+++ EULAR-Kongress 2016 +++ EULAR-Kongress 2017

EULAR

Kurz vor der Brexit-Entscheidung lockte der 17. Kongress der European League against Rheumatism (EULAR) circa 14.000 Teilnehmer aus mehr als 100 Ländern nach London. Es war der Kongress, bei dem die bisher größte Zahl an Aktualisierung beziehungsweise neuen Leitlinien vorgestellt wurde – und das unter einem deutschen Kongresspräsidenten: Prof. Gerd Burmester, Berlin. Unsere Mitarbeiterin Dr. Wieke Kathmann (wk) hat sich für die O&R einen Überblick verschafft.

Kriterien für RA-verdächtige Arthralgien

Die EULAR hat einen ersten Versuch unternommen, spezifische Symptome von Arthralgien zu definieren, die als Vorläufer einer Rheumatoiden Arthritis (RA) anzusehen sind. Wie Prof. Annette van der Helm-van Mil, University of Leiden, Niederlande, berichtete, soll auf diese Weise versucht werden, eine homogene Gruppe von Patienten für Therapiestudien zu identifizieren. Sieben klinische Parameter wurden definiert:

- Gelenksymptome seit weniger als einem Jahr

- Symptome an den MCP-Gelenken
 - Morgensteifigkeit von ≥ 60 min Dauer
 - stärkste Symptomausprägung in den frühen Morgenstunden
 - RA bei einem Familienangehörigen 1. Grades
 - Schwierigkeiten mit dem Faustschluss
 - Druck-Test der MCP-Gelenke positiv.
- Zur Kombination mit Serologie und Bildgebung sollen nun Studien den prädiktiven Wert dieser Kriterien prüfen, um Betroffene dann eventuell frühzeitiger behandeln zu können. wk

Leitlinie zum Management der frühen Arthritis

Wie bei früher, undifferenzierter Arthritis vorzugehen ist, wurde nun nach fast zehn Jahren, in denen spezielle Leitlinien für die Krankheitsbilder Rheumatoide Arthritis, Psoriasis Arthritis und Spondyloarthritis (SpA) entwickelt wurden, definiert. Die Empfehlung fordert, dass jeder Patient mit Arthritis (Schwellung eines Gelenks in Verbindung mit Schmerzen oder Steifigkeit) innerhalb von sechs Wochen an einen Rheumatologen überwiesen werden solle. Dies berichtet Prof. Bernard Combe, Universität Montpellier, Frankreich. Können keine spezifische Diagnose gestellt werden, sollten Risikofaktoren für eine anhaltende und/oder erosive Erkrankung abgeklärt

werden. Besteht das Risiko einer anhaltenden Arthritis, sollte so schnell wie möglich – idealerweise innerhalb von drei Monaten – ein DMARD gegeben werden, selbst wenn die Klassifikationskriterien nicht vollständig erfüllt sind.

Methotrexat ist Medikament der ersten Wahl – außer es liegen Kontraindikationen vor. NSAR sollten nur in der niedrigsten möglichen Dosis für die kürzest mögliche Zeit gegeben werden und dies auch nur nach Evaluation des individuellen gastrointestinalen, renalen und kardiovaskulären Risikos. Gleiches gilt für systemische Glukokortikoide. Für die lokale Therapie können sie intraartikulär injiziert werden.

Krankheitsaktivität, Nebenwirkungen und Komorbiditäten sollten bis zur Remission regelmäßig alle ein bis drei Monate kontrolliert und die Therapie entsprechend angepasst werden. Das Monitoring der Krankheitsaktivität sollte neben der Zahl der geschwollenen und schmerzhaften Gelenke, die globale Beurteilung durch Arzt und Patient sowie die serologischen Parameter ESR und CRP umfassen. Zusätzlich können im Einzelfall radiologische und funktionelle Untersuchungen erforderlich sein.

Bereits bei früher Arthritis sollten den Patienten ergänzend nicht pharmakologische Interventionen wie dynamische Übungen und Ergotherapie angeboten werden. Unbedingt zu betonen ist die Wichtigkeit des Rauchverzehrs. wk