

Rheumakranke brauchen Impfschutz – auch gegen Herpes zoster

— Immunsuppressiva erhöhen das Infektionsrisiko. Bei Biologika gilt dies vor allem zu Beginn der Therapie. In dieser Phase ist die Gefahr um rund 30 % erhöht. „In der Langzeittherapie gibt es hingegen keine Zunahme des Risikos schwerer Infektionen“, betonte Prof. Christian Kneitz aus Schwerin. In Studien seien für unterschiedliche Substanzen unterschiedliche Infektionsrisiken ermittelt worden. „Es ist wenig sinnvoll, zu genau auf die einzelnen Substanzen zu schauen“, sagte Kneitz. Es sei alles ähnlich und liege eher an Co-Morbiditäten oder der Glukokortikoid-Dosis.

Soll man nach einer schweren Infektion die Biologika-Therapie unterbrechen? „Eher nein“, meinte Kneitz. Er präsentierte Daten einer Studie, in der das Risiko einer weiteren schweren Infektion bei Fortführen der TNF- α -Blockade bei 23 % lag, bei Beendigung aber bei 43%. Nach der Umstellung auf ein anderes Biologikum betrug das Risiko 12%. Allerdings seien in der Studie „eher gesündere Patienten“ als Teilnehmer selektiert worden. Die Ergebnisse dürften daher nicht überinterpretiert werden.

Auch für den Nachwuchs ist das Infektionsrisiko überschaubar, erhält die Schwangere

mit rheumatoider Arthritis (RA) einen TNF- α -Blocker, habe eine US-Studie ergeben. Hier lag das Infektionsrisiko bei 1,4 (odds ratio) im Vergleich zu RA-Müttern ohne TNF- α -Blocker und bei 1,7 im Vergleich zu Müttern ohne RA. Die Unterschiede waren nicht signifikant und die gering erhöhte Infektionsgefahr vor allem unter Infliximab zu beobachten.

Von hoher Bedeutung für den Impfschutz sind Impfungen, vor allem jene gegen Influenza, Pneumokokken und Herpes zoster. Die Zoster-Impfung mit Totimpfstoff wird von der Ständigen Impfkommission (STIKO) für alle Menschen ab 60 Jahren empfohlen, bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen oder unter einer Immunsuppression ab dem 50. Lebensjahr. *mh*

Ultraschall gehört zur RA-Frühdiagnostik

— Der Ultraschall gehört inzwischen in die Routine der Frühdiagnostik entzündlich-rheumatischer Erkrankungen. Darauf verwies Prof. Marina Backhaus von der Park-Klinik Weißensee in Berlin. Beispielsweise sei in einer Studie gezeigt worden, dass der sogenannte Grey-Scale-Ultraschall für den Nachweis der frühen Synovitis effektiver ist als die klinische Untersuchung des Erkrankten. Bei Patienten mit unspezifischen Gelenkproblemen gelten Powerdoppler(PD)-

Signale als prädiktiv für eine Arthritis. In einer Studie war das Risiko rund 3,4-fach höher als bei den PD-negativen Patienten. Mithilfe der Sonografie lasse sich auch das Risiko für einen RA-Schub nach dem Beenden einer Behandlung mit Biologika vorhersagen, berichtete Backhaus. Sind zu Beginn der Behandlung bereits Gelenkerosionen im Ultraschall sichtbar, sei das Schubrisiko 8,4-fach höher als bei Betroffenen ohne Erosionen. Dabei hatten bei den

Patienten die Synovitis-Aktivität im Powerdoppler und die klinische Krankheitsaktivität gut korreliert.

Die Dosis des TNF- α -Blockers sollte allenfalls mit Vorsicht reduziert werden, riet Backhaus. Die Rheumatologin begründet diese Aussage mit den Ergebnissen einer Studie bei 122 RA-Patienten. Wurde die TNF- α -Blocker-Dosis um 50 % reduziert, zeigten 69 % der Patienten im Ultraschall eine Synovitis. Eine Dosisreduktion um 25 % führte immerhin noch bei 39 % zu einer Synovitis. *mh*

Serotonin-Wiederaufnahmehemmer plus Benzodiazepin – für Rheumakranke ungeeignet

— Die Lebenszeitprävalenz von Depressionen liegt in der Allgemeinbevölkerung bei 15 %. Für Patienten mit rheumatoider Arthritis (RA) beträgt sie hingegen 28 %. Diese Zahlen nannte Prof. Dieter F. Braus, Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden. Bei Menschen unter 60 Jahren sind Depressionen weltweit die häufigste Invaliditätsursache, gab Braus zu bedenken. Mit drei einfachen Fragen können jeder Arzt einer Depression auf die Spur kommen:

— Haben Sie sich in den vergangenen zwei Wochen niedergeschlagen oder hoffnungslos gefühlt?

— Haben Ihr Interesse oder Ihre Freude Dinge zu tun abgenommen?

— Haben sich Ihr Schlaf (und die Libido) verändert?

Mit einigen wenigen Medikamenten sollten Ärzte – auch Rheumatologen – bei Depressionen vertraut sein: Der selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) Escitalopram/Citalopram sei wegen des Risikos der QT-Zeitverlängerung eher für jüngere Patienten geeignet. Der SSRI Sertralin sei bei Älteren ratsam. Eine mögliche Therapie-Option seien auch selektive Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SNRI) wie Duloxetine. Bupropion oder Agomelatin stünden als Reservemedikamente zur Verfügung. Kurzzeittherapie bedeute in der Psychiatrie immer eine mindestens dreimonatige Be-

handlung, sagte Braus. Soll eine Pharmakotherapie beendet werden, müssen die Medikamente langsam ausgeschlichen werden – über mindestens drei Monate. Dabei gelte die Regel: Der zuerst verordnete Wirkstoff sollte als letzter abgesetzt werden. („first in – last out“).

Der Psychiater räumte auch mit dem Vorurteil auf, Antidepressiva würden die Selbstmordrate erhöhen. „Ein Suizid hat nichts mit Antidepressiva zu tun!“ Studiendaten zufolge hätten SSRI bei jüngeren Patienten keinen Effekt auf die Suizidalität, bei Älteren würden sie diese sogar reduzieren.

Die simultane Verordnung von Antidepressiva und Benzodiazepinen habe deutlich zugenommen. Bei dieser Kombination sei aber Zurückhaltung angesagt, mahnte der Psychiater. „Für Rheumapatienten ist das nichts.“ *mh*