

"Wir können erreichen, dass Menschen schmerzfrei sind"

Der Rheuma-Kongress in Paris stand im Zeichen der rheumatoiden Arthritis. Der Hamburger Internist und Rheumatologe Peer Aries über neue Medikamente, deren Kombination und individuelle Therapien.

Von Cornelia Werner



Dr. Peer M. Aries, Internist und Rheumatologe ist spezialisiert auf die entzündlichen Gelenk- und Systemerkrankungen. Er war bis März 2007 Oberarzt in der Rheumaklinik Bad Bramstedt. Zusammen mit Dr. Eva Terhalle-Aries betreibt er eine Rheumatologie-Praxis im Struensee-Haus in Hamburg-Altona. Foto: Zapf

Journal: Welche Fortschritte macht die Therapie des Gelenkrheumas?

Dr. Peer Aries: Auf diesem Gebiet gibt es sicherlich im Moment die größten Fortschritte. Früher war es das Ziel, Schmerzen zu lindern und die Entzündung der Gelenke zu reduzieren. Heute können wir mit den modernen Therapiestrategien erreichen, dass die Patienten frei von Schmerzen sind und die Gelenke sich auch nach Jahren der Erkrankung nicht verformen. Das schaffen wir umso besser, je früher und intensiver wir die rheumatoide Arthritis behandeln. Früh und intensiv hieß früher, in den ersten zwei Jahren der Erkrankung eine Therapie zu beginnen, anfangs meist mit dem Wirkstoff Methotrexat. Aktuelle Daten zeigen, dass wir die Patienten noch schneller schmerzfrei bekommen und die Entzündung effektiver beseitigen können, wenn wir noch früher Methotrexat in Kombination zum Beispiel mit einem TNF-Alpha-Blocker, einem sogenannten Biological, einsetzen.

Brauchen denn alle Patienten einen zusätzlichen TNF-Alpha-Blocker?

Nein, sicher nicht. Wir müssen noch lernen, die Prognose jedes einzelnen Patienten besser vorab beurteilen zu können und individuelle Therapiekonzepte für den Patienten zu entwickeln. Wer zum Beispiel in der Blutuntersuchung einen Rheumafaktor und CCP-Antikörper-Nachweis hat, leidet an einer potenziell schwereren Form der Erkrankung. Bei diesen Patienten sollten wir sicher ehrgeiziger in unserer Therapiestrategie sein.

Wann sollte also die Therapie beginnen?

Wenn wir die rheumatoide Arthritis in den ersten sechs Monaten beginnen, effektiv zu therapieren, hat der Patient nicht nur jetzt einen Vorteil, sondern auch langfristig ein geringeres Risiko für Gelenkzerstörungen. In Paris wurde dieses Jahr sogar über die Möglichkeit einer späteren Therapiefreiheit diskutiert.

Wie schnell wird heute die Diagnose gestellt?

Heute vergehen im Durchschnitt immer noch von den ersten Symptomen bis zur Diagnose 1,4 Jahre. Um eine frühe Therapieeinleitung zu ermöglichen, haben zum Beispiel die Hamburger Rheumatologen eine Früharthritis-Initiative gestartet. Das bedeutet, wenn ein Patient mit typischen Symptomen von entzündlichen Gelenkschmerzen zu seinem Hausarzt geht, dort zum Beispiel eine erhöhte Blutsenkung und ein positiver Rheumafaktor festgestellt werden, kann der Hausarzt mit einem speziellen Anmeldebogen den Patienten bei einem teilnehmenden Rheumatologen per Fax anmelden. Diese Patienten sollen dann bei der Terminvergabe bevorzugt berücksichtigt werden.

Wie wird die Lebensqualität der Patienten in der Behandlung berücksichtigt?

Das ist ein Faktor, der mittlerweile zunehmend auch im Fokus der Forschung steht. Wir wollen erreichen, dass die Patienten weder durch die Erkrankung noch durch unsere Therapien in ihrer Lebensqualität eingeschränkt sind, zum Beispiel nicht jeden Tag Tabletten nehmen müssen, sondern vielleicht nur einmal in der Woche oder im Monat. Auch das Fatigue-Syndrom, die chronische Müdigkeit, muss berücksichtigt werden; viele Patienten haben zwar keine messbare Entzündung mehr, fühlen sich aber nicht mehr so leistungsfähig wie früher. In Zukunft werden die entzündungshemmenden Medikamente auch daran gemessen werden, wie gut sie das Fatigue-Syndrom beeinflussen können.

Welche Rolle spielt noch das Cortison?

