Besucherrekord beim ACR-Kongress

Mehr als 16.000 Besucher aus aller Herren Länder verzeichnete das American College of Rheumatology (ACR) bei seiner Jahrestagung in San Francisco. Für die O&R hat sich Dr. Wiebke Kathmann (wk) auf dem Megakongress über neue Trends in der Rheumatologie informiert.

Chondroitinsulfat ist doch effektiv bei Gonarthrose

In der Therapie der aktivierten Arthrose wird oft Celecoxib eingesetzt. Es lindert effektiv die Schmerzen und die Entzündung. Den weiteren Verlust an Knorpel scheine es aber nicht aufzuhalten, sagte Prof. Jean-Pierre Pelletier, Institute for Research in Rheumatology in Montreal (IRRM), Universität Montreal, Quebec/Kanada, in der Sitzung „Osteoarthritis – Clinical Aspects: Treatments and Epidemiology“. Für Chondroitinsulfat hatten einige Studien Hinweise geliefert, dass die Röntgenprogression aufgehalten werden kann.

Pelletier und sein Team wollten wissen, ob die Frage nach der Progressionsverzögerung mittels moderner Bildgebungsverfahren wie der quantitativen Magnetresonanztomografie (qMRT)

eindeutig zu beantworten ist. Sie schlossen 194 Gonarthrose-Patienten mit Synovitis in ihre randomisierte, kontrollierte Studie ein [ACR-Tagung 2015, Abstract 950].

Die Patienten hatten zu Beginn einen mittleren Schmerzwert von ≥ 4 in der visuellen Analog-Skala (VAS) und im Röntgen noch genügend Knorpel, um von einer Therapie, die auf den Knorpel abzielt, zu profitieren. Je die Hälfte erhielt 1.200 mg/d einer pharmazeutischen Präparation von Chondroitinsulfat – also kein Nahrungsergänzungsmittel – oder 200 mg/d Celecoxib. Die Patienten durften zusätzlich Schmerzmittel einnehmen. Zu Beginn, nach einem und nach zwei Jahren wurde eine qMRT durchgeführt.

„Der Knorpelverlust über die Zeit wurde durch Chondroitinsulfat positiv beeinflusst und unterschied sich nach einem und zwei Jahren signifikant von dem in der Celecoxib-Gruppe, so Pelletier. Die Synovitis wurde von beiden Substanzen vergleichbar gut gebessert. Allerdings gab es unter den mit Chondroitinsulfat behandelten Patienten eine Subgruppe, bei der es zu einer bemerkenswerten Reduktion der Synovitis kam, was mit einer verringerten Knorpelabnahme und weniger Flüssigkeit im Gelenk einherging. Pelletier und sein Team schlussfolgern daraus, dass Chondroitinsulfat seine Wirkung durch eine Reduktion der Synovitis entfaltet und darüber hinaus den Knorpelverlust günstig beeinflusst.“ wk

Treat-to-Target ist bei Gicht unerlässlich

Nur eine konsequente Treat-to-Target-Strategie könne langfristig dazu führen, die bei Gicht auftretenden Harnsäure-Ablagerungen in Gelenken und anderen Geweben umzukehren. Dadurch lassen sich nicht nur Gichtanfälle vermeiden, sondern auch die fühlbaren und intraartikulären Tophi nach und nach auflösen. So lautete die Botschaft von Prof. Brian Mandell, Department of Rheumatology and Immunology, Cleveland Clinic, Cleveland, Ohio/USA. Die Harnsäureablagerungen und nicht die

Gichtanfälle müssten Zielpunkte der Intervention sein, denn die abgelagerten Kristalle in asymptomatischen Gelenken seien keineswegs biologisch inert, betonte Mandell. Vielmehr unterhielten sie den Entzündungsprozess und gefährdeten damit das betroffene Gelenk.

Je wichtiger es sei, schnell zu einem Ergebnis zu kommen – zum Beispiel bei drohendem Herzinfarkt beziehungsweise wegen gleichzeitig bestehender kardiovaskulärer Risikofaktoren –, umso tiefer müssten die Harnsäure-Se-

rumwerte gesenkt werden, erklärte Mandell. In solchen dringlichen Fällen solle zunächst ein Zielwert von < 5 mg/dl angestrebt werden. Sobald dieser stabil erreicht sei und im Ultraschall keine Tophi oder Doppelkonturzeichen mehr nachweisbar seien, könne etwas weniger streng (Zielwert 6 mg/dl) weiter therapiert werden. Mit dieser Strategie habe er großen Erfolg. Mandell sagte, dass ein Zielwert von < 6 mg/dl bei fast allen Patienten mit Allopurinol erreichbar sei.“ wk