

# RHEUMATOLOGIE FÜR DEN HAUSARZT

Gelenkbeschwerden und Kreuzschmerzen – das alltägliche Brot des Hausarztes. Meist ist es unspezifisch, doch im Einzelfall kann sich dahinter auch eine entzündlich-rheumatische Erkrankung verbergen. Deshalb ist die Rheumatologie ein ständiger „Begleiter“ im hausärztlichen Alltag.



## RA: Gut behandelbar

Die rheumatoide Arthritis (RA) ist mit einer Prävalenz von 0,8 Prozent die häufigste entzündlich-rheumatische Erkrankung, wobei Frauen dreibis viermal häufiger betroffen sind als Männer. Die RA ist heute vor allem dank neuer Biologicals zu einer gut behandelbaren Erkrankung geworden, mit anderen Worten der Rollstuhl als Synonym für einen schweren chronischen Verlauf mit konsekutiver Pflegebedürftigkeit bei solchen Patienten

ist weitgehend aus unserem Straßenbild verschwunden. Doch die Frühdiagnose ist nicht immer einfach. Die wichtigsten Differenzialdiagnosen sind:

- Parainfektöse virale Arthritis (z.B. Hepatitis, Parvovirus B 19)
- Kollagenosen wie der systemische Lupus erythematoses
- Psoriasis-Arthritis
- Paraneoplastische Polyarthritits
- Polymyalgia rheumatica



Einen umfassenden Überblick über das „Neue“ in diesem Fachgebiet gab der **Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh)** in Stuttgart (6. – 9. September 2017).

*Dr. med. Peter Stiefelhagen,  
Starnberg*

## Laborwerte können in die Irre führen

Auch wenn Laborwerte (BSG, CRP, Rheumafaktoren, Anti-ccP, ANA) ein wichtiger diagnostischer Baustein bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen sind, so können diese, vor allem dann, wenn sie als Screening ohne Bezug zum klinischen Bild eingesetzt werden, auch in die Irre führen. So kann durchaus eine RA vorliegen, obwohl die Laborwerte normal sind. 17 Prozent der Patienten mit einer RA, 38 Prozent mit einer axialen Spondylarthritis und sogar 50 Prozent mit einer Psoriasis-Arthritis haben ein normales CRP. Deshalb sollte eine entzündlich-rheumatische Erkrankung nicht verworfen werden, nur weil die Entzündungsparameter normal sind.

Andererseits sind Auto-Antikörper wie ANA oder Rheumafaktoren auch ein unspezifischer Begleitbefund bei nicht-rheumatischen Erkrankungen, sogar bei Gesunden können sie positiv sein und zwar mit altersabhängig steigender Häufigkeit.





## JAK-Inhibitoren: Ein neues Therapieprinzip

Janus-Kinasen (JAK) sind für die Signalüberleitung vom membranständigen Zytokin-Rezeptor zum Zellkern zuständig. Diese Überleitung kann durch JAK-Inhibitoren blockiert werden. Dabei handelt es sich um kleinemolekulare Substanzen, die oral verabreicht werden. Bisher sind zwei

Substanzen dieser neuen Wirkstoffklasse für die Therapie der RA zugelassen: Baricitinib und Tofacitinib. Nach ersten Studienergebnissen dürften sie eine den TNF-alpha-Inhibitoren vergleichbare Wirksamkeit haben. Auch die Verträglichkeit dürfte der von anderen Biologicals entsprechen.



## Entzündlicher Rückenschmerz

Wenn Rückenschmerzen länger als drei Monate anhalten, sollte man immer an eine entzündliche Ursache, genauer gesagt an eine axiale Spondyloarthritis denken. Wichtig ist die Frühdiagnose, denn je früher die Therapie beginnt, umso erfolgreicher ist die Therapie. Für einen entzündlichen Rückenschmerz sprechen folgende Kriterien:

- Langsamer Beginn
- Morgensteifigkeit in der Wirbelsäule
- Besserung bei Bewegung, nicht in Ruhe
- Nächtliche Schmerzen, meist in der zweiten Nachthälfte und Besserung durch Aufstehen
- Alternierender Gesäßschmerz
- Typischerweise Auftreten vor dem 45. Lebensjahr.

