

KHM-Kongress, Luzern: Rheumatoide Arthritis und Spondyloarthritis

Immunsystem im Chaos

Im zweiten Hauptreferat des KHM Kongresses sprach Dr. med. Adrian Forster, Winterthur, über Arthritis, denen eine chronische Störung des Immunsystems zugrunde liegt. Unter anderem ging er dabei auf die Diagnose und Therapie der rheumatoiden Arthritis und der Spondyloarthritis ein.

Vielen Arthritis liegen spezifische, chronische Störungen des Immunsystems zugrunde. „Da uns mittlerweile verschiedene Optionen zur Behandlung dieser Erkrankungen zur Verfügung stehen, ist es wichtig, sie auch möglichst früh zu diagnostizieren“, erklärte Dr. med. Adrian Forster, Kantonsspital Winterthur.

Frühe Diagnose einer rheumatoiden Arthritis

Um die Chancen für eine frühe Diagnose einer rheumatoiden Arthritis (RA) zu verbessern, haben ACR (American College of Rheumatology) und EULAR (European League Against Rheumatism) 2010 neue, entsprechend verfeinerte Klassifikationskriterien für diese Erkrankung publiziert (Tab. 1).⁽¹⁾ „Neben den darin genannten Kriterien ist für eine RA z. B. als typisch anzusehen, dass die Fingerendgelenke nicht betroffen sind“, erläuterte Dr. Forster. „Da viele RA-Patienten auch Nackenschmerzen entzündlichen Charakters haben, lohnt es sich, aktiv danach zu fragen.“ Im Verlauf der Erkrankung könne es zudem an der Halswirbelsäule zu destruktiven Veränderungen kommen. „Deshalb empfehle ich, Funktionsaufnahmen zu machen, um so eine mögliche Instabilität – am häufigsten atlanto-okzipital – zu entdecken.“ Diagnostisch genutzt werden kann in Weiteren, dass bei einem Viertel der Patienten Rheumaknoten vorliegen.⁽²⁾ „Diese sind am häufigsten am Ellbogen, an den Fingern oder Füßen zu finden. Oft sind sie aber so klein, dass sie sich höchstens palpatorisch nachweisen lassen.“

Bei der Diagnose einer RA ist auch der Rheumafaktor hilfreich. „Hier handelt es sich um einen gegen den Fc-Anteil eigener Immunglobuline gerichteten Antikörper“, erklärte Dr. Forster. „Dieser Faktor ist im Verlauf der Erkrankung bei drei Vierteln der



Dr. med. Adrian Forster

Patienten nachweisbar. Allerdings ist er nicht spezifisch für eine RA“, betonte er. „So findet man ihn auch bei Kollagenosen, anderen Autoimmunerkrankungen, bei chronischen Infektionen und Neoplasien“. Hochspezifisch für eine RA sind dagegen Anti-CCP-Antikörper. Diese sind gegen cyclisches citrulliniertes Protein (CCP) gerichtet und im Verlauf der Erkrankung bei drei Vierteln der Patienten nachweisbar. Als mögliche Differentialdiagnosen einer RA erwähnte der Redner unter anderem Kollagenosen, Spondyloarthritis (M. Bechterew, Psoriasisarthritis), Polymyalgia rheumatica, Vaskulitiden (z. B. ANCA-assoziierte Vaskulitiden), virale Infektionen, Kristallarthritis, Malignome und bakterielle Infektionen.

Therapie der rheumatoiden Arthritis

Je früher die Therapie einer RA begonnen wird, desto besser ist das Ansprechen und desto geringer sind die Gelenkschäden.⁽³⁾ „Eine alleinige Steroidtherapie – ohne ein Basismedikament – gilt heute bei der RA als obsolet, da sie längerfristig zu toxisch ist und zu wenig antidestruktiv wirkt“, so Dr. Forster. Die grosse Palette der Basistherapeutika umfasst dabei neben synthetischen Substanzen auch verschiedene Biologika. „Diese Zytokinblocker vermögen ganz gezielt in den Entzündungsprozess einzugreifen. Die Hemmung des Interleukin-6-Rezeptors durch Tocilizumab z. B. führt bei praktisch allen Patienten zu einer profunden Suppression der systemischen Entzündungsaktivität, so dass diese ein normalisiertes CRP und eine normalisierte Blutsenkungsgeschwindigkeit aufweisen.“ In der Praxis sei es bei einem Verdacht auf eine Infektion wichtig, an diesen Mechanismus zu denken. „Denn bei diesen Patienten können Sie selbst bei nur leicht erhöhten oder gar normalen Entzündungsparametern das Vorliegen einer Infektion nicht ausschliessen“, machte Dr. Forster deutlich und riet in diesen Fällen zu einer detaillierteren Abklärung.

