

# Persönliche PDF-Datei für Bauhammer J.

Mit den besten Grüßen von Thieme

[www.thieme.de](http://www.thieme.de)

## Management der rheumato- iden Arthritis beim älteren Patienten

### arthritis + rheu- ma - Zeitschrift für Orthopädie und Rheumatologie

2023

245–251

10.1055/a-2041-2229

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kolleginnen und Kollegen oder zur Verwendung auf der privaten Homepage der Autorin/des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

#### Copyright & Ownership

© 2023. Thieme. All rights reserved.

Die Zeitschrift *arthritis + rheuma - Zeitschrift für Orthopädie und Rheumatologie* ist Eigentum von Thieme.

Georg Thieme Verlag KG,  
Rüdigerstraße 14,  
70469 Stuttgart, Germany  
ISSN 0176-5167

# Management der rheumatoiden Arthritis beim älteren Patienten

**Autorin**  
**Jutta Bauhammer**

**Institut**  
Praxis für Rheumatologie, Tätigkeitsschwerpunkt Klinische Immunologie, Medical Center Baden-Baden, Baden-Baden

**Schlüsselwörter**  
Late-onset rheumatoide Arthritis, rheumatoide Arthritis, älterer Patient, Biologika-Therