Zeitfaktor spielt entscheidende Rolle

Frühdiagnose rettet Gelenke

Das Zauberwort für eine erfolgreiche RA-Therapie heißt Frühdiagnose. Sie macht den Unterschied zwischen guter Prognose und Schadensbegrenzung.

Besteht der Verdacht auf eine Rheumatoide Arthritis (RA), ist es wichtig, möglichst schnell zu reagieren – optimalerweise innerhalb von drei Monaten. „Was kaputt gegangen ist, kann man nicht mehr aufholen. Hier ist nur noch Schadensbegrenzung möglich“, betonte Prof. Dr. Klaus Krüger beim Praxis-Update in Wiesbaden.

Klinische Merkmale weisen den Weg

Die frühe RA wird in erster Linie anhand von klinischen Merkmalen identifiziert. Typische Symptome sind Schmerzen und eine eindeutige entzündliche Gelenkschwellung von Hand-, Fingergrund-, Fingermittel und/oder Zehengrundgelenken. Hilfreich für die Diagnose sind

die für den Primärversorger konzipierte S3-Leitlinie „Management der frühen rheumatoiden Arthritis“ und die ACC/EULAR-Klassifikationskriterien [1].

Mögliche Differenzialdiagnosen wie parainfektiose virale Arthritis, Kollagenosen, Psoriasis-Arthritis, paraneoplastische Polyarthritiden und Polymyalgia rheumatica gilt es auszuschließen.

Als richtungsweisende Laborbefunde für die Diagnose einer RA sind primär die Entzündungsparameter (CRP, BSG) sowie der IgM-Rheumafaktor (RF) und Antikörper gegen citrullinierte Peptide (ACPA, meist Anti-CCP-Antikörper) relevant. Anti-CCP-Antikörper sind hochspezifisch für die RA, die Sensitivität liegt

Bei der RA-Therapie zählt
„Der frühe Vogel...“

© Per Tillmann - Fotolia

bei etwa 70%. Sie sind zudem ein Indikator für eine ungünstige Prognose. Der IgM-Rheumafaktor ist ähnlich sensitiv, aber viel weniger spezifisch. So kann er auch bei gesunden Menschen, oder bei anderen Erkrankungen vorkommen. Sind ACPA/RF vorhanden, liegt die Wahrscheinlichkeit für eine RA bei über 99%. Spätere Verlaufskontrollen dieser Marker sind meist entbehrlich, da kein Bezug zum klinischen Verlauf nachweisbar ist [2] und die Titerhöhe nicht mit dem Risiko korreliert. Zur Verlaufskontrolle eignen sich CRP oder Blutsenkung. (otc)

[1] Ann Rheum Dis 2010; 69: 1580-1588

[2] J Rheumatol 2014; 41: 41-46

DATEN UND FAKTEN

0,8 %

der Erwachsenen sind in Deutschland von einer Rheumatoiden Arthritis (RA) betroffen. In absoluten Zahlen bedeutet dies circa 537.000 Menschen. Frauen sind etwas häufiger betroffen als Männer, das Manifestationsalter liegt häufig zwischen 40 und 60 Jahren. Allgemein wird von einer Zunahme der Prävalenz ausgegangen. Dies wird mit verbesserten Untersuchungsmöglichkeiten, längerem Überleben der Erkrankten sowie auch insgesamt mit einem Anstieg des Alters in der Bevölkerung erklärt.

INFOS IM INTERNET

Die Deutsche Rheuma-Liga präsentiert sich im Internet unter www.rheuma-liga.de

Leitlinien, Weiter- und Fortbildungsangebote sowie Nachrichten aus der Forschung gibt's bei der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie: www.dgrh.de

Weitergehende Informationen zu Rheumatologie liefert das Online-Angebot der Springer-Medizin-Titel „Zeitschrift für Rheumatologie“ sowie „Orthopädie & Rheuma“

14.000 Rheumatologen trafen sich in Rom

Das Wichtigste vom EULAR

Die Highlights vom 16. EULAR-Kongress in Rom kurz & knapp zusammengefasst:

Bei Psoriasis-Arthritis wurden die Empfehlungen von 2012 aktualisiert: So werden in zehn konkreten Therapieempfehlungen jetzt neben NSAR, Glukokortikoiden, konventionellen synthetischen DMARD (csDMARD) und TNF- α -Hemmern weitere biologische DMARD (bDMARD) berücksichtigt, nämlich IL-12/IL-23-Antagonisten und IL-17-Antagonisten. Ebenfalls Berücksichtigung finden orale PDE-4-Hemmer, für die die EULAR den neuen Oberbegriff der „targeted synthetic DMARD“ (tsDMARD) kreiert hat.

Kombitherapien – bestehend aus Prednisolon, Mtx und Sulfasalazin – senken bei Patienten mit früher RA nicht nur die Krankheitsaktivität, sondern sie erhöhen auch die körperliche Aktivität. 9 von 10 Patienten erreichen das WHO-Ziel von min-

destens 150 Minuten körperlicher Aktivität pro Woche. Diese Ergebnisse basieren auf Auswertungen der COBRA-light-Studie.

Bei Frauen mit RA erlaubt der Verlauf der ersten Schwangerschaft keine Rückschlüsse bezüglich der Krankheitsaktivität auf die nächste. Zu diesem Ergebnis kommt die Auswertung der Krankenakten von 27 Frauen mit RA, die zwei Kinder zur Welt gebracht haben. Dabei zeigte sich, dass sich die Krankheitsaktivität lediglich bei vier Frauen genauso oder ähnlich verhielt.

Patienten mit AS (ankylosierende Spondylitis) sprechen deutlich schlechter auf TNF- α -Hemmer an, wenn sie rauchen. Dieser Zusammenhang konnte jetzt anhand eines großen dänischen Registers (DANBIO) erneut bestätigt werden. (gvg/otc)

Weitere Beiträge und Abstracts unter www.congress.eular.org