

Rheumatoide Arthritis: Warum werden viele Patienten zu spät behandelt?

Beobachtungen aus Kanada

In einer retrospektiven Kohortenstudie wurde untersucht, welcher Anteil der Patienten mit rheumatoider Arthritis innert 6 Monaten eine Therapie mit DMARD erhält und welche Faktoren den Beginn einer spezifischen Behandlung beeinflussen.

JOURNAL OF RHEUMATOLOGY

Eine frühe, aggressive Pharmakotherapie mit DMARD (disease modifying antirheumatic drugs) zur Eindämmung von Synovitis und erosiven Gelenkschäden wird heute bei rheumatoider Arthritis empfohlen. Der Beginn der DMARD-Behandlung soll unmittelbar nach Diagnosestellung erfolgen. Gerade die Diagnosestellung ist jedoch im Frühstadium eine Herausforderung, und oft verstreicht einige Zeit ungenutzt. Angesichts der heutigen pharmakotherapeutischen Möglichkeiten liegt hier jedoch ein Feld zur Verbesserung

Merksätze

- ❖ In einer retrospektiven Auswertung von Krankengeschichten bei Patienten mit rheumatoider Arthritis erhielt weniger als die Hälfte eine DMARD-Therapie innert der ersten 6 Monate nach Symptombeginn.
- ❖ Für die Verzögerung der Einleitung einer DMARD-Behandlung war sehr oft die erschwerte Diagnosestellung bei Vorliegen weiterer muskuloskeletaler Erkrankungen verantwortlich.
- ❖ Weitere Faktoren mit Einfluss auf das frühe Management waren die Dauer der Verabreichung von NSAR und die Zeit bis zur Überweisung an einen Rheumatologen.

des klinischen Managements bei rheumatoider Arthritis. Anhand der verfügbaren Patientendaten aus Kanada hat die vorliegende Studie den Zeitrahmen bis zum Pharmakotherapiebeginn und die dabei wichtigen Faktoren untersucht.

Methodik

Die Autoren rekrutierten aus initial 2444 wegen Arthritisverdacht erstmals untersuchten Patienten eine zufällige Stichprobe von 339 Patienten aus 18 rheumatologischen Praxen. Der Anteil derjenigen, bei denen innert 6 Monaten eine DMARD-Therapie begonnen wurde, wurde mittels Kaplan-Meier-Analyse ermittelt. Prädiktoren für einen frühen Therapiebeginn wurden aus zwölf vorbestimmten Variablen berechnet.

Ergebnisse

Von 339 Patienten waren drei Viertel weiblich, mit einem medianen Alter von 50 Jahren. Als Baseline wurde der Zeitraum bis zur definitiven klinischen Diagnosestellung der rheumatoiden Arthritis bestimmt. In dieser Ausgangsperiode waren 70,5 Prozent rheumafaktorpositiv. Fast die Hälfte (40,4%) hatte Arthrosen, Fibromyalgie, Osteoporose oder eine andere muskuloskeletale Erkrankung, für welche DMARD nicht indiziert sind. Die Mehrheit der Patienten hatte vor der Dokumentation der definitiven Diagnose nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) erhalten. Bei einem Sechstel liessen sich radiologisch Erosionen nachweisen. Innert 6 Monaten nach Symptombeginn wurden 41 Prozent (95%-Konfidenzintervall [KI]: 36–46%) mit DMARD behandelt. Die mediane Zeit bis zum Behandlungsbeginn betrug 8,4 Monate (Interquartilenbereich 3,8–24 Monate). Ereignisse, welche der Überweisung zum

Rheumatologen vorausgingen, machten 78,1 Prozent der Zeit bis zum Therapiebeginn aus. Wichtigster Prädiktor eines verzögerten Behandlungsbeginns war eine begleitende muskuloskeletale Symptomatik wie Arthrose oder Fibromyalgie. Die anderen untersuchten Variablen waren demgegenüber in den rechnerischen Modellen weniger konsistent.

Bis zur Einsetzung einer DMARD-Therapie entfielen 27 Prozent der Zeit auf eine Behandlungsphase mit NSAR. Die Zeit bis zur Überweisung an einen Rheumatologen machte rund die Hälfte des Zeitraums bis zum Beginn der DMARD-Therapie aus. Die Verzögerung durch Wartelisten bei Rheumatologen fiel demgegenüber kaum ins Gewicht (12,9% der Gesamtzeit bis zum Beginn der DMARD-Therapie). Wenig überraschend dauerte es bei ausgeprägter klinischer Symptomatik (Anzahl druckempfindlicher und geschwollener Gelenke) weniger lang bis zum Beginn einer spezifischen Therapie.

Diskussion

Weniger als die Hälfte der hier untersuchten Patienten wurde innert 6 Monaten mit DMARD behandelt. Hingegen erhielt eine grosse Minderheit der Patienten (39,8%) eine DMARD-Behandlung vor der definitiven Diagnose rheumatoide Arthritis.

Die hier aufgearbeiteten Daten lassen den Schluss zu, dass sich die behandelnden Ärzte bei den Patienten mit möglicher rheumatoider Arthritis für die Diagnose und die Einleitung einer DMARD-Therapie nicht auf den radiologischen Nachweis von Erosionen stützten. In dieser Studie bestand auch kein Zusammenhang zwischen dem Beginn der DMARD-Therapie und dem Vorliegen eines positiven Rheumafaktornachweises. ❖

Halid Bas

Tavares R et al.: Time to disease-modifying antirheumatic drug treatment in rheumatoid arthritis and its predictors: A national, multicenter, retrospective Cohort. *J Rheumatol* 2012; 39: 2088–2097. doi:10.3899/jrheum.120100.

Interessenkonflikte: Die Studie wurde durch «unrestricted educational grants» von Amgen Canada Inc./Wyeth Pharmaceuticals und Schering Canada Inc. unterstützt.