

Rheumatische Erkrankungen

Medikamentöse Optionen

Gicht, Arthrose und rheumatoide Arthritis sind häufige rheumatische Erkrankungen. Wie man sie erkennt, diagnostiziert und behandelt, erläuterte der Rheumatologe Prof. Dr. Peter Villiger, Medizinisches Zentrum Monbijou, Bern, an einer FOMF-Veranstaltung.

Eine Arthrose entsteht aufgrund einer zunehmenden Knorpelabnutzung. Der Knorpel ist weder innerviert noch vaskulär versorgt, daher wird der Knorpelschaden von Patienten lange nicht bemerkt, auch bei fortgeschrittener Arthrose nicht unbedingt, wie Prof. Villiger erklärte. Begünstigende Faktoren für Knorpelschäden sind die Genetik (Fingerarthrose), Über- bzw. Fehlbelastung z.B. bei Übergewicht, Trauma (z.B. Meniskusläsion) oder eine Entzündung bzw. Arthritis. Eine Arthrose kann zu episodischen Schmerzen führen. Für die Diagnose reicht eine Röntgenaufnahme im Stehen, ein Ultraschall bei Bakerzyste oder bei schwieriger Punktion. Eine Magnetresonanztomografie ist in der Regel nicht notwendig, ausser präoperativ.

Eine periphere Arthrose tritt am häufigsten an Fingern, Knie und Hüfte auf. Axial äussert sie sich in der ersten Lebenshälfte durch eine Diskopathie, in der zweiten Lebenshälfte durch eine Osteochondrose. Leitsymptom ist der Schmerz, weitere Merkmale sind die morgendliche Steifigkeit, die bis 15 Minuten anhält, sowie Funktionseinschränkungen als Folge von Gelenkveränderungen. Auf dem Röntgenbild sind Gelenkspaltverschmälerungen, Sklerose des angrenzenden Knochens und Osteophyten zu erkennen.

Eine medikamentöse Behandlung des Knorpelschadens ist nicht möglich. Die Schmerzen können allerdings mit nicht steroidalen Antirheumatika (NSAR) wie z.B. Ibuprofen, Diclofenac in der retardierten Form oder Etoricoxib behandelt werden, wie auch mit Paracetamol, Metamizol oder einer tief dosierten Kombination Paracetamol/Tramadol. Eine topische Behandlung kann ebenfalls mit NSAR, Capsaicin

Creme 0,25% oder Pflaster wie auch mit Menthol erfolgen. Zur intraartikulären Injektion eignet sich Triamcinolon (Kenacort®) kristalline Lösung 10 mg (bei Arthritis: 40 mg), eventuell mit einer Beimischung von Lidocain 1%. Für die Injektion von plättchenreichem Plasma gibt es wenig Evidenz, grosse plazebokontrollierte Studien fehlen, und es besteht keine Kassenpflicht, wie Prof. Villiger festhielt.

Körperliche Aktivität, Gewichtskontrolle, Physiotherapie, Ergotherapie und Hilfsmittel unterstützen die Therapie weiter. Als Ultima Ratio sind gelenkerhaltende oder -ersetzende Operationen in Betracht zu ziehen.

Rheumatoide Arthritis

Patienten mit rheumatoider Arthritis klagen über Morgensteifigkeit > 30 Minuten, über Schmerz (oft nachts) und zeigen Schwellungen, funktionelle Einschränkungen, aber keine Rötung. Betroffen sind Fingergrund- und -mittelgelenke, Zehengrundgelenke (meist Zehe 4 und 5), mittelgrosse und grosse Gelenke (Hand, Knie, Hüfte, Schulter) sowie die Halswirbelsäule. Es besteht eine chronisch-entzündliche Systemerkrankung autoimmuner Ursache, die Blutsenkungsgeschwindigkeit und das C-reaktive Protein sind erhöht, Rheumafaktor und Anti-CCP-Antikörper positiv. Die Gelenkdestruktion erfolge bereits in den ersten zwei Jahren, weshalb eine potente Therapie bei Diagnosestellung nutzbringender sei als eine aufbauende, eskalierende Behandlung, so Prof. Villiger. Im weiteren Verlauf sollte jährlich eine Röntgenaufnahme veranlasst werden, um die schädigende Wirkung der Erkrankung zu monitorisieren.

