
Management der frühen RA – Kurzfassung



Bei über 6 Wochen bestehenden Gelenkschwellungen in mehr als 2 Gelenken sollten die Patienten unter dem Verdacht auf eine rheumatoide Arthritis dem Rheumatologen vorgestellt werden.

Diagnose

■ Klinische richtungsweisende Befunde

- Gelenkschwellungen in > 2 Gelenken für ≥ 6 Wochen
- symmetrisches Verteilungsmuster
- Dauer der Morgensteife ≥ 60 Minuten

■ Bis auf Ausnahmen erhöht

- Blutsenkung und/oder
- C-reaktives Protein

■ Diagnosesicherung

- Rheumafaktor
- AK gegen cyclische citrullinierte Peptide

A

CCP-Antikörper sind mit persistierender und erosiver Arthritis assoziiert und oft schon präklinisch nachweisbar. Sie sind somit für die Diagnose und Differenzialdiagnose der frühen RA gut geeignet und spezifischer als der Rheumafaktor.

Prinzipien der Therapie

- Versorgung durch ein multidisziplinäres Team
- Patienteninformation und -schulung als wesentlicher Bestandteil der Versorgung
- regelmäßige Erfassung und Dokumentation der Krankheitsaktivität und der radiologischen Progression
- Physiotherapie als elementarer Bestandteil der Versorgung
- Angebot einer ergotherapeutischen Beratung

B Die Versorgung von Patienten mit rheumatoider Arthritis sollte möglichst von Beginn an in Form einer koordinierten, problemorientierten, multidisziplinären Behandlung erfolgen.

Therapie

A Die RA sollte von der Diagnosestellung an mit DMARDs behandelt werden, um eine Verzögerung der Krankheitsprogression zu erzielen und damit die Langzeitprognose zu verbessern.



Zur Vermeidung eines abwendbar gefährlichen Verlaufs sollte eine Therapie mit Basistherapeutika (DMARDs) möglichst innerhalb von 12 Wochen nach Krankheitsbeginn gestartet werden.

A Entscheidend für die Prognose der Erkrankung ist von Beginn an die engmaschige Kontrolle der Krankheitsaktivität; ein nicht ausreichendes Ansprechen sollte umgehend zu einer Therapiemodifikation führen. Dabei kann ein frühzeitiger Einsatz von Kombinationen sinnvoll sein.

A Bei Patienten, die auf die DMARD-Therapie nicht ausreichend ansprechen, ist der Einsatz eines TNF-Inhibitors sinnvoll.

A Die zusätzliche Gabe einer niedrig dosierten oralen Cortisontherapie verzögert die radiologisch nachweisbare Gelenkerstörung.

B Die niedrigste noch wirksame NSAR-Dosis sollte gewählt werden. NSAR sollten reduziert oder ganz abgesetzt werden, wenn ein gutes Ansprechen auf die DMARDs vorliegt.

B

Die Patienten sollten ermutigt werden, einfache „dynamische Bewegungsübungen und aerobe Ausdauerübungen“ durchzuführen.

A

Allen Patienten mit einer eingeschränkten Funktionsfähigkeit sollte eine qualifizierte ergotherapeutische Beratung angeboten werden.

Therapieüberwachung

■ Wirksamkeit

- Disease Activity Score (DAS₂₈)
 - Anzahl schmerzhafter Gelenke/Anzahl geschwollener Gelenke
 - BSG
 - Gesamtbeurteilung durch den Patienten
- radiologische Progression

■ Unerwünschte Wirkungen

- Anforderungen an regelmäßige Kontrollen (siehe Therapieüberwachungsbögen)
- Patienten-Informationen-Bögen



Zur Gewährleistung der bestmöglichen Versorgung des Patienten mit rheumatoider Arthritis ist die Betreuung im Rahmen einer koordinierten Versorgung durch ein multidisziplinäres Team und insbesondere die Vernetzung zwischen hausärztlicher und rheumatologischer Betreuung anzustreben

A

Angabe zum Härtegrad der Empfehlung



Gute klinische Praxis