

HINTERGRUND

Rheumatoide Arthritis: Krankheitsbild und Therapie

Weltweit leiden 0,5 bis 1 % der Bevölkerung unter rheumatoider Arthritis (RA). Damit handelt es sich bei RA um die häufigste chronisch entzündliche Gelenkerkrankung.^{1,2} Oft tritt die initiale Manifestierung zwischen dem 40. und dem 60. Lebensjahr auf, wobei Frauen etwa dreimal so häufig betroffen sind wie Männer.¹ Mit 50 bis 80 % konnte bei der überwiegenden Mehrheit der RA-Patienten eine genetische Prädisposition mit einer HLA-DR4-Expression und anderen immungenetischen Merkmalen festgestellt werden. Während dies darauf hindeutet, dass es sich bei RA um eine Autoimmunerkrankung handeln könnte, sind die genauen Ursachen ungeklärt.³

Bei einer RA kommt es zu einer chronischen Entzündung der Gelenkschleimhaut (Synovitis), die mit einer Degradation der Knorpel- und Knochenmasse einhergeht und zu einem symmetrischen Befallsmuster der Gelenke führt. Im weiteren Verlauf kann es außerdem zu extraartikulären Manifestationen an inneren Organen, Augen und Gefäßen kommen.³

Schubweiser Verlauf der Krankheit³

Viele Betroffene fühlen sich am Anfang der Erkrankung abgeschlagen, leiden unter Gelenkschmerzen, Inappetenz, Morgensteifigkeit und Myalgien. Es kommt zu einer meist symmetrischen Arthritis mit Gelenkschwellungen, von denen hauptsächlich die kleineren Gelenke an Händen und Füßen betroffen sind. Unbehandelt ist der Verlauf wenig vorhersehbar, jedoch in den meisten Fällen progredient. Nur in wenigen Fällen kommt es ohne Therapie zu einer totalen Remission.

Durch eine Ausbreitung auf innere Organe, vor allem auf Herz und Lunge, sinkt neben der Beweglichkeit der Patienten auch ihre zu erwartende Lebenszeit. Mit einer rechtzeitigen und adäquaten Therapie lässt sich dem jedoch entgegenwirken.

Leitliniengerechte RA-Behandlung

Sowohl die deutsche S2e-Leitlinie⁴ als auch die Guidelines der Europäischen Rheumaliga⁵ empfehlen, mit der Behandlung einer RA so früh wie möglich zu beginnen, am besten unmittelbar nach Diagnosestellung. Therapieziel ist es, eine nachhaltige Remission oder zumindest eine geringe Krankheitsaktivität bei jedem Patienten zu bewirken. Dabei raten die Experten bei aktiver RA-Erkrankung zu regelmäßigen und häufigen Kontrollen: Auf diese Weise lässt sich die Therapie zeitnah anpassen, falls sie nicht innerhalb von drei Monaten zu einer Verbesserung der Symptomatik bzw. innerhalb von sechs Monats zum Erreichen des Therapieziels führt.

Erstlinien-Therapie: Methotrexat (MTX) als Langzeit- plus Glukokortikoide als Kurzzeittherapie

Gemäß den Empfehlungen der Leitlinie⁴ soll die Behandlung mit dem konventionellen synthetischen DMARD (disease-modifying antirheumatic drug, krankheitsmodifizierendes Antirheumatikum) Methotrexat (MTX) eingeleitet werden. Ausschließlich bei Unverträglichkeiten oder anderen Kontraindikationen verweisen die Experten auf eine Therapie mit Leflunomid oder Sulfasalazin. Sowohl bei Beginn der Ersttherapie als auch bei einem eventuell notwendigen Wechsel auf ein anderes synthetisches DMARD raten sie zudem zu einer kurzzeitigen Kombination mit Glukokortikoiden, wobei die Dosis so früh wie möglich reduziert werden sollte.

SecondLine-Therapie: bei unzureichendem therapeutischen Ansprechen⁴

Kommt es bei einem Patienten innerhalb der ersten drei Monate der Erstbehandlung nicht zu einer Verbesserung seiner RA oder wurde das Therapieziel nach sechs Monaten noch nicht erreicht, ist die weitere empfohlene Strategie abhängig von den Prognosefaktoren des Patienten. Bei ungünstigen Prognosefaktoren empfiehlt die Leitlinie eine Erweiterung der Erstlinienstrategie um ein biologisches DMARD (z. B. TNF- α -Inhibitor Infliximab bzw. ein zugelassenes Infliximab-Biosimilar). Im anderen Fall, also bei günstigen Prognosefaktoren, sieht der Therapiealgorithmus der Leitlinie zunächst einen weiteren Versuch mit einem synthetischen DMARD, auch in Kombination mit MTX vor. Sollte der Patient auch hier nicht ansprechen, ist dann ebenfalls der Einsatz von biologischen DMARDs oder JAK-Inhibitoren in Kombination mit MTX empfohlen.

Im Fall einer langanhaltend stabilen Remission der RA kann laut der Leitlinie zunächst die Dosisreduktion des biologischen DMARDs und bei weiter andauernder Remission das Ausschleichen des konventionellen synthetischen Antirheumatikums erwogen werden.⁵

Literatur:

1. Hammer, M. Rheumatoide Arthritis (chronische Polyarthritis). In: Deutsche Rheuma-Liga Bundesverband e.V. (Hrsg.). Merkblatt RHEUMA 2017, 1-2. https://www.rheuma-liga.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/Mediencenter/Publikationen/Merkblaetter/1.2_Rheumatoide_Arthritis.pdf Letzter Zugriff: 17.Dezember 2019
2. Hense, S, Luque Ramos, A, Callhoff, J et al. Prävalenz der rheumatoiden Arthritis in Deutschland auf Basis von Kassendaten. Z Rheumatol 2016, 75:819–827
3. Walter de Gruyter GmbH. Pschyrembel Online. Rheumatoide Arthritis. <https://www.pschyrembel.de/Rheumatoide%20Arthritis/K02XB> Letzter Zugriff: 17.Dezember 2019
4. Fiehn C, Holle J, Iking-Konert C et al. S2e-Leitlinie: Therapie der rheumatoiden Arthritis mit krankheitsmodifizierenden Medikamenten. Z Rheumatol 2018; 77(Suppl.2):S35-S53
5. Smolen JS, Landewé R, Bijlsma J et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2016 update. Ann Rheum Dis 2017, 76:960-977

Pressekontakt

Celltrion Healthcare Pressebüro Deutschland

ISGRO Gesundheitskommunikation GmbH & Co. KG

Oliver Nord

Tel.: +49 (0) 621 40 17 12-15

Celltrion-PR@isgro-gk.de