Begonnen wird die Therapie einer RA meist mit dem Basismedikament Methotrexat in Kombination mit einem Steroid. „Bei ungenügender Wirkung oder Verträglichkeit ist ein rascher Wechsel zu einem Biologikum angezeigt.“ Das Therapieziel einer RA stellt dabei die Remission dar. Wie Dr. Forster dazu erläuterte, sollen längerfristig alle Schwellungen abklingen sowie die systemische Entzündungs-

TAB. 1 Neue Klassifikationskriterien für eine rheumatoide Arthritis (≥6/10). ¹	
Gelenkbefall	
2 – 10 grosse Gelenke	1
1 – 3 kleine Gelenke	2
4 – 10 kleine Gelenke	3
> 10 Gelenke	5
Autoantikörper	
Niedrigtitrig Rheumafaktor oder Anti-CCP	2
Hochtitrig Rheumafaktor oder Anti-CCP	3
Entzündungsparameter	
CRP oder BSG erhöht	1
Symptombdauer	
> 6 Wochen	1

TAB. 2 Zusammenstellung der synthetischen und biologischen Basismedikamente zur Behandlung einer rheumatoiden Arthritis	
Synthetische Basismedikamente	Biologische Basismedikamente
Methotrexat	Etanercept (Enbrel®)
Leflunomid (Arava®)	Infliximab (Remicade®)
Sulfasalazin (Salazopyrin®)	Adalimumab (Humira®)
Antimalarika (Plaquenil®, Resochin®)	Golimumab (Simponi®)
Tofacitinib (Xeljanz®)	Certolizumab (Cimzia®)
	Rituximab (MabThera®)
	Abatacept (Orencia®)
	Tocilizumab (Actemra®)

aktivität, und damit auch die Allgemeinsymptome, unterdrückt sein. „Und natürlich wollen wir, dass die Gelenke im weiteren Verlauf der Erkrankung keinen Schaden nehmen. Aus diesem Grund sind regelmässige radiologische Kontrollen sinnvoll.“

Spondyloarthritiden – oft erst spät diagnostiziert

Als nächstes Thema ging Dr. Forster auf die Spondyloarthritiden ein, zu denen neben dem Morbus Bechterew (Spondylitis ankylosans) auch die Psoriasisarthritis, die reaktive Arthritis (M. Reiter) und die enteropathischen Arthritiden gehören. Zu den Charakteristiken entzündlicher Rückenschmerzen gehören dabei ein schleichender Beginn – meist vor dem 40. Lebensjahr – eine Zunahme der Beschwerden in Ruhe und ihre Besserung bei Bewegung sowie nächtliche Schmerzen.(4) „Besonders typisch ist, dass die Schmerzen in der zweiten Nachthälfte zum Erwachen der Patienten führen. Stehen sie dann auf und gehen herum, kommt es zu einer Besserung“, ergänzte Dr. Forster. Ebenfalls würden die Patienten oft nicht nur über Rückenschmerzen, sondern auch über Gesässschmerzen mit wechselnder Seitendominanz klagen.

Da es in der Regel mehrere Jahre dauert, bis entsprechende konventionell-radiologische Veränderungen sichtbar werden und die Entzündungsparameter zu Beginn der Erkrankung nur bei etwa der Hälfte der Patienten erhöht sind, wird eine Spondyloarthritis oft erst verzögert diagnostiziert. „Aus unserem Register SCQM wissen wir, dass die durchschnittliche Diagnoseverzögerung in der Schweiz 6,4 Jahre beträgt“, so der Redner. Aufgrund des späten Auftretens der radiologischen Veränderungen, die das Krankheitsbild des Morbus Bechterew definieren, wird heute in der Terminologie zwischen einer nicht-röntgenologischen axialen Spondyloarthritis, als einer frühen Erkrankungsform, und einer

röntgenologischen axialen Spondyloarthritis (Spondylitis ankylosans = M. Bechterew) unterschieden.(5) Ziel wäre es, dass bereits die frühen Formen erkannt würden, erläuterte der Redner.

Zu den Therapieoptionen bei Spondyloarthritiden gehören die TNF- α -Hemmer. „Dies sind die einzigen Substanzen, die bei der Mehrzahl der Patienten den axialen Entzündungsprozess gut zu unterdrücken vermögen. Die herkömmlichen Basistherapeutika vermögen dies nicht. Wir gehen zudem davon aus, dass wenn wir die Entzündung früh im Krankheitsprozess kontrollieren können, sich die Ankylosierung zumindest verzögern lässt.“ Zur Therapie der Psoriasisarthritis stehen mit Ustekinumab, Sekukinumab und seit kurzem auch Apremilast einige weitere neue Substanzen zur Verfügung. „Wie gut diese spezifisch auf die Wirbelsäule wirken, wissen wir allerdings noch nicht“, schloss Dr. Forster.

▼ Dr. Therese Schwender

Quelle: Zweites Hauptreferat „Immunsystem im Chaos.“ 17. Fortbildungstagung des Kollegiums für Hausarztmedizin (KHM). 25. bis 26. Juni 2015, Luzern.

Referenzen:

1. Aletaha D et al. 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis Rheum* 2010;62:2569-81.
2. Nyhäll-Wählin BM et al. The presence of rheumatoid nodules at early rheumatoid arthritis diagnosis is a sign of extra-articular disease and predicts radiographic progression of joint destruction over 5 years. *Scand J Rheumatol* 2011;40:81-7.
3. Anderson JJ et al. Factors predicting response to treatment in rheumatoid arthritis: the importance of disease duration. *Arthritis Rheum* 2000;43:22-9.
4. Sieper J et al. New criteria for inflammatory back pain in patients with chronic back pain: a real patient exercise by experts from the Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS). *Ann Rheum Dis* 2009;68:784-8.
5. Sieper J, van der Heijde D. Review: Nonradiographic axial spondyloarthritis: new definition of an old disease? *Arthritis Rheum* 2013;65(3):543-51.