

ÖGO-Jahrestagung

Rheumaorthopädie in Bewegung

Unter dem Vorsitz von BVdO-Präsident Doz. Dr. Ronald Dorotka und Dr. Walpurga Lick-Schiffer, Stolzalpe, fand im Rahmen der ÖGO-Jahrestagung eine Rheumaorthopädie-Sitzung statt, die von Univ.-Prof. Dr. Klaus Machold, Universitätsklinik für Rheumatologie Wien, geleitet wurde. Wissenswertes für Orthopäden wie Scores in der Rheumatologie, das „Treat to target“-Konzept sowie die Komorbidität des Rheumapatienten wurden präsentiert.



R. Dorotka, Wien



W. Lick-Schiffer, Stolzalpe

Wozu dienen Scores in der Rheumatologie?

Von diesen gibt es in der Rheumatologie viele, die in erster Linie in klinischen Prüfungen, aber auch in der Verlaufskontrolle angewendet werden, um gewonnene Messwerte miteinander zu vergleichen. In der Rheumatologie gibt es an die 50 Scores, mit denen die verschiedenen Krankheitsbilder (rheumatoide Arthritis [RA], Psoriasisarthritis, Polymyalgia rheumatica usw.) nach einem gewissen Schema bewertet werden. „Scores dienen einer strukturierten Beurteilung von Symptomen und zur Klassi-

fizierung von Erkrankungen“, erklärte Prof. Dr. Klaus Machold, Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Rheumatologie. Für die rheumatoide Arthritis hat beispielsweise Daniel Aletaha, Universitätsklinik Wien, die Klassifikationskriterien 2010 gemeinsam mit europäischen (EULAR) und amerikanischen (ACR) Rheumatologen erstellt und publiziert (Tab. 1).¹ Wie Machold betonte, sind Scores keine Diagnosekriterien und können eine umfassende Diagnostik nicht ersetzen, sehr wohl aber unterstützen. Sie dienen der Erfassung eines klinischen Problems. Prinzipiell sollen immer dieselben Scores angewendet

werden, die Anwender sollten ausreichend geschult (Messung, Auswertung) und die Ergebnisse dokumentiert werden. Man kann damit sehr gut den Krankheitsverlauf beobachten und im Bedarfsfall die Medikation anpassen. Machold: „Günstig ist es, im Langzeitverlauf ein Ziel zu definieren und gewisse Regeln aufzustellen, um die Therapie objektiv zu untermauern und gegebenenfalls zu ändern.“ Schmerzen kann man mit der visuellen Analogskala (VAS) oder der numerischen Beurteilungsskala (NRS) messen, die Funktionseinschränkung wird am einfachsten mit dem Health Activity Score (HAQ) gemessen. Die Krankheitsaktivität beurteilt der Rheumatologe zusätzlich dazu mit dem Tender Joint Count (TJC), dem Disease Activity Score 28 (DAS 28) oder dem Clinical Disease Activity Index (CDAI).

„Wie geht's Ihnen?“ war früher

Der Orthopäde sollte zumindest einige Scores kennen und wenige davon zur Objektivierung der Daten auch anwenden. So hat sich in der orthopädischen Praxis der Funktionsscore HAQ, den die Sprechstundenhilfe gemeinsam mit dem Patienten ausfüllen kann, als praktikabel und nützlich erwiesen.

KeyPoints

- Die Verwendung von strukturierten Scores erlaubt
 - die systematische Langzeitbeurteilung,
 - die Beurteilung von Erfolg oder Misserfolg der Therapie,
 - die bessere Einschätzung durch den Arzt/Therapeuten.
- Die Verwendung von Scores
 - kann die individuelle Beratung nicht ersetzen,
 - dennoch raschere und bessere Betreuung unterstützen.
- „Treat to target“:
 - Messen der Krankheitsaktivität alle 1–3 Monate, später alle 3–6 Monate
 - Anpassen der Therapie, wenn das „target“ nicht erreicht ist
- Begleiterkrankungen haben einen negativen Einfluss auf die Outcomes bei Rheumapatienten.

Was die Bildgebung anlangt, so ist das Röntgen (inklusive Hand und Fuß) noch immer der Goldstandard, wenn es um das Sichtbarmachen von Erosionen geht; die Magnetresonanz mit Kontrastmittel kommt erst dann zum Einsatz, wenn Zweifel bestehen. Denn das MR birgt das Risiko in sich, „dass man zu viel sieht und überbehandelt“, so Machold. Die im MR oftmals beschriebenen Knochenmarksödeme sind in vielen Fällen nicht klinisch relevant.

