

Rheumatoide Arthritis: Diagnose, Assessment und Qualitätskontrolle

J. Bernhard, H.-R. Ziswiler, P. M. Villiger

Die Diagnose der rheumatoiden Arthritis wird aufgrund typischer Symptome und klinischer Zeichen, ergänzt durch radiologische Veränderungen und Laborbefunde, gestellt.

Bezüglich Diagnosestellung werden hier die Frühsymptome/-befunde hervorgehoben, denn mit dem rechtzeitigen Erkennen der Krankheit und einer individualisierten Therapie kann der Gelenkzerstörung besser begegnet und dadurch eine langfristige Invalidisierung in vielen Fällen verhindert werden.

Diagnosestellung

Es gibt keinen pathognomonischen Befund der rheumatoiden Arthritis. Der Rheumafaktor ist zwar typisch, aber nicht beweisend. Da er nur in 50% der Fälle initial vorhanden ist und auch bei verschiedenen anderen Erkrankungen im Serum nachweisbar wird, lässt er uns im klinischen Alltag oft im Stich. In dieser Situation ist man versucht, die vom American College of Rheumatology (ACR) formulierten Kriterien zu Rate zu ziehen (Tabelle 1). Hier handelt es sich aber um Klassifikations- und nicht um Diagnosekriterien. Das heisst, dieser Kriterienkatalog wurde nicht für die Diagnostik beim individuellen Patienten formuliert, sondern vielmehr zur einheitlichen Klassifikation zwecks Vergleichbarkeit von Daten und zur Durchführung von Studien. Unter Umständen kann es Monate bis Jahre dauern, bis die Kriterien des ACR er-

füllt werden – wertvolle Zeit, welche zu einer adäquaten Therapie genutzt werden sollte. Die Tatsache, dass die Hälfte der ossären Läsionen bereits in den ersten 2 Jahren der Erkrankung auftreten, aber auch die breite Palette von heute verfügbaren Basismedikamenten verpflichten uns zu einer frühen und individualisierten Therapie. Kürzlich wurden von einer niederländischen Arbeitsgruppe Kriterien aufgelistet, welche in der Frühphase einer rheumatoiden Arthritis eine Diagnose erlauben sollen und den ACR-Kriterien überlegen sind (höhere Sensitivität und Spezifität) (Tabelle 2). Diese Kriterien werden zurzeit an grösseren Kollektiven validiert.

Die typischen Symptome des **Frühstadiums** sind: Symmetrische Beschwerden in kleinen Gelenken der Hände und Füsse (v.a. Karpus, Finger-, Zehengrund- und Mittelgelenke, ferner Ellbogen- und Kniegelenke). Die Gelenksym-

Korrespondenz:
Prof. Peter Villiger
Klinik für Rheumatologie
und klinische Immunologie/
Allergologie
Inselspital
CH-3010 Bern

E-mail: peter.villiger@insel.ch

Tabelle 1. Klassifikationskriterien für die rheumatoide Arthritis (gemäss American College of Rheumatology, 1987).

1. Morgensteifigkeit von mindestens 1 Stunde Dauer
2. Weichteilschwellung/Arthritis in mindestens 3 Gelenkregionen (PIP-, MCP-, Handgelenk, Ellbogen, Knie, Sprunggelenk, MTP-Gelenke) während mindestens 6 Wochen
3. Weichteilschwellung/Arthritis im Handgelenk, MCP- oder PIP-Gelenke der Hand während mindestens 6 Wochen
4. Symmetrischer Befall
5. Rheumaknoten
6. Rheumafaktoren im Blut
7. Typische radiologische Veränderungen der Hand mit Erosionen oder lokalisierter Osteoporose

Mindestens 4 Kriterien müssen erfüllt sein. Die Sensitivität der Kriterien beträgt 91–94%, die Spezifität 89%.

Tabelle 2. Diagnostische Kriterien nach H. Visser et al., 2000.

