



RHEUMATOIDE ARTHRITIS - KURZFASSUNG

DEFINITION

Die rheumatoide Arthritis (RA) ist die häufigste chronisch entzündliche rheumatische Erkrankung. Sie betrifft vorwiegend die Gelenke in Form einer chronischen, schubweise verlaufenden schmerzhaften Entzündung, die unbehandelt zu irreversiblen Knorpel- und Knochenschäden mit dauerhafter Störung der Gelenkfunktion führt. Die RA ist mit erhöhter Komorbidität und Mortalität verbunden, insbesondere durch kardiovaskuläre Erkrankungen, aber auch durch Lymphome, Lungenzirrhose und Hautmalignome.

DIAGNOSE - Klassifikation

Ausmaß der Gelenkbeteiligung (0-5 Punkte)	Punkte
1 großes Gelenk	0
2-10 große Gelenke	1
1-3 kleine Gelenke (große Gelenke nicht gezählt)	2
4-10 kleine Gelenke (große Gelenke nicht gezählt)	3
>10 Gelenke (zumindest ein kleines Gelenk)	5
Serologie (0-3 Punkte)	
negativer RF <u>UND</u> negative ACPA	0
niedrig positiver RF <u>ODER</u> niedrig positive ACPA	2
hoch positiver RF <u>ODER</u> hoch positive ACPA	3
Symptombdauer (0-1 Punkt)	
< 6 Wochen	0
≥ 6 Wochen	1
Akutphaseparameter (0-1 Punkt)	
normales CRP <u>UND</u> normale Blutsenkung	0
abnormes CRP <u>ODER</u> abnorme Blutsenkung	1

Ab einem Wert von sechs Punkten kann RA klassifiziert werden, wenn Differentialdiagnosen ausgeschlossen sind.

KLINIK

- schmerzhafte Schwellung in mehreren Gelenken ohne besondere Ereignisse
- über Tage und Wochen hinweg
- meistens in Fingergrund-, Fingermittel-, Hand-, Zehengrund- und Zehenmittelgelenken
- schmerzhafte Bewegungseinschränkungen (zB Faustschluss)
- meist nur vorübergehendes Ansprechen auf NSAR
- Morgensteifigkeit ≥ 30 Minuten
- unspezifische Symptome wie gesteigerte Müdigkeit und Abgeschlagenheit

DIAGNOSE – Differentialdiagnose

- Fingerpolyarthrose
- Kristallarthropathien (Arthritis urica, Chondrokalzinose)
- Psoriasisarthritis, reaktive Arthritis, ankylosierende Spondylitis (Spondylarthritiden)
- virale Arthritiden (Parvovirus, Hepatitis B+C, Röteln, EBV)
- Polymyalgia rheumatica
- Kollagenosen (SLE, Mischkollagenose, Poly-/Dermatomyositis)
- RS3PE-Syndrom (Remitting Seronegative Symmetrical Synovitis with Pitting Edema)
- palindromer Rheumatismus
- endokrine Arthropathien (zB Hypothyreose, Akromegalie)
- Hämochromatose
- Sarkoidose
- paraneoplastische Arthritis
- Borreliarthritis

