

rheumavision

Leben mit Rheuma



Rheumatoide Arthritis: Glühender Schmerz im Gelenk

Therapie

Aktuelle Übersicht
wirksamer Medikamente

Portrait

Die Rheuma-Liga Hamburg
stellt sich vor



Weil eine gesündere Welt unseren Einsatz braucht

Moderne Arzneimittel für alle Lebensphasen

Es sind die kleinen Momente, die uns Menschen viel bedeuten und die wir genießen wollen. Genau dafür arbeitet Pfizer weltweit: Wir erforschen und entwickeln seit mehr als 160 Jahren innovative Präparate und Therapien für Menschen und Tiere. Mit einem

stetig wachsenden Angebot an modernen Arzneimitteln verbessern wir Gesundheit und Lebensqualität in allen Lebensphasen. So arbeiten wir jeden Tag an der Verwirklichung unserer Vision. Gemeinsam für eine gesündere Welt.





*Liebe Leserin,
lieber Leser,*

gleich zwei neue Optionen zur Behandlung der Rheumatoiden Arthritis hat es in diesem Jahr bereits gegeben. Mit Zulassung der oralen Therapien Olumiant und Xeljanz sind zwei Medikamente mit – für die RA– neuartigen Wirkmechanismen auf dem Markt verfügbar. Für uns Grund genug, ein Update zum Thema Rheumatoide Arthritis zu bringen. Dementsprechend haben wir auch die Medikamentenübersicht ergänzt und aktualisiert.

Besonders freuen wir uns, dass wir für diese Ausgabe Prof. Dr. Krüger gewinnen konnten, der ab Seite 14 Fragen zu den bewährten und den neuen Medikamenten beantwortet.

Wir hoffen, dass es uns wieder gelungen ist, ein spannendes, erhellendes Heft zusammenzustellen und freuen uns über Lob und Kritik, Fragen und Anregungen.

Ihr

Dr. K. Ahmadi-Simab | Redaktion RHEUMAVISION

- 4 Praxis Portrait**
Ihre Rheumatologische Praxis stellt sich vor

- 6 News**

- 8 Titelthema: Rheumatoide Arthritis**
Behandlungsmöglichkeiten der häufigsten rheumatischen Systemerkrankung

- 14 Interview**
mit Prof. Dr. Klaus Krüger, zum Thema Therapie der Arthritis

- 16 Psoriasis-Arthritis**
Symptome, Diagnose und Therapiemöglichkeiten

- 20 Portrait**
Die Rheuma-Liga stellt sich vor

- 23 Gut zu wissen**
Tipps, Veranstaltungen; Infos, Wissenswertes rund um die Rheumatologie

IMPRESSUM

Verlag: Florian Schmitz Kommunikation GmbH
Herausgeber: Florian Schmitz (V.i.S.d.P.)
Redaktion: Dr. Keihan Ahmadi-Simab,
Dr. Margarete Kern, Tanja Fuchs, Carola Hoffmeister
Gestaltung: Peter Schumacher
Redaktionsanschrift:
Florian Schmitz Kommunikation | Tanja Fuchs
Wichmannstrasse 4 / Haus 12, 22607 Hamburg
© Titelfoto: iStockphoto/Ocskaymark

Ihre Gesundheit ist unser Ziel: Klinikum Stephansplatz Hamburg - Zentrum für Interdisziplinäre Medizin und Autoimmunkrankheiten

Gesundheit und Wohlbefinden verbunden mit höchster medizinischer Kompetenz, modernster Medizintechnik und einer innovativen Organisationsform – das erwartet den Patienten im Klinikum Stephansplatz.

Medizinische Vielfalt

Das Zentrum für Interdisziplinäre Medizin verfügt über ein Ambulatorium, eine Tagesklinik und eine stationäre Einheit. Erfahrene und renommierte Ärzte aus über 15 verschiedenen Fachgebieten arbeiten hier interdisziplinär zusammen. Dieses breite fachärztliche Spektrum in Kombination mit umfangreichen diagnostischen Möglichkeiten, garantiert eine kompetente Betreuung und ermöglicht die unmittelbare Einleitung einer individualisierten Therapie.

Der Patient im Mittelpunkt

Die medizinische Versorgung, das seelische Wohlergehen und die individuellen Bedürfnisse der Patienten stehen im Zentrum unserer Bemühungen. Ärzte und Mitarbeiter, die sich Zeit nehmen, sind ebenso selbstverständlich, wie eine gut organisierte Terminvergabe und kurze Wartezeiten.

Rheumatologie, Klinische Immunologie

Erfahrene Rheumatologen sind in der Lage, durch eine spezifische Anamnese und genaue zielorientierte körperliche Untersuchungen, eine erste Diagnose zu erstellen, die dann durch weitere bildgebende Verfahren und Laboruntersuchungen bestätigt oder ausgeschlossen werden kann. Dies ermöglicht eine rasche Orientierung und entsprechende Beratung.

Diagnostik

- Gelenk-, Sehnen- und Weichteilultraschall
- Ultraschallgesteuerte Gelenkpunktion

- Blut-/Urinuntersuchung inkl. Bestimmung genetischer Marker
- Kapillarmikroskopie
- Röntgen-Untersuchungen
- Computertomographie (CT)
- Magnetresonanztomographie (MRT)
- Organscreening bei Autoimmunkrankheiten
- Knochendichtemessung (DXA)
- Endoskopie (Magen-, Darm-, Lungenspiegelung)
- Diagnostische Organpunktion bei Autoimmunkrankheiten
- Gastroenterologische Funktionsdiagnostik

Therapeutische Leistungen

- Aufstellen und Anpassen eines Therapieplans
- Infiltrationstherapie
- Ultraschallgesteuerte Gelenkpunktion zur Medikamentenapplikation
- Infusionstherapie
- Spezifische Schmerztherapie
- Physiotherapie in Kooperation
- Biologika-Therapie

Kassenärztliche Rheumatologie

Die Leitung der Praxis Rheumatologie Hamburg-Mitte für die Versorgung gesetzlich versicherter Patienten hat Dr. Margarete Kern.



Im eindrucksvollen Gebäude der alten Oberpostdirektion findet sich eine Vielfalt von akademisch ausgerichteten Zentren für Gesundheit, Life Sciences, Medizin und naturwissenschaftliche Forschung.



KLINIKUM STEPHANSPLATZ HAMBURG

KLINIKUM STEPHANSPLATZ HAMBURG

Stephansplatz 3 | 20354 Hamburg

Fax: 040 320 88 31-30

sekretariat@ks-hamburg.de

www.klinikum-stephansplatz.de



TERMIVERGABE:
040 320 88 31-0

Ärzte, Fachgebiete und Spezialsprechstunden

Dr. med. K. Ahmadi-Simab | Ärztlicher Direktor | Facharzt für **Innere Medizin, Rheumatologie, Klinische Immunologie, Gastroenterologie**

Dr. med. Angela von Elling | Oberärztin | Fachärztin für **Innere Medizin, Rheumatologie und Nephrologie**

Dr. med. Margarete Kern | Oberärztin | Fachärztin für **Innere Medizin, Rheumatologie, Klinische Immunologie**

Dr. med. Joachim Ebel | Facharzt für **Innere Medizin, Rheumatologie**

Prof. Dr. F. Ulrich Beil | Facharzt für **Innere Medizin und Endokrinologie**

Prof. Dr. Fritz Jänicke | Facharzt für **Gynäkologie**

Dr. med. Claudia Lerche | Fachärztin für **Gynäkologie und zertifizierte Präventionsmedizinerin dfg**

Dr. med. Julia Tralles | Fachärztin für **Gynäkologie und Geburtshilfe, Naturheilverfahren und Allgemeinmedizin**

Prof. Dr. med. Helgo Magnussen | Facharzt für **Innere Medizin, Pneumologie, Allergologie, Schlafmedizin**

Dr. med. Holger Hauspurg | Facharzt für **Innere Medizin, Hämatologie und Internistische Onkologie**

Dr. med. Ursula Strate | Fachärztin für **Chirurgie und Viszeralchirurgie, Schwerpunkt Endoskopie**

Dr. med. Michael Begemann
Facharzt für **Innere Medizin und Hämatologie**

Prof. Dr. med. Volker Wening | Facharzt für **Orthopädie, spezielle Unfallchirurgie, Sporttraumatologie und Chirurgie**

Prof. Dr. med. Josef Aldenhoff | Facharzt für **Psychiatrie und Psychotherapie**

Prof. Dr. med. Matthias R. Lemke | Facharzt für **Psychiatrie und Psychotherapie, Suchtmedizin**

Dr. med. Christoph Weinhardt | Facharzt für **Rheumaorthopädie, Orthopädie, Unfallchirurgie und Chirotherapie**

Dr. med. Vinzenz Graf von Kageneck
Facharzt für **Innere Medizin und Kardiologie**

Dr. med. Barbara Eifrig | Fachärztin für **Innere Medizin – Zusatzbezeichnung Hämostaseologie**

Priv.-Doz. Dr. Wolf-Hartmut Meyer-Moldenhauer
Facharzt für **Urologie**

Dr. med. Eckhard Stein | Facharzt für **Innere Medizin**

Prof. Dr. med. Norbert Schmitz
Facharzt für **Innere Medizin und Hämatologie**

Prof. Dr. med. Ulrich Tebbe | Facharzt für **Innere Medizin, Kardiologie, Angiologie, Interventionelle Kardiologie, Notfallmedizin, Hypertensiologie**

Dr. med. Jörn Klasen | Facharzt für **Innere Medizin, Anthroposophische Medizin, Naturheilverfahren, Dipl. Heilpädagoge**

