

Rheumatoide Arthritis nicht übersehen!

Rascher Behandlungsbeginn kann die Erkrankungsprogression bremsen

Die frühzeitige Diagnose ist bei der rheumatoiden Arthritis von grosser Bedeutung, weil mit einem Behandlungsbeginn innerhalb von drei Monaten nach Beginn der Symptomatik eine deutliche Verlangsamung der Krankheitsprogression erreicht werden kann. Patienten mit charakteristischen Symptomen sollten daher innerhalb von zwei Wochen an einen Rheumatologen überwiesen werden.

British Medical Journal

Bei der rheumatoiden Arthritis (RA) handelt es sich um eine Autoimmunerkrankung unbekannter Ursache, die durch eine progressive Gelenkerstörung und Gelenkdeformation gekennzeichnet ist. Zusätzlich kann es zu extraartikulären Manifestationen wie einer interstitiellen Lungenerkrankung oder dem Sjögren-Syndrom kommen. Die RA kann in jedem Alter auftreten; in einer retrospektiven Kohortenstudie lag das durchschnittliche Ersterkrankungsalter jedoch bei 55,6 Jahren. Frauen erkranken etwa dreimal häufiger als Männer. Eine frühzeitige angemessene Behandlung verbessert die Symptomatik und senkt zudem das Risiko für Komorbiditäten und die Mortalität.

Weshalb wird eine rheumatoide Arthritis oft übersehen?

In Beobachtungsstudien aus England, Europa und den USA zeigte sich, dass Rheumapatienten häufig erst mit Verzögerung an einen Spezialisten überwiesen werden. Im National

MERKSÄTZE

- ❖ Die rheumatoide Arthritis betrifft vor allem die peripheren Gelenke.
- ❖ Charakteristische Symptome sind Gelenkschmerzen, Schwellungen und Versteifungen der Gelenke.
- ❖ Ein Behandlungsbeginn innerhalb von drei Monaten nach Einsetzen der Symptome kann die Erkrankungsprogression verlangsamen.
- ❖ Als «First-line»-Behandlung wird eine methotrexathaltige DMARD-Kombination empfohlen.

Fallbeispiel

Bei einer 43-jährigen Frau wird nach sechs Wochen andauernden Schmerzen in den Handgelenken zunächst ein «Repetitive-strain-injury» (RSI)-Syndrom diagnostiziert. Fünf Wochen später sucht sie den Hausarzt erneut auf, weil sich die Beschwerden verschlimmert haben. Zudem klagt sie über zunehmende Fatigue und eine etwa zweistündige Morgensteifigkeit in den Händen. Bei der körperlichen Untersuchung treten Schwellungen in beiden Handgelenken und den Metacarpophalangealgelenken zutage. Daraufhin wird die Patientin an einen Rheumatologen überwiesen. Dieser diagnostiziert eine rheumatoide Arthritis und beginnt mit der Behandlung.

Audit Office Report von 2009 wurde dokumentiert, dass Patienten mit nicht diagnostizierter RA in England durchschnittlich viermal ihren Hausarzt aufsuchten, bevor sie an einen Spezialisten überwiesen wurden.

Die frühzeitige Diagnose der RA kann sich schwierig gestalten, weil muskuloskeletale Beschwerden in der Hausarztpraxis häufig vorkommen und die klinischen Anzeichen oft wenig spezifisch sind. Zudem liegen die Ergebnisse von Entzündungsnachweisen wie der Erythrozytensedimentationsrate oder der Serumkonzentration des C-reaktiven Proteins oft im Normbereich, und auch spezifischere Bestimmungen fallen häufig negativ aus. So ist bei 31 Prozent der Patienten kein Rheumafaktor vorhanden, und bei 33 Prozent der Betroffenen sind keine Anti-CCP (zyklisches zitruilliniertes Peptid)-Antikörper nachweisbar.

Welche Bedeutung hat eine verzögerte Behandlung?

Aufgrund rheumabedingter Behinderungen geben 28 Prozent der Betroffenen ihren Arbeitsplatz innerhalb eines Jahres auf. Nach Einsetzen der ersten Symptome besteht drei Monate lang ein «Fenster der therapeutischen Möglichkeiten». Ein Behandlungsbeginn in diesem Zeitraum kann die Erkrankungsprogression deutlich verlangsamen. Jede Verzögerung ist mit einer Zunahme der Gelenkschädigungen und der Mortalität verbunden. Zudem ist eine Monotherapie bei Verzögerungen um drei bis sechs Monate bezüglich der Induzierung einer medikamentenfreien Remission weniger wirksam.

