

Basistherapie der Rheumatoiden Arthritis = Krankheitsmodifizierende Behandlung :

Bei jedweder Art von entzündlicher Gelenkerkrankung ist der gezielte Einsatz therapeutischer Maßnahmen für deren Ausgang entscheidend. Insbesondere bei destruktiv verlaufenden Gelenkentzündungen, wie der Rheumatoiden Arthritis (chronischen Polyarthritiden), aber auch den seronegativen Spondylarthritiden, wie z.B. der Psoriasisarthritis, ist zur Vermeidung von Deformierungen, Funktionsverlusten und Invalidität ein möglichst frühzeitiges, phasenspezifisches Vorgehen notwendig. Neuere Untersuchungsergebnisse lassen den Schluss zu, dass durch frühzeitige therapeutische Intervention die Prognose der Patienten entscheidend verbessert werden kann. Daher sollte bei Diagnosestellung einer Chronischen Polyarthritiden unverzüglich eine Basistherapie eingeleitet werden.

Die medikamentöse Therapie der RA beruht auf im Wesentlichen auf drei Eckpfeilern, nämlich **Nichtsteroidalen Antirheumatika (NSAR), Kortison und Basistherapeutika (DMARDs)**. Diese Gruppe wird in **klassische DMARDs (z.B. Methotrexat) und sogenannte Biologika** unterteilt. Für beide Untergruppen wurde eine krankheitsmodifizierende Wirkung, gemessen an funktionellen und radiologischen Parametern nachgewiesen.

Kortison (Corticosteroide)

Corticosteroide stellen die stärksten entzündungshemmenden Substanzen dar. Sie sind daher in der Therapie der CP zur raschen Verminderung der entzündlichen Aktivität oft unersetzlich. Ihre Anwendung kann lokal (ins Gelenk) oder systemisch (zumeist als Tablette) erfolgen. Langzeitstudien ergaben, dass die funktionellen Ergebnisse nach Therapie mit Corticoiden günstig einzustufen sind, das Risiko der Nebenwirkungen von Seiten des Magen-Darm-Traktes scheint geringer zu sein als bei NSAR. Das Ausmaß des Osteoporoserisikos muss für den Einzelpatienten individuell ermittelt werden. Es empfiehlt sich bei anstehender Kortison-Dauertherapie und eine entsprechende Osteoporoseprophylaxe mit Calcium und Vitamin D. Weiters sollte insbesondere bei längerer Anwendung eine genaue Abwägung anderer Risiken wie z.B. erhöhte Infektionsanfälligkeit, Entwicklung einer Zuckerkrankheit,

Nebennierenrindeninsuffizienz etc. erfolgen und gegen die möglichen Konsequenzen einer unkontrollierten Krankheitsaktivität eingeschätzt werden.

Basistherapeutika (Disease modifying antirheumatic drugs - DMARDs)

Es ist derzeit als Standard anzusehen in der Therapie der RA unmittelbar nach Diagnosestellung sogenannte Basistherapeutika einzusetzen. Selbstverständlich müssen bei der Wahl des Basistherapeutikums die Zahl der befallenen Gelenke, die entzündliche Reaktion, gemessen z.B. am CRP, und individuelle Faktoren des Patienten, wie z.B. das Alter oder ein Kinderwunsch in Erwägung gezogen werden. Ziel der Behandlung stellt die sogenannte Remission dar, das heißt normale Entzündungszeichen im Blut, keine geschwollenen Gelenke dar, keine Morgensteifigkeit, kurz gesagt Beschwerdefreiheit unter Therapie. Eine Faustregel für den Einsatz der Basistherapeutika gibt es nicht. Allerdings kann **Methotrexat** als derzeitiger Goldstandard der Basistherapie bei CP bezeichnet werden. Alle anderen „klassischen Basistherapeutika“, wie **Antimalariamittel, Leflunomid und Sulfasalazin** sind als Alternativen, aber doch eher in zweiter Linie, natürlich weiter von Bedeutung. Auch die Wertigkeit von **Kombinationen** klassischer Basistherapeutika wird heute wieder deutlich positiver gesehen als noch vor einigen Jahren.

Da mit klassischen Basistherapeutika für eine grosse Anzahl von PatientInnen eine Remission nicht zu erreichen ist, war es dringend nötig neue Behandlungsprinzipien und damit neue Substanzen in die Therapie der RA einzuführen. Die sogenannten **Biologika** (Biotechnologisch hergestellte Eiweißkörper) haben in den letzten Jahren neue, teilweise ungeahnte Möglichkeiten der Therapie eröffnet. Zu dieser Gruppe zählen **Tumornekrosefaktor-Alpha-Hemmer, Interleukin-6 Rezeptor Blocker, Co-Stimulationsblocker und B-Zell Depletoren.**

Die Indikation zum Einsatz dieser Therapieformen ist derzeit nach dem Versagen von zumindest einem klassischen Basistherapeutikum gegeben.

Die jetzt in die Behandlung ein zuführenden „Small molecules“ sind, wie der Name sagt, kleine Moleküle, die in Tablettenform verabreicht, in die Entzündungsreaktion durch Verhinderung von Signalübermittlung eingreifen. Ihr Stellenwert wird sich mit breiterer Anwendung herauskristallisieren.

Grundsätzlich kann man von einer etwa 45% Chance der Remission bei Basistherapie der RA ausgehen. In Summe ist es bei nahezu allen PatientInnen möglich, ein befriedigendes therapeutisches Ergebnis zu erzielen. In jedem Fall ist muss das Ansprechen des Patienten auf entsprechende Weise anhand etablierter Kriterien (Fragebögen oder Scores) dokumentiert werden. Bei Versagen der eingeschlagenen Therapie hat innerhalb angemessener Zeit (drei – sechs Monate) ein Wechsel auf ein anderes Präparat zu erfolgen. Eine dem verwendeten Präparat angepasste Kontrolle der Patienten während der Therapie ist unbedingt nötig, auch um ausreichende Therapiesicherheit zu gewährleisten.

Auf alle Fälle bedarf es noch vieler Anstrengungen, um das Ziel, die RA einmal zu einer heilbaren Krankheit werden zu lassen, zu erreichen, wenngleich wir diesem Ziel in den letzten Jahren offensichtlich etwas näher gekommen zu sein scheinen.