Dr. med. Stephanie Thiel | Fachärztin für **Allgemeinmedizin, hausärztliche Versorgung, Akupunktur**

MSc. oec. troph. Sylvana Prokop | **Ökotrophologin**

Dr. med. Sabine Timmermann | Fachärztin für **Innere Medizin, Pneumologie, Allergologie, Schlafmedizin**

Weitere Fachgebiete und Spezialsprechstunden:

- Interdisziplinäres Zentrum für Autoimmunkrankheiten
- Interdisziplinäre Sprechstunde für Lungenhochdruck
- Interdisziplinäre Sprechstunde für Osteoporose
- Präventivmedizin, Vorsorge und Check-up
- Radiologie
- Labormedizin
- Kooperation mit Dermatologen, Augen- und HNO-Ärzten

Veranstaltungen

Vortrag zum Thema:
Fibromyalgie – Schmerzen verstehen

Wann:
Mittwoch, 12. Juli 2017, 18 bis 20 Uhr

Wo:
Schön Klinik Eilbek –
Auditorium Haus 7, 4.Stock,
Dehnhaide 120, 22081 Hamburg

Referentin:
Ingrid Paetzel, Diplom-Psychologin

Anmeldung bis zum 28.6.17 –
sofern noch Plätze frei sind auch später

Vortrag zum Thema:
Körperzentriertes Arbeiten am
ergonomischen Arbeitsplatz

Kooperationsveranstaltung der
Rheuma-Liga Hamburg und der Firma
Ergotrading

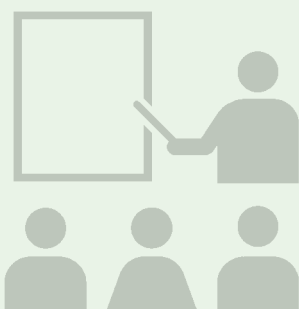
Wann:
Mittwoch, 4. Oktober 2017, 18 Uhr

Wo:
Schön Klinik Eilbek –
Auditorium Haus 7, 4.Stock,
Dehnhaide 120, 22081 Hamburg

Referent:
Volker Timm, Ergotrading

Um Anmeldung wird gebeten

Anfragen oder Anmeldungen für beide Veranstaltungen sind telefonisch unter 040 6690765-0, per E-Mail unter info@rheuma-liga-hamburg.de oder über das Kontakt-Formular auf www.rheuma-liga-hamburg.de möglich.



Medizinkommunikation: Enge Zusammenarbeit zwischen Gesundheits- politik und Medizin

Im Mittelpunkt des politischen Handelns muss eine verbesserte medizinische Versorgung aller Bürger stehen. Das forderte die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) von der künftigen Regierung vor den Bundestagswahlen im September. Gesundheitspolitik und Medizin müssten dafür enger zusammenarbeiten. „Dafür stehen die AWMF und ihre 175 Fachgesellschaften gerne zur Verfügung“, stellte AWMF-Präsident Professor Dr. med. Rolf Kreienberg klar. Die AWMF vereint alle medizinischen Fachgesellschaften unter einem Dach und sei damit ein geeigneter Kooperationspartner für die Politik. Denn in der AWMF werde Wissen gemäß der evidenzbasierten Medizin entwickelt, evaluiert und verbreitet. Daraus entstünden unter anderem Leitlinien, die heute die Basis des ärztlichen Handelns darstellen.

(Quelle: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften)

Rheumatologen- Notstand: Unterversorgung von Patienten

Im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) hat eine Kommission vergangenes Jahr untersucht, wie gut die akut und chronisch von Rheuma Betroffenen in Deutschland versorgt sind. Das in einem Memorandum dargestellte Ergebnis ist ernüchternd: Pro 100.000 Erwachsene werden mindestens zwei internistische Rheumatologen in der ambulanten Versorgung benötigt, also 1350 Rheumatologen deutschlandweit. Tatsächlich stehen aber nur 776 Rheumatologen zur Verfügung, also ungefähr die Hälfte. Das ist zu wenig, kritisierten die Autoren der Stellungnahme. Ein Ziel für die Zukunft müsse sein, dass sich insbesondere die Akut-Patienten innerhalb von zwei Wochen bei einem Rheumatologen vorstellen können. Als Möglichkeit zur schnelleren Versorgung gelten sogenannte „Früherkennungssprechstunden“. Die dort vorgenommenen Untersuchungen sind zwar weniger umfangreich als in einer herkömmlichen Rheuma-Sprechstunde, dafür aber genauso aussagekräftig - so lautet das Resultat einer Erhebung des Universitätsklinikum Essen. Je früher Rheuma erkannt wird, umso nachhaltiger lässt sich die Krankheit behandeln.

(Quelle: www.dgrh.de)

Diagnose: Früherkennung dank Ultraschall

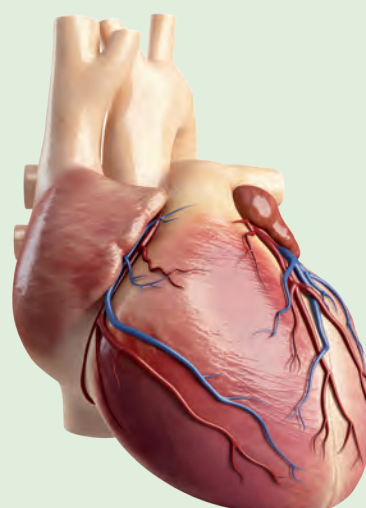
Lange bevor bei von Rheuma Betroffenen die Gelenke sichtbar anschwellen, können entzündungsbedingte Mehrdurchblutungen im Gelenk auf die Erkrankung hinweisen. Sind diese vorhanden sind, haben die Patientinnen und Patienten ein zehnfach erhöhtes Risiko, tatsächlich an Rheuma zu erkranken. Für die Früherkennung sind Ultraschall und Gelenksonografie wichtig: Kommen beide zum Einsatz, ist die Wahrscheinlichkeit, eine vorliegende rheumatische Erkrankung zu erkennen, mehr als doppelt so hoch als ohne diese bildgebenden Verfahren. Nach der Diagnose sollten Patienten engmaschig kontrollieren lassen, ob sich der Zustand ihrer Gelenke weiterhin verschlechtert.

(Quelle: idw-online.de)

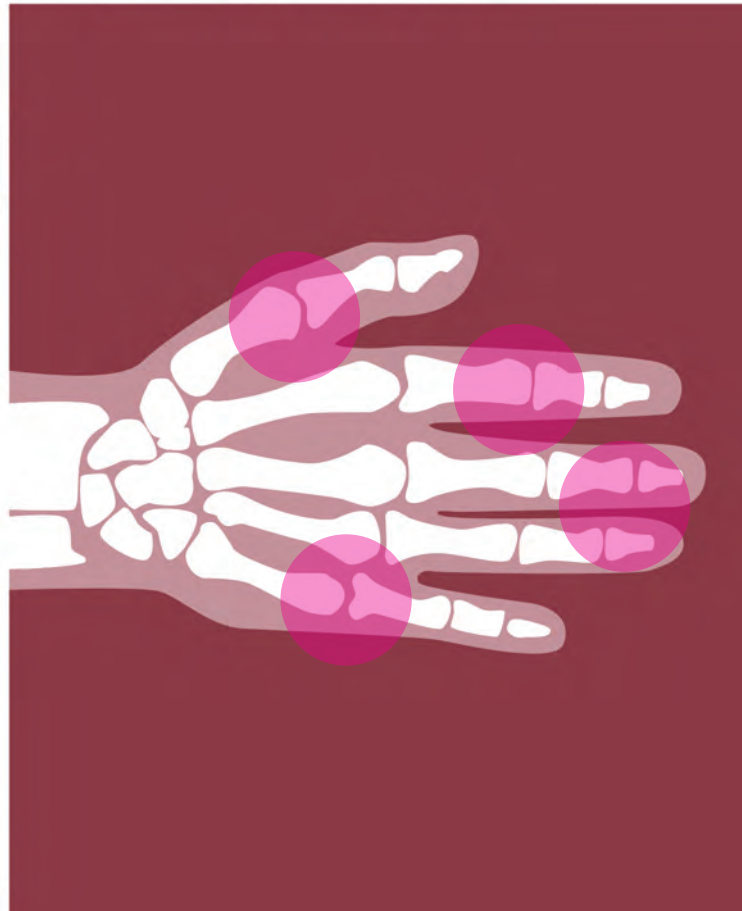
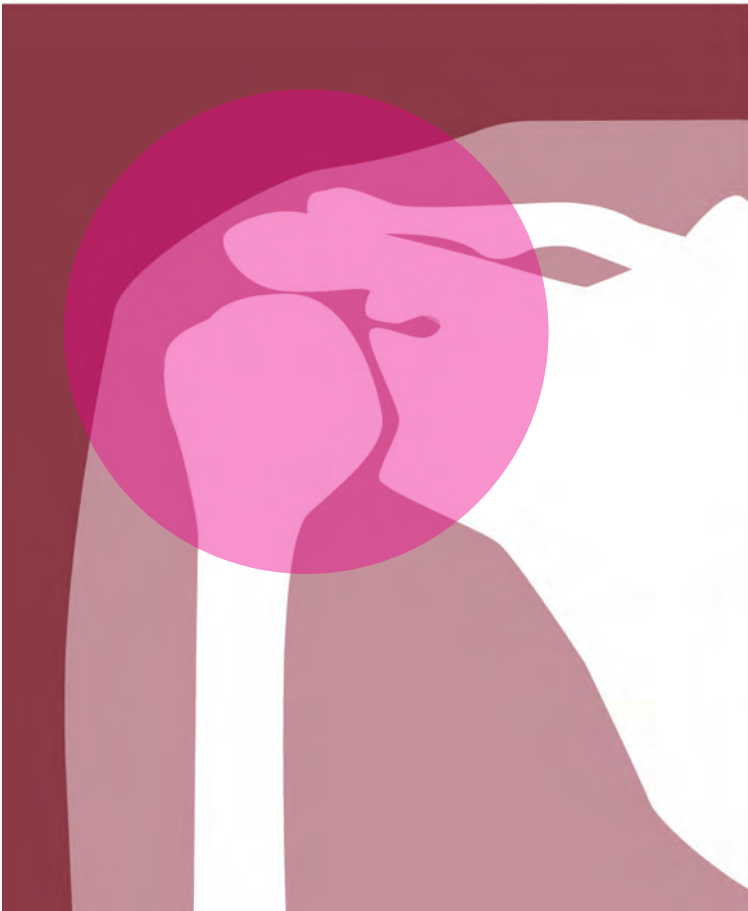
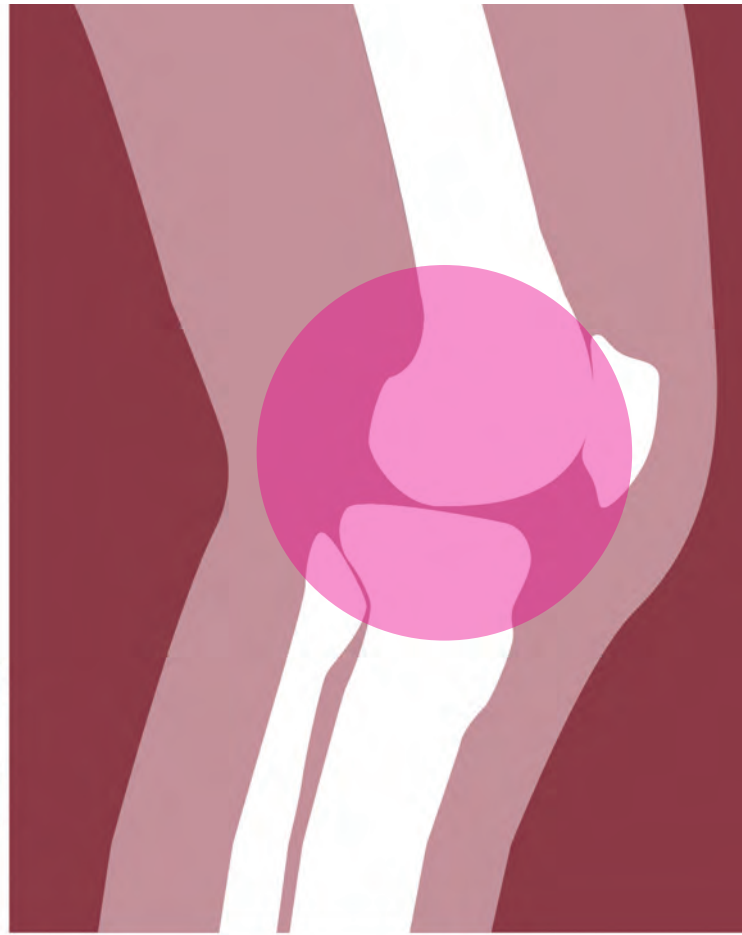
Lebensverlängerende Therapien: Rheumatiker erkranken oft am Herzen

