

Chronisch-entzündliche Erkrankungen interdisziplinär betrachtet

FREIES THEMA Die Betreuung von Patienten mit rheumatoider Arthritis, chronisch-entzündlichen Darm-erkrankungen, Psoriasis und Psoriasis-Arthritis erfordert die Zusammenarbeit verschiedener Fachrichtungen. Das Abbott Scientific Forum 2010 gab wieder Gelegenheit zum interdisziplinären Wissensaustausch und zur Kontaktpflege.

Redaktion: Dr. Claudia Uhlir

Grade bei schwierigen Verlaufsformen chronisch-entzündlicher Erkrankungen erzielen auch hochspezialisierte Experten nicht immer den gewünschten Behandlungserfolg. Interdisziplinäre Zusammenarbeit ist diesen Erkrankungen mehr als ein Schlagwort. Das zeigten sowohl Vorträge als auch Diskussionsbeiträge im Rahmen des heurigen Abbott Scientific Forum.

Der CED-Spezialist Univ.-Prof. DI Dr. Harald Vogelsang, Wien, der Rheumatologe Prim. Univ.-Doz. Dr. Ludwig Erlacher, Wien, und die Dermatologin Univ.-Prof. Dr. Elisabeth Riedl, Wien, zeigten auf, warum die Zusammenarbeit ihrer Fachdisziplinen so wichtig ist, und wie sie weiter intensiviert werden könnte. Einerseits betreffen chronisch-entzündliche Erkrankungen nicht nur ein Organsystem. Andererseits gibt es parallele Therapieansätze in den verschiedenen Disziplinen, und es muss bei präventiven Untersuchungen vor Therapien und in Bezug auf Medikamenten-nebenwirkungen auf andere Organsysteme geachtet werden. Interdisziplinäre Konsilien tragen daher wesentlich zum Behandlungserfolg bei. Gemeinsame Studien und gemeinsame Datenbanken werden beim Einsatz der gleichen Medikation als sehr sinnvoll erachtet.

Optimierungsbedarf besteht bei der Kooperation von Rheumatologen und Orthopäden, wie auch das Televoting der Teilnehmer des Scientific Forums zeigte. Jeweils knapp die Hälfte der RA-Patienten kommt selbst zum Rheumatologen oder wird von Allgemeinmedizinern überwiesen, kaum einer kommt vom Orthopäden, obwohl viele Patienten mit entzündlich-rheumatischen Gelenkerkrankungen primär den Orthopäden aufsuchen. Das Projekt „Orthopädie/Rheumatologie“ soll die Zusammenarbeit in naher Zukunft verbessern.

Was brachte 2010?

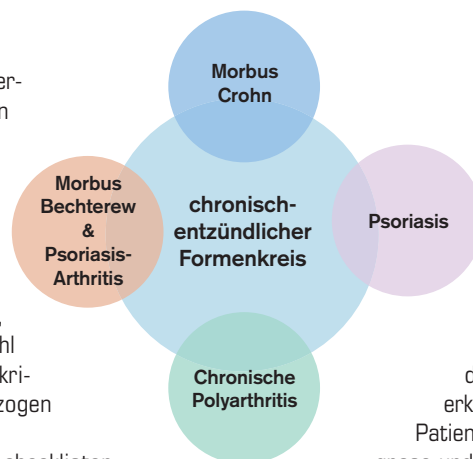
Rheumatoide Arthritis: Für die Rheumatologie ist 2010, so Univ.-Prof. Dr. Winfried Graninger, Graz, das „Jahr der Remission“.

Diese wurde als oberstes Therapieziel in den neuen EULAR-Empfehlungen definiert.¹ ACR und EULAR haben sich auf neue Klassifikationskriterien der RA geeinigt², die in der Praxis wohl auch als Diagnosekriterien herangezogen werden dürften.