„Treat to target“ (T2T) – der Weg ist das Ziel

Das ebenfalls von der Klinik Smolen entwickelte „Treat to target“-Konzept präsentierte Dr. Miriam Gärtner, Wien (Abb. 1). Das Ziel können beispielsweise die Remission oder die Normalisierung der Erkrankung sein. Gemessen wird mit einem oder mehreren Markern. Voraussetzung ist, dass das „target“ mit Therapieanpassung (Medikamente, Verhalten, Diät, ...) veränderbar ist. Am Beispiel der rheumatoiden Arthritis sind die Remission der Krankheitsaktivität und die weitere Verhinderung der Gelenksdestruktion das Ziel. Denn nur in der Remission kann man eine weitere Progression der RA verhindern. Auf dem Weg zum „target“ sind regelmäßige Kontrollen und die Anpassungen der Therapie entscheidend. Alle 3 Monate wird die Krankheitsaktivität zum Beispiel mithilfe des CDAI-Scores gemessen. Ein frühzeitiges medikamentöses Einschreiten ist deshalb entscheidend, weil im ersten Jahr der Erkrankung sehr viel an Gelenksdestruktion und Funktionsverlust eintritt, betonte Gärtner.² Rezent wurden 10 aktuelle Empfehlungen als Ergänzung zu T2T von Josef Smolen publiziert.³ Die wichtigsten Prinzipien umfassen die Erhaltung der Lebensqualität durch Symptomkontrolle, die regelmäßige Messung der Krankheitsaktivität und ggf. eine Adjustierung der Therapie alle 3 bis 6 Monate, wobei das Erreichen der klinischen Remission im Vordergrund steht. Eine geringe Krankheitsak-

tivität steht bei allen Patienten im Vordergrund (keine Gelenkschwellungen, möglichst wenig Schmerzen, keine Laborzeichen für Entzündung). Der Patient sollte nicht nur informiert werden, sondern maßgebliche Entscheidungen mittragen. Begleiterkrankungen und Patientenfaktoren sind zu berücksichtigen, nicht jeder

die mit steigender Anzahl an Komorbiditäten sinkt.⁴ So ist die Wahrscheinlichkeit, Remission zu erlangen, pro zusätzlicher chronischer Erkrankung um 30% verringert. Und selbst bei Patienten in Remission zeigt sich ein linearer Anstieg funktioneller Beeinträchtigung mit steigender Zahl an Komorbiditäten.⁵ Insgesamt haben Begleiterkrankungen bei Rheumapatienten einen von der Krankheitsaktivität unabhängigen negativen Effekt auf die Outcomes wie Funktionalität oder Lebensqualität, betonte die Referentin.



K. Machold, Wien



M. Gärtner, Wien



H. Radner, Wien

Patient kann dasselbe Medikament erhalten. „Geht’s eh gut?“ war gestern. Ein CDAI von 2,4 ist heute“, fasste die Rheumatologin zusammen.

Komorbiditäten beim Rheumapatienten

Komorbiditäten sind häufig, erhöhen die Mortalität, beeinflussen Therapieentscheidungen und natürlich auch die Outcomes, berichtete Dr. Helga Radner, Wien. Bis zu 80% der Patienten mit RA haben zumindest eine Begleiterkrankung, gab Radner als grobe Faustregel an. Leider werden Patienten mit RA und Komorbidität in der Regel untertherapiert. Zumeist sind Faktoren wie höheres Alter, Angst vor Nebenwirkungen und Polypharmazie die Gründe hierfür. Die Wahrscheinlichkeit, ein Biologikum zu erhalten, sinkt um 10% pro zusätzlicher chronischer Erkrankung pro Patient, so die Rheumatologin. Ebenso verhält es sich mit der Chance auf Remission,

Interessant ist auch der Zusammenhang mit Gelenkersatz: Die stationäre Aufenthaltsdauer beträgt bei Arthrosepatienten mit mehr als einer Komorbidität nach KTEP 2,4-mal länger als bei Patienten ohne Begleiterkran-

Ausmaß der Gelenksbeteiligung (0–5)	
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)	
Negativer RF und negative ACPA	0
Niedrig positiver RF oder niedrig positive ACPA	2
Hoch positiver RF oder hoch positive ACPA	3
Symptombdauer (0–1)	
<6 Wochen	0
≥6 Wochen	1
Akutphaseparameter (0–1)	
Normales CRP und normale Blutsenkung	0
Abnormes CRP oder abnorme Blutsenkung	1
	6/10 = RA

Tab. 1: Gewichtung der Krankheitscharakteristika