Bei Menschen mit Rheuma ist mitunter das Herz von der Erkrankung betroffen, genauso können Entzündungsprozesse im Körper das Herz-Kreislauf-System gefährlich belasten. Überdies erhöht möglicherweise die dauerhafte Einnahme von hochdosiertem Cortison das Herzinfarkt-Risiko. Rheumatiker sollten sich deshalb alle fünf Jahre untersuchen lassen. Darauf weist die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) hin. Neben der richtigen Medikation schützt laut DGRh-Experten ein gesunder Lebensstil das Herz am besten: Nicht rauchen, Sport treiben und eine gesunde Mittelmeerkost zu sich nehmen, bestehend aus Gemüse, Obst Fisch und Fleisch.

(Quelle: www.dgrh.de)



Rheumatiker sollten regelmäßig ihr Herz untersuchen lassen.



Entzündung im Gelenk: Rheumatoide Arthritis

Rheumatoide Arthritis hat viele Gesichter. Die häufigste entzündlich-rheumatische Systemerkrankung verläuft in Schüben und führt zu Entzündungen in den Gelenken.

Text von Dr. M. Kern

Manchmal ist nur ein Gelenk betroffen, meistens sind es mehrere gleichzeitig. Charakteristisch sind symmetrisch vorhandene Entzündungen und Schwellungen der kleinen und großen Gelenke mit Schmerzmaximum am frühen Morgen und nach längeren Ruhephasen. Während sich der Verlauf bei einigen Betroffenen leicht und mit geringer Symptomatik zeigt, kommt es bei anderen zu schweren Schüben die dauerhafte Auswirkungen haben können. So kann es im Verlauf der Erkrankung zu irreversiblen Gelenkschäden aber auch zu Organschäden kommen. Bestenfalls kann schon der Hausarzt die richtigen „Weichen“ stellen und dabei helfen, eine „Odyssee“ zu vermeiden, indem er die Patienten entsprechend in die

richtigen Hände weiterleitet: zum Orthopäden bei Verdacht auf nicht-entzündliche Ursachen, wie z.B. Arthrose, nach Verletzungen oder Überlastung der Gelenke. Und zum Rheumatologen bei dem geringsten Verdacht auf eine entzündliche Systemerkrankung.

Symptome

Ein schubartiges Auftreten, einhergehend mit einer Morgensteifigkeit und Besserung nach Bewegung oder Kälte sind typisch für die Rheumatoide Arthritis. In seltenen Fällen können aber auch Beschwerden außerhalb der Gelenke auftreten wie z.B. Rheumaknoten (knotige Hautveränderungen

Autorin



Dr. med. Margarete Kern
KLINIKUM STEPHANSPLATZ
HAMBURG
Fachärztin für Innere Medizin
und Rheumatologie

über der Streckseite von Gelenken) oder eine Entzündung von Herzbeutel, Rippen- oder Lungenfell.

Typische Symptome der RA:

- Gelenkschmerz
- Morgensteife der Gelenke, die länger als 30 Minuten andauert
- Schwellungen in mehr als 2 Gelenken
- Allgemeines Krankheitsgefühl: Erschöpfung, Müdigkeit, Fieber, Gewichtsabnahme, Nachtschweiß
- Gleiches Verteilungsmuster der betroffenen Gelenke auf der linken

und rechten Körperseite

- Schwellung und im Langzeitverlauf knöcherne Deformierung
- Bewegungseinschränkung

Diagnose

Die Diagnose einer Rheumatoiden Arthritis wird anhand verschiedener Kriterien gestellt. Wichtigstes Kriterium ist Anzahl und Befallsmuster der geschwollenen Gelenke und Dauer der Gelenkschwellung. Im Blut werden die Entzündungswerte BSG und CRP und die „Rheumawerte“ RF

(Rheumafaktor) und ACPA (Antikörper gegen citrullinierte Peptide) berücksichtigt. Konkurrierende Ursachen sollten unbedingt ausgeschlossen werden.

Die amerikanische und europäische Rheumatologische Fachgesellschaft haben 2010 einen Algorithmus zur Klassifikation der Rheumatoiden Arthritis entwickelt. Auch wenn es sich dabei nicht um Diagnosekriterien handelt, sondern ursprünglich um Einschlusskriterien für Studien, werden sie in der Praxis oft als Diagnosekriterien verwendet.



Erschöpfung, Müdigkeit und ein allgemeines Krankheitsgefühl sind auch Symptome der Rheumatoiden Arthritis.



Blutuntersuchungen gehören sowohl zur Diagnosestellung als auch zu den regelmäßig stattfindenden Kontrolluntersuchungen unter der Therapie.

Zur Diagnosestellung gehören:

- eine körperliche Untersuchung
- eine gründliche Anamnese
- Sicherung der entzündlichen Veränderungen mittels einer bildgebenden Methode (Sonographie/MRT/Röntgen)
- eine Blutuntersuchung

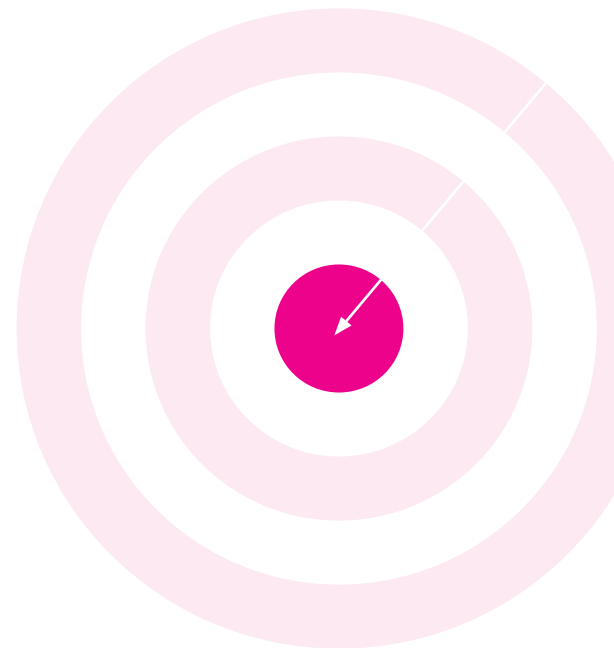
(siehe Seite 12). In der Regel ist der Verlauf einer seropositiven RA aggressiver in Hinblick auf Gelenkzerstörung und Entzündungsausmaß. Durch eine rechtzeitige Diagnose und entsprechend angepasste Therapie lässt sich dies meist verringern bzw. stoppen.