Dass die alleinige, checklisten-artige Orientierung daran in die Irre führen kann, machte Priv.-Doz. Dr. Klaus Maehold, Wien, anhand von zwei Fallbeispielen aus der Praxis klar. Für die Therapie der RA gilt nun: Treat to target (T2T)! Die entsprechende von Univ.-Prof. Dr. Josef Smolen, Wien, initiierte und international koordinierte Initiative soll die Therapiequalität der RA auf ein neues Niveau heben. Die Empfehlungen³ sind frei zugänglich in den Annals of Rheumatic Diseases publiziert und unter <http://ard.bmj.com/content/69/4/631> abrufbar. Österreich-Koordinator von T2T ist Prof. Graninger.

Morbus Bechterew: Univ.-Doz. Dr. Johann Gruber, Innsbruck, wies eindrücklich darauf hin, dass Bechterew-Patienten heute nicht mehr 5–7 Jahre auf ihre Diagnose warten müssten. Mit den ASAS-Kriterien ist schon eine sehr frühzeitige Diagnosestellung möglich.⁴

Psoriasis: Univ.-Prof. Dr. Adrian Tanew-Illitschew, Wien, stellte die Europäische S3-Leitlinie zur systemischen Therapie der Psoriasis vor. Diese sei ein gutes Nachschlagewerk zu Wirksamkeit, Neben- und Wechselwirkungen sowie Kontraindikationen aller Systemtherapeutika. Sie habe aber ihre Limitationen, wie den kurzen Evaluierungszeitraum der Therapeutika und das Fehlen eines klaren Therapiealgorithmus. Leitlinien stellen darüber hinaus nur generelle Empfehlungen dar, die Sondersituatio-



nen nicht abdecken könnten. Für die Therapie mit Biologika bietet die Leitlinie der British Association of Dermatology mehr Informationen.

Morbus Crohn: Auch bei M. Crohn gilt die dauerhafte Remission als erklärtes Ziel. Gerade bei Patienten mit schlechter Prognose und extensivem Dünndarm-

befall ist eine frühzeitige Therapie mit Immunsuppressiva bzw. einem TNF-alpha-Blocker indiziert. Mit TNF-alpha-Blockern kann die Chance auf eine dauerhafte Remission erhöht werden. Bei fistulierendem M. Crohn muss die klinische Untersuchung durch einen erfahrenen Chirurgen erfolgen, wie OA Dr. Thomas Haas, Salzburg, betonte. Die Kombination von Chirurgie und medikamentöser Therapie optimiert den Therapieerfolg.

TNF-alpha-Blocker haben sich in einer Metaanalyse als sichere Arzneimittel erwiesen. Weder Infektionen noch Tumoren waren unter TNF-alpha-Blockern häufiger als unter Placebo.⁵ Eine TNF-alpha-Blocker-Therapie erhöht das Lymphomrisiko nach heutigem Wissen nicht über das RA-spezifische Risiko hinaus⁶, so Univ.-Prof. Dr. Markus Raderer, Wien. Zur Sicherheit von TNF-alpha-Blockern trägt der vorsichtige, leitlinienkonforme Umgang mit den Substanzen bei. Bei Patienten mit Migrationshintergrund sollte besonders auf eine mögliche Tb-Infektion während eines Heimaturlaubs geachtet werden. ■

Ein detaillierter Bericht zum Abbott Scientific Forum 2010 wird als Sonderpublikation einer der nächsten Ausgaben von UNIVERSUM INNERE MEDIZIN beiliegen.

1 Smolen J.S. et al., Ann Rheum Dis 2010; 69 (6):964-75
 2 Aletaha D. et al., Arthritis Rheum 2010; 62 (9):2569-81
 3 Smolen J.S. et al., Ann Rheum Dis 2010; 69:631-637
 4 Rudwaleit M et al., Ann Rheum Dis 2009; 68:777-783
 5 Wiens A. et al., Pharmacotherapy 2010; 30 (4):339-53
 6 Askling J. et al., Ann Rheum Dis 2009; 68 (5):648-53

Entgeltliche Einschaltung