



PRAXIS DR. FISCHER  
ALLGEMEINMEDIZIN

## Rheumatoide Arthritis<sup>1</sup>

Häufigkeit: 1 von 100-250 der erwachsenen Bevölkerung an. Bei Kindern 1 von 1000 bis zum 16. Lj. Der Häufigkeitsgipfel der Neuerkrankungen liegt bei über 40-jährigen. Es besteht ein starkes genetisches Risiko für die Entwicklung einer RA, welches insbesondere mit Varianten des HLA-DR Gens verbunden ist.

**Symptome:** Meist Beginn als schmerzhafte Schwellung in den Fingergrund- und Mittelgelenken, den Handgelenken sowie auch in den Zehengrund- und Mittelgelenken. Am Anfang müssen Gelenkschwellungen nicht symmetrisch verteilt sein. Tastbare weiche »elastische« Schwellung, Überwärmung, Schmerzen und Morgensteifigkeit >30 Minuten. Eine Schwellung der distalen Interphalangeal-Gelenke ist praktisch nie eine RA, sondern die Heberdenarthrose.

### **Laboruntersuchungen:**

**Blutsenkung und CRP:** häufig, aber nicht immer erhöht, unspezifisch, nicht beweisend, normale Werte schließen RA nicht aus, machen sie aber unwahrscheinlicher.

---

<sup>1</sup> Rheumatoide Arthritis TGAM-Newsletter 1-2017

**IgM-Rheumafaktoren:** in ca. 65–80% der RA-Patienten positiv, in 5% bei Gesunden. Spezifität für eine RA im ELISA-Test ca. 80%, Sensitivität ca. 70%

**Antikörper gegen citrullinierte Peptide und Proteine (ACPA):** Sensitivität (64–76%), Spezifität 95%, Eine RA kann auch bei Fehlen von RF und CCPA vorliegen („seronegative“ RA)CCPA kann der klinisch manifesten RA um Jahre vorausgehen.

**Bei Kindern** sind die Rheumafaktoren nur bei 5% der Kranken positiv, ACPA haben bei Kindern keinen Stellenwert. Die Blutsenkungsgeschwindigkeit kann, muss jedoch nicht erhöht sein, und das CRP ist manchmal minimal erhöht, oft jedoch normal

**DAS28-Score** eignet sich nicht zur Diagnosestellung, zu geringe Spezifität, aber eignet sich sehr gut zur Abschätzung der Krankheitsaktivität unter Behandlung.

### **Prädiktionsmodell für eine frühe RA**

Synovitis >2 Gelenkregionen, Dauer > 6 Wo, Morgensteifigkeit > 60 Minuten	RF und CCPA negativ	RF +	CCPA +	RF und CCPA +
Wahrscheinlichkeit für persistierende RA	46%	71%	80%	92%

**Röntgenuntersuchung:** Vorfüße, Hände und Handgelenke und Aufnahmen anderer schmerzhafter Gelenke  
Im Frühstadium der RA sind nur spindelförmige periartikuläre Weichteilschwellungen darstellbar, im

fortgeschrittenen Stadium sind subchondrale Zysten und eine symmetrische Verschmälerung des radiologischen Gelenkspaltes typisch für die RA.

**Duplex-Sonographie:** zeigt häufig auch Entzündung weiterer klinisch unauffälliger Gelenke

**ACR/EULAR Kriterien:** Ab einem Wert von 6 Punkten ist eine rheumatoide Arthritis klassifizierbar:

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

**Therapie der RA:** Therapieziel Beschwerdefreiheit in drei bis spätestens 6 Monaten erreicht werden. Beurteilung des Ansprechens auf die Therapie Scores z.B. [Disease Activity Score 28 \(DAS28\)](#) Dieser setzt sich aus der Anzahl der geschwollenen und druckschmerzhaften Gelenke, der Patientinnen- und ÄrztInnen-Schätzung der Krankheitsaktivität sowie wahlweise BSG oder CRP zusammen.

### Medikamentöse Therapie RA

**NSAR:** wirken symptomatisch schmerzstillend aber nicht krankheitsmodifizierend. Die Nebenwirkungen sind Reduktion der Nierenausscheidung, Wassereinlagerung und Blutdruckanstieg. Bei Kindern ist Naproxen Mittel der Wahl.

