

Risiko für Diabetes mellitus und kardiovaskuläre Erkrankungen. So ist das Infarkttrisiko bei Frauen mit RA doppelt so hoch wie bei Personen ohne diese Erkrankung, wobei überdurchschnittlich jüngere Frauen betroffen sind. Auch bei Patienten mit AS oder Psoriasis-Arthritis ist das kardiovaskuläre Risiko deutlich erhöht.

Ängste sind unbegründet

Bei Patienten mit einer rheumatischen Erkrankung besteht häufig ein Bewegungsmangel. Nach aktuellen Erhebungen sind 68% der Betroffenen körperlich inaktiv. „Die Gründe sind vielfältig“, so Baraliakos. Am häufigsten werden Schmerzen, Erschöpfungszustände und Komorbiditäten angegeben. Auch befürchten viele Patienten, eine körperliche Betätigung habe negative Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf. So ist die respiratorische Fitness im Vergleich zur Normalbevölkerung um 20 bis 30% reduziert. Und daraus resultiert eine niedrigere Sauerstoffaufnahmekapazität, was wiederum die kardiovaskuläre Mortalität erhöht.

Vielerlei positive Effekte körperlichen Trainings

Untersuchungen konnten zeigen, dass regelmäßiges körperliches Training bei RA-Patienten eine Reihe von günstigen Effekten entfaltet. So kommt es zu einer Verbesserung der kardiorespiratorischen Fitness, zu einem Anstieg der Muskelmasse, zu einer Abnahme des Körpergewichts und insgesamt zu einer Verbesserung des kardiovaskulären Risikoprofils. Auch hat Bewegung einen positiven Effekt auf Koordination und Balance. Und durch ein regelmäßiges Krafttraining wird auch der Osteoporose entgegengewirkt. Im Hinblick auf die rheumatische Erkrankung wird die Funktion von Bändern, Sehnen und Gelenken verbessert, und die Funktion der Gelenkknorpel bleibt erhalten. Sogar die kognitive Funktion wird günstig beeinflusst.

„Schmerzen, Morgensteifigkeit und Erschöpfungssymptome nehmen ab, die körperliche Funktionsfähigkeit bleibt erhalten und das alles verbessert natür-

lich die Lebensqualität“, so Baraliakos. Eine Verschlechterung der Symptome bzw. eine Zunahme der Krankheitsaktivität müsse nicht befürchtet werden.

Aktivierung von Zytokinen

„Körperliches Training sollte deshalb als wichtiger Baustein in die Therapie der rheumatischen Erkrankungen integriert werden; denn durch Muskelaktivität werden bestimmte Zytokine aktiviert, die sogenannten Myokine“, erklärte Dr. Philipp Sewerin, Düsseldorf. Der bekannteste Vertreter ist Interleukin-6, das bei der Regulation von Entzündungsreaktionen eine wichtige Rolle spielt. Das durch Muskelaktivität vermehrt freigesetzte IL-6 stärkt das Immunsystem und wirkt antientzündlich, sowohl lokal als auch systemisch. Das Myokin VEGF, das ebenfalls durch körperliche Aktivität stimuliert wird, regt die Angiogenese an und relaxiert die Blutgefäße und wirkt somit antihypertensiv. Und das Myokin IL-15 unterstützt den Abbau von viszeralem Fett aus dem Bauchgewebe und fördert die

Proteinanlagerung in den Muskeln, fördert also das Muskelwachstum.

Welche Trainingsart?

Für Rheumatiker kommen verschiedene Sportarten in Frage. Sinnvoll ist immer eine Kombination aus aerobem und Muskelaufbau-Training. Als aerobes Training können Walken, Laufen oder Radfahren empfohlen werden. Gerade beim Radfahren werden große Muskelgruppen aktiviert, was auch die Gelenkmobilität verbessert. Auch Hydrotherapie und Tanzen sind vorteilhaft. „Ausgeprägte positive Effekte entfaltet ein hochintensives progressives Muskelaufbautraining“, so Sewerin. Damit kann die rheumatische Kachexie durchbrochen werden. Die Zunahme der Muskelmasse verbessert die körperliche Leistungsfähigkeit und verringert die Behinderung. Alles bessert sich, die Sauerstoffaufnahmekapazität, die Muskelkraft und die Gelenkbeweglichkeit. ■

Dr. Peter Stiefelhagen

■ 48. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh), 19.–22.9.2018 in Mannheim

Neue RA-Leitlinie: Was hat sich geändert?

Bei der RA gilt das Therapieprinzip „Treat-to-Target“, d. h. das therapeutische Management orientiert sich an einem konkreten Ziel, nämlich der totalen Remission der Entzündung. „Wird eine solche erreicht, so garantiert sie dem Patienten, dass ihm das Schicksal einer voranschreitenden, die Gelenke zerstörenden und auch das Leben verkürzenden Erkrankung erspart bleibt“, so Prof. Christoph Fiehn, Baden-Baden. Um dieses Ziel zu erreichen, stehen heute neben den synthetischen DMARD-Medikamenten wie Methotrexat und den biologischen DMARDs auch zwei gezielt synthetische DMARDs, nämlich Baricitinib und Tofacitinib, zur Verfügung.

Erste Kontrolle schon nach sechs Wochen

Nach der neuen S2e-Leitlinie gilt weiterhin: Die bewährte Strategie des frühen Beginns mit einer DMARD-Therapie, in der Regel Methotrexat, in Kombination mit Prednison in absteigender Dosis bleibt die Basis in der frühen Phase. Wichtig ist aber, dass die Wirksamkeit der Erstbehandlung bereits nach 6 Wochen und nicht wie bisher nach 12 Wochen evaluiert wird. Bei diesem ersten Kontrolltermin sollten auch die Verträglichkeit, die Adhärenz und die Richtigkeit der Dosierung überprüft werden. Bei einer weiteren Kontrolle nach 3 Monaten sollte dann eine messbare Verbesserung eingetreten und nach 6 Monaten das Therapieziel erreicht sein. Gelingt dies nicht, so sollten ein anderes DMARD oder zwei konventionelle Präparate oder ein biologisches oder gezielt synthetisches DMARD eingesetzt werden. ■

Dr. Peter Stiefelhagen