Artikel online veröffentlicht: 08.04.2021

SLE-Krankheitsaktivität: Arzt und Patient sind sich oft nicht einig

Elefante E et al. Articular involvement, steroid treatment and fibromyalgia are the main determinants of patient-physician discordance in systemic lupus erythematosus. Arthritis Res Ther 2020; 22: 241. doi: 10.1186/s13075-020-02334-5

Die Therapie des systemischen Lupus erythematodes (SLE) zielt auf die Remission oder zumindest das Erreichen einer niedrigen Krankheitsaktivität (Lupus Low Disease Activity State/LLDAS) ab. Nicht selten wird allerdings der Behandlungserfolg von den Patienten und ihren behandelnden Ärzten unterschiedlich eingeschätzt. Woran das liegt und wie häufig solche Diskrepanzen vorkommen, untersuchten nun italienische Forscher.

Sie gingen der Frage nach, welcher Zusammenhang zwischen der LLDAS-Definition und der vom Patienten wahrgenommenen Krankheitslast bzw. der Lebensqualität besteht. Hierzu werteten sie im Rahmen einer Querschnittstudie die Daten von 259 SLE-Patienten aus, die sich zwischen Dezember 2018 und Juli 2019 an der Abteilung für Rheumatologie der Universitätsklinik Pisa in Betreuung befanden. Von allen Patienten lagen Informationen zu demografischen Parametern, zur Krankheitsdauer, zur Medikation, zu Komorbiditäten sowie zu Organschäden vor. Mithilfe klinischer und laborchemischen Aktiviätsparameter berechneten die Wissenschaftler den SELENA-SLEDAI (Safety of Estrogens in Lupus Erythematosus National Assessment-Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index) und stuften die Patienten in folgende 3 Kategorien ein: Remission, LLDAS bzw. aktive Erkrankung. Ferner objektivierten sie verschiedene patientenberichtete Endpunkte: Hierzu werteten sie die mittels SF-36 (Medical Studies Study Short Form 36) erfasste gesundheitsbezogene Lebensqualität, die mittels LIT (Lupus Impact Tracker) gemessenen Alltagsbeeinträchtigungen, die mittels FACIT-Fatigue gemessene Erschöpfung sowie die mittels SLAQ (Systemic Lupus Activity Questionnaire) gemessene subjektive Krankheitsaktivität aus.

Ergebnisse

Mehr als 90 % der Studienpatienten waren weiblich und kaukasischer Abstammung. Das mediane Alter des Studienkollektivs betrug 46 Jahre und die mediane Krankheitsdauer 14 Jahre. 208 Patienten (80,3 %) erfüllten die LLDAS-Definition, wobei sich wiederum 171 dieser 208 Patienten (82,2 %) in Remission befanden. Die übrigen 51 Patienten (19,7 %) litten an einem aktiven SLE. Bezüglich der von den Patienten berichteten Ergebnisse unterschieden sich die LLDAS-Patienten nicht wesentlich von den Patienten mit einer aktiven Erkrankung. 56 Personen der LLDAS-Subgruppe empfanden ihre Krankheitsaktivität als niedrig: In diesen Fällen stimmten die objektive und die subjektive Einschätzung also überein. Bei den übrigen 152 LLDAS-Patienten bestand dagegen eine Diskordanz: Im Gegensatz zu den objektiven Kriterien stuften diese Personen ihre Krankheit subjektiv als „aktiv“ ein. Nun untersuchten die Wissenschaftler, inwiefern sich „diskordante“ und „konkordante“ Patienten voneinander unterschieden. Das Ergebnis: Die diskordanten Patienten waren signifikant älter, litten gegenwärtig bzw. in der Vergangenheit häufiger an einer Gelenkbeteiligung und hatten häufiger eine begleitende Fibromyalgie. Ferner wurden sie häufiger mit Glukokortikoiden behandelt und wiesen erwartungsgemäß eine schlechtere Lebensqualität auf.

FAZIT

Die ärztliche und die subjektive Einschätzung der SLE-Aktivität zeigen eine schlechte Übereinstimmung, so das Fazit der Autoren. Aus Sicht der Betroffenen stellt die LLDAS ihrer Meinung nach vermutlich nicht das ideale Therapieziel dar, da anhaltende Arthritisbeschwerden und eine Glukokortikoidbehandlung nicht als Ausschlusskriterien für diese Definition gelten. Diese beiden Aspekte beeinflussen aber offenbar in erheblichem Ausmaß die Lebensqualität der Patienten.

Dr. med. Judith Lorenz, Künzell

Dieses Dokument wurde zum persönlichen Gebrauch heruntergeladen. Vervielfältigung nur mit Zustimmung des Verlages.