



Definition

Die Rheumatoide Arthritis ist eine fortschreitende chronische Gelenkerkrankung, die typischerweise gekennzeichnet ist durch das Auftreten von Gelenkentzündungen (sogenannten Arthritiden) im Bereich der Hand- und Fingergelenke, der Gelenke im Bereich des Vorfußskeletts und/oder der Kniegelenke. Sie kann im weiteren Verlauf auch entzündliche Veränderungen im Bereich des Sehnen/Sehnenscheiden und der Schleimbeutel sowie der Augen und der inneren Organe hervorrufen.

Häufigkeit, Symptome, Ursachen

Die Rheumatoide Arthritis ist die häufigste entzündliche Gelenkerkrankung. Sie kann in jedem Lebensalter auftreten, wobei Frauen etwa 3-mal häufiger als Männer daran erkranken. Die Häufigkeit der Krankheit in Mitteleuropa liegt bei ca. 0,5 – 1%. Häufig geht der Rheumatoiden Arthritis ein Vorläuferstadium über Tage bis Monate voraus, in dem die Patienten an einem allgemeinen Gefühl der Abgeschlagenheit, nächtlichem Schwitzen, Appetitmangel oder gelegentlichen Schwellungen einzelner Gelenke leiden. Mit dem Vollbild der Erkrankung treten dann die symmetrische Polyarthritits vor allem im Bereich der Fingergrund- und Fingermittelgelenke sowie der Vorfußgelenke und eine typische „Morgensteifigkeit“ der Fingergelenke mit eingeschränktem Faustschluss auf. Zur typischen Symptomatik gehören weiterhin der morgendliche Schmerzhöhepunkt sowie die Linderung durch passives und aktives Durchbewegen der Gelenke.

Rheumatoide Arthritis <M06.99>

Polyarthritits



Abb.: Spindelförmige symmetrische Schwellung der Fingermittelgelenke bei Rheumatoider Arthritis.

Im weiteren Verlauf der Erkrankung können Rheumaknoten in den Streckseiten der Arme bzw. der Hände auftreten und starke Erschöpfungs- und Fieberzustände sowie langanhaltende Gliedersteifigkeit zu einer weitgehenden Bewegungseinschränkung der Patienten führen. Die Ursachen der Rheumatoiden Arthritis sind bislang nicht hinreichend bekannt, obgleich eine gewisse familiäre Häufigkeit und ein gehäuftes Auftreten bei den Trägern bestimmter Genmerkmale vermuten lassen, dass die Krankheit (zumindest auch) genetische Ursachen haben könnte. Eingehender nachgewiesen sind dagegen die immunologischen Prozesse (insbesondere fehlgeleitete Reaktionen bestimmter Abwehrzellen), die bei dieser Krankheit schließlich die Gelenkentzündung und Gelenkerstörungen verursachen.

Diagnostik

Die in der Krankengeschichte geschilderten Symptome und der klinische Untersuchungsbefund der Gelenke geben die wichtigsten Hinweise zur Diagnosestellung, die nach Maßgabe der international vereinbarten Klassifikationskriterien „ACR/EULAR 2010“ vorgenommen wird. Dazu gehören auch die Laborbestimmung der Entzündungszeichen (CRP, BSG), der Rheumafaktoren (RF-IgM) und der CCP-Antikörper, die insgesamt eine präzise Diagnose erlauben. Zur Diagnostik gehören standardmäßig auch eine konventionelle Röntgenaufnahme des Handskeletts, des Vorfußskeletts beidseitig sowie der Halswirbelsäule. Je nach klinischem Befund sind darüber hinaus eine Ultraschalluntersuchung der Gelenke (Arthrosonographie) zum Nachweis einer Gelenkhautentzündung oder eines Gelenkergusses, eine augenärztliche Untersuchung, eine Röntgen-Thorax-Aufnahme sowie Nierenfunktionstests angezeigt. Im Anfangsstadium bzw. bei unklaren Gelenkschmerzen ohne sicheren objektivierbaren Nachweis einer Gelenkhautentzündung sind die Skelettszintigraphie in 2 Phasen oder eine Kernspintomographie mit Kontrastmittel (der betroffenen Gelenkregionen) die Verfahren der Wahl.

Therapie

Unbehandelt führt die Rheumatoide Arthritis häufig zu fortschreitenden Gelenkzerstörungen sowie möglicherweise zur Zerstörung bestimmter Strukturen der Halswirbelsäule oder der Gelenkknorpel im Bereich der Stimmbildung im Kehlkopf. Hochaktive Krankheits-

ausprägungen können zusätzlich die Hornhaut der Augen, das lymphatische System mit Lymphknotenschwellungen, die Lunge mit Infiltration von Rheumaknoten und Lungenfellentzündungen sowie Milzschwellungen und Nierenentzündungen betreffen. Eine frühzeitige antirheumatisch-medikamentöse Therapie ist daher sofort nach der Diagnosestellung dringend erforderlich. Dabei kommen zunächst Corticosteroide und anti-rheumatische Basistherapien (auch DMARD genannt), für die anti-entzündliche Wirkungen auf immunologischen Veränderungen bei der Rheumatoiden Arthritis nachgewiesen sind, zum Einsatz. Versagen diese Behandlungen, so stehen intensivere Therapieformen mit den sogenannten „Biologika“ zur Verfügung. Die am weitesten verbreitete Wirkstoffgruppe stellen hier die TNF-alpha-Blocker dar. Darüber hinaus sind gerade in den letzten Jahren weitere Biologika in zusätzlichen Wirkstoffgruppen erforscht und zur Therapie der Rheumatoiden Arthritis zugelassen worden. Das Therapiekonzept der spezifischen antirheumatischen Therapien ist grundsätzlich über Monate und Jahre langfristig angelegt. Obgleich ihre Nebenwirkungen einschließlich des erhöhten Infektrisikos mittlerweile gut untersucht sind, ist eine kontinuierliche ärztliche Therapieüberwachung mit regelmäßigen Laborkontrollen zunächst alle 3 Monate, später alle 6-12 Monate erforderlich. Die Rheumatologie ist einer der Schwerpunkte der Universitätsklinik für Innere Medizin I. Der Leiter der Rheumatologischen Ambulanz ist zugleich Vorsitzender des Rheumazentrums Saarland.

Autor: Privatdozent Dr. med. Gunter Aßmann



**Klinik für innere Medizin I – Onkologie,
Hämatologie, Klinische Immunologie
und Rheumatologie**
Leiter der Rheumatologie:
PD Dr. med. Gunter Aßmann
Tel.: 06841 / 16-23088
E-mail: gunter.assmann@uks.eu