

## 7.6.2.2

## Rheumatoide Arthritis

### Nomenklatur

#### DMARD-Nomenklatur:

<b>Synthetische DMARDS</b>	Konventionelle synthetische DMARDS: MTX, Leflunomid, Sulfasalazin, Hydroxychloroquin
<b>Biologische DMARDS</b>	biological originator DMARDS (boDMARDS) biosimilar DMARDS (bsDMARDS)

#### Medikamente:

<b>Niedrig-dosiertes Glukokortikoid</b>	Nach EULAR $\leq 7,5$ mg Prednisolonäquivalent. Nur bei $\leq 5$ mg für Langzeittherapie akzeptabel niedriges Risiko. Reduziere auf niedrig-möglichste Dosis – am besten bis zum kompletten Absetzen.
<b>TNF-Inhibitoren</b>	Adalimumab, Certolizumab, Etenercpt (bo + bs), Golimumab, Infliximab (bo + bs)
<b>Andere Biologika mit anderem Wirkmechanismus</b>	IL 6-Inhibitoren: Sarilumab, Tocilizumab Anti-CD20: Rituximab Anti-CTLA-4: Abatacept
<b>JAK-Inhibitoren</b>	Baricitinib, Tofacitinib

### Leitlinie rheumatoide Arthritis der DGRh 2018 (Phase 1-3)

#### Phase 1

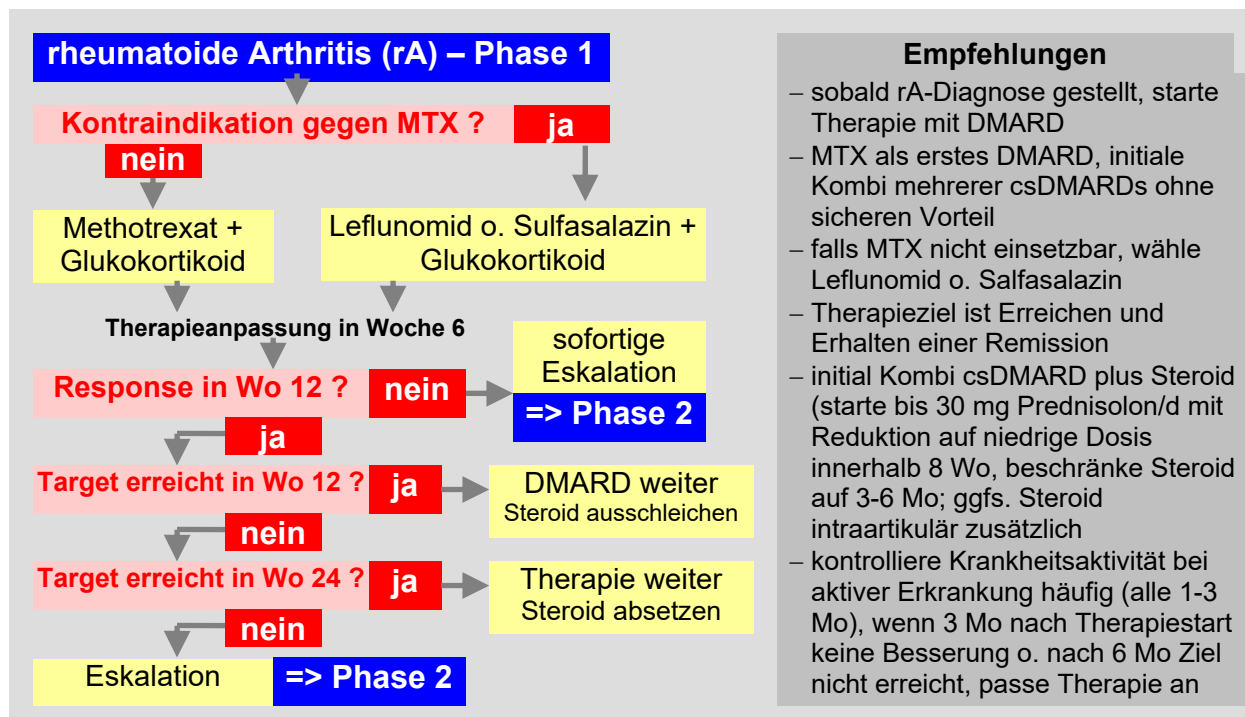


Abb. 1

## Phase 2

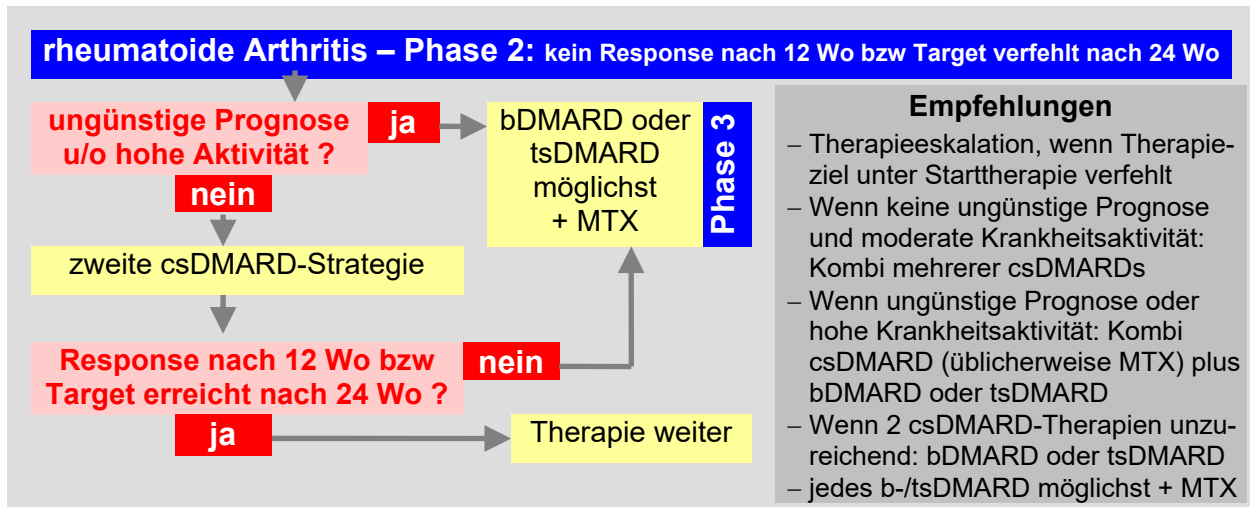


Abb. 2

## Phase 3

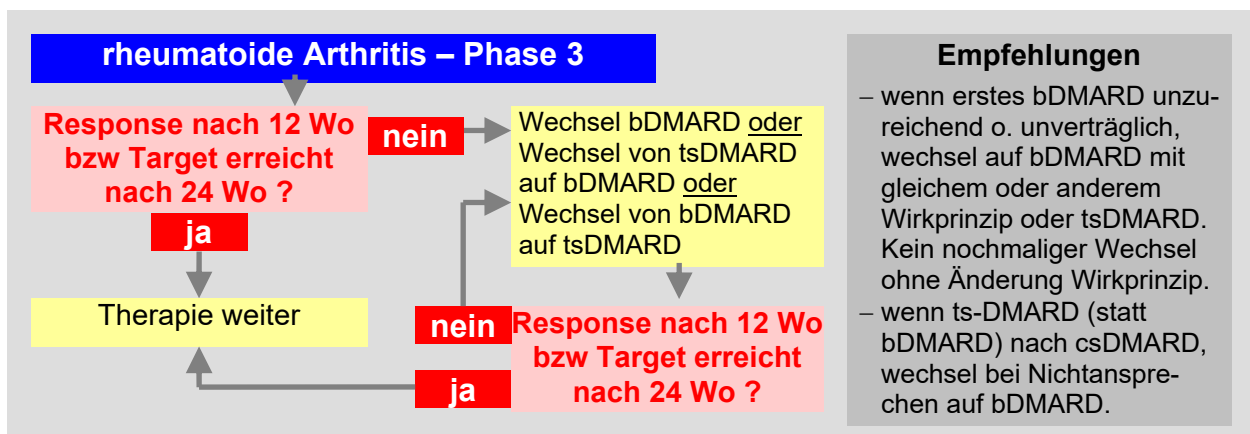


Abb. 3

## Übergeordnete Prinzipien (DGRh)

Therapie der rA zielt auf bestmögliche medizinische Betreuung und basiert auf gemeinsamen Entscheidungen von Patienten und Rheumatologen.

rA ist schwere Erkrankung, die mit hohen Kosten verbunden ist.

Es existieren keine zuverlässigen Biomarker für Therapieentscheidungen in der Routine. Entscheidungen werden u.a. nach Vortherapie, Krankheitsaktivität, Funktionsstatus, Bestehen von Erosionen, Komorbidität, Sicherheitsgedanken und Patientenpräferenz getroffen.

Für das Management von rA-Patienten – v.a. Bestimmung von Krankheitsaktivität und Pharmakotherapie – sind der Internistische u/o Orthopädische Rheumatologe zuständig. In der Versorgungsrealität werden krankheitsmodifizierende Pharmaka von Orthopäden, Unfallchirurgen, Orthopädischen Rheumatologen, Hausärzten und Dermatologen eingesetzt.

Therapieziel ist die Remission (Prinzip „treat-to-target“), alternativ eine niedrigere Krankheitsaktivität, sofern Remission nicht erreichbar.

Glukokortikoide möglichst bei jedem Pat ausschleichen. Deeskalation der Basistherapie kann bei anhaltender Remission ohne Steroid erwogen werden – basierend auf gemeinsamer Entscheidung von Arzt und Patient.