

Bewegung trotz Rheuma

Neue Leitlinie in Vorbereitung

Die aktuellen EULAR-Leitlinien zum Management von rheumatoider Arthritis, Spondylarthritis und Arthrosen betonen den Wert körperlicher Aktivität, bleiben dabei jedoch unspezifisch, was Typ und Intensität dieser Aktivität anbelangt. Diese Lücke soll nun mit der Erstellung einer eigenen Leitlinie zu körperlicher Aktivität bei Patienten mit inflammatorischer Arthritis und Arthrose geschlossen werden.

Evidenz für den Einsatz von körperlichem Training bei rheumatoider Arthritis oder Arthrose ist vorhanden. Dr. Maura Iversen aus Boston weist auf bereits etwas ältere Daten hin, die zeigen, dass körperliche Aktivität mit reduzierter Mortalität assoziiert ist und dabei eine solide Dosis-Wirkungs-Beziehung aufweist. Personen, die von einem aktiven zu einem bewegungsarmen Lebensstil wechseln, erhöhen ihr Risiko, in den nächsten Jahren zu versterben (1). Das Risiko kardiovaskulärer Erkrankungen kann laut Schätzungen der American Heart Association um rund 50 Prozent gesenkt werden. Iversen: «Körperliche Aktivität reduziert Behinderung, senkt den Körperfettanteil und kann systemische Inflammation minimieren. Die besten Effekte werden bei einer Belastung in der Grössenordnung von 3500 metabolischen Äquivalenten (MET) pro Woche erzielt. Bereits eine Steigerung von 1000 MET pro Woche ist vorteilhaft.»

Die Effekte regelmässiger Bewegung gehen jedoch, so Iversen, weit über das Verbrennen von Energie hinaus. So werden durch die muskuläre Anstrengung Myokine freigesetzt, die das Wachstum der Muskulatur und die Reparatur von Muskelgewebe in Gang setzen. Darüber hinaus wird dem Verlust von Knochendichte entgegengewirkt sowie das Sturz- und damit das Frakturrisiko gesenkt. Auch positive Effekte auf Stimmung, Kognition und Gedächtnis wurden beschrieben (2). Iversen: «Daher ist es vorteilhaft, wenn Menschen, die

unter chronischen Erkrankungen leiden, ein hohes Aktivitätsniveau aufrechterhalten.» Wichtig im Zusammenhang mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen sind die Wirkungen regelmässigen Trainings auf das Immunsystem. Training kann, so Iversen, die Plasmaspiegel proinflammatorischer Zytokine wie TNF- α sowie CRP senken und reduziert bei Personen mit hohem familiärem Risiko sogar die Wahrscheinlichkeit, eine rheumatoide Arthritis (RA) zu entwickeln (3).

Den aktuellen Evidenzstand zum Thema Training bei gesunden Personen fassen die Empfehlungen des American College of Sports Medicine (ACSM) zusammen, die als Basisaktivität pro Woche entweder 150 Minuten moderates oder 75 Minuten intensives Training vorsehen, gegliedert in vier Domänen, nämlich kardiorespiratorische Fitness, Muskelkraft, Beweglichkeit und neuromotorische Performance. Das Training sollte sich an definierten Zielen orientieren (4).

Datenlage zu Training und Rheuma

Offen war allerdings die Frage, ob und wie weit sich diese Empfehlungen auf Personen mit rheumatischen Erkrankungen übertragen lassen. Zur Klärung dieser Frage wurden eine umfangreiche Literaturrecherche und Metaanalyse durchgeführt. Gesucht wurden randomisierte, kontrollierte Studien zur Wirksamkeit körperlicher Aktivität bei Patienten mit rheumatoider Arthritis, Spondylarthritis und Arthrosen (RA, SpA, OA) in den vier Domänen des ACSM. In den systematischen Review wurden 63 RCT aufgenommen, von denen 44 in der Metaanalyse ausgewertet wurden. Damit wurden Daten zu 3469 Patienten mit RA, SpA oder OA verarbeitet. Die Metaanalyse ergab moderate Effekte von aerobem Training und Widerstandstraining auf kardiovaskuläre Fitness und Muskelkraft, jedoch keine Wirkung des kombinierten Trainings auf die Beweglichkeit. Massnahmen zur Förderung körperlicher Aktivitäten brachten eine geringe Zunahme aktiven Verhaltens (5). «Training und Förderung körperlicher Aktivität gemäss den aktuellen Empfehlungen für die Allgemeinbevölkerung zeigt auch bei Personen mit SpA, RA oder OA klinisch relevante Wirkungen auf kardiovaskuläre Fitness und Muskelkraft», kommentiert Studienautorin Anne-Kathrin Rausch Osthoff von der Zürcher Hochschule für An-