Bis die Diagnose definitiv gestellt ist, kann als Therapie mit Prednison 5 mg überbrückt werden. Die Basistherapie der rheumatoiden Arthritis besteht aus krankheitsmodifizierenden Medikamenten (disease modifying antirheumatic drugs, DMARD) und Biologika wie z.B. Tumornekrose(TNF)-alpha-Hemmern. Zu den klassischen DMARD gehören Methotrexat (1 x/Woche), Sulfasalazin und Antimalarika. Zu den «targeted synthetic» DMARD (tsDMARD) zählen die Januskinase(JAK)-Hemmer Tofacitinib (Xeljanz®, Generika), Baricitinib (Olumiant®) und Upadacitinib (Rinvoq®). JAK-Hemmer können im Gegensatz zu Biologika oral verabreicht werden und haben eine starke und breite Wirkung. Allerdings ist mit Nebenwirkungen wie beispielsweise einer Reaktivierung von Herpes zoster zu rechnen.

KURZ UND BÜNDIG

- Die Morgensteifigkeit bei Arthrose hält höchstens 15 Minuten an, bei einer rheumatoiden Arthritis dagegen mindestens 30 Minuten.
- Zur medikamentösen Behandlung einer Arthrose können eine Schmerzmedikation und Triamcinolon intraartikulär eingesetzt werden.
- Zur medikamentösen Behandlung einer rheumatoiden Arthritis stehen krankheitsmodifizierende Substanzen (DMARD) und JAK-Hemmer zur Verfügung.
- Bei einer Gicht kommen NSAR, intraartikuläre Glukokortikoide, Allopurinol sowie Febuxostat zum Einsatz.

Gicht

Klassische Risikofaktoren für die Entwicklung eines Gichtanfalls sind männliches Geschlecht, Adipositas, ein opulentes Mahl und Alkohol. Die Prävalenz einer Hyperurikämie wie auch eines akuten Gichtanfalls steigt bei Männern mit zunehmendem Alter an, bei Frauen erfolgt dies in kleinerem Ausmass und erst ab der Menopause (1), da Östrogene als urikosurisch gelten, wie Prof. Villiger erklärte.

Ein Gichtanfall ist sehr schmerzhaft – mit stärkeren Schmerzen als bei einer Polyarthritits oder Arthrose, wie der Experte ausführte. Er bewirkt eine starke Schwellung und Rötung, im Punktat liegt die Zellzahl > 2000/ μ l, die Zellverteilung bei > 95% polynukleären Zellen und es sind Harnsäurekristalle sichtbar. Eine Erregersuche, vor allem nach *Staphylococcus aureus* und *Streptococcus*, ist nicht in jedem Fall notwendig. Mit einer Dual-Energy-Computertomografie (DECT) können Tophi sichtbar gemacht und der Verlauf der Kristallauflösung monitorisiert werden. Von Gicht betroffenen sind vor allem kälteexponierte und belastete Gelenke

wie Grosszehengrundgelenk und Fingergelenke, Sprunggelenk und Ellbogen.

Die akute Gicht heilt nach etwa fünf Tagen spontan ab. Die Therapie ist einerseits symptomatisch mit NSAR (2 \times 75 mg Diclofenac retard oder Etoricoxib [Arcoxia®] 60 oder 90 mg) während fünf Tagen oder mit Glukokortikoiden, meist intraartikulär und ultraschallgezielt. Colchizin ist heute eher unüblich. Parallel dazu wird der erhöhte Harnsäurespiegel mit dem Xanthinoxidasehemmer Allopurinol (100–800 mg) oder Febuxostat (80–120 mg) gesenkt, beide können Allergien auslösen und sollten deshalb auftitriert werden, wie Prof. Villiger empfahl. □

Valérie Herzog

Quelle: «Medikamentöse Optionen häufiger rheumatischer Erkrankungen», FOMF AIM Update Refresher, 27.1.2026

Referenz:

1. Trifirò G et al.: Epidemiology of gout and hyperuricaemia in Italy during the years 2005-2009: a nationwide population-based study. *Ann Rheum Dis.* 2013;72(5):694-700. doi:10.1136/annrheumdis-2011-201254