

„Hit hard and early“ – Therapieren, bevor es zu spät ist

Die Rheumatoide Arthritis (RA) ist eine Krankheit, die keinen Aufschub verträgt. Sobald die anhaltende Gelenkentzündung sich mit Morgensteifigkeit und Gelenkschmerzen bemerkbar macht, öffnet sich ein therapeutisches Fenster, das sich bereits nach einigen Wochen bis wenigen Monaten wieder schließt. Gerade beim klassischen Gelenkrheuma, der Rheumatoiden Arthritis, hat sich die Prognose – sofern die Behandlung rechtzeitig erfolgt – durch die immer mehr Wirkstoffe umfassende Biologikatherapie und neue Operationsmethoden deutlich verbessert. Welche Strategien es gibt, um auch stark betroffene Gelenke zu erhalten oder die Beweglichkeit durch einen Gelenkersatz wieder herzustellen, war ein

Schwerpunktthema auf dem gemeinsamen virtuellen Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) und der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie (DGORh).

„Bei der Rheumatoide Arthritis sollte möglichst früh mit einer medikamentösen, bei Bedarf sogar mit einer operativen Behandlung begonnen werden“, sagt Dr. Martin Arbogast, Kongresspräsident seitens der DGORh und Leiter des Zentrums für Rheumatologie, Orthopädie und Schmerztherapie sowie Chefarzt der Abteilung für Rheumaorthopädie und Handchirurgie an der Waldburg-Zeil Klinik Oberammergau. Denn durch die Entzündung werden Gelenkstrukturen geschädigt, die irreversibel verlorengehen. Je früher interveniert wird, desto effektiver können bleibende Schäden verhindert werden.

Die Möglichkeit zum „Hit hard and early“ ist jedoch nur dann gegeben, wenn die Erkrankung rechtzeitig erkannt wird. „Die Möglichkeiten, eine Rheumatoide Arthritis bereits in einem frühen Stadium sicher zu diagnostizieren, haben sich seit der Jahrtausendwende deutlich verbessert“, sagt Arbogast. Als wesentlicher diagnostischer Marker gelten heute Antikörper gegen sogenannte citrullinierte Peptide (ACPA), die bereits sehr früh im Blut von Betroffenen nachweisbar sind und sehr spezifisch eine RA anzeigen. Auch bildgebende Verfahren wie Ultraschall oder MRT arbeiten heute mit Auflösungen, die bereits geringfügige Gelenkveränderungen erkennbar machen.

Die Behandlung wiederum ist durch die Einführung der Biologika revolutioniert worden – biotechnologisch hergestellte Eiweiße, die gezielt in das überschießende Immungeschehen von Rheumapatienten eingreifen. „Dass viele Gelenke gleichzeitig entzündet und geschwollen sind, sehen wir heute fast nicht mehr“, erklärt Arbogast. „Stattdessen finden sich allenfalls einzelne Gelenke, die aus ungeklärten Gründen nicht auf die medikamentöse Therapie ansprechen“. Diese Non-Responder müssten früh erkannt und operiert werden. Nur durch das Entfernen der entzündeten Gelenkinnenhaut könne verhindert werden, dass die zerstörerische Entzündung auf da-

runterliegende tragende Strukturen wie den Gelenkknorpel übergreife. Mittlerweile wisse man auch, dass ein solchermaßen saniertes, „gesundes“ Gelenk auch wieder besser auf eine medikamentöse Rheumatherapie reagiere.

Auch wenn der Gelenkerhalt zunächst oberste Priorität hat und heute in vielen Fällen möglich ist – wenn ein Gelenk zu stark beeinträchtigt ist, muss es durch eine Prothese ersetzt werden. Ein künstlicher Gelenkersatz steht mittlerweile für fast alle Gelenke zur Verfügung. „Wichtigste Richtschnur bei der Entscheidung für eine prothetische Versorgung muss es sein, die Beweglichkeit des Patienten, seine Selbstständigkeit und damit seine Lebensqualität zu erhalten“, sagt Arbogast. Auch beim Gelenkersatz sei die Zeit nicht stehen geblieben, sondern arbeite für die Patienten. So sei die Beweglichkeit der künstlichen Gelenke heute deutlich besser, die Prothesen seien haltbarer und müssten seltener ersetzt werden – und nicht zuletzt bleibe deutlich mehr Knochensubstanz erhalten, sodass Implantatwechsel auch in höherem Alter besser möglich seien. Die Lebensplanung von Rheumapatienten werde damit immer weniger von ihrer Krankheit bestimmt.

Nach einer Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie