

Behandlung der Arthritis im Frühstadium

Empfehlungen der European League Against Rheumatism (EULAR)

Eine Arthritis im Frühstadium kann für den Arzt eine Herausforderung sein: Handelt es sich um eine harmlose Entzündung, die spontan wieder verschwindet, oder bahnt sich hier eine rheumatoide Arthritis an? Welches Medikament ist geeignet? Muss der Patient zum Rheumatologen? Die neuen EULAR-Empfehlungen helfen, die richtigen Entscheidungen zu treffen.

Annals of the Rheumatic Diseases

Aus einer Arthritis im Frühstadium kann sich eine rheumatoide Arthritis oder eine andere spezifische Arthropathie entwickeln. Manchmal bildet sie sich spontan zurück, in anderen Fällen kann sie auch im weiteren Verlauf nicht genau spezifiziert werden. Zunächst einmal sollte das Vorliegen einer entzündlichen Arthritis erkannt werden. In einem zweiten Schritt müssen bestimmte Arthritisdiagnosen ausgeschlossen werden (z.B. systemischer Lupus erythematodes, Psoriasisarthritis, seronegative Spondylarthropathien). Schliesslich gilt es, das Risiko einer persistierenden oder erosiven irreversiblen Arthritis abzuschätzen und die optimale Behandlungsstrategie festzulegen. Eine Aussage über die Prognose

einer frühen Arthritis ist nicht einfach, doch sollte es unter Berücksichtigung klinischer, biologischer und radiologischer Indizes gelingen, den Verlauf mit akzeptabler Genauigkeit vorherzusagen. Seit einigen Jahren bereichern neue, effektive Behandlungsmöglichkeiten das therapeutische Spektrum. Krankheitsmodifizierende Antirheumatika (disease modifying antirheumatic drugs, DMARD) bremsen die Progredienz der Erkrankung. Biologicals führen zu einer raschen, anhaltenden Kontrolle der Erkrankung und beugen der Gelenkdestruktion auf eindrucksvolle Weise vor. Neue Behandlungsoptionen machen die Entwicklung neuer Leitlinien für die Behandlung der frühen Arthritis erforderlich. Aus diesem Grund erarbeitete ein Expertenkomitee aus 14 Rheumatologen und einem Research-Fellow aus zehn europäischen Ländern unter der Leitung von Bernard Combe zwölf Schlüsselempfehlungen zur Behandlung der Arthritis beziehungsweise der rheumatoiden Arthritis im Frühstadium. Die Empfehlungen, die in den «Annals of the Rheumatic Diseases» veröffentlicht wurden, basieren einerseits auf einer umfangreichen Literaturrecherche, andererseits auf Expertenkonsensus.

1. Empfehlung: Überweisung zum Rheumatologen

Die Arthritis ist durch eine Gelenkschwellung gekennzeichnet, die mit Schmerzen oder Steifheit einhergeht. Patienten mit Arthritis, die mehr als ein Gelenk betrifft, sollten idealerweise inner-

halb von sechs Wochen nach Beginn der Symptomatik dem Rheumatologen vorgestellt werden.

2. Empfehlung: Diagnostik

Die klinische Untersuchung ist zum Nachweis einer Arthritis die Methode der Wahl. In Zweifelsfällen können Ultraschall-diagnostik, Power-Doppler-Sonografie und Kernspintomografie (MRI) hilfreich sein, um eine Synovitis nachzuweisen.

3. Empfehlung: Ausschluss anderer Erkrankungen

Von der rheumatoiden Arthritis müssen andere Erkrankungen mithilfe einer sorgfältigen Anamnese und klinischen Untersuchung abgegrenzt werden. Darüber hinaus sind zumindest folgende Labortests erforderlich:

- grosses Blutbild
- Urinuntersuchung
- Transaminasen
- antinukleäre Antikörper.

4. Empfehlung: Prädiktoren für eine persistierende Erkrankung

Bei jedem Patienten, der sich dem Rheumatologen mit einer Arthritis im Frühstadium vorstellt, müssen folgende Faktoren, die als Prädiktoren einer persistierenden und erosiven Erkrankung gelten, erfasst werden:

- Anzahl der geschwollenen und berührungsempfindlichen Gelenke
- Blutsenkungsgeschwindigkeit oder C-reaktives Protein
- Rheumafaktor und Anti-CCP-Antikörper (Antikörper gegen citrullinierte zyklische Peptide)
- radiologisch nachweisbare Erosionen.