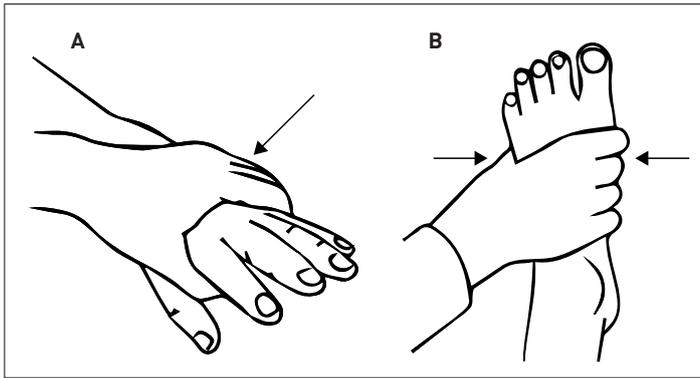


Abbildung: «Squeeze»-Test am Metacarpophalangealgelenk (A) und am Metatarsophalangealgelenk (B). (Nach Harnden et al., 2016)

Wie wird die rheumatoide Arthritis diagnostiziert?

Als Hauptsymptome der RA gelten Gelenkschmerzen sowie Schwellungen und Versteifungen der Gelenke. Meist sind die Handgelenke, die proximalen Interphalangealgelenke und die Metacarpophalangealgelenke betroffen. Viele Patienten leiden auch an einer länger als 30 Minuten andauernden Morgensteifigkeit. Die Sensitivität dieses Anzeichens beträgt 74 bis 77 Prozent, die Spezifität liegt bei 48 bis 52 Prozent. Bei vielen Patienten kommt es auch zu systemischen Symptomen wie Gewichtsverlust, Fatigue (84% in einer Observationsstudie) und allgemeinem Unwohlsein.

Zu den charakteristischen Untersuchungsbefunden gehören Schwellungen in drei oder mehr Gelenken (Spezifität: 73%), Druckschmerzempfindlichkeit entlang der Gelenklinie, eine Synovitis mit teigiger Schwellung und ein positiver «Squeeze»-Test (siehe Abbildung; Schmerzen bei vorsichtigem Zusammendrücken der Metacarpophalangealgelenke oder der Metatarsophalangealgelenke). Die Sensitivität des «Squeeze»-Tests beträgt in frühen Stadien zwar nur 40 bis 48 Prozent, die Spezifität liegt jedoch bei 84 Prozent. Bei der Diagnosestellung ist zu beachten, dass sich auch bei einem Karpaltunnelsyndrom eine Synovitis im Handgelenk entwickeln kann.

Wann wird zum Rheumatologen überwiesen?

Bei Verdacht auf eine RA sollte der Patient innerhalb von zwei Wochen zum Rheumatologen überwiesen werden. Entsprechend den Leitlinien des National Institute for Health and Care Excellence (NICE) gilt dies für alle Patienten mit einer persistierenden unerklärbaren Synovitis. Des Weiteren empfehlen die Experten eine Überweisung, wenn mehr als eines der kleinen Gelenke der Hände oder der Füße betroffen sind und wenn die Symptome bereits länger als drei Monate persistieren.

Welche Untersuchungen sind erforderlich?

Ergänzend zur körperlichen Untersuchung wird eine Bestimmung des Rheumafaktors (Sensitivität: 69%, Spezifität: 85%), der Erythrozytensedimentationsrate und des C-reaktiven Proteins im Serum vorgenommen. Bei negativem Rheumafaktor sollte ein Test auf Anti-CCP-Antikörper durchgeführt werden, der eine ähnliche Sensitivität wie der Nachweis des Rheumafaktors (67%), jedoch eine wesentlich höhere Spezifität (95%) aufweist.

Im Rahmen der Diagnostik sind auch Röntgenaufnahmen der Hände und der Füße erforderlich, da bereits erosive Schädigungen vorhanden sein können, wenn andere Untersuchungsergebnisse noch im Normbereich liegen. Zum Nachweis einer frühen Synovitis kann eine Ultraschalluntersuchung allerdings bessere Ergebnisse liefern.

Was gehört zum Management der rheumatoiden Arthritis?

In Grossbritannien wurden spezielle Kliniken zur Evaluierung und Behandlung von Patienten mit vermuteter RA eingerichtet. Die initiale Behandlung wird so rasch wie möglich mit einer Kombination krankheitsmodifizierender Medikamente (disease-modifying antirheumatic drugs, DMARD) wie Methotrexat (z.B. Methotrexat Teva, Methotrexat Pfizer) oder Sulfasalazin (Salazopyrin®) begonnen.

Mit intraartikulären, intramuskulären oder oralen Glukokortikoiden wird eine rasche, kurzfristige Symptomlinderung erzielt. Zudem können diese Substanzen eine Gelenkschädigung verlangsamen. Der Hausarzt sollte Glukokortikoide jedoch nur verschreiben, wenn der Patient nicht kurzfristig in die Sekundärversorgung überführt wird, da diese Medikamente eine Diagnosestellung erschweren können. Im Rahmen der jährlichen Kontrolluntersuchungen sollte der Hausarzt auch auf Komorbiditäten wie kardiovaskuläre Erkrankungen, Osteoporose oder Depressionen achten. ❖

Petra Stölting

Quelle: Harnden K et al.: Easily missed? Rheumatoid arthritis. *BMJ* 2016; 352: i387.

Interessenkonflikte: Einer der drei Autoren der referierten Originalarbeit ist Schatzmeister bei der British Society for Rheumatology.