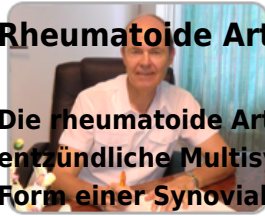


Rheumatoide Arthritis

Die **rheumatoide Arthritis** ist eine **chronisch entzündliche Multisystemerkrankung, die sich meist in Form einer Synovialitis** – Entzündung der Gelenkinnenhaut, die die Gelenkflüssigkeit produziert – **manifestiert**. Sie befällt überwiegend die Gelenke, seltener auch andere Organe wie z. B. Augen und Haut.



Sonderformen der rheumatoiden Arthritis:

- **Altersform der rheumatoiden Arthritis** - Diese beginnt erst nach dem 60. Lebensjahr.
- **Juvenile rheumatoide Arthritis:** Gehört zu den häufigsten chronischen Erkrankungen im Kindesalter.
- **Still-Syndrom:** Bei Kindern vorkommende systemische Form der juvenilen **rheumatischen** Arthritis mit Milz-, Leber- und Lymphknotenschwellung, Karditis (Herzentzündung), Ausschlag, Anämie (Blutarmut). Die Prognose dieser Erkrankung ist ungünstig.
- **Caplan-Syndrom:** Mischstaubsilikose der Lunge mit zahlreichen, sich rasch entwickelnden Rundherden und zeitlich davon unabhängig auftretender **rheumatoiden** Arthritis.
- **Felty-Syndrom:** Schwere Verlaufsform, fast immer **Rheumafaktor-positiv**, vor allem bei Männern zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr auftretend. Geht mit Milz- und Lebervergrößerung, Leukozytopenie und Thrombozytopenie einher - Verminderung der Zahl der weißen Blutkörperchen und der Blutplättchen.
- **Rheumatoide Arthritis mit sekundärem Sjögren Syndrom.** Etwa 20-30 % der Patienten mit **rheumatoiden** Arthritis entwickeln eine Xerostomie (Mundtrockenheit) und Xerophthalmie (Trockenheit des **Auges**).

Geschlechterverhältnis: Frauen zu Männer beträgt 2-3 : 1.

Häufigkeitsgipfel: Das Maximum des Auftretens der **rheumatoiden** Arthritis liegt bei Frauen zwischen dem 55. und 64. Lebensjahr und bei Männern zwischen 65 und 75 Jahren.

Die **Prävalenz** (Krankheitshäufigkeit) liegt bei ca. **0,5-1 %** in den entwickelten Ländern. Mit steigendem Alter nimmt die Prävalenz zu. Ab einem Alter von > 55 Jahren liegt sie bei 2 %.

Die **Inzidenz** (Häufigkeit von Neuerkrankungen) beträgt für Frauen 34-83 Erkrankungen pro 100.000 Einwohner pro Jahr.

Verlauf und Prognose: Der Beginn der Krankheit ist oft schleichend, kann aber auch plötzlich eintreten. Es handelt sich um eine chronische Erkrankung, die in der Regel schubweise verläuft. Ein Schub kann zwischen einigen Wochen und Monaten andauern. Die Folgen der Erkrankung sind zum Teil schwere Bewegungseinschränkungen und Gelenkzerstörung.

Eine frühzeitige, remissionsorientierte Therapie sichert für 60-80 % der Patienten eine normale

körperliche Funktion ohne Behinderung.

Symptome - Beschwerden

Die rheumatoide Arthritis beginnt bei etwa zwei Drittel der Patienten schleichend mit grippe-ähnlichen Symptomen wie:

- Abgeschlagenheit
- Schwäche
- Appetitlosigkeit
- Allgemeines Krankheitsgefühl

Hinweis!

Diese Symptome können wochen- bis monatelang vorherrschen und die Diagnosestellung verzögern.

Nur bei etwa 10 Prozent der Patienten beginnt die rheumatoide Arthritis akut, wobei sich rasch eine Polyarthritis verbunden mit Fieber, Allgemeinsymptomen, Lymphknoten- und Milzvergrößerung einstellt.