**Glucocorticoide (GC):** sind wirksam als Überbrückungstherapie bis zum Wirkungseintritt einer Basistherapie, reduzieren die Bildung von Erosionen und verbessern die Remissionsrate, langsame Dosisreduktion soll einen neuerlichen klinischen Krankheitsdurchbruch vermeiden. Dosierung initial 12,5 - 25mg Prednisolon/d. Die Dosis sollte in einem Zeitraum von 6 – 12 Wochen nach Möglichkeit auf  $\leq$  7,5mg/d reduziert werden. Patienten sollen zu Beginn einer GC-Therapie schriftlich über die geplante Dosis und Dosisreduktionen informiert werden („GC-Pass“)

[Disease-Modifying Antirheumatic Drugs \(DMARDs\)](#): Therapie sollte so früh wie möglich durch Ärzte mit ausreichender Erfahrung auf diesem Gebiet erfolgen. Info: [DMARDs Informationsblätter der ÖGR](#) 1. Wahl ist Methotrexat (MTX). MTX führt zur Verbesserung klinischer Parameter und des Funktionsstatus sowie einer Verminderung der radiologisch erfassbaren Krankheitsprogression. Die Diagnose RA ist anfangs nicht

immer eindeutig zu stellen, MTX kann laut Empfehlungen der EULAR auch bei Verdacht auf RA begonnen werden<sup>2</sup>

## Dosierung

- Anfangsdosis 15mg/Woche. Es gibt Evidenz für Vorteile einer parenteralen Gabe.
- Ist nach 6 Wochen keine ausreichende Kontrolle der Krankheitsaktivität erreicht, kann die MTX Dosis auf 20-25mg/ Woche erhöht oder ggf die orale auf eine parenterale Applikation umgestellt werden.
- höheren Dosierungen 20- 30mg/Woche scheinen effektiver zu sein scheint als in niedrigerer Dosis (7,5-15mg/Woche)
- Ist die MTX Dosis ausgeschöpft, kann nach 12 Wochen eine klassische DMARD Kombinationstherapie mit Leflunomid oder Dreifachkombinationstherapie von MTX mit Sulfasalazin und Hydroxychloroquin versucht werden
- Bei eingeschränkter Nierenfunktion oder pulmonalen Vorerkrankungen ist eine niedrigere Anfangsdosis von 7,5 – 10 mg/d sinnvoll, diese kann dann nach Bedarf kontrolliert gesteigert werden.

---

<sup>2</sup> S1-Handlungsempfehlungen der DGRh zur sequenziellen medikamentösen Therapie der rheumatoiden Arthritis 2012 S: 3

## Reduktion der DMARD-Therapie

Eine Remission sollte über 6 - 12 Monate anhalten, bevor eine medikamentöse Reduktion erwogen wird. Die Entscheidung ist zwischen Patient und Arzt gemeinsam zu treffen. Bei Beendigung der DMARD-Therapie ist in 75% mit Rezidiven zu rechnen. Bei erneuter Aktivität der RA kann mit Wirksamkeit der vorher abgesetzten DMARD-Therapie gerechnet werden

## Risiken MTX

Nebenwirkungen sind Übelkeit, Erbrechen, Durchfall und Stomatitis, selten Zytopenien und interstitielle Lungenerkrankungen. Relativ häufig beobachtet man Leberenzym erhöhungen; eine manifeste Leberzirrhose ist aber unter den rheumatologischen Dosen selten. Die Supplementierung mit Folsäure kann die Inzidenz von gastrointestinalen Beschwerden und von Leberschäden reduzieren. Folsäure interferiert möglicherweise mit der gastrointestinalen Resorption von MTX, weshalb zu einem Abstand von mindestens 24 Stunden zwischen MTX- und Folsäureeinnahme geraten wird.

## Laborkontrollen<sup>3</sup>

monatlich, nach einem Jahr bei stabilen Werten alle 3 Monate: BB, Transaminasen, Kreatinin, CRP, BSG<sup>4</sup>

---

<sup>3</sup> Rheumatoide Arthritis Harn-Kontrolluntersuchung bei Methotrexat-Therapie.pptx

<sup>4</sup> „Leitlinien\_Methotrexat“ Klinik für Dermatologie und Allergologie der Ruhr-Universität Bochum <http://www.p7g.de/fileadmin/dokumente/enddarm/MTX-LL.pdf>

