

Rheumatoide Arthritis Neue Klassifikationskriterien sollen Frühdiagnose erleichtern

Unter Rheumatologen ist längst unstrittig, dass die rheumatoide Arthritis möglichst frühzeitig diagnostiziert und dann umgehend therapiert werden sollte. Anhand der bis heute geltenden ACR-Kriterien aus dem Jahr 1987 (Tabelle 1) ist es aber nur schwer möglich, die Diagnose auch formal frühzeitig zu stellen: Die meisten Patienten fallen zunächst durch das Diagnoseraster. Neue Klassifikationskriterien sollen diese unbefriedigende Situation verbessern. PD Dr. Daniel Aletaha, Abteilung für Rheumatologie an der Medizinischen Universität Wien, stellte sie auf dem EULAR-Kongress vor.

Aletaha sprach ausdrücklich von Klassifikationskriterien, nicht von diagnostischen Kriterien. Letztere gebe es streng genommen bei der rheumatoiden Arthritis nicht. Die klinische Diagnostik der rheumatoiden Arthritis sei immer ein individueller Prozess, bei dem sich der Rheumatologe nicht allein durch formale Kriterien leiten lasse. Dennoch könnten die neuen Klassifikationskriterien bei der Diagnostik eine entscheidende Hilfe sein. Verfasst wurden sie gemeinsam vom europäischen (EULAR) und US-amerikanischen (ACR) Dachverband der Rheumatologen. Vorausgegangen war eine umfassende Datenanalyse aus Früharthritiskohorten. Nach eingehender Diskussion der Studienresultate wurden dann in einem

Konsensusprozess die Kriterien formuliert. Dargestellt werden diese auf einer Skala von 0 bis 10 Punkten (Tabelle). Bei jedem Patienten mit mindestens 6 Punkten kann eine rheumatoide Arthritis eindeutig diagnostiziert werden. Der symmetrische Gelenkbefall fällt als Kriterium ebenso weg wie der radiologische Nachweis von Gelenkerosionen, die durch die frühzeitige Therapie gerade verhindert werden sollen.

Schwierig bleibt die Diagnose, wenn ein Patient den Score von 6 Punkten verfehlt. Aletaha machte darauf aufmerksam, dass die Diagnose dennoch gestellt werden könne, wenn beispielsweise ergänzende frühere Befunde vorlägen oder prospektiv weitere (bis anhin fehlende) Kriterien erfüllt würden. Für die Diagnose unabdingbar sei, dass mindestens ein Gelenk mit eindeutiger Synovitis (Gelenkschwellung) vorliegt, die nicht durch irgendeine andere Erkrankung erklärbar ist.

Die Verfasser sind sich offenbar bewusst, dass man mit den neuen Klassifikationskriterien ein gewisses Risiko falschpositiver Diagnosen in Kauf nehmen muss. Wie hoch es ist, darüber machte Aletaha keine konkreten Angaben. Dieser Einwand wird aber nach Meinung des Rheumatologen dadurch entschärft, dass das klinische Urteil letztlich entscheidender sei als die formalen Kriterien.

Es ist davon auszugehen, dass die neue Klassifikation bald auch in den Einschlusskriterien neuer klinischer Studien in Gebrauch genommen wird. Das wird zur Folge haben, dass künftig etwas andere Studienpopulationen selektiert werden als bis anhin, wodurch die Vergleichbarkeit mit bestehenden Resultaten erschwert werden dürfte. Um das Problem in den Griff zu bekommen, wird möglicherweise für eine Übergangsphase noch ein gewisser Prozentsatz an Patienten nach den «alten» Diagnosekriterien in vordefinierten Subgruppen mitgeführt werden.

Uwe Beise

Tabelle:

Neue EULAR-/ACR-Klassifikationskriterien rheumatoide Arthritis

Gelenkverteilung (0–5 Punkte)

1 grosses Gelenk	0
2–10 grosse Gelenke	1
1–3 kleine Gelenke (grosse Gelenke zählen nicht)	2
4–10 kleine Gelenke (grosse Gelenke zählen nicht)	3
mehr als 10 Gelenke (zumindest 1 kleines Gelenk)	5

Serologie (0–3 Punkte)

RF und anti-CCP-AK negativ	0
RF oder (und) anti-CCP-AK niedrig positiv	2
RF oder (und) anti-CCP-AK hoch positiv	3

Symptombdauer (0–1 Punkt)

< 6 Wochen	0
≥ 6 Wochen	1

Akutphase (0–1 Punkt)

CRP und BSG normal	0
CRP oder/und BSG erhöht	1

Abkürzungen: CRP = C-reaktives Protein; BSG = Blutsenkungsgeschwindigkeit; RF = Rheumafaktor; anti-CCP-AK = Antikörper gegen oyalisch-oitrulliniertes Peptid