+++ DGRh-Kongress 2015 +++ DGRh-Kongress 20

Trends in der Rheumatologie

Die Referenten und Besucher der Jahrestagung der DGRh (Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie, der DGORh (Deutsche Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie) und der GKJR (Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie) diskutierten im Wesentlichen folgende Fragen ihres Fachgebiets: Was gibt es Neues? Was hat sich bewährt? Welche Therapieziele verfolgen wir gemeinsam mit und für unsere Patienten? Gesucht wurden spezifische und wirksame Lösungen für jeden Lebensabschnitt. Für die O&R berichtet Dr. Wiebke Kathmann (wk).

Biologika auch für alte Rheumapatienten

Bei älteren Rheumapatienten sollten prinzipiell die gleichen Substanzen eingesetzt werden wie bei jüngeren. Dafür plädierte Dr. Marc Schmalzing, Klinik für Rheumatologie/Klinische Immunologie der Universität Würzburg in der Sitzung „Herausforderungen beim älteren Rheumapatienten“. Er riet auch zu einer an der Krankheitsaktivität orientierten Therapie gemäß Treat-to-Target-Strategie und hielt die Angst vor Biologika für unbegründet. Das Ansprechen sei gleich, wenn für die Krankheitslast adjustiert werde. Auch das Infek-

tionsrisiko erhöhe sich unter Biologika nicht stärker als bei Jüngeren, liege aber altersentsprechend absolut gesehen etwas höher. Der RABBIT (Rheumatoide Arthritis: Beobachtung der Biologika-Therapie) Risk Score (www.biologika-register.de/de/home/risikoscore-fuer-infektionen/) eignet sich für die Abschätzung des individuellen Infektionsrisikos.

Entwarnung gab er auch für die Sorge vor einer Herzinsuffizienz unter TNF-Inhibitoren. In aktuellen Studien, darunter eine Cochrane-Metaanalyse, fanden sich hierfür keine Hinweise. wk

Prognose bei JIA erheblich verbessert

In den vergangenen 15 Jahren konnte viel für Kinder mit chronischen Arthritiden erreicht werden. Dennoch bedarf weiterhin ein Großteil der erwachsenen Patienten mit JIA (juvenile idiopathische Arthritis) der internistisch-rheumatologischen Nachbetreuung. Die betonte Prof. Kirsten Minden, Deutsches Rheuma-Forschungszentrum Berlin und Klinik mit Schwerpunkt Rheumatologie und Klinische Immunologie, Charité-Universitätsmedizin Berlin.

Lange Zeit war es nicht möglich, Aussagen zur Prognose der unterschiedlichen, unter dem Oberbegriff JIA zusammengefassten Phänotypen zu machen.

Das hat sich inzwischen deutlich zum Positiven geändert. Die zehn Studien zur Langzeitprognose der JIA seit 2000 zeigen, dass sich die Prognose erheblich verbessert hat. Die krankheitsbedingte Sterblichkeit im Kindes- und Jugendalter ist von 3 % zu Beginn der 1990er-Jahre auf heute 0,6 % gesunken und unterscheidet sich nicht mehr von jener gesunder Kinder und Jugendlicher. Durch die neuen Therapien lassen sich immer früher und häufiger eine niedrige Krankheitsaktivität oder eine Remission erzielen. Dies ist wichtig, weil eine Remission am ehesten in den ersten fünf Jahren der Erkrankung erreichbar ist.

Die Chance auf eine dauerhafte Remission hängt vom JIA-Phänotyp ab. Sie gelingt in der Mehrzahl der Fälle mit systemischer Arthritis oder oligoartikulärer Verlaufsform, aber nur bei etwa jedem Dritten mit polyartikulärem Beginn respektive Verlauf und nur bei jedem Vierten bis Fünften mit Enthesitis-assoziiierter Arthritis. Am seltensten ist sie bei Rheumafaktor-positiver Polyarthritis. Folgeschäden im Kindes- und Jugendalter und damit die Endoprothesenrate in jungen Jahren sind entsprechend zurückgegangen. Heute gehen laut Minden 60 % aller JIA-Patienten ohne Einschränkungen ihrer Alltagsfunktion und mit normaler Lebensqualität ins Erwachsenenalter. wk