1. Symptombdauer bei der ersten Visite (>6 Wochen)
2. Morgensteifigkeit mindestens 1 Stunde
3. Arthritis in mindestens 3 Gelenken
4. Bilateraler Kompressionsschmerz der MTP-Gelenke
5. Rheumafaktoren im Blut
6. Antikörper gegen Zitruillin-haltige Peptide im Blut*
7. Radiologisch Erosionen im Bereich der Hände oder Füsse

Zitruillin = deaminiertes Arginin = Bestandteil von Filaggrin



Abbildung 1.
Gelenkschwellung und bräunliche
Verfärbung über den Gelenken.

ptome umfassen die Trias Schmerz, Schwäche und morgendliche Steifigkeit über 15 Minuten. Neben den Gelenksbeschwerden klagen die PatientInnen oft über Allgemeinsymptome der systemischen Entzündung (Müdigkeit, subfebrile Temperaturen, Gewichtsverlust, Krankheitsgefühl). Nicht selten finden sich ausser den Gelenksbeschwerden auch Sehnenscheidenentzündungen, und gelegentlich lässt sich bereits im Frühstadium im Rahmen der karpalen Entzündung ein Karpaltunnelsyndrom diagnostizieren.

Die klinische Untersuchung zeigt eine Gelenkschwellung, eine Überwärmung und gelegentlich eine bräunliche Verfärbung über den Gelenken der Hände (Abbildung 1). Eine Rötung ist atypisch und muss an einen Infekt oder eine Kristallarthropathie denken lassen. Die Laboruntersuchungen zeigen die typischen Zeichen der systemischen Entzündung (erhöhte BSR, erhöhtes CRP, Entzündungsanämie und Thrombozytose). Der frühe Nachweis von Rheumafaktoren im Serum hat eine gewisse prognostische Bedeutung. Die seropositive rheumatoide Arthritis verläuft oft aggressiver, führt früher zu Erosionen und im späteren Verlauf zu extraartikulären Manifestationen. Radiologisch lassen sich im Frühstadium neben der periartikulären Weichteilschwellung eine gelenknahe Osteoporose und eventuell eine Knorpelraumverschmälerung nachweisen. Mit Hilfe der neuen bildgebenden Verfahren wie dem Ultraschall und dem MRI wird versucht, die synoviale Entzündung früher zu erfassen und gegebenenfalls zu quantifizieren. Neuere Untersuchungen haben tatsächlich gezeigt, dass entzündliche Veränderungen klinisch oft verpasst werden. Aufgrund der hohen Kosten wird das MRI aber nur im Rahmen von Studien eingesetzt. Mit den erheblichen Verbesserungen der Bildgebung der

Ultraschallgeräte der letzten Jahre hat sich diese Methode an den grösseren Zentren bereits etabliert und wird vermutlich demnächst im klinischen Alltag Einzug halten.

Swiss Clinical Quality Management der rheumatoiden Arthritis

Die rheumatoide Arthritis zeigt klinisch sehr unterschiedliche Verläufe. Neben benignen Varianten kommen gelenkdestruktive Formen vor, mit viszeraler Beteiligung und ernster Langzeitprognose. Mit anderen Worten handelt es sich um eine Krankheit, deren Aktivität möglichst kontinuierlich monitorisiert werden sollte, damit sowohl die beste Basistherapie gewählt als auch die optimale Dosierung verordnet werden kann. Unter der Leitung von Gerold Stucki wurde vor wenigen Jahren ein Instrumentarium zur regelmässigen, standardisierten Verlaufsbeurteilung der Patienten mit rheumatoider Arthritis geschaffen, das sogenannte Swiss Clinical Quality Management (SCQM) der rheumatoiden Arthritis. Die Hauptziele dieses grossen Unterfangens bestehen in der kontinuierlichen Verbesserung der Behandlung der rheumatoiden Arthritis, einer Optimierung der Zusammenarbeit zwischen Praxis und Klinik und dem Aufbau einer schweizerischen Kohorte für klinisch-epidemiologische Untersuchungen.