5. Empfehlung: DMARD für Risikopatienten

Patienten, bei denen das Risiko einer persistierenden und/oder erosiven Arthritis besteht, sollten möglichst früh mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARD) behandelt werden. Das gilt auch, wenn sie die etablierten Klassifikationskriterien für entzündliche rheumatische Erkrankungen noch nicht erfüllen.

6. Empfehlung: Patienteninformation und -schulung

Die Information der Patienten über die Erkrankung, die Behandlungsmöglichkeiten und den Krankheitsverlauf ist wichtig. Als zusätzliche Massnahmen können Schulungsprogramme angeboten werden, die vermitteln, wie die Schmerzen bewältigt und die Arbeitsfähigkeit aufrechterhalten werden kann.

7. Empfehlung: Nichtsteroidale Antirheumatika

Der Einsatz von nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR) muss bei symptomatischen Patienten in Betracht gezogen werden, nachdem ein gastrointestinaler, renaler und kardiovaskulärer Status erhoben worden ist.

8. Empfehlung: Glukokortikoide

Systemische Glukokortikoide reduzieren Schmerz und Schwellung und sollten als (hauptsächlich temporäre) Ergänzung zu

der DMARD-Behandlung erwogen werden. Glukokortikoidinjektionen in die Gelenke kommen zur Linderung lokaler Entzündungssymptome in Betracht.

9. Empfehlung: Methotrexat ist unter den DMARD die erste Wahl

Unter den DMARD nimmt Methotrexat eine besondere Stellung ein. Es sollte bei Patienten, bei denen das Risiko einer persistierenden Erkrankung besteht, vorrangig eingesetzt werden.

10. Empfehlung: Behandlungsziel Remission

Hauptziel der DMARD-Behandlung ist es, eine Remission zu erreichen. Eine regelmässige Überwachung der Krankheitsaktivität und die Berücksichtigung von Nebenwirkungen tragen dazu bei, die geeignete Therapie auszuwählen und die Behandlungsstrategie gegebenenfalls zu ändern (dies gilt für DMARD einschliesslich Biologicals).

11. Empfehlung: Nicht medikamentöse Behandlung

Nicht pharmakologische Interventionen wie dynamische Übungen, Beschäftigungstherapie und Hydrotherapie können Patienten mit Arthritis im Frühstadium zusätzlich zur medikamentösen Therapie verordnet werden.

12. Empfehlung: Monitoring

Zur Überwachung der Krankheitsaktivität sollten die berührungsempfindlichen und geschwollenen Gelenke erfasst werden, die Gesamteinschätzung von Patient und Arzt berücksichtigt und die Blutsenkungsgeschwindigkeit sowie das C-reaktive Protein gemessen werden. Solange noch keine Remission erreicht ist, sollte alle ein bis drei Monate eine Beurteilung der Arthritisaktivität erfolgen. In den ersten Jahren sollte alle sechs bis zwölf Monate geröntgt werden, um strukturelle Schäden zu erfassen.

Fazit

Die aktuellen EULAR-Empfehlungen zum Management der Arthritis im Frühstadium wissen die neuen therapeutischen Entwicklungen zu schätzen, sie weisen jedoch auch auf das breite Spektrum der Therapiemöglichkeiten und auf die Heterogenität der zu behandelnden Patientenschaft hin. Das protokollgerechte Management dürfte in Zukunft zunehmend schwieriger werden, und der Arzt sollte in jedem Einzelfall die am besten geeignete Strategie auswählen. Die oben aufgeführten Empfehlungen sollten als Entscheidungshilfe für Ärzte und Patienten, die die am besten geeignete Managementstrategie auszuwählen haben, verstanden werden. ◆

Andrea Wülker

Quelle:

B. Combe (Immuno-Rheumatologie, Lapeyronie Hosp., Montpellier, Frankreich) et al.: EULAR recommendations for the management of early arthritis: report of a task force of the European Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCIIT). Annals of the Rheumatic Diseases 2007; 66: 34-45.