## Biologicals sind hochwirksam und sicher

Biologicals gehören zu den sehr sicheren und hochwirksamen Medikamenten mit einem überschaubaren Sicherheitsprofil. Zur Zeit stehen neun verschiedene Biologicals für die Therapie der RA zur Verfügung:

- **Infliximab:** TNF-alpha-Inhibitor
- **Etanercept:** TNF-alpha-Inhibitor
- **Adalimumab:** TNF-alpha-Inhibitor
- **Golimumab:** TNF-alpha-Inhibitor
- **Certolizumab:** TNF-alpha-Inhibitor
- **Rituximab:** Hemmstoff der Lymphozyten
- **Abatacept:** Hemmstoff der Aktivierung der T-Lymphozyten
- **Tocilizumab:** Interleukin 6-Hemmstoff

■ **Anakinra:** Interleukin 1-Hemmstoff. Biologicals sollten, wenn möglich, in Kombination mit Methotrexat eingesetzt werden, da eine solche Kombination stärker wirksam ist als eine Monotherapie. Im Rahmen der Erstlinientherapie gelten außer Rituximab, das erst nach einem Versagen eines TNF-alpha-Inhibitors eingesetzt werden sollte, alle Biologicals als gleich effektiv. Bei Tocilizumab ist allerdings das Risiko für eine gastrointestinale Perforation erhöht.

Wie in anderen Bereichen der Medizin gewinnen auch in der Rheumatologie Biosimilars vor allem aus Kostengründen zunehmend an Bedeutung.

### Wann Borrelien-Serologie?

Ein besonderes Problem ist die richtige Interpretation der Borrelien-Serologie. Sie sollte deshalb keinesfalls als Suchtest bei unspezifischen Beschwerden wie Müdigkeit oder chronischen muskuloskeletalen Schmerzen durchgeführt werden, sondern nur dann, wenn angesichts der Klinik ein dringender Verdacht auf eine Lyme-Borreliose vorliegt. Typisch dafür ist ein Erythema chronicum migrans als Frühsymptom und/oder eine Mono- oder Oligoarthritis großer Gelenke als Spätf Befund. Ein positiver Befund i.S. eines Durchseuchungstiter findet sich in der Bevölkerung bei 5-25 Prozent. Deshalb sind Fehldiagnosen möglich.

### Leitliniengerechte Therapie

Für die Therapie der Spondylarthritiden wurden die Leitlinien vor Kurzem aktualisiert. Danach wird als optimales Management eine Kombination von medikamentösen und nicht-medikamentösen Maßnahmen empfohlen. NSAR sind die First-Line-Medikamente. Sie sollten, soweit erforderlich und verträglich, bis zur maximalen Dosis eingesetzt werden. Eine systemische Langzeittherapie mit Glukokortikoiden wird bei rein axialer Erkrankung ebenso wenig empfohlen wie eine konventionelle DMARD-Therapie. Biologicals sollten trotz konventioneller Therapie bei hoher Krankheitsaktivität zum Einsatz kommen, wobei initial sich ein TNF-alpha-Inhibitor empfiehlt.

### Glukokortikoide: Beherzt beginnen, beherzt beenden

Glukokortikoide gelten weiterhin als initiale Standardtherapie in Kombination mit Methotrexat. In Abhängigkeit vom klinischen Bild wird eine Dosis von 10-30 mg täglich empfohlen. Diese Startdosis sollte aber innerhalb von acht Wochen in den Low-Dose-Bereich  $\leq 7,5$  mg gesenkt werden und nach drei bis sechs Monaten sollte die systemische Glukokortikoid-Therapie ganz beendet werden und zwar wegen des erhöhten Risikos für Osteoporose, Katarakt, Infektionen und KHK. Wenn eine Dauergabe notwendig sein sollte, dann ist eine Dosis von  $< 5$  mg das Minimalziel. Sinnvoll sind evtl. zusätzliche intraartikuläre Gaben eines Glukokortikoids in Gelenke mit hoher Entzündungsaktivität.