

SCHWANGER MIT RHEUMA – FUNKTIONIERT DAS?

In Deutschland leben rund 6,5 Millionen Erwachsene mit symptomatischen Arthrosen oder **entzündlich-rheumatischen Erkrankungen**. Speziell wurde auf dem jährlichen Kongress der Rheumatologen die Bedeutung physikalischer Maßnahmen, die Versorgung von Kindern und die Bewältigung von Schwangerschaften bei Rheuma diskutiert.

Eine zahlenmäßig zunehmende Herausforderung stellen schwangere Patientinnen dar. Denn immer mehr Frauen mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen wollen auf Kinder nicht verzichten, berichtete Privatdozentin Dr. Rebecca Fischer-Betz aus Düsseldorf. Da aber zum einen Rheuma die Schwangerschaft und zum anderen die Schwangerschaft die Rheumaerkrankung beeinflussen kann, ist es wichtig, dass die Sache vorher geplant wird. Die Frage der Medikation ist diffizil, da die Datenlage dazu mager ist. Die meisten

Frauen erhalten ja eine immunmodulierende Therapie, um den Krankheitsverlauf zu stabilisieren. Setzt man sie ab, dann wird die Krankheitsaktivität oft angeschoben. Eine erhöhte Teratogenität sei zum Beispiel von Methotrexat bekannt, so die Rheumatologin; für Biologika, etwa TNF-alpha-Hemmer, dagegen bisher nicht. Rheumaerkrankungen reagieren verschieden auf eine Gravidität. Bei Rheumatoider Arthritis verbessert sich die Krankheitsaktivität bei jeder zweiten Frau, bei den anderen bleibt sie beste-



44. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh), 30. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh) und 26. Jahrestagung der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (GKJR) in Frankfurt am Main.

*von Helga Brettschneider,
Frankfurt am Main*

hen oder verschlechtert sich. Ein erhöhtes Schuberisiko etwa besteht eher für Frauen mit schwerer Erkrankung oder mit starker Gelenkdestruktion. Schübe scheinen die Gefahr von Komplikationen zu steigern. Bei sero-positiven Frauen und solchen mit hoher Krankheitsaktivität zu Beginn der Schwangerschaft hält die Aktivität in den neun Monaten oft an. Kollagenosen, besonders ein systemischer Lupus erythematoses (SEL), sind mit einem erhöhten Risiko für Schübe und für Komplikationen bei der Geburt verbunden. Mit mildem/inaktivem SLE bei Konzeption waren aber unter 10 Prozent der Kinder Frühgeburten oder unterentwickelt. Um die Betreuung von Frauen mit Kinderwunsch und Schwangeren weiterzuentwickeln, ging vor einem Jahr das Schwangerschaftsregister RHEIKSS



(Rheuma, Kinderwunsch und Schwangerschaft) online, das Daten zu mehr als 200 Schwangerschaften umfasst.

Off-Label-Use bei Rheuma-Kids

Noch unbefriedigend ist die medikamentöse Situation rheumakrankter Kinder: Kinder mit dem Risiko einer bleibenden Schädigung werden nach Angaben von Prof. Gerd Horneff aus Sankt Augustin in unserer Gesellschaft medizinisch oft schlechter versorgt als Erwachsene. Denn viele für Erwachsene verfügbare Medikamente sind für Kinder (noch) nicht zugelassen. Gerade bei seltenen Krankheiten stehen dann oft keine für sie zugelassenen Arzneimittel zur Verfügung. Oder es gibt zwar eines oder wenige Präparate für sie, aber wenn diese versagen oder nicht vertragen werden, fehlen Alternativen. Das ist ein Problem, denn viele rheumatische Krankheiten sind gerade bei Kindern selten (so dass Anreize zur Medikamenten-Entwicklung und -Zulassung fehlen), aber sehr schädigend. Off-Label-Therapieanträge werden dann mangels Ergebnissen aus Doppelblindstudien von Kostenträgern nicht selten abgelehnt, so Horneff. Selbst dann, wenn der Therapiestart nur verzögert wird, können sich in der Zwischenzeit bereits Schäden entwickeln.

Physikalische Maßnahmen sind oft unersetzbar

Bei vielen rheumatischen Krankheiten gehören physikalische Behandlungen unverzichtbar zur Therapie. Sie können zum Beispiel Schmerzen und Entzündung mindern sowie Funktionen, körperliche Fitness und Immunsystem verbessern. Neue Daten dazu legte Prof. Uwe Lange aus Bad Nauheim mit Kollegen aus Gießen und Wuppertal vor. Sie prüften bei Patienten mit Gonarthrose/Coxarthrose den Nutzen von Moorbädern (Heiltorf). Alle Probanden erhielten eine physikalische Standard-Kom-

plextherapie; die Interventionsgruppe absolvierte außerdem in drei Wochen neun Moorbad-Anwendungen. Nur die Moorbad-Gruppe verzeichnete signifikante Verbesserungen von Parametern der funktionellen Gesundheit, eine Verringerung von IL-1 ($p < 0,01$) und einen Anstieg des antinflammatorischen IL-10 ($p < 0,01$). Auch die Schmerzen nahmen signifikant ab.

In einer anderen Studie bekamen Patienten mit akuter entzündlicher Wirbelsäulenmanifestation eine Physiothera-

pie (dreimal wöchentlich), kombiniert mit einem TNF-Blocker in halber Standarddosis. In vier Monaten bewirkte dies eine ähnliche Verbesserung der Beschwerden, wie sie die Volldosis des TNF-Blockers in einer anderen Studie erst nach sechs Monaten erzielte. Bei Patienten mit ankylosierender Spondylitis (M. Bechterew) und rheumatoider Arthritis wiederum, die sich einer seriellen Radonstollen-Therapie unterzogen, nahmen neben dem Schmerzmittelbedarf auch die Entzündungsmoleküle ab.

Vergleich von vier Biologika

Sie wollten schon immer einmal wissen, wie sich die Biologika Abatacept, Adalimumab, Etanercept und Tocilizumab bei Patienten mit Rheumatoider Arthritis in Bezug auf Nebenwirkungen – ermittelt als Patient reported Outcome – unterscheiden? Genau das haben jetzt Prof. Peer Aries in Hamburg und seine Kollegen aus 18 Praxen in RheumaDATA untersucht. Bei RheumaDATA handelt es sich um ein unabhängiges Register niedergelassener interner Rheumatologen, die sich in der Versorgungsforschung engagieren.

In dieser ersten Analyse von 631 Patienten des Jahres 2015 konzentrierten sie sich auf Schmerzen, Fatigue und Schlafstörungen. Fatigue, Schlafqualität und Schmerz/Schmerzintensität unterschieden sich meist nur unwesentlich, so die Autoren. Erfasst worden waren alle Patienten, die eines der Biologika erhielten.

Psoriasis-Arthritis: Nagelpsoriasis als Prädiktor

Die ermittelte Latenzdauer ist lange – bisher ging man davon aus, dass die Latenzdauer bei den meisten Patienten sieben bis zwölf Jahre beträgt. Die maximale Latenz betrug 53 Jahre. Vor allem aber sollte die Studie klinische Prädiktoren der Psoriasis-Arthritis ermitteln. Davon gab es drei: Stärkster Prädiktor war die Nagelpsoriasis ($p < 0,001$). Außerdem stationäre Klinikaufenthalte ($p < 0,001$) und, mit geringerer Bedeutung, die Psoriasis-Stärke. Eine Kopfhautpsoriasis hatte dagegen keinen Vorhersagewert.