KURZ & BÜNDIG

- ▶ Die EULAR bereitet Empfehlungen zur körperlichen Aktivität von Patienten mit entzündlicher Arthritis und Arthrose vor.
- ▶ Körperliche Aktivität ist generell mit reduzierter Mortalität assoziiert. Es besteht eine klare Dosis-Wirkungs-Beziehung.
- ▶ Die gegenwärtig verfügbaren Daten zeigen, dass Training auch für Rheumapatienten machbar und vorteilhaft ist.
- ▶ Für gezielte Trainingstherapien für Rheumapatienten fehlt gegenwärtig die Evidenz.
- ▶ Patienten mit inflammatorischer Arthritis sind als kardiovaskuläre Risikopatienten einzustufen.

Was ist ein MET?

Das metabolische Äquivalent (MET) beschreibt den Stoffwechsellumsatz eines Menschen bezogen auf den Ruheumsatz im Verhältnis zum Körpergewicht, wobei ein MET dem Energieverbrauch von 4,2 kJ (1 kcal) je Kilogramm Körpergewicht pro Stunde bedeutet.

gewandte Wissenschaften, die im Rahmen der Erstellung der Leitlinie die Metaanalyse durchführte.

Ausblick auf die neue EULAR-Leitlinie

Die «EULAR recommendations for physical activity in people with inflammatory arthritis and osteoarthritis» stehen nun kurz vor der Publikation. Prof. Karin Niedermann von der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften gab im Rahmen des EULAR-Kongresses in Amsterdam einen ersten Einblick in die Empfehlungen. Grundsätzlich wurde dabei von den Empfehlungen des ACSM ausgegangen (4). Folglich wurden bei der Erstellung der Leitlinie auch ausschliesslich Studien berücksichtigt, die in Übereinstimmung mit diesen Empfehlungen durchgeführt wurden. Der Fokus lag auf generellen Empfehlungen zu Sport und Bewegung, spezifische Bewegungstherapien wurden nicht inkludiert. Die Guideline wird in vier «overarching principles» und zehn Empfehlungen gegliedert sein.

Die «overarching principles» lauten:

1. Körperliche Aktivität ist Teil eines Konzepts zur Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.
2. Körperliche Aktivität bringt Menschen mit RA, SpA oder OA gesundheitliche Vorteile.
3. Generelle Empfehlungen zur körperlichen Aktivität, betreffend die vier Domänen des ACSM, sind für Patienten mit RA, SpA oder OA anwendbar, also machbar und sicher.
4. Die Planung körperlicher Aktivität verlangt gemeinsame Entscheidungen von Patienten, Ärzten und Health Care Professionals, die die Vorlieben, Fähigkeiten und Ressourcen des Patienten berücksichtigen.

Auf diesen Prinzipien werden insgesamt zehn Empfehlungen aufbauen, deren genauer Wortlaut sich derzeit noch im Reviewprozess befindet. Empfohlen wird, körperliche Aktivität als integralen Bestandteil in die Betreuungspläne für die Patienten mit RA, SpA und OA aufzunehmen. Alle Gesundheitsberufe sollen sich an der Förderung körperlicher Aktivität beteiligen und dabei kooperieren; die konkreten Interventionen sollen von Personen durchgeführt werden, die dazu auch befähigt sind. Zur Planung von Interventionen sollte zunächst der Aktivitätsstatus der Patienten mittels standardisierter Methoden evaluiert werden. Allerdings unterstrich Niedermann, dass die Evidenz zu dieser Fragestellung dünn sei und sich auf kardiorespiratorische Fitness beschränke, während es für den Einsatz von Screening-Tools für Kraft, Beweglichkeit und neuromotorische Übungen schlicht keine Daten gebe. Allgemeine und krankheitsspezifische Kontraindikationen sollen identifiziert und berücksichtigt werden. Barrieren und begünstigende Faktoren für körperliche Aktivität sollten identifiziert und angesprochen werden.

