Rheumatologie 2012: Neues aus Klinik und Forschung

© SPL/Agentur Focus

40. Kongress der DGRh

In guter Tradition fand der 40. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) in Bochum wieder zusammen mit der (26.) Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh) und der (22.) Jahrestagung der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR) statt. Entsprechend vielfältig war das Programm. Für Springer Medizin hat Dr. Wiebke Kathmann (wk) die interessantesten Neuigkeiten zusammengefasst.

S1-Leitlinie zur rheumatoiden Arthritis vorgestellt

— Nicht nur die gewählten Medikamente, sondern auch die Therapiestrategie entscheidet über den Therapieerfolg bei rheumatoider Arthritis (RA). Daher hat die DGRh in Form der S1-Leitlinie einen genauen Therapiefahrplan für Rheumatologen entwickelt, der die S3-Leitlinie zur Behandlung der frühen RA ergänzt. Durch die Vorgaben zum sequenziellen Vorgehen soll die RA-Therapie weiter optimiert werden, wie Prof. Klaus Krüger, München, in Bochum erklärte. Gemäß S1-Leitlinie soll sofort nach der Diagnose mit einer Therapie aus Methotrexat (MTX) plus niedrig dosierten Kortikoiden begonnen werden. Wichtig ist es, die Dosierung und Applikationswege für MTX auszuschoöpfen. Sinkt die Krankheitsaktivität nicht ausreichend, sollte bereits nach zwölf Wochen auf eine Kombination aus klassischen Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs

(DMARDs) wie MTX plus Leflunomid oder MTX plus Sulfasalazin und Hydroxychloroquin umgestellt werden. Bleibt die Krankheitsaktivität trotz DMARD-Kombinationstherapie hoch, sollte spätestens nach sechs Monaten ein Biologikum gegeben werden, in der Regel kombiniert mit MTX. Bei Patienten mit sehr hoher Krankheitsaktivität und/oder ungünstigen Prädiktoren kann statt der DMARD-Kombitherapie auch gleich ein Biologikum verordnet werden. Bei ungenügendem Ansprechen auf das erste Biologikum sollte nach drei bis sechs Monaten auf eine andere Substanz dieser Wirkstoffgruppe umgestellt werden. Erstmals wird in einer Leitlinie auch eine Empfehlung zur Deeskalation der Therapie gegeben: War der Patient sechs bis zwölf Monate in Remission, kann man versuchen, die Basistherapie auszuschleichen. wk

Europa verarmt: Vitamin D ist Mangelware

— Die Supplementation von Vitamin D ist in Europa generell und nicht nur für Kleinkinder und Betagte erforderlich. Denn weder der üblicherweise sonnenexponierte Anteil der Haut (circa 5 %), noch die Sonnenintensität im Winterhalbjahr und die Zufuhr mit der Nahrung reichen aus, um eine ausreichende Versorgung zu gewährleisten. Daher lautet die aktuelle Empfehlung der Fachgesellschaften, 800 I.E. Vitamin D pro Tag für Jedermann, für Patienten mit Osteoporose oder rheumatoider Arthritis das Doppelte. Die Supplementation kann täglich (800 I.E.), wöchentlich (5.600 I.E.) oder monatlich (24.000 I.E.) erfolgen. Megadosen seien allerdings nicht zu empfehlen, mahnte Prof. Heike Bischoff-Ferrari, Zürich. Der Ergänzungsbehandlung muss bei Gesunden keine Messung der 25-OH-Vitamin-D3-Serumspiegel vorausgehen. Bei rheumatologischen Patienten, Personen mit atraumatischen Frakturen in der Vorgeschichte, Älteren mit Sturzneigung oder Schwangeren ist die Bestimmung der Serumspiegel dagegen sinnvoll. Denn in diesen Fällen muss durch die Supplementation ein Serumspiegel von 75 nmol/l erreicht werden, um einen präventiven Effekt zu erzielen. Gerade die genannten Risikogruppen weisen Studien zufolge regelhaft einen Vitamin-D-Defizit (< 50 nmol/l), in etwa einem Drittel der Fälle sogar einen ausgeprägten Mangel (< 30 nmol/l) auf. wk

Experten revidieren Kalzium-Empfehlungen

— In der Basistherapie der Osteoporose liegt der Schwerpunkt heute auf Vitamin D, nicht auf Kalzium. Während ersteres an Bedeutung gewinnt – auch positive kardiovaskuläre Effekte sind zunehmend besser belegt – wird die Empfehlung für eine Kalzium-Supplementation immer stärker zurückgenommen. Wegen ungünstiger kardiovaskulärer Effekte sollte die tägliche Kalziumzufuhr 1.000 mg nicht überschreiten. Da fast jeder 500 mg/d über die Nah-

rung zu sich nimmt, sollten nach heutigem Kenntnisstand maximal 500 mg/d in Tablettenform zugeführt werden. Es gilt also, bei der Verordnung von Kombinationspräparaten auf das neuerdings geforderte Verhältnis beider Komponenten zu achten. Patienten mit einer Nephrolithiasis können laut Prof. Heike Bischoff-Ferrari, Zürich, ohne Probleme 800 I.E. Vitamin D pro Tag supplementieren, sollten aber auf eine Kalzium-Supplementation verzichten. wk