

## Publication of the Month

### August 08/10: Neue Klassifikationskriterien für rheumatoide Arthritis (RA)

Aletaha D, Neogi T, Silman AJ et al.

**2010 Rheumatoid Arthritis Classification Criteria. An American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism Collaborative Initiative (Klassifikationskriterien für rheumatoide Arthritis 2010. Eine gemeinsame Initiative des American College of Rheumatology und der European League Against Rheumatism)**

*Arthritis Rheum 2010; 62: 2569-2581*

Der optimierte Einsatz von Basistherapeutika (DMARD = disease modifying antirheumatic drugs) und die Verfügbarkeit neuer Biologika haben die Behandlungserfolge von rheumatoider Arthritis (RA) in den letzten zehn Jahren deutlich verbessert. Außerdem wurde erkannt, dass die frühe Therapie von RA zu besseren klinischen Ergebnissen führt und das Auftreten von Gelenkschäden und Gelenksteifigkeit reduziert. Zweifellos ist es ideal, Patienten bereits in einem Stadium zu behandeln, in dem das Fortschreiten der Gelenkzerstörung noch verhindert werden kann.

Ein Kriterienkatalog zur Klassifizierung von RA, der weltweit sehr häufig verwendet wird, ist der 1987 vom American College of Rheumatology (ACR, früher: American Rheumatism Association, ARA) aufgestellte. Diese Kriterien sind als Maßstab für die Klassifikation rheumatischer Erkrankungen anerkannt, helfen allerdings nicht bei der Identifizierung von Patienten, die von einer frühzeitigen Therapie profitieren würden. Das Ziel moderner Therapien ist jedoch, das Auftreten des in den RA-Kriterien von 1987 beschriebenen chronischen, erosiven Krankheitsstadiums zu vermeiden.

Zur Entwicklung eines neuen RA-Klassifikationsansatzes wurde deshalb eine gemeinsame Arbeitsgruppe des ACR und der European League Against Rheumatism (EULAR – Europäische Liga gegen Rheumatismus) gebildet. Während Klassifikationskriterien im Allgemeinen als Diagnosehilfen eingeführt werden, stand die Entwicklung von Diagnosekriterien oder eines Referenzschemas für Hausärzte hier nicht im Mittelpunkt der Bemühungen. Vielmehr sollten Klassifikationskriterien für RA entwickelt werden, die die Untersuchung von Patienten in frühen Stadien der Krankheit erleichtern.

Die Kriterien werden mit Punkten bewertet, wobei maximal 10 Punkte erreicht werden können. Vier Kategorien werden berücksichtigt: die Anzahl der betroffenen Gelenke, die Serologie (Rheumafaktor und ACPA), Entzündungsmarker und Symptombdauer. Die neuen Kriterien und das Bewertungssystem sind auf der nächsten Seite aufgeführt.

**Diskussion:** Der Ausdruck „Klassifikationskriterien“ – im Gegensatz zu „Diagnosekriterien“ – wurde von der Arbeitsgruppe bewusst gewählt. Kliniker können RA eventuell auch bei Patienten diagnostizieren, die die Klassifikationskriterien nicht erfüllen oder Merkmale aufweisen, die nicht darin aufgeführt sind.

Allgemeinmediziner haben nicht den Auftrag, eine Gelenkkrankheit zu klassifizieren, sondern eine Verdachtsdiagnose zu stellen und den Patienten für eine endgültige Diagnose und einen möglichst frühen Behandlungsbeginn an einen Rheumatologen zu überweisen. Patienten können nach den neuen Klassifikationskriterien vielleicht nur 4 oder 5 Punkte haben, aber dennoch kann bei ihnen ggf. RA diagnostiziert werden und sie sollten so früh wie möglich behandelt werden.

ACPA (Antikörper gegen zyklische citrullinierte Peptide, in den meisten Fällen Anti-CCP) sind in den neuen Kriterien eingeschlossen. Ihrer Rolle als frühe spezifische Marker scheint aber nur teilweise Rechnung getragen zu werden: Der Rheumafaktor und Anti-CCP haben denselben Punktwert, obwohl viele Studien belegen, dass Anti-CCP aussagekräftiger ist. Während alle Vorschläge für diagnostische Kriterien in den letzten Jahren Anti-CCP einen sehr hohen Punktwert zuordnen, können die Klassifikationskriterien durch eine höhere Bewertung von Anti-CCP gegenüber dem Rheumafaktor nicht deutlich verbessert werden.



## ACR/EULAR-Klassifikationskriterien für rheumatoide Arthritis 2010

Zielgruppe (Wer sollte getestet werden?): Patienten,

- 1) bei denen mindestens ein Gelenk von eindeutiger klinischer Synovitis betroffen ist
- 2) bei denen die Synovitis nicht eher durch eine andere Krankheit erklärt werden kann

Klassifikationskriterien für RA (Punktwert-basierter Algorithmus: Punktwerte der Kategorien A-D addieren; Für die definitive Diagnose von RA muss der Patient mindestens 6 von 10 Punkten erreichen.)

	Punkte
A. Gelenkbeteiligung	
1 großes Gelenk	0
2 - 10 große Gelenke	1
1 – 3 kleine Gelenke (mit oder ohne Beteiligung großer Gelenke)	2
4 – 10 kleine Gelenke (mit oder ohne Beteiligung großer Gelenke)	3
> 10 Gelenke (mindestens ein kleines Gelenk)	5
B. Serologie (für die Klassifikation muss mindestens ein Testergebnis vorliegen)	
negativer RF <i>und</i> negativer ACPA	0
niedrig positiver RF <i>oder</i> niedrig positiver ACPA	2
Hoch positiver RF <i>oder</i> hoch positiver ACPA	3
C. Entzündungsparameter (für die Klassifikation muss mindestens ein Testergebnis vorliegen)	
Normales CRP <i>und</i> normale BSG	0
Erhöhtes CRP <i>oder</i> erhöhte BSG	1
D. Dauer der Symptome	
< 6 Wochen	0
≥ 6 Wochen	1

**Bewertungssystem:** Die Anwendung dieser Kriterien führt zu einem Punktwert zwischen 0-10, wobei ein Wert von  $\geq 6$  eine RA definitiv anzeigt. Patienten mit weniger als 6 Punkten können nicht eindeutig als RA-Fälle eingestuft werden, könnten diese Kriterien jedoch zu einem späteren Zeitpunkt erfüllen. Um einen Patienten eindeutig als RA-Patienten klassifizieren zu können, ist die Dauer der Symptome, eine gründliche Untersuchung der Gelenke, mindestens ein serologischer Test (RF oder ACPA) und eine Messung von Entzündungsparametern (Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit (BSG) oder C-reaktives Protein (CRP)) erforderlich. Einzelne Patienten können die RA-Kriterien bereits erfüllen, ohne dass alle Tests durchgeführt wurden. So erzielen z. B. Patienten mit einer ausreichenden Anzahl an betroffenen Gelenken und langer Symptombdauer auch unabhängig von ihrem serologischen Ergebnis und den Entzündungsparametern 6 Punkte.