Behandlungsmöglichkeiten

Frühe Diagnose rechtzeitige Therapie

Ein frühzeitiger Therapiebeginn durch rechtzeitige Diagnose hat einen positiven Einfluss auf den gesamten weiteren Krankheitsverlauf. Mit den heute zur Verfügung stehenden Medikamenten gelingt es, ein Voranschreiten der Erkrankung sicher aufzuhalten, in manchen Fällen gelingt sogar eine anhaltende Remission. Abhängig vom Vorliegen spezieller Rheumawerte im Blut, unterscheidet man zwischen seropositiver und seronegativer Rheumatoider Arthritis

Die rheumatoide Arthritis ist nicht heilbar. Aber: Eine rechtzeitige und wirksame Behandlung ist in der Lage, den Krankheitsverlauf zu verlangsamen oder komplett aufzuhalten, wodurch sich die Folgen, wie Gelenkzerstörungen oder Organschäden verringern bzw. verhindern lassen. Neben der kurzfristigen Behandlung eines Schubes, geht es vor allem um die Basisbehandlung als Monotherapie oder Kombinationstherapie (bei schwerem Verlauf) und die Schmerzbehandlung.



Gezielt behandeln: „Treat to Target“

In den letzten Jahrzehnten hat in der Therapie der RA eine rasante Entwicklung stattgefunden. Seit Einführung der Biologika gibt es kaum noch Fälle eines Therapieversagens. Absolut entscheidend für den Therapieerfolg ist eine an die Krankheitsaktivität angepasste Therapie. Diese wird anfangs in einem Intervall von 4-6 Wochen kontrolliert und gegebenenfalls modifiziert. Im weiteren Verlauf erfolgen alle 3-6 Monate Kontrollen – mit entsprechender „Feinjustierung“ der Therapie. Ziel ist die frühestmögliche „Remission“, das heißt: komplette Beschwerdefreiheit und fehlende Krankheitsaktivität. Zahlreiche Studien haben den Erfolg dieses Konzeptes, das „treat to target“ (gezielt behandeln) genannt wird, belegt. Die Kontrolluntersuchungen beinhalten

info

Ultraschall

Als bildgebendes Verfahren kommt dem Ultraschall der Gelenke und Sehnen eine besondere Bedeutung zu. Hiermit können früheste entzündliche Veränderungen sicher festgestellt werden. Ob zur frühen Diagnose, während des Verlaufs der Erkrankung oder kurz vor dem Therapieziel – die Ultraschalluntersuchung von Patienten mit chronisch verlaufender Arthritis liefert häufig wertvolle Erkenntnisse. Die DEGUM empfiehlt deshalb bei Verdacht auf die Erkrankung, den Gelenk-ultraschall als erstes bildgebendes Verfahren einzusetzen. (Quelle: www.degum.de)



Die typischen Gelenkbeschwerden beginnen meist in den Grundgelenken und den mittleren Fingergelenken der Hände. Viele Patienten bemerken zuerst Schmerzen beim Bewegen der Finger oder beim kräftigen Händedruck.



wissen

Serologie

Die Serologie ist ein Teilgebiet der Immunologie und befasst sich u.a. mit der Entwicklung spezifischer Nachweise von Antigenen und Antikörpern. Weil die die Antigen-Antikörper-Reaktionen sehr spezifisch sind, wird die Identifizierung von Antigenträgern, z.B. Krankheitserregern ermöglicht. Durch den Nachweis bestimmter Antikörper im Blut lassen sich Krankheiten diagnostizieren. Dabei können zwei Zustände eines Serostatus auftreten:

Seropositiv: Antikörper gegen ein bestimmtes Antigen werden gefunden.

Seronegativ: Es lassen sich keine Antikörper nachweisen.

(Quelle: wikipedia)

in der Regel die klinische Beurteilung der Gelenke durch den Rheumatologen, eine Blutabnahme zur Bestimmung der Entzündungswerte sowie Ultraschall der Indikatorgelenke. Dadurch können auch „versteckte“ Gelenkentzündungen entdeckt, und ein unbemerktes Voranschreiten der Erkrankung verhindert werden. Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie hat 2012 eine S1-Leitlinie zur Behandlung der Rheumatoiden Arthritis herausgegeben, welche die Empfehlungen der Europäischen Rheumaliga (EULAR von 2010) aufgreift und weiterentwickelt.

www.dgrh.de

Therapeutika

Basistherapeutika: Die DMARDs, Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs greifen in das Entzündungsgeschehen ein und können so den Krankheitsverlauf und damit die Zerstörung der Gelenke deutlich verlangsamen.

Immunsuppressiva regulieren das Immunsystem herunter und dämpfen dadurch die überschießende Immunreaktion, die für Entzündungen und Gewebeerstörungen verantwortlich ist.

Biologika sind gentechnisch hergestellte Eiweißstoffe, die aus leben-

den Zellkulturen gewonnen werden. Sie greifen in Mechanismen der Krankheitsentstehung ein, indem sie gezielt bestimmte, entzündungsfördernde Substanzen des Immunsystems abfangen und ausschalten oder ihre Bindungsstellen besetzen und blockieren.

Small Molecules sind Medikamente, welche in der Zelle die Entzündungsbotsstoffe beeinflussen. Da es sich nicht um Eiweißverbindungen wie bei den Biologika handelt, müssen sie nicht subkutan gespritzt oder als Infusion verabreicht werden, sondern können in Tablettenform eingenommen werden.

Kortikoide wirken stark entzündungshemmend und werden zur schnellen und kurzfristigen Hilfe während eines Schubs eingesetzt.

Die Wirkung der Basistherapeutika setzt erst nach mehreren Wochen oder Monaten ein, hält aber lange an. Ist die Erkrankung trotz ausreichender Basistherapie weiterhin aktiv, kann mit einem zweiten Basismedikament kombiniert werden. In schweren Fällen wird auch mit einem Wirkstoff aus der Gruppe der Biologika kombiniert. Bei sehr schwerem Krankheitsverlauf kann die Rheumatoide Arthritis von Beginn an mit zwei Basistherapeutika oder einem Basismedikament und einem Biologikum behandelt werden. Biologika wirken sehr schnell und effizient. Einige sind seit knapp 20 Jahren im breiten Einsatz, sodass mittlerweile gute Langzeitdaten zu Sicherheit und Verträglichkeit vorliegen. Weil eine Therapie mit Biologika mit hohen Kosten verbunden ist, werden diese häufig erst nach Versagen einer Basistherapie eingesetzt.

Gegen den Schmerz

Als kurzfristige Schmerzmittel zur Behandlung akuter Schmerzen können auch sogenannte NSAR und Analgetika zum Einsatz kommen. Sie ersetzen keinesfalls die Therapie der RA, da sie nur Symptome und nie die Ursache bekämpfen und zudem oft Nebenwirkungen verursachen – insbesondere bei regelmäßigem, langfristigen Gebrauch. Zur Gruppe der Nicht Steroidalen AntiRheumatika gehören schmerzlindernde und entzündungshemmende Medikamente, die kein Kortison enthalten, wie z.B. Ibuprofen oder Diclofenac. Der Vorteil: Sie wirken schnell, können Schmerzen effektiv lindern und die Wirkstoffe sind gut erforscht. Der Nachteil: Sie beeinflussen weder die Erkrankungsursache noch den Verlauf und die Wirkung hält nur einige Stunden an.

Neue Therapieoptionen: Janus-Kinase-Hemmer Olumiant® und Xeljanz®

2017 erhielten gleich zwei neue Medikamente die Zulassung für den europäischen Markt. **Olumiant® und Xeljanz®**. Bei den Wirkstoffen beider neuer Therapieoptionen handelt es sich um sogenannte JAK-Inhibitoren oder Januskinase-Hemmer. Januskinase-Hemmer sind medikamentös wirksame Substanzen, die Enzyme der Gruppe der Januskinasen (JAK1, JAK2, JAK3 und TYK2) hemmen. Dies sind Enzyme, die bei der Signalweiterleitung von extrazellulären Informationen zum Zellkern (z. B. im Rahmen von Zellteilungsvorgängen oder bei der Induktion von Immunantworten) eine Rolle spielen. Anders als Biologika fangen JAK-Inhibitoren die Zytokinsignale nicht im Extrazellulärraum, sondern intrazellulär ab. Da sie die Signalweiterleitung gleich mehrerer Zytokine beeinflussen, erhofft man sich einen größeren Effekt auf Zytokin-vermittelte Entzündungs- und Immunprozesse. Tatsächlich scheint sich der Teufelskreis aus Entzündung und Gewebeschädigung durch Inhibition des JAK-Signalwegs unterbrechen zu lassen.

Der JAK-Inhibitor Tofacitinib (Xeljanz®) ist in den USA bereits seit November 2012 und in Europa seit März 2017 zugelassen. Tofacitinib ist nach Baricitinib (Olumiant®) der zweite Januskinase-Inhibitor in dieser Indikation. Olumiant wurde bereits im Januar dieses Jahres zur Behandlung der RA zugelassen.

Beide Präparate dürfen bei erwachsenen Patienten mit mittelschwerer bis schwerer RA angewendet werden, die auf eine vorangegangene Behandlung mit einem oder mehreren DMARD unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben. Beide Medikamente werden in Form von Tabletten oral eingenommen. Xeljanz zweimal täglich und Olumiant einmal täglich. (Pharmazeutische Zeitung)

Die Auswahl der Medikamente ist groß, die Wirkstoffe setzen an verschiedenen Hebeln an. Welches Therapeutikum für den einzelnen Patienten am besten in Frage kommt, entscheidet der behandelnde Rheumatologe gemeinsam mit dem Patienten.