Es ist immer noch das schnellste und effektivste entzündungshemmende Medikament, das wir kennen. Aber wegen der vielen Nebenwirkungen, wie zum Beispiel Osteoporose, Diabetes, Bluthochdruck, setzen wir das Cortison in höheren Mengen nur noch zur Überbrückung ein, bis die Basistherapie greift. Demnächst wird es ein neues Cortison geben, das im Besonderen gegen die Morgensteifigkeit wirken soll. Durch die Steifigkeit der Finger in den Morgenstunden, die typischerweise länger als eine Stunde dauert, sind die Patienten zum Beispiel bei der morgendlichen Körperpflege wesentlich beeinträchtigt. Das neue Cortison wird abends eingenommen und im Körper erst verzögert freigesetzt, sodass es seine volle Wirksamkeit erst in den Morgenstunden des nächsten Tages entfaltet. Generell bleibt es aber unser Ziel, unsere Patienten durch die genannten Therapiestrategien von Cortison unabhängig zu machen.

Bei der Arthrose setzen viele Ärzte auf die Hyaluronsäure. Was ist davon zu halten?

Dieses Medikament wird in das Gelenk gespritzt und soll dort die Gelenkflüssigkeit ersetzen, unter der Vorstellung, dass es unter anderem die Reibung zwischen den Gelenkflächen reduziert. Zudem soll es einen direkten Einfluss auf den Untergang von Knorpelzellen haben. Bislang fehlt aber ein überzeugender Beweis dafür, dass dieses funktioniert. Die Studienergebnisse dazu sind zum Teil sehr uneinheitlich.

Gibt es dazu Alternativen?

Wir wissen heute, dass es bei einer Arthrose zu einer Mikroentzündung im Gelenk kommt, die dazu führt, dass

Knorpel schneller abgebaut wird. Deshalb gibt es schon neue Therapieansätze. Ein Medikament, das aber noch nicht zugelassen ist, ist das Diacerein. Es hemmt die Substanz Interleukin-1, die unter anderem die Knorpelzellen dazu anregt, Stickoxide zu bilden, die den Knorpel zerstören. Diacerein soll den Knorpelabbau und den Schmerz hemmen und wurde bereits an 2000 Patienten in Studien getestet.

Ist mit weitere neuen Medikamenten zu rechnen?
Zurzeit wird versucht, die klassischen Schmerzmittel, die sogenannten NSAR und die Cox-2-Hemmer, so zu modifizieren, dass sie weniger Nebenwirkungen haben. Sie sind ja vor einigen Jahren in Misskredit geraten, da die Einnahme mit einem erhöhten Risiko für Herz-Kreislauferkrankungen assoziiert wurde. Ein Medikament, das im Moment getestet wird, ist das Naproxinot. Das ist ein Cox-1/2-Hemmer, der gleichzeitig auch Stickstoffmonoxid freisetzt und so die Blutgefäße erweitert und damit den gefürchteten Gefäßverengungen entgegenwirkt.

Welche neuen Erkenntnisse gibt es zum Fibromyalgie-Syndrom?

Die Fibromyalgie ist eine Erkrankung, bei der die Patienten unter chronischen Schmerzen in den Muskeln und an den

Sehnenansätzen leiden. Wichtig für neue Therapien war es, dass wir immer mehr über die Entstehung chronischer Schmerzen gelernt haben. Wir wissen heute, dass der chronische Schmerz nicht in den peripheren Nervenbahnen entsteht, sondern in speziellen Zentren für Schmerzwahrnehmung und Schmerzverarbeitung im Rückenmark oder im Gehirn. Zudem kennen wir heute Risikofaktoren für eine solche Schmerzkrankung. Genetische Veranlagung und gestörte Stressverarbeitung spielen eine wichtige Rolle.

Wie kann man das Fibromyalgie-Syndrom behandeln?

Bislang gibt es keine wirklich befriedigende Therapie. Untersuchungen zu der Wirksamkeit von Antidepressiva aus der Gruppe der Serotonin- und Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer laufen zurzeit in Europa. Sie erhöhen die Konzentration der beiden Botenstoffe zwischen den Nervenenden und führen durch Hemmung der Schmerzweiterleitung zur Schmerzreduktion. Ein Medikament, das kurz vor der Zulassung steht, ist das Milnacipran. Andere neurologische Medikamente wie das Pregabalin sind zwar schon in den USA für das Fibromyalgie-Syndrom zugelassen, werden aber erst demnächst auch in Europa angewendet werden können.

erschienen am 19. Juli 2008