde der Behandlungsbeginn einer früh diagnostizierten RA nur um 9 Monate verschoben, müsse mit einem dreimal höheren SDAI-Score gerechnet werden. «Speziell im ersten Jahr ist der Anstieg der Erosionen und der Schäden sehr, sehr explosiv.»

### Bei RA-Verdacht keine Zeit verlieren

Wie kann eine RA nun früh diagnostiziert werden? Bei der klinischen Untersuchung einer Synovitis sollte auf bestimmte Alarmzeichen geachtet werden. Dazu gehören drei oder mehr geschwollene Gelenke, die Beteiligung der Metakarpophalangeal- und Metatarsophalangeal-Gelenke und das Vorliegen einer Morgensteifigkeit von mehr als 30 Minuten. Auch Schmerzen beim seitlichen Druck auf die Metatarsalia beziehungsweise Metacarpalia sind Hinweise auf das Vorliegen einer Synovitis.



Josef Smolen



Francis Berenbaum

Sind zudem verschiedene Entzündungsparameter (z.B. CRP) oder Krankheitscores (z.B. HAQ, SDAI) signifikant erhöht, sei es dringend notwendig, solche Patienten so bald wie möglich an einen Spezialisten zu überweisen. Dabei dürften Hausärzte keine langen Wartezeiten für ihre Patienten akzeptieren.

Tabelle:

### Mögliches Screening für axiale ankylosierende Spondylitis (SpA) bei Patienten mit chronischen Schmerzen im unteren Rückenbereich (nach: Sieper J. et al., Ann Rheum Dis. 2005; 64: 659–663)

Chronische Rückenschmerzen (> 3 Monate) Erste Symptome < 45 Jahre		
<b>Entzündliche Rückenschmerzen</b> ❖ Sensitivität 75%, Spezifität 76% ❖ 1 von 5 Patienten leidet unter axialer SpA, wenn positiv ❖ einfach anzuwenden: ja ❖ Kosten: gering	<b>Sakroiliitis auf Bildgebung</b> ❖ nur wenn verfügbar ❖ nicht empfohlen für Screening	<b>HLA-B27+</b> ❖ Sensitivität 80–90%, Spezifität 90% ❖ 1 von 3 Patienten leidet unter axialer SpA, wenn positiv ❖ einfach anzuwenden: ja ❖ Kosten: moderat
<b>Überweisung an Rheumatologen</b>		

#### Symptomkombination typisch für AS

Um bleibende Verformungen des Bewegungsapparats zu vermeiden, ist auch bei ankylosierender Spondylitis (AS) eine frühzeitige Diagnosestellung wichtig. Als charakteristische Parameter für die AS gelten entzündliche Rückenschmerzen, rheumatische Arthritis, speziell der unteren Gelenke (häufig asymmetrisch), Tendinitis, Uveitis, Röntgen- oder MRI-Hinweise, erhöhte BSR/CRP-Werte, gutes Ansprechen auf nicht steroidale Antirheumatika (NSAR), eine positive Familienanamnese oder ein HLA-B27+. Letzterer ist übrigens bei 90 Prozent der AS-Patienten zu beobachten. Auch das Auftreten von Psoriasis oder Morbus Crohn kann Hinweis auf eine AS sein. Typischerweise treten solche Symptome in Kombination auf. Leidet ein Patient beispielsweise unter entzündlichen Rückenschmerzen und zeigt gleichzeitig ein gutes Ansprechen auf NSAR, ist das ein starkes Indiz für eine frühe Erkrankung. «Je mehr unterschiedliche Symptome auftreten, desto wahrscheinlicher wird die ankylosierende Spondylitis», erklärte Désirée van der Heijde vom Leiden University Medical Center in den Niederlanden.

#### AS: Viel zu lange bis zur Erstdiagnose

Tatsächlich hat sich bei einigen rheumatoiden Erkrankungen – nicht aber bei der ankylosierenden Spondylitis – die mittlere Zeit zwischen dem Auftreten der ersten Symptome und der Diagnosestellung zwischen 1994 und 2004 etwa halbiert. Gemäss einer deutschen

Studie sank diese Zeit bei rheumatoider Arthritis von 2,0 auf 1,1 Jahre, bei Psoriasis-Arthritis von 2,9 auf 1,3 Jahre oder bei systemischem Lupus erythematoses von 3,0 auf 1,6 Jahre. Bei AS hingegen verminderte sich der Zeitraum bis zur Diagnose nur unwesentlich von 6,8 auf 6,4 Jahre – was «definitiv viel zu lange» sei, so Frau van der Heijde. Um hier noch schneller zu werden, wurden in jüngster Zeit neue Kriterien zur einfachen Klassifikation der AS entwickelt. Danach leiden Patienten, die länger als drei Monate über Rückenschmerzen klagen, zu Beginn der Beschwerden jünger als 45 Jahre sind, per Röntgen oder MRI nachgewiesen, eine Sakroiliitis haben, sowie ein oder mehrere der typischen Symptome zeigen, mit grosser Wahrscheinlichkeit an einer AS (Tabelle).

#### Präventive Massnahmen auch bei Arthrose

In einer kürzlich publizierten schweizerisch-englischen Kohortenstudie mit über 1100 Patienten mit Hüft- oder Kniearthrose wird auf die signifikante Verbindung zwischen Arthrose und erhöhter Mortalität aufmerksam gemacht. In der unter der Federführung von Dr. Eveline Nüesch (Bern) und Prof. Peter Jüni (Oxford) erstellten Untersuchung starben in einem 14-jährigen Follow-up 438 Arthrosepatienten, aber nur 283 Personen aus der Vergleichsgruppe ohne Arthrose. Vor allem kardiovaskuläre Erkrankungen und Demenz seien für diesen Unterschied verantwortlich, so Prof. Francis

Berenbaum aus Paris. Damit werde deutlich, dass Gehbehinderungen ein unabhängiges Mortalitätsrisiko sind. Obwohl Arthrose eine bekanntermassen altersabhängige Erkrankung ist, sei es ein Fehler, dagegen nichts zu tun. Als präventive Massnahmen seien folgende drei Faktoren entscheidend: körperliche Fitness erhalten, Übergewicht reduzieren und Verletzungen durch Überbeanspruchung vermeiden. Zudem lasse sich durch eine rechtzeitige analgetische Behandlung die Chronifizierung der Schmerzen verhindern, sagte der französische Rheumatologe. Zwar werden derzeit in den USA eine ganze Reihe bemerkenswerter Arthrostudien durchgeführt, die sehr unterschiedliche Therapieansätze und -ziele verfolgen (s. Berenbaum. Best Pract Res Clin Rheum 2010), «wir sind aber gegenüber der rheumatoiden Arthritis 15 Jahre hinterher». ❖

#### Klaus Duffner

Quelle: Jahreskongress der European League Against Rheumatism (EULAR)