Auf den Seiten 16/17 finden Sie eine Übersicht der gängigsten Rheuma-Medikamente, sowie ein Interview mit Prof. Krüger, München.



Interview

mit **Prof. Dr. Klaus Krüger,**

Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie in München

Herr Prof. Krüger, eine rasche medikamentöse Therapie ist bei Rheumatoider Arthritis von großer Bedeutung. Hierfür ist eine frühzeitige Diagnose die erste Voraussetzung. In einer Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin (DEGUM) e.V. wurde darauf hingewiesen, dass die Durchführung einer Gelenksonografie zusätzlich zur klinischen Untersuchung, die Wahrscheinlichkeit, eine vorliegende rheumatische Erkrankung zu erkennen, um mehr als das Doppelte erhöht. Müsste dies häufiger geschehen?

Für die Diagnosestellung ist die Ultraschalluntersuchung vor allem dann nützlich, wenn der klinische Befund nicht ganz so eindeutig ist. So zum Beispiel, wenn eine junge Patientin CCP-positiv ist und eine Schwellung nicht eindeutig erkennbar ist. Dann kann man im Ultraschall eben doch eine Synovitis oder eine Tenosynovitis sehen. Darüber hinaus kann die Sonografie natürlich sehr frühe Anzeichen für mögliche Schäden liefern.

Wenn eine RA einmal erkannt ist, wird zu einem schnellen Behandlungsbeginn geraten. Aber werden die gängigen Medikamente auch gut vertragen?

Jedes Medikament kann Nebenwirkungen haben. Das ist nicht nur in der Rheumatologie der Fall. Leider gibt es immer einen gewissen Prozentsatz von Patienten, die die Medikamente nicht so gut vertragen. Meiner Ansicht nach ist dieser aber nicht sehr hoch. In Bezug auf die übliche Starttherapie mit Methotrexat (MTX) etwa, würde ich sagen, haben etwa 25 Prozent der Behandelten mit Nebenwirkungen zu tun.

Wie verhält es sich dann mit der Adhärenz?

Tatsächlich führen die möglichen Nebenwirkungen bei 10 -15 Prozent zum Abruch der Therapie. Aber es gibt nicht nur Therapieabbrüche, sondern auch Patienten, die sich nicht zuverlässig an die verordnete

Einnahme halten. Zur Adhärenz bei MTX haben wir anonyme Befragungen in der Praxis durchgeführt. Parallel dazu gab es eine Untersuchung, in der Rezeptdaten ausgewertet wurden. Die Ergebnisse waren mehr oder weniger identisch. Etwa ein Drittel der MTX Patienten halten sich nicht an die verordnete Medikation.

Gibt es Möglichkeiten, um die Nebenwirkungen einzudämmen?

Hier gibt es in jedem Fall Möglichkeiten. So etwa durch die Zugabe von Folsäure. Metaanalysen haben inzwischen bestätigt, dass Folsäure am Tag nach der MTX-Gabe für bessere Verträglichkeit sorgt. Auch durch die Reduzierung der Dosis lassen sich Nebenwirkungen abschwächen.

Ist der Wechsel von einem Medikament auf ein anderes mit Schwierigkeiten verbunden? Müssen dabei bestimmte Zeitabstände eingehalten werden?

Nein. Da gibt es keine Probleme. Es ist ja ohnehin so, dass ein Biologikum zunächst in Kombination mit MTX gegeben wird. Und beim Wechsel von einem Biologikum auf ein anderes wird man keine lange Wartezeit haben. Bei einer Infusionstherapie zum Beispiel mit Infliximab, wartet man einfach bis zum Zeitpunkt der nächsten, ohnehin anstehenden Infusion und beginnt dann mit dem neuen Therapeutikum. Beim Wechsel von einer Injektionstherapie etwa mit Enbrel auf eine andere Therapie, wartet man eine Woche nach der letzten Injektion ab, um dann mit der neuen Behandlung zu starten.

Biologika wurden in der Vergangenheit oft erst eingesetzt, wenn das Basismedikament nicht ausreichend wirkt. Geht damit nicht manchmal wertvolle Zeit verloren?

Als Starttherapie wird fast immer MTX gegeben. In Kombination mit Kortikoiden erreicht man bei zwei Drittel der Patienten eine gute Einstellung. Diese Patienten wären übertherapiert, wenn man sofort ein Biologikum einsetzen würde. Aber im zweiten Schritt, wenn die Starttherapie nicht oder nicht ausreichend wirkt, sollte – bei hoher Krankheitsaktivität – mit einem Biologikum kombiniert werden. Tatsächlich haben Untersuchungen ergeben, dass dieser zweite Schritt, in dem die Therapie ausgebaut werden müsste, in der Vergangenheit nicht entschlossen und zügig genug verfolgt wurde. Insgesamt ist die Biologika-Verschreibung aber gestiegen, das sehen wir an der Dokumentation der jährlichen Verschreibungen. Inzwischen erhalten in großen Zentren 28 Prozent der Patienten mit Rheumatoider Arthritis ein Biologikum. Leider erfolgt der Biologika-Einsatz jedoch oft erst nach ein paar Jahren, wenn bereits Schäden eingetreten sind.

Es heißt, dass unter einer Biologikatherapie ein erhöhtes Infektionsrisiko besteht. Können Patienten hier präventiv etwas tun, um sich zu schützen?

Hier hat sich eindeutig ein Paradigmenwechsel vollzogen. Wir wissen heute dass ein Biologikum nicht mehr Infektionsrisiken mit sich bringt, als z.B. MTX, und deutlich weniger als Kortikoide. Allerdings kann das Risiko beim einzelnen Patienten durch andere einflussnehmende Faktoren erheblich vergrößert werden. Patienten, die älter sind und multimorbide oder aber eine sehr hohe Krankheitsaktivität aufweisen, haben nach wie vor ein erhöhtes Infektionsrisiko. Sie müssen natürlich besonders sorgfältig überwacht werden. Rechnet man diese zusätzlichen Faktoren heraus, dann gibt es durch die Biologika letztlich nur ein gering erhöhtes Infektionsrisiko - das hat eine Auswertung zu den neuen EULAR-Empfehlungen bestätigt

(bitte umblättern)

Bei einer Synovitis ist die Gelenkinnenhaut entzündet. Die Tenosynovitis bezeichnet die Entzündung der Sehnenscheiden – so wie beim sogenannten Tennisarm.



Trotzdem gibt es vorab ein Screening, oder?

Ja, in jedem Fall ist ein Screening vor Beginn der Biologika-Therapie notwendig. Dabei müssen verschiedene Vorerkrankungen, wie Tuberkulose und Hepatitis ausgeschlossen werden. Generell sollten bei immunsupprimierten Patienten Vorsorgemaßnahmen getroffen werden. So sollte z.B. der Impfstatus bestmöglich sein.

Biosimilars sind günstiger als Biologika aber nicht identisch. Wann sollten diese zum Einsatz kommen?

Diese Entscheidung nehmen uns die Kostenträger aus der Hand. Es werden nach und nach überall im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigungen Biosimilar-Quoten festgelegt, an die man sich dann halten muss. Wir wissen unterdessen, dass auch bei der Herstellung der Original-Biologika im Lauf des Produktionsprozesses Abweichungen auftreten. Wenn man so will, sind selbst die jetzt verfügbaren Originalpräparate Biosimilars im Vergleich zur allerersten Produktion. Die Biosimilars, die bislang zugelassen sind, haben sich in ihrer Wirksamkeit und Verträglichkeit als identisch mit den Originalpräparaten erwiesen.

Seit kurzem gibt es zwei neu zugelassene Medikamente zur Behandlung der Rheumatoiden Arthritis. Xeljanz (Tofacitinib) und Olumiant (Baricitinib). Wie beurteilen Sie diese neue Optionen?

Das sind gut wirksame Medikamente, die Studien zufolge in ihrer Wirksamkeit auf einer Höhe mit den Biologika sein dürften. Beide Wirkstoffe sollten zunächst MTX kombiniert werden, sind aber auch als Monotherapie zugelassen. Es handelt sich um Wirkstoffe aus der Klasse der Janus-

Kinase (JAK)-Inhibitoren. Für Xeljanz haben wir Praxisdaten aus der Schweiz und den USA. Hier können bereits einige Jahre der Anwendung außerhalb von Studien überblickt werden.

Mit welchen Nebenwirkungen ist hier zu rechnen?

Einzige Besonderheit im Vergleich zu den Biologika ist, dass bei diesen Wirkstoffen wahrscheinlich etwas mehr Herpes-Zoster-Fälle auftreten.

Gehen Sie davon aus, dass die Rheumatologen die neuen Medikamente zeitnah verordnen?

Es ist nicht ungewöhnlich, dass es eine Weile dauert, bis neue Medikamente im Markt angekommen sind. Wer sehr gut wirksame Substanzen bereits seit 15 Jahren einsetzt, wird sicherlich zunächst noch auf diese bewährten Wirkstoffe zurückgreifen. Sind diese nicht ausreichend wirksam, ist zu erwarten, dass die neuen Optionen zum Einsatz kommen. In den Leitlinien werden die neuen Jak-Kinase Hemmer jedoch als gleichwertig eingeordnet. Ich kann mir gut vorstellen, dass insbesondere die orale Einnahme dieser Medikamente von vielen Patienten durchaus als Vorteil gesehen wird.

Wie verhält es sich bei Patientinnen, die gern schwanger werden möchten?