Interventionen sollen klare, aber personalisierte Ziele haben und von Zeit zu Zeit evaluiert werden. Dabei gilt es, subjektive ebenso wie objektive Methoden einzusetzen. Wenn Adaptionen der allgemeinen Empfehlungen notwendig werden, dann sollten diese auf einer sorgfältigen Evaluation körperlicher, sozialer und psychologischer Faktoren wie Fatigue, Krankheitsaktivität, Schmerz oder Depression basieren. Techniken zur Verhaltensänderung wie Selbstmonitoring, Zielsetzungen, Trainingsplanung, Feedback und Problemlösung sollten Teil der Interventionen sein, unterschiedliche Methoden zur Förderung körperlicher Aktivität (z.B. Gruppentraining vs. individuelle Betreuung) in Abstimmung mit den Bedürfnissen und Vorlieben des Patienten zum Einsatz kommen. Es gibt gegenwärtig keine Daten, die zeigen, ob bestimmte Settings eher zum Erfolg führen als andere. In den Treffen der Taskforce wurden auch Forschungsziele für die nahe Zukunft definiert. So sollen unter anderem die langfristige Wirksamkeit der empfohlenen Massnahmen evaluiert und Tools für die Bewertung körperlicher Aktivität im klinischen Alltag entwickelt werden.

Fehlende Evidenz und Mahnung zur Vorsicht

Die Leitlinie wird ihre Empfehlungen auf allgemeine Trainingsmassnahmen beschränken und zu Trainingstherapie keine Stellung beziehen, zumal es zu diesem Thema so gut wie keine Evidenz gibt. Spezielle Trainingsprogramme, zugeschnitten auf Patienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen, sind jedoch in Entwicklung. Dabei müsse, wie Prof. Michael Nurmohamed aus Amsterdam betonte, auch das generell erhöhte kardiovaskuläre Risiko von RA-Patienten in Betracht gezogen werden. Es müsse jedoch bedacht werden, dass intensives Training bei Personen mit hohem Risiko zu einem vermehrten Auftreten von Myokardinfarkten führen könne – insbesondere wenn maximal einmal pro Woche trainiert werde. Nurmohamed wies in diesem Zusammenhang auf entsprechende Empfehlungen des ACSM hin, die ein Screening von Risikopersonen vor intensivem Training fordern. In diese Gruppe fallen Personen mit signifikanten Erkrankungen, die potenziell von regelmässigem Training profitieren würden. In den Algorithmus des ACSM werden das aktuelle Trainingsniveau, Zeichen und Symptome beziehungsweise eine Diagnose einer kardiovaskulären Erkrankung sowie das gewünschte Trainingsniveau einbezogen. Nurmohamed: «Damit lassen sich die ASCM-Leitlinien nicht ohne Weiteres auf Patienten mit inflammatorischen Gelenkerkrankungen anwenden, zumal RA mit erhöhtem kardiovaskulärem Risiko und erhöhter Mortalität assoziiert ist. Dies gilt in verstärktem Mass, wenn Komorbiditäten wie zum Beispiel Diabetes mellitus und Dyslipidämie vorhanden sind.» ▲

Reno Barth

Quelle: EULAR Projects in Health Professionals, «The EULAR Exercise Recommendations for physical activity in people with inflammatory arthritis and osteoarthritis» beim Jahreskongress der European League Against Rheumatism (EULAR), 14. Juni 2018 in Amsterdam.

Referenzen:

1. Myers J et al.: Exercise capacity and mortality among men referred for exercise testing. *N Engl J Med* 2002; 346(11): 793-801.
2. Gomez-Pinilla F, Hillman C: The influence of exercise on cognitive abilities. *Compr Physiol* 2013; 3(1): 403-428.
3. Sharif K, Amital H: Exercise in the Management of Chronic Diseases: An Underfilled Prescription. *Isr Med Assoc J* 2018; 20(1): 51-52.
4. Garber CE et al.: American College of Sports Medicine position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. *Med Sci Sports Exerc* 2011; 43(7): 1334-1359.
5. Rausch AK et al.: The evidence for physical activity in inflammatory arthritis and osteoarthritis. EULAR 2018, Abstract SP0085.
6. Mittleman MA et al.: Triggering of acute myocardial infarction by heavy physical exertion: Protection against triggering by regular exertion. Determinants of Myocardial Infarction Onset Study Investigators. *N Engl J Med* 1993; 329(23): 1677-1683.