



Weil Glukokortikoide schnell wirken und auch die Krankheitsaktivität unterdrücken, werden sie auch als Überbrückung gegeben, bis die Wirkung einer Basistherapie mit DMARD einsetzt. Üblicherweise wird die Therapie mit 0,5 mg/kg KG begonnen und dann langsam heruntertitriert, als Erhaltungsdosis sind $\leq 217,5$ mg Prednisolonäquivalent anzustreben.

Durch die abendliche Einnahme eines Modified-Release-Prednison kann gezielt der nächtliche Abfall der körpereigenen Kortisonproduktion ausgeglichen werden.

MTX weiter Antirheumatikum der ersten Wahl

Um Gelenkschäden zu vermeiden oder wenigstens zu verzögern, muss bei jedem RA-Patienten eine Basistherapie mit DMARD eingeleitet werden. Die Wirkung lässt allerdings je nach Präparat 4–16 Wochen auf sich warten. Als RA-Medikament der ersten Wahl gilt der Folsäureantagonist Methotrexat (MTX). Wenn mit MTX nach drei bis sechs Monaten keine Besserung erreicht ist, wird üblicherweise ein zweites klassisches DMARD verordnet.

Unter MTX gibt es verglichen mit anderen DMARD die wenigsten Therapieabbrüche wegen mangelnder Wirksamkeit oder Nebenwirkungen. Durch Folsäuresubstitution kann man Stomatitis und Haarausfall entgegenwirken; als therapielimitierende Nebenwirkungen können jedoch Myelosuppression, Hepato- und Nephrotoxizität auftreten. Das DMARD Leflunomid ist ähnlich wirksam wie MTX. Unter beiden Therapien ist eine sichere Kontrazeption notwendig.

Sulfasalazin ist im Allgemeinen gut verträglich, wirkt aber schwächer als die vorgenannten Substanzen. Das Antimalariamedikament Hydroxychloroquin wird bei milden Verläufen eingesetzt. Alle DMARD erfordern regelmäßige klinische und laborchemische Kontrolluntersuchungen (siehe Empfehlungen der DGRh unter www.dgrh.de).

Biologika können auch aggressive RA stoppen

Den „wichtigsten Fortschritt in der Behandlung von entzündlich-rheumatischen Erkrankungen der letzten Jahre“ stellen die Biologika dar, betont Bastian. Die biotechnologisch hergestellten Medikamente greifen an unterschiedlichen Stellen blockierend in das Immunsystem ein und unterdrücken dadurch die Entzündung in den Gelenken. Die Kehrseite des hochwirksamen Eingriffs in die Immunantwort ist ein erhöhtes Risiko für (schwere) Infektionen. Vor der Anwendung von Zytokinhemmern muss eine latente Tuberkulose ausgeschlossen werden.

Am besten untersucht ist die Wirkung der TNF-alfa-Antagonisten, die inzwischen durch fünf Wirkstoffe vertreten sind: Infliximab, Etanercept, Adalimumab, Golimumab und Certolizumab. Weitere Biologika blockieren die Interleukin-6-Rezeptoren (Tocilizumab) oder die T-Zell-Kostimulation (Abatacept). Als Biologikum der zweiten Wahl zugelassen ist Rituximab, das eine B-Zell-Depletion bewirkt. Der Interleukin-1-Blocker Anakinra wird ebenfalls nur selten eingesetzt.

Indiziert ist ein Biologikum, bevorzugt ein TNF-alfa-Blocker, nach Versagen von zwei DMARD oder bei sehr aggressiver RA auch schon nach dem ersten DMARD. In der Regel werden Biologika mit DMARD kombiniert, eine Kombination mehrerer Biologika wird nicht empfohlen. *(Beate Schumacher)*

Bastian H et al. Therapiestrategien bei rheumatoider Arthritis. Internist 2011, 52:645



Weitere Infos auf springermedizin.de

Dossier Rheumatologie

Suchen Sie mehr Informationen zum Thema Rheumatologie?

Diese finden Sie im passenden Dossier unter

► www.springermedizin.de/innere-rheumatologie

oder indem Sie die ID 299050 in die Suche eingeben.

Frühe Menopause schadet den Knochen

Ein früher Eintritt in die Wechseljahre geht mit einem fast doppelt so hohen Osteoporoserisiko einher. Dies zeigte zum ersten Mal eine prospektive Langzeitstudie über 34 Jahre mit 390 Frauen, bei denen die Knochendichte mit 48 und 77 Jahren gemessen wurde. Das Ergebnis: Im Alter von 77 Jahren hatten 56% der Frauen mit frühem (vor dem 47. Lebensjahr) Menopausebeginn eine Osteoporose, dagegen nur 30% der Frauen mit spätem Beginn. Svejme O et al, BJOG 2012, 119:810

Gicht: geerbt oder gevollt?

Eine US-Studie bestätigte den erblichen Charakter der Hyperurikämie, brachte aber zum Vorschein, dass die Entwicklung einer Gicht stark von Umweltfaktoren beeinflusst wird. Dazu beobachteten Forscher 253 eineiige und 261 zweieiige männliche Zwillingspaare. Die Diagnose „Hyperurikämie“ wurde bei 40% der Probanden gestellt, dennoch lag die Lebenszeitprävalenz der Gicht bei den eineiigen und den zweieiigen Zwillingen nur bei 11,9 bzw. 11,5%. Zur Entwicklung der Krankheit trugen offenbar Umweltfaktoren und Lebensstil bei. Krishnan E et al, Am J Med 2012, 125:499

Fliesen oder PC Knie-gefährlicher?

Dänische Forscher verglichen den klinischen und radiologischen Arthrosezustand der Knie von 92 Fliesenlegern und 49 Grafikern. Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied in der Arthrose-Prävalenz. Die Bodenleger hatten jedoch häufiger tibiofemorale, die Grafiker patellofemorale Arthrosen. Erst nach 30 Jahren Knochenarbeit machte sich die Belastung der Knie statistisch bemerkbar – dann waren die Fliesenleger fünfmal häufiger betroffen. Kirkeskov L et al, BMJ Open 2012, 2:e001109