DIAGNOSE – minimales Labor

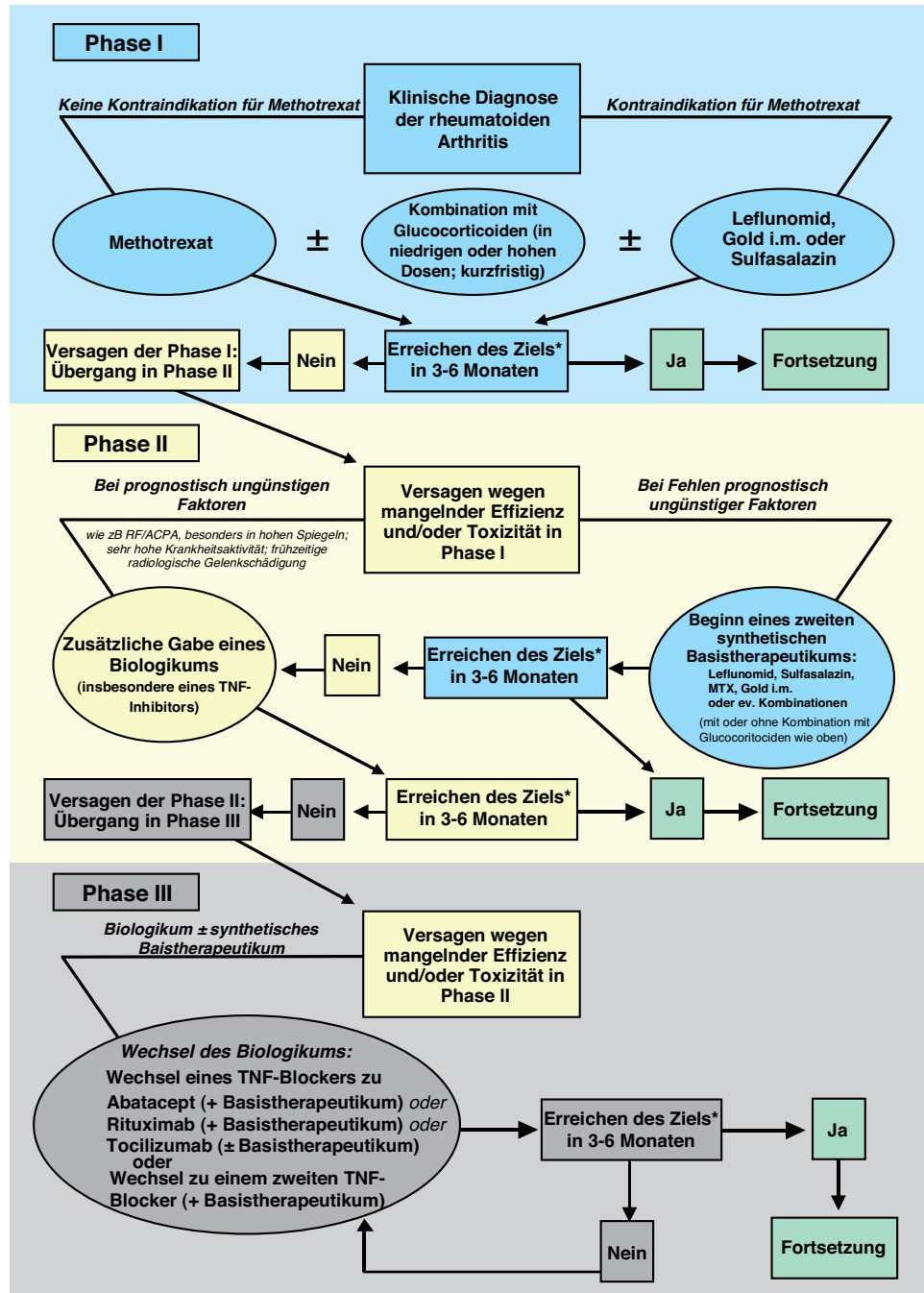
	Diagnose	Krankheitsverlauf
RF	+	-
ACPA	+	-
BSG	+	+
CRP	+	+
Blutbild		+
Kreatinin		+
GPT (ALT)		+
Alkalische Phosphatase		+

DIAGNOSE – Bildgebende Verfahren

- konventionelles Röntgen (Projektionsradiographie) bei Verdacht oder gesicherter RA: Vorfüße, Hände, Handgelenke
- diagnostischer Ultraschall im Frühstadium der RA und zur Differenzierung solider oder liquider Veränderungen
- Magnetresonanztomographie (MRT) bei fraglichen klinischen und projektionsradiographischen Befunden
- Knochen-Mineralgehalt-Bestimmung („Knochendichtemessung“) Teil der bildgebenden Basisdiagnostik bei diagnostizierter RA

THERAPIE - Behandlungspfad

Algorithmus auf Basis der EULAR Empfehlungen zur Behandlung der rheumatoiden Arthritis



* Behandlungsziel ist die klinische Remission oder, wenn die Erreichung einer Remission unwahrscheinlich ist, zumindest eine niedrige Krankheitsaktivität

THERAPIEZIELE und THERAPIEERFOLG

Primäres **Ziel** ist idealerweise die vollständige Unterdrückung der Krankheitsaktivität mit schnellstmöglichem Erreichen des Normalzustandes (Remission), vor allem bei Patientinnen mit früher RA.