Generell wird man immer dazu raten, zunächst die Krankheit unter Kontrolle zu bringen, bevor eine Schwangerschaft erfolgt. Bei Neubeginn einer medikamentösen Therapie muss man von vornherein besprechen, ob ein aktueller Kinderwunsch besteht, weil sich hier bestimmte Kontraindikationen ergeben können. Ein aktueller Kinderwunsch wäre ein Grund,

Methotrexat und Leflunomid nicht zu geben. Nach einer Therapie mit MTX sollte vor Eintritt der Schwangerschaft eine dreimonatige Pause erfolgen, Leflunomid muss im Fall eines Kinderwunsches ausgewaschen werden. Die Einhaltung der Pause gilt für Männer und Frauen gleichermaßen. Bei den Biologika gibt es für Männer keine Einschränkungen. Für die TNF-Blocker (Etanercept, Infliximab, Adalimumab) liegen inzwischen auch bei Patientinnen ausreichend Daten vor. Hier gibt es bislang keine negativen Erfahrungen. Weil die unkontrollierte Krankheit für die Schwangerschaft ein größeres Risiko darstellt als die laufende Therapie, wird – bei hoher Krankheitsaktivität – dazu geraten, diese weiter zu geben. Dies gilt zumindest auf jeden Fall bis zum Eintritt der Schwangerschaft und ggf. auch bis in das erste Trimenon hinein. In Bezug auf die Jak-Kinase-Hemmer und Schwangerschaften liegen noch keine ausreichenden Daten vor, sie sind also in dieser Situation noch kontraindiziert.

Mitunter helfen nur die nicht zugelassenen Therapien. Insbesondere bei Kindern wird häufig off label therapiert, oder?

Es gibt natürlich Situationen, in denen wir wissen, dass etwas gut wirkt aber nicht zugelassen ist. In solchen Fällen muss der Arzt die Krankenkasse um Genehmigung für die Durchführung dieser Therapie bitten. Für Kinder sind inzwischen eine ganze Reihe Biologika zugelassen. Darüber hinaus sind die Krankenkassen in Bezug auf off-label-Therapien bei Kindern eher großzügig.

Herr Prof. Krüger, ich danke Ihnen für das Gespräch.

Basistherapie

Medikament	Wirkstoff	Anwendung	evtl. Nebenwirkungen	Besonderheiten
MTX, Bendatrexat, Lantarel, Metex, Neotrexat, Generika	Methotrexat	Tabletten oder Spritzen subkutan	Blutbildungsstörungen, Übelkeit, Anstieg der Leberwerte, Schleimhautulcera	mehrere Monate vor einer Schwangerschaft abzusetzen, starke Sonne meiden
Azafalk, Azaimun, Colinsan, Imurek, Zytrim, diverse Generika	Azathioprin	Tabletten, oral nach Anweisung	Hemmt die Bildung von weißen Blutkörperchen, Magenbeschwerden, Anstieg der Leberwerte	abzusetzen bei medikamentöser Gichttherapie mit Allopurinol oder Febuxostat oder die Dosis auf 1/3 der Ausgangsdosis reduzieren
Cicloral, Immunosporin, Sandimmun Optoral, diverse Generika	Ciclosporin	Weichkapseln, oral nach Anweisung	Nierenfunktionsstörung, vermehrter Haarwuchs, Zahnfleischwucherungen, Bluthochdruck	während der Schwangerschaft in Ausnahmen möglich
Arava, Generika	Leflunomid	Tabletten, oral nach Anweisung	Juckreiz, Polyneuropathie, Anstieg Leberwerte, Haarausfall, Magen-Darmstörungen	wird langsam abgebaut; muss bei Nebenwirkungen und vor Umstellung auf andere Medikamente „ausgewaschen“ werden; mehrere Monate vor einer Schwangerschaft abzusetzen
Azulfidine, Colo-Pleon, Pleon RA, diverse Generika	Sulfasalazin	Tabletten, oral nach Anweisung	Übelkeit, Erbrechen, Ausschlag, Kopfschmerzen, verminderte Spermienzahl	in der Schwangerschaft möglich (Einnahme von Folsäure unbedingt erforderlich)
Resochin, Weimerquin, Quensyl	Antimalariamittel: Chloroquin, Hydroxychloroquin	Tabletten, oral nach Anweisung	Magenbeschwerden, Sehstörungen, Netzhautveränderungen (selten)	regelmäßige augenärztliche Untersuchungen notwendig, erfolgt meist in Kombination einem NSAR; in der Schwangerschaft möglich

Biologika und Biosimilars

RoActemra	Tocilizumab	Infusion (1 Stunde), alle 4 Wochen, oder als Spritze subkutan 1 x wöchentlich	Hautreaktionen, allergische Reaktionen während oder kurz nach der Infusion.	unerkannte Infektionen, da die Bildung der Entzündungswerte im Blut (CRP) unterdrückt werden
Mab Thera	Rituximab	Infusionen in die Vene. Alle 6 Monate	erhöhtes Infektionsrisiko, im Rahmen einer allergischen Infusionsreaktion: Juckreiz, Schüttelfrost, Blutdruckabfall, Atemwegsverengung	wird in Kombi mit Methotrexat gegeben, bei schwerer Rheumatoider Arthritis oder ANCA-assoziiertes Vaskulitis
Kineret	Anakinra	täglich eine Spritze, subkutan	Kopfschmerzen, Hautreaktionen an der Einstichstelle, Blutbildveränderungen	während der Schwangerschaft nicht empfohlen

Biologika und Biosimilars				
Medikament	Wirkstoff	Anwendungsweise	evtl. Nebenwirkungen	Besonderheiten
Humira	Adalimumab	Spritze, alle 2 Wochen, subkutan	erhöhtes Infektionsrisiko, Hautreaktion an Einstichstelle	Infektionen ausschließen, keine Impfung mit Lebendimpfstoffen
Cimzia	Certolizumab	dreimal zwei subkutane Injektionen im Abstand von 2 Wochen, danach eine Injektion alle 2 Wo.	erhöhtes Infektionsrisiko, Hautreaktion an Einstichstelle	Infektionen ausschließen, keine Impfung mit Lebendimpfstoffen
Enbrel Benepali	Etanercept	einmal wöchentlich eine Spritze, subkutan	erhöhtes Infektionsrisiko, Hautreaktion an Einstichstelle	Infektionen ausschließen, keine Impfung mit Lebendimpfstoffen
Simponi	Golimumab	eine subkutane Injektion (Fertigspritze) einmal monatlich	erhöhtes Infektionsrisiko, Hautreaktionen an der Einstichstelle	Infektionen ausschließen, keine Impfung mit Lebendimpfstoffen
Orencia	Abatacept	Infusion über 30 Min., dreimal im Abstand von 14 Tagen, danach alle 4 Wochen oder auch als Spritze subkutan 1 x wöchentlich	erhöhtes Infektionsrisiko, allergische Reaktionen während oder kurz nach der Infusion, bzw. an der Einstichstelle.	Infektionen ausschließen, keine Impfung mit Lebendimpfstoffen
Remicade Remsima, Inflectra	Infliximab	Infusion in die Vene über 2 Stunden, zunächst zweimal im Abstand von 14 Tagen dann nach 4 Wochen, dann alle 2 Monate	erhöhtes Infektionsrisiko, allergische Reaktion während oder kurz nach der Infusion	Infektionen ausschließen; keine Impfung mit Lebendimpfstoffen
Stelara	Ustekinumab	subkutane Injektion nach der Anfangsdosis 4 Wochen später, dann alle 12 Wochen	Infektionen, insb. obere Atemwege, Reaktionen an der Injektionsstelle	nur bei Psoriasis-Arthritis kontraindiziert in Schwangerschaft und Stillzeit; keine Impfung mit Lebendimpfstoffen
Cosentyx	Secukinumab	subkutane Injektion zu Beginn wöchentlich (insgesamt 5 x), danach einmal monatlich	Infektionen, Hautreaktionen an Einstichstelle	kontraindiziert bei Schwangerschaft, keine Impfungen mit Lebendimpfstoff

Small Molecules

Medikament	Wirkstoff	Anwendungsweise	evtl. Nebenwirkungen	Besonderheiten
Otezla	Apremilast	Tabletten 2 x täglich	Durchfall, Übelkeit, Erbrechen und Kopfschmerzen, bessert sich meist nach den ersten Wochen	Dosisabschwächung bei gleichzeitiger Gabe bestimmter Medikamente. Dauer bis zum Eintritt des maximalen Therapieeffektes 3-6 Monate
Olumiant	Baricitinib	Filmtabletten, oral, einmal täglich	erhöhtes LDL-Cholesterin, Infektionen der oberen Atemwege und Übelkeit	gering erhöhtes Risiko zur Entwicklung einer Gürtelrose
Xeljanz	Tofacitinib	Filmtabletten, oral, zweimal täglich	Infektionen der oberen Atemwege und Kopfschmerzen	gering erhöhtes Risiko zur Entwicklung einer Gürtelrose

Andere Ursachen für Gelenkentzündungen

In weit mehr als den hier beschriebenen Arten treten bei mindestens vierzig weiteren entzündlich-rheumatologischen Systemerkrankungen Gelenkschmerzen auf.

Spondyloarthritis:

Neben Gelenkentzündungen, können auch Wirbelkörper und Bandapparat/ Sehnenansätze sowie das Kreuzdarmbeingelenk entzündet sein. Das Gelenkbefallsmuster ist meist asymmetrisch, oft sind wenige, eher größere Gelenke betroffen. Häufig gibt es eine Assoziation mit dem genetischen Marker, dem HLA-B27. Eine Regenbogenhautentzündung kann mit einer Spondyloarthritis zusammenhängen und geht ihr in manchen Fällen um Jahre voraus.