Es ist typisch für die rheumatoide Arthritis, dass die spezifischen Gelenkbeschwerden symmetrisch - das heißt beidseitig - auftreten. Bei etwa einem Drittel der Patienten können die Symptome jedoch anfänglich auf ein Gelenk oder wenige Gelenke beschränkt bleiben.

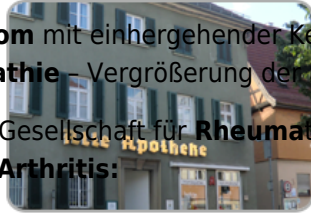
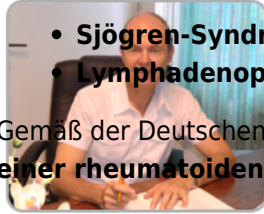
In der frühen Phase sind zumeist die kleineren Gelenke (> 2) betroffen, wie Handgelenke, Fingergrund- oder Fingermittelgelenke sowie die Zehengrundgelenke; später auch Handgelenke, Ellbogen, Knie, Sprunggelenke. Dabei kommt es zu:

- **Arthralgie** (Gelenkschmerzen)
- **Gelenkschwellungen**
- **Druckschmerzhaftigkeit** der Gelenke
- **Bewegungseinschränkungen**
- **Steifigkeit der Gelenke** - eine Morgensteifigkeit von mehr als 60-minütiger Dauer ist fast immer ein Zeichen für eine entzündliche Gelenkerkrankung

Im Verlauf der Erkrankung kommt es zu progredienten - fortschreitenden - Gelenkveränderungen und charakteristischen Deformitäten, die mit Funktionsverlust und einer eingeschränkten Lebensqualität einhergehen.

Des Weiteren sind sogenannte **extraartikuläre** (nicht die Gelenke betreffende) **Organmanifestationen möglich**. Dazu zählen:

- **Rheumaknoten**, subkutane - unter der Haut liegende, derbe, verschiebliche Knoten, entwickeln sich bei 20 bis 30 Prozent der Patienten
- Schwäche der Skelettmuskulatur
- Lockerung von Bändern, Sehnen
- Generalisierte **Vaskulitis** (Gefäßentzündung)
- **Pleuritis** - Brustfellentzündung
- **Lungenfibrose** - bindegewebig-narbiger Umbau des Lungengewebes
- **Perimyokarditis** - Entzündung der Herzmuskelschichten, die unter dem inneren Blatt des Herzbeutels liegen
- **Polyneuropathie** - Erkrankung peripherer Nerven
- **Hepatitis** (Leberentzündung)
- **Anämie** (Blutarmut)
- **Thrombozytose** - Vermehrung der Blutplättchen



- **Sjögren-Syndrom** mit einhergehender Keratokonjunktivitis sicca (trockenes Auge)
- **Lymphadenopathie** – Vergrößerung der Lymphknoten

Gemäß der Deutschen Gesellschaft für **Rheumatologie** (DGfR) gelten als **Verdachtskriterien einer rheumatoiden Arthritis**:

- zwei oder mehr geschwollene Gelenke
- Morgensteifigkeit von mehr als einer Stunde
- erhöhte Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSG) oder CRP-Werte
- Nachweis von **Rheumafaktoren** (RF) oder Autoantikörpern gegen anti-CCP (CCP-Ak; CCP-Ak); dieses kann den Verdacht auf **rheumatoide Arthritis** erhärten.

Cave: Ein negativer Befund schließt die Diagnose einer **rheumatoiden Arthritis** nicht aus.

Medikamentöse Therapie

Rheumatoide Arthritis

1. Therapiestufe - nichtsteroidale Antirheumatika - NSAR

Nichtsteroidale Antirheumatika sind die am häufigsten zur Therapie der **rheumatoiden Arthritis** eingesetzten Medikamente. Sie besitzen entzündungshemmende, fiebersenkende und schmerzlindernde Wirkung.