Bis zum Erreichen dieses Therapiezieles sollte der Erfolg alle 1-3 Monate überprüft und die Therapie gegebenenfalls adaptiert werden.

ACR-Core Set zur Beurteilung des **Therapieerfolges**:

- Anzahl geschwollener Gelenke
- Anzahl druckschmerzhafter Gelenke
- Blutsenkungsgeschwindigkeit oder CRP
- Einschätzung der Schmerzintensität durch Patientin
- Beurteilung der Krankheitsaktivität durch Patientin
- Beurteilung der Krankheitsaktivität durch Ärztin
- Health Assessment Questionnaire (HAQ-Score)

MEDIKAMENTÖSE THERAPIE

Während der (Prä-)Konzeptionsphase, der Schwangerschaft und der Stillperiode sind die medikamentösen Therapieoptionen für Patientinnen mit RA deutlich eingeschränkt. Optimalerweise sollte eine Schwangerschaft in einer Periode niedriger Krankheitsaktivität geplant werden.

Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR)

So kurz und niedrig dosiert wie möglich.

Nicht jede Patientin benötigt einen Magenschutz.

Glucocorticoide

- als Überbrückungstherapie, als Ergänzung zu Mono- oder Kombinationsbasistherapie
- GC reduzieren Schmerz und Schwellung
- grundsätzlich niedrige Dosis
- mögliche Nebenwirkungen mit Patientin besprechen
- möglicherweise erhöhtes KHK-Risiko
- bei gleichzeitiger Gabe von NSAR Magenschutz
- bei DMARD-Therapie und GC-Langzeittherapie erhöhtes Risiko für Progression einer latenten Tb in aktive Tb
- Achtung auf GC-induzierte Osteoporose

NICHT-MEDIKAMENTÖSE THERAPIE

- **Physikalische Therapie**
zur Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit, Muskelkraft und Bewegungsabläufe sowie zur Schmerzreduktion.
- **Ergotherapie**
zur Funktionsverbesserung des Hand- und Armeinsatzes und der Alltagsabläufe sowie zum Erlernen von Gelenkschutzmaßnahmen.
- **Heilbehelfe und Hilfsmittel**
Orthesen, Einlagen, Schuhe und Mieder unterstützen die Gelenke (Stabilisierung und Verbesserung der Funktion) und lindern Schmerzen.
- **Orthopädische Operationen**
bei postentzündlichen Arthrosen, Fehlstellungen v.a. im Hand- und Fußbereich und therapieresistenten Synovialitiden einzelner Gelenke.

Basistherapeutika

Disease-Modifying Antirheumatic Drugs (DMARDs)

- Methotrexat ist erste Wahl und Goldstandard in RA-Therapie
- Leflunomid bei Unverträglichkeit von oder KI für MTX
- Sulfasalazin: klinisch ähnlich wirksam wie MTX

Keine Evidenz für Vorteil einer Kombinationstherapie. Insbesondere bei DMARD-naiven Patientinnen ist die Monotherapie einer Kombinationstherapie vorzuziehen.

Biologika

- keine Kombination von zwei Biologika
- erhöhtes Risiko für bakterielle und virale Infekte
- erhöhtes Tb-Risiko

Biologikum	Wirkprinzip	Verabreichung	Zulassung mit MTX
Adalimumab	TNF-Blocker	s.c.	±
Certolizumab	TNF-Blocker	s.c.	±
Etanercept	TNF-Blocker	s.c.	±
Golimumab	TNF-Blocker	s.c.	+
Infliximab	TNF-Blocker	p. inf.	+
Abatacept	T-Zell-Co-Stimulationsblocker	p. inf.	+
Tocilizumab	IL-6-Blocker	p. inf.	±
Anakinra	IL-1-Blocker	s.c.	+
Rituximab	B-Zell Depletor	p. inf.	+

SCHULUNG

- Einsatz ambulant und stationär
- Vermittlung krankheitsspezifischen Wissens
- Erlernen des Umgangs mit Komplikationen
- Empowerment (aktive Krankheitsbewältigung)
- im interdisziplinären Team
- in Kleingruppen, im Rahmen strukturierter modularer Programme
- interaktive Lernformen, Gruppendynamik