Klinische RA-Remission ist noch lange keine „echte“ Remission

— Um die Krankheitsaktivität bei RA klinisch zu bestimmen, haben sich Scores wie der DAS28 oder DAS44 bewährt. Doch auch wenn eine klinische Remission als Therapieziel erreicht wird, kann eine subklinische Synovitis zum Fortschreiten der strukturellen Schäden führen. Prof. Marina Backhaus aus Berlin berichtete von einer Studie mit 31 RA-Patienten in klinischer Remission. Bei ihnen wurden beide Handgelenke sowie alle Metacarpophalangeal (MCP)- und proximalen Interphalangeal (PIP)-Gelenke mittels Power-Doppler-Ultraschall (PDUS) untersucht. Von den 22 RA-Patienten, die während des zweijährigen Studienverlaufs

in klinischer Remission blieben, zeigten sieben eine radiologische Progression. Diese war streng mit dem totalen PD-Score zu Beginn der Studie assoziiert. Alle Patienten mit radiologischer Progression hatten zu Beginn einen PD-Score von ≥ 2 . Patienten mit einem PD-Score ≤ 1 wiesen keine radiologische Progression auf. Per PDUS lasse sich also eine gelenkdestruierende Synovitis nachweisen, auch wenn die Patienten in klinischer Remission sind, schlussfolgerte Backhaus. Der im Ultraschall sichtbare Krankheitsstillstand sei daher entscheidend für den tatsächlichen Remissionsstatus eines RA-Kranken.

© Laurent Hamels / Fotolia

Klinische RA-Kontrollen sollte man durch eine geeignete Bildgebung ergänzen

Um die Therapie-Antwort zu ermitteln, genügt die sonografische Untersuchung von sieben Gelenken (US7-Score). Das habe eine Real-Life-Studie ergeben, berichtete Backhaus. Im US7-Score werden das Gelenk der dominanten Hand, die MCP- und PIP-Gelenke 2 und 3 sowie die MTP-Gelenke 2 und 5 sonografiert. *hub*

Bei rheumatoider Arthritis TSH-Wert bestimmen

— Zwischen der Schilddrüse und einer rheumatoiden Arthritis (RA) besteht eine enge Korrelation: bei jedem vierten RA-Patient sei auch die Funktion der Schilddrüse gestört, sagte Prof. Klaus Krüger, München. Rheuma-Patientinnen im Alter von 20 bis 50 Jahren haben im Vergleich mit der gleichaltrigen Normalbevölkerung 2,5-mal häufiger eine Hypothyreose. Die Kombination aus RA und Hypothyreose wirkt sich unmittelbar auf die Herzgesundheit aus: Das kardiovas-

kuläre (CV) Risiko sei dreifach erhöht, warnte der Rheumatologe. Krügers Schlussfolgerung: TSH sollte obligatorisch bei jedem RA-Patienten bestimmt werden. Das kardiovaskuläre Risiko bei RA wird zum einen durch die Krankheitsaktivität, zum anderen durch die klassischen Faktoren wie Rauchen, Hyperlipidämie etc. beeinflusst. Der Rheumatologe ist mit in der Verantwortung, sich auch um die klassischen Risikofaktoren zu kümmern. Wie wichtig dies ist,

verdeutlichte Krüger anhand einer Studie. Bei Männern mit RA im Alter bis zu 50 Jahren ist bereits im ersten Jahr der Erkrankung das CV-Risiko verdoppelt. Doch auch wenn der EULAR-Score für das CV-Risiko den Wert 0 ergibt, bedeutet dies keine Entwarnung. RA-Patienten mit ungünstiger Krankheitsprognose (Dauer von mehr als zehn Jahren, positiv für ACPA oder RF oder extraartikuläre Manifestationen) sollten eine Karotis-Doppler-Untersuchung als Screening erhalten, auch wenn sonstige CV-Risikofaktoren fehlen. *hub*

Neutrophile Granulozyten induzieren die Bildung von Gichttophi

— Dringen Bakterien in hoher Zahl ins Gewebe ein, läuft einer der Abwehrmechanismen über neutrophile Granulozyten. Kommen die Makrophagen mit der Phagozytose der Eindringlinge nicht hinterher, stürzen sich Neutrophile auf die Bakterien. Dann platzen sie in einer Art Kamikaze-Aktion und setzen ihre DNA mit den Histonen frei. Dies führt zur

Bildung sogenannter neutrophiler extrazellulärer Fallen (Traps [NETs]). In diesen NETs verfangen sich die Bakterien und werden so immobilisiert. Bei Gicht-Patienten sind es die Uratkristalle, die zur Bildung der NETs führen. In der Folge verklumpen die Uratkristalle, wie Prof. Bernhard Manger aus Erlangen erläuterte. Der Rheumatologe demonstrierte in einem eindrucksvollen Video die Tophusbildung durch diesen Mechanismus. In der Diagnostik der Gicht sollte die Punktion eines betroffenen Gelenks mit dem mikroskopischen Nachweis von Uratkristallen der diagnostische Goldstandard sein. Doch tatsächlich werde diese aussagekräftige Maßnahme in weniger als 10% der Hausarztpraxen durchgeführt, bedauerte

Manger. Aber auch mit einem Diagnose-Score lässt sich die Gicht mit einiger Treffsicherheit aufspüren. Manger stellte eine Studie vor, in der acht Kriterien zur Diagnose genutzt wurden:

- 1) mehr als eine Attacke einer akuten Arthritis
- 2) Mono- oder Oligo-Arthritis-Attacken
- 3) rasche Progression von Schmerz und Schwellung (binnen 24 Stunden)
- 4) Podagra
- 5) Hautrötung über dem betroffenen Gelenk
- 6) unilaterale Tarsitis
- 7) wahrscheinliche Tophi
- 8) Hyperurikämie.

Sind vier von acht Parametern positiv, liegt die Sensitivität des Scores bei 97%, die Spezifität bei 96%. *hub*

Uratkristalle in einem Gichttophus

© Dr. Gilbert Faure/SPL/Agentur Focus