Eingesetzt werden können beispielsweise die folgenden NSAR:

- Salicylate – Acetylsalicylsäure (ASS)
- Indole – Indometacin
- Arylessigsäure – Diclofenac
- Arylpropionsäurederivate – Ibuprofen
- Benzothiazin-derivate (Oxime) – Piroxicam
- COX2-Hemmer – Celecoxib u.a.

2. Therapiestufe - Glucocorticoide

Glucocorticoide haben trotz ihrer bekannten Nebenwirkungen ihren festen Platz bei der Behandlung der **rheumatoiden Arthritis**. **Eine Cortison-Therapie lindert die Symptome der rheumatoiden Arthritis und wirkt entzündungshemmend.** Neben der Gabe in Tablettenform besteht die Möglichkeit einer sogenannten intraartikulären Cortisoninjektion. Auf diese Weise lassen sich einzelne Gelenke gezielt behandeln.

Indikationen für eine Glucocorticoidtherapie bei **rheumatoider Arthritis** sind schwere, aggressive Verlaufsformen mit hoher entzündlicher Aktivität, Eingeweidebeteiligung, Vaskulitis – Gefäßentzündung sowie das Felty-Syndrom. Zudem werden Glucocorticoide genutzt zur Überbrückungstherapie, solange die Basistherapeutika noch nicht greifen.

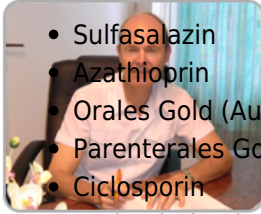
Hinweis! Der Umgang mit Glucocorticoiden erfordert besondere Sorgfalt und sollte einem Arzt unterliegen, da bei längerer und zu hoch dosierter Behandlung eine Reihe von Nebenwirkungen auftreten können.

3. Therapiestufe - krankheitsmodifizierende Antirheumatika - lang wirksame Antirheumatika oder auch „Basistherapeutika“

Diese Medikamente können die entzündliche Aktivität und damit die Gelenkerstörung bremsen. Allerdings ist der Wirkungseintritt verzögert und liegt bei ca. 4 bis 16 Wochen nach Therapiebeginn. Zumeist werden Kombinationen eingesetzt.

Folgende Medikamente kommen zum Einsatz

- Methotrexat – wirksamstes Basistherapeutikum



- Sulfasalazin
- Azathioprin
- Orales Gold (Auranofin)
- Parenterales Gold (Natriumthiomalat)
- Ciclosporin



- Antimalariamittel – Hydroxychloroquin, Chloroquin
- D-Penicillamin
- Leflunomid

4. Therapiestufe - hochwirksame TNF-(Tumornekrosefaktor)-alpha-Blocker

- TNF-alpha-Blocker – Adalimumab, Infliximab, Etanercept. Die Wirkung der Therapie zeigt sich bereits nach ein bis zwei Wochen. Diese Substanzen werden bei Patienten mit mittelschwerer bis schwerer **rheumatoider** Arthritis eingesetzt, die nur unzureichend auf andere Medikamentengruppen angesprochen haben. Vor Therapiebeginn ist eine latente Tuberkulose auszuschließen, da es vermehrt Fälle von aktiver Tuberkulose unter der Therapie mit Infliximab gegeben hat

5. Therapiestufe - immunsupprimierende oder zytotoxische Substanzen

- Z. B. Interleukin-1-Hemmer – Anakinra

Neben den beschriebenen klassischen Behandlungsarten kommen auch **biologische Verfahren** in Betracht.-

Die Gelenke sind mit einer Schleimhaut ausgekleidet, die für "Schmierung " der Gelenkflächen sorgen, und ferner für den Stoffwechsel der Gelenke verantwortlich sind.

So ist es denkbar, dass die Gelenke bei vielen Entzündungsprozessen des Körpers mit reagieren zum Beispiel bei einer Entzündung des Darmes oder eines Zahnes.

Daher gilt es sogenannte Störfelder zu finden und zu behandeln. (Eiterherde, verschleppte Infekte)

Dies kann ein längerer Prozess sein, bei dem auch manche Lebensgewohnheiten zu ändern sind.