Morbus Bechterew/ankylosierende Spondylitis – axiale Spondyloarthritis:

Liegt bei einer Spondyloarthritis eine (partielle) Versteifung der Wirbelsäule oder der Kreuzdarmbeingelenke vor, spricht man vom M. Bechterew. Moderne Bildgebungsverfahren (MRT) ermöglichen die Diagnose oft schon im Stadium der akuten Entzündung – bevor sich im Röntgenbild Veränderungen zeigen. Eine Versteifung kann dann, durch die entsprechend eingeleitete Therapie, verhindert werden.

Spondyloarthritis bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen:

Zusätzlich bestehende chronisch entzündliche Darmerkrankung, z.B. Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa. Sowohl bei der Darm- als auch Gelenkerkrankung wirken die gleichen Medikamente.

Infektbedingte/reaktive Arthritis:

Die Gelenkentzündung entsteht durch eine Triggerung nach einer Infektion durch ein „fehlgeleitetes Abwehrsystem“ und ist nicht zu verwechseln mit einer bakteriellen Arthritis, die direkt durch Keimeintritt ins Gelenk verursacht wird.

Schuppenflechtenarthritis:

20-30% der Patienten mit Schuppenflechte entwickeln im Laufe ihres Lebens eine Schuppenflechtenarthritis (Psoriasis-Arthritis). Hierbei können Gelenke und Sehnenansätze, z.B. die Achillessehne, entzündet sein oder es kommt durch die Sehnenentzündung zum zeitweiligen Auftreten eines klassischen „Wurstfingers“ oder einer „Wurstzehe“. Auch Wirbelkörper, kleine Wirbel und Kreuzdarmbeingelenke können befallen sein, dies führt zu Rückenschmerzen, die überwiegend nachts auftreten und sich bei Bewegung bessern.



Psoriasis-Arthritis: Wenn zusätzlich die Gelenke schmerzen

Die Psoriasis-Arthritis (PsA) ist eine chronisch entzündliche Erkrankung des Bewegungsapparates, meist in Verbindung mit einer Psoriasis der Haut. Typisch ist ein heterogenes klinisches Bild, das Haut- und Nagelveränderungen sowie eine Entzündung der Gelenke, der Wirbelsäule und/oder gelenknaher Strukturen (z.B. Sehnenansätze) umfassen kann. Diese Variabilität erfordert einerseits eine individuell angepasste Behandlung des Patienten und andererseits eine gute Zusammenarbeit von Hausarzt und Rheumatologen.

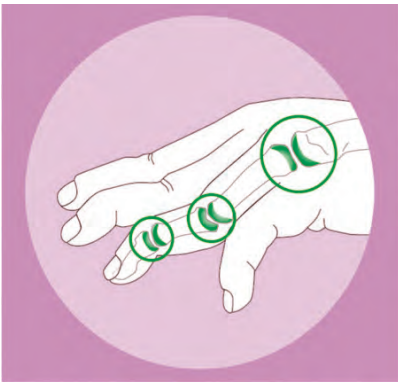
Etwa 20-30% der Patienten mit Psoriasis (Schuppenflechte) entwickeln im Laufe ihres Lebens eine Psoriasis-Arthritis (Schuppenflechtenarthritis). Typischerweise tritt sie etwa 10 Jahre nach den ersten Haut- oder Nagelsymptomen auf, kann aber auch der Hauterkrankung vorausgehen oder gleichzeitig auftreten. Eine Erkrankung ist in jedem Alter möglich, und Männer und Frauen sind gleichermaßen davon betroffen.¹

Klinische Symptome und Krankheitslast

Der Verlauf der Psoriasis-Arthritis und die Art und der Schweregrad

der einzelnen Symptome können sich von Patient zu Patient erheblich unterscheiden. Die Krankheit tritt schubweise auf. Zwischen den Schüben können lange symptomfreie Phasen liegen. Bei der Psoriasis-Arthritis können neben den Gelenken (Zehen-, Knie-, Sprung- oder Fingergelenke) auch gelenknahe Strukturen (z.B. Sehnenansätze) sowie Haut und Nägel betroffen sein. Diese Entzündungen verursachen Schmerzen und Schwellungen, schränken die Beweglichkeit ein und können langfristig zu einer Zerstörung der betroffenen Gelenke führen. Häufig treten Entzündungen an den Sehnen und Sehnenansätzen auf (Enthesitis). Schwillt ein Finger oder Zeh vollständig an, spricht man von einer Daktylitis („Wurstfinger“,

„Wurstzehe“). Auch die Wirbelkörper, die kleinen Wirbelgelenke sowie die Gelenke des Kreuzbeins können befallen sein. Dies äußert sich meist in einem typischen Rückenschmerz, welcher vor allem nachts auftritt und sich bei Bewegung bessert. Bei schwereren bzw. unbehandelten Krankheitsverläufen verformen sich die Gelenke und die Gelenkfunktionen fallen vollkommen aus. Zusätzlich zu diesen Beschwerden leiden Patienten mit Psoriasis-Arthritis häufiger unter Bluthochdruck, an Fettstoffwechselstörungen, Diabetes und anderen Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Auch chronisch-entzündliche Darmerkrankungen treten bei Patienten mit Psoriasis-Arthritis häufiger auf als in der Allgemein-



Typischerweise betroffene Gelenke bei der Psoriasis-Arthritis.

bevölkerung. Darüber hinaus leiden Patienten mit Psoriasis-Arthritis an einer deutlich verringerten Lebensqualität.

Diagnose / Klassifikationskriterien

Die Diagnose der Psoriasis-Arthritis kann deshalb schwierig sein, weil typische Symptome, auch die Psoriasis-typischen Hautveränderungen, mitunter fehlen. Sie basiert auf einer sorgfältigen Anamnese, der Untersuchung der Gelenke und Sehnen, der Haut und Nägel und der Bestimmung verschiedener Laborwerte (z.B. Harnsäure, Rheumafaktor, C-reaktives Protein, Blutsenkungsgeschwindigkeit). Zusammen mit bildgebenden Verfahren (Skelettszintigrafie, Computertomografie, Magnetresonanztomografie, Röntgen), die charakteristische Veränderungen und Entzündungen an den Gelenken aufzeigen, stellen diese Untersuchungen die wichtigsten Säulen zur Diagnosestellung dar. Anhand der Untersuchungsergebnisse und den sogenannten CASPAR-Kriterien (Classification criteria for the diagnosis of Psoriatic Arthritis) kann dann die Diagnose „Psoriasis-Arthritis“ gestellt werden.

Therapie

Die Psoriasis-Arthritis ist bisher nicht heilbar. Eine rechtzeitige und wirksa-

me Behandlung kann aber den Krankheitsverlauf verlangsamen oder weitestgehend aufhalten. Ziel einer Therapie der Psoriasis-Arthritis ist es, das Fortschreiten der Erkrankung zu stoppen, die Beschwerden und Schmerzen zu behandeln und die Gelenkfunktion zu erhalten.

NSAR (nicht-steroidale Antirheumatika)

Im Anfangsstadium der Psoriasis-Arthritis steht die Schmerzlinderung und Entzündungshemmung im Vordergrund. Hier können sog. nicht-steroidale Antirheumatika (NSARs), also kortisonfreie Medikamente, eingesetzt werden. Dabei wird oft eine rasche Linderung der Beschwerden erreicht; der weitere Verlauf des Erkrankungsprozesses kann dadurch aber nicht beeinflusst werden.

Basistherapeutika

Basistherapeutika, auch DMARDs (disease modifying anti-rheumatic drugs) genannt, zielen darauf ab, die Überaktivität des Immunsystems zu unterdrücken und den Entzündungsvorgängen langfristig entgegenzuwirken. Auf diese Weise kann die Zerstörung von Gelenkstrukturen möglicherweise verringert oder sogar verhindert werden, die Schmerzbelastung der Patienten sinkt. Wenn die Basistherapeutika nicht ausreichend wirken oder nicht vertragen werden, kommen ff. Behandlungsmöglichkeiten in Betracht:

PDE4-Inhibitoren

Bei den PDE4-Hemmern (PDE4-Inhibitoren) handelt es sich um eine bei Psoriasis Arthritis neuartige Wirkstoffgruppe. Das Enzym (Eiweißstoff) PDE4 spielt eine wichtige Rolle bei der Entstehung entzündungsfördernder Botenstoffe (Zytokine). Durch die Blockade der Phosphodiesterase-4 wird gezielt in den Entzündungsvorgang der Zellen eingegriffen.

Biologika

Biologika sind biotechnologisch hergestellte Medikamente, die gezielt

info

CASPAR Kriterien zur Diagnose der Psoriasis-Arthritis¹

Vorhandensein von:

- Schmerz, Schwellung und/oder Steifigkeit in einem oder mehreren Gelenken
- Entzündliche Veränderungen im Bereich von Gelenken, Wirbelsäule oder Sehnen bzw. Sehnenansätzen

Zusätzlich müssen mindestens drei der folgenden Kriterien vorliegen¹:

- Psoriasis der Haut*
- Haut-Psoriasis in der Familie (bei einem oder mehr Verwandten ersten oder zweiten Grades)
- Psoriatische Nagelveränderungen
- Kein Nachweis eines Rheumafaktors im Serum
- Daktylitis („Wurstfinger“) mit Schwellung des gesamten Fingers
- Daktylitis in der Vergangenheit (von einem Rheumatologen diagnostiziert)
- Nachweis von typischen gelenknahen osteoproliferativen Veränderungen (Knochenneubildungen) im Bereich von Händen oder Füßen

*zählt als Kriterium doppelt, d.h. es muss nur noch ein weiteres Kriterium erfüllt sein, damit die Diagnose Psoriasis Arthritis nach den CASPAR-Kriterien erfüllt wäre.

¹Ritchlin et al, N Engl J Med 2017;376(10): 957-970

in die Abläufe des Immunsystems eingreifen. Die therapeutischen Antikörper sollen verhindern, dass entzündungsfördernde Botenstoffe (wie TNF α oder verschiedene Interleukine) ihre Funktion ausführen können. Dadurch werden die Symptome der Schuppenflechte und der Psoriasis-Arthritis bekämpft. Ergänzend können nicht-medikamentöse Therapieformen wie Physiotherapie, Massagen, Wärme- / Kältebehandlungen, Elektrotherapie, Licht- sowie Balneobehandlungen eine Linderung verschaffen.

Selbsthilfe – wichtiger Teil der Therapie Profitieren Sie von den Erfahrungen anderer Betroffener

Viele rheumakranke Menschen sind durch den Austausch mit anderen Betroffenen über ähnliche gesundheitliche Probleme zu Experten in eigener Sache geworden. Gespräche, Insider-Informationen aus Patientennetzwerken und Selbsthilfegruppen helfen dabei, im Alltag besser und verantwortlicher mit der Erkrankung umzugehen.

Mündig durch Selbsthilfe

Zahlreiche Studien belegen, dass sich eine hohe „Compliance“ – also Mitarbeit und Therapietreue – in überdurchschnittlichen Therapieerfolgen niederschlägt. Das hilft dem Patienten und dem Gesundheitswesen. Denn: Lange Odysseen wünscht sich niemand. In Deutschland leiden etwa 17 Millionen Menschen an einer der über 100 verschiedenen Ausprägungen von Rheuma. Jeder Einzelne hat seine individuelle Patientengeschichte. Leider herrscht in weiten Kreisen noch das veraltete Bild vor, Rheuma sei eine reine Alterserkrankung. Tatsächlich kann Rheuma jeden treffen, egal ob jung oder alt. Die Deutsche Rheuma-Liga federt mit ihrer Arbeit einen großen Teil der benötigten Hilfe ab, die das heutige Medizinsystem oft nicht mehr leisten kann.

Stärke durch Gemeinschaft

Nur eine große Gemeinschaft kann ihren Interessen und Forderungen im Bereich der Gesundheits- und So-



Die meisten Ehrenamtlichen sind selbst betroffen und wissen aus eigener Erfahrung wie wichtig ihr Hilfsangebot ist.

zialpolitik auf Bundes- und Landesebene entsprechend prominent und nachdrucksvoll Gehör verschaffen. Passend zur Bundestagswahl im September hat die Rheuma-Liga einen Aktionsplan mit den drängendsten gesundheitspolitischen Forderungen für Rheumakranke ausgearbeitet. Dieser kann in der Geschäftsstelle angefordert werden.

Die Deutsche Rheuma-Liga ist mit über 300.000 Mitgliedern die größte

deutsche Selbsthilfeorganisation im Gesundheitsbereich. Sie informiert und berät unabhängig und frei von kommerziellen Interessen, bietet praktische Hilfen und unterstützt Forschungsprojekte zu rheumatischen Erkrankungen. Der Hamburger Landesverband vertritt seit 1973 die Interessen der über 400.000 in Hamburg Betroffenen. Ob Soziales, Hilfsmittel oder Fragen zum Behindertenausweis und zur Rente, ob Unterstützung von Eltern rheumakranker Kinder und Jugendlicher oder einfach die Alltagsbewältigung als chronisch kranker Mitbürger: Vorträge, Veranstaltungen, Workshops und Seminare bieten Möglichkeiten zum unkomplizierten Austausch mit dem Ziel der gegenseitigen Hilfe. In ganz Hamburg haben sich Gruppen, nach Stadtteil, Diagnose oder Alter zusammengefunden.

Bewegung die gut tut

Auch Bewegungsangebote, die von geschulten Physiotherapeuten geleitet werden stehen auf dem Programm: Neben dem Funktionstraining im Wasser oder auf der Matte organisiert die Rheuma-Liga auch Yoga-, Fitness oder Ernährungskurse. Für nur 45 Euro Mitgliedsbeitrag jährlich kann jeder die Angebote der Rheuma-Liga Hamburg nutzen. Auch durch ehrenamtliches Engagement können Interessierte unterstützen. Eine aktive Gemeinschaft freut sich auf Sie. Unser Motto: Gemeinsam mehr bewegen!

Deutsche Rheuma-Liga

Eine chronische Krankheit bringt viele Fragen und Einschränkungen im Alltag mit sich. Sie sind damit nicht alleine! Wir von der Rheuma-Liga stehen Ihnen und Ihren Angehörigen im Umgang mit Ihrer Krankheit kompetent zur Seite. Sprechen Sie uns an!

Deutsche Rheuma-Liga, Landesverband Hamburg e. V.
Schön Klinik Hamburg Eilbek - Haus 8, Dehnhaide 120, 22081 Hamburg
Tel. 040 / 6 69 07 65 0, Fax 040 / 6 69 07 65 25 | info@rheuma-liga-hamburg.de



www.rheuma-liga-hamburg.de

Eiskalt gegen Rheuma: Therapie in der Kältekammer

Die Ganzkörperkältetherapie ist eine Methode, bei der die Körperoberfläche eines Rheuma-Patienten kurzzeitig extremer Kälte ausgesetzt wird. Auf diese Weise sollen sich starke Gelenk- und Muskelschmerzen lindern oder Entzündungen hemmen lassen. Der Aufenthalt in einer Kältekammer mit Temperaturen um -110 Grad Celsius ist auf ungefähr drei bis vier Minuten begrenzt. Anschließend empfehlen einige Mediziner, den schmerzfreien Zustand im Anschluss an die Therapie für physiotherapeutische Übungen zu nutzen.

(Quelle: Papenfuß, Die Kraft aus der Kälte. Ganzkörperkältetherapie bei -110°, edition k, 2005)



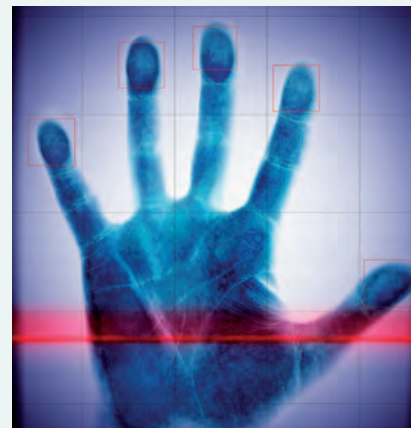
Kältekammer finden:
www.tinyurl.com/y73amerc

Unter die Haut geguckt: Rheuma-Diagnose per Handscanner

In der Diagnostik von rheumatischen Händen hat sich ein Rheuma-Scanner bewährt, der durch sein Bildgebungsverfahren in Kombination mit einem verabreichten Kontrastmittel Entzündungsprozesse an Gelenken und Sehnen sichtbar machen kann. An Orten, an denen sich der Farbstoff des Kontrastmittels anreichert, ist die Durch-

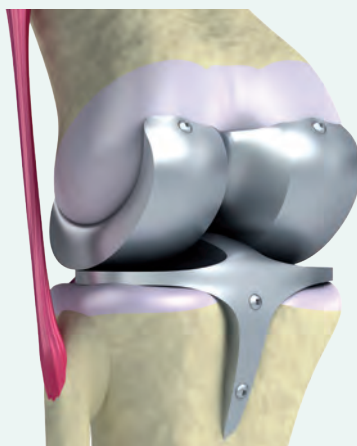
blutung sehr stark, und Entzündungen sind besonders aktiv. Die Mediziner können durch den Handscanner innerhalb von 20 Minuten klären, ob eine Fingergelenksarthrose vorliegt, eine frühe Arthritis oder eine Einblutung.

(Quelle: Informationsdienst Wissenschaft www.idw-online.de/de/news433964)



Früher, schneller, schlechter: Künstliches Knie- oder Hüftgelenk

In der Hoffnung auf ein schmerzfreies Leben lassen sich viele Rheumatiker bereits in jungen Jahren ein künstliches Knie- oder Hüftgelenk einsetzen. Nun warnt eine britische Studie der Universität Oxford: Insbesondere jüngeren Menschen droht eine Revision, also ein erneuter chirurgischer Eingriff, beispielsweise aufgrund von postoperativen Komplikationen. Bei 35 Prozent der Männern im Alter zwischen 50 und 55 Jahren kommt es nach einer Knie- oder Hüft-TEP (Totale Endoprothese) zu einer Revision. Bei



den Frauen dieser Altersklasse sind 20 Prozent betroffen. Anders sieht es bei deutlich älteren Menschen aus: Nur ungefähr 5 Prozent der über 70-Jährigen müssen mit einer Folge-OP rechnen. Die Wissenschaftler hatten für die Studie die Daten von insgesamt mehr als 110 000 Betroffenen ausgewertet. Ihre Ergebnisse widersprechen dem aktuellen Trend, immer jüngere Patienten mit einem Gelenkersatz zu versorgen.

(Quelle: Medscape, www.tinyurl.com/ybdrp7tf)



Auftrag Gesundheit

Über 800.000 Menschen leiden in Deutschland an Rheumatoider Arthritis – eine Erkrankung, die ein normales Leben extrem erschwert.

Wir haben die Entzündungsprozesse erforscht und neue Angriffspunkte gefunden. Eine klare Perspektive für viele Betroffene, die neue Lösungen brauchen.

Und wir forschen weiter.

中
外
製
藥