

Fälle aus der Praxis

Was sagen die Leitlinien?

Leitlinien können die Versorgung vieler Patienten erleichtern – ohne allerdings bindend zu sein. Immer müssen sie dem Einzelfall angepasst werden. In unserem neuen Modul wollen wir deshalb Leitlinien nicht einfach schematisch „herunterbeten“. Vielmehr wird an Einzelbeispielen versucht, eine evidenzbasierte Lösung zu finden. Wir laden auch Sie ein, eigene Patienten vorzustellen, bei denen sich die Frage stellt: Was sagen die Leitlinien? (Fragen an: brigitte.moreano@springer.com)

Therapie der frühen RA: Abwarten oder sofort DMARD?

? Eine 42-jährige Patientin klagt über schmerzhafte Schwellungen in den Fingergrund- und -mittelgelenken mit Morgensteifigkeit. Die Hände sind symmetrisch befallen. Laborchemisch sind die BSG und das CRP erhöht. Die Rheumafaktoren und die Anti-CCP sind positiv. Somit bestehen keine Zweifel an der Diagnose „rheumatoide Arthritis“ (RA). Mit welcher Therapie sollte man beginnen? Zunächst nur NSAR plus Kortikosteroide oder sofort ein DMARD? Was sagen die Leitlinien?

! Sobald die Diagnose einer RA gestellt wird, sollte heute immer mit einer DMARD (Disease Modifying Antirheumatic Drugs)-Therapie begonnen werden. Die Verzögerung des Behandlungsbeginns führt zu einem schlechte-

ren Langzeitverlauf. Medikament der ersten Wahl ist Methotrexat. In schweren Fällen kann primär auch eine Kombination mit einem anderen DMARD und auch einem TNF-Blocker eingesetzt werden; denn Ziel der Therapie ist es, möglichst rasch eine Remission oder niedrige Krankheitsaktivität zu erreichen. Dies erfordert eine Anpassung der Therapie dann, wenn das Ziel innerhalb von sechs Monaten nicht erreicht ist. Bei Methotrexat sollten die volle Dosierung und auch die parenterale Gabe ausgeübt sein. Kann Methotrexat nicht gegeben werden, sollte ein anderes klassisches DMARD, nämlich Leflunomid oder Sulfasalazin eingesetzt werden.

Glukokortikoide sollten initial in niedriger bis mittelhoher Dosierung gegeben werden, beginnend mit einer

Startdosis von 60 mg täglich, wobei diese Therapie innerhalb von sechs Monaten vollkommen ausgeschlichen werden sollte, da auch eine niedrige Dosis von 5 mg täglich Langzeitfolgen hat. Ist nach sechs Monaten das Therapieziel nicht erreicht, sollte eine Kombination von zwei DMARD oder die Kombination eines DMARD mit einem Biological wie TNF-Blocker, Abatacept, Tocilizumab oder Rituximab zum Einsatz kommen. Eine solche Substanz ist dann unverzichtbar, wenn zwei klassische DMARD nicht ausreichend wirken. Wenn TNF-Blocker versagen, kann Tofacitinib gegeben werden. Bei anhaltender Remission nach 6–12 Monaten kann eine schrittweise Reduktion der DMARD-Therapie erwogen werden, wobei aus Kostengründen zunächst das Biological reduziert wird. ■

Dr. Peter Stiefelhagen

▪ http://dgrh.de/fileadmin/media/Praxis___Klinik/Leitlinien/2012/leitlinie_sl__medikamentoese_therapie_ra.pdf



Rheuma: Früh und richtig therapieren!

© R. Alten, Berlin, Merckle Rheumatologie visuell, 3. Aufl.



**MEHR ZUM THEMA AUF
SPRINGERMEDIZIN.DE**

Schwerpunkt Rheumatologie:

Die ständige aktualisierte Themensammlung rund um die Rheumatologie hält Sie auf dem Laufenden.

www.springermedizin.de/299050