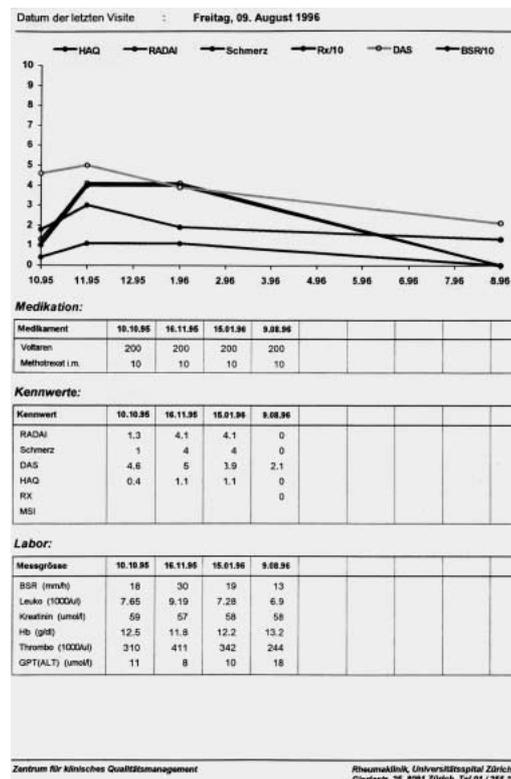
Zur Erfassung der Krankheit und deren Auswirkung auf den betroffenen Menschen werden einerseits die Krankheitsaktivität und andererseits die Krankheitsschädigung quantifiziert. Folgende Assessments werden z.Z. dazu verwendet: Die Krankheitsaktivität wird einerseits durch den Rheumatologen, andererseits durch den Patienten selbst mit Hilfe eines Fragebogens ermittelt. Der Arzt beurteilt den sogenannten Disease Activity Score (DAS), welcher sich aus der Anzahl der entzündeten Gelenke, der Anzahl schmerzhafter Gelenke und der Blutsenkungsreaktion ermitteln lässt. Der Patient füllt einen Fragebogen aus, welcher den sogenannten Rheumatoid Arthritis Disease Activity Index (RADAI) ergibt. Im Fragebogen werden unter anderem funktionelle Beeinträchtigungen erfragt. Mit anderen Worten werden – in Analogie zur Rehabilitationsmedizin – nicht nur Störungen auf Organebene, sondern auch Einbussen auf Aktivitäts- und Partizipations-ebenen gemessen. Neben der Krankheitsaktivität wird mit Hilfe von zwei weiteren Messinstrumenten die Krankheitsschädigung erfasst. Der Arzt ermittelt die strukturelle Schädigung anhand konventioneller Röntgenbilder (Röntgenscore), der Patient beantwortet wiederum Fragen hinsichtlich Funktionsstörungen (Health Assessment Questionnaire [HAQ]).

Die erhobenen Daten werden zentral, anonymisiert gespeichert und ausgewertet. Der behandelnde Arzt erhält innert 10–14 Tagen einen Bericht mit allen relevanten Krankheitsdaten und Verlaufskurven als «Feedback-Report» zugestellt. Dieser dient ihm, seine bisherige Therapie kritisch zu hinterfragen und allfällige Änderungen vorzunehmen. Abbildung 2 zeigt ein Beispiel einer zusammenfassenden Rückmeldung der Daten aus dem zentralen Register.

Alle Zentrumsspitäler, die grösseren rheumatologischen Abteilungen und Kliniken und eine Vielzahl praktizierender Rheumatologen nehmen am SCQM teil. Angesichts der neu eingeführten Medikamente, welche uns neben den therapeutischen Verbesserungen auch erheblich höhere Kosten bringen, wurde das SCQM gerade rechtzeitig implementiert. Die Übernahme der Therapiekosten mit Etanercept (Enbrel®) und mit Infliximab (Remicade®) wurde

folgerichtig mit der Bedingung der Teilnahme am SCQM verknüpft.

Abbildung 2.
Zusammenfassende Rückmeldung aus dem zentralen Register.



Quintessenz

- Neue diagnostische Kriterien und bildgebende Verfahren erlauben ein früheres Erkennen und besseres Monitoring einer rheumatoiden Arthritis und dadurch eine rechtzeitige und korrekt dosierte Basistherapie.
- Die Swiss Clinical Quality Management der rheumatoiden Arthritis erlaubt die longitudinale Analyse der Krankheit und ermöglicht klinisch-epidemiologische Untersuchungen.

Literatur

- Gordon DA, Hastings DE. Clinical Features of Early, Progressive and Late Disease. In: Klippel JH, Dieppe PA, editors. Rheumatology. 2nd ed. London: Mosby; 1998. p. 5.3.1-14.
- Van der Heijde DMFM. Radiographic Imaging: The 'Gold Standard' for Assessment of Disease Progression in Rheumatoid Arthritis. Rheumatology 2000;39(suppl.1): 9-16.
- Villiger PM, Brühlmann P. Rheumatoide Arthritis. In: Alexander K, et al., Herausgeber. Thiemes Innere Medizin. Stuttgart: Thieme Verlag; 1999. p. 1622-31.
- Visser H, et al. How to Diagnose Rheumatoid Arthritis Early: The Development of Diagnostic Criteria. Abstract on Disk. EULAR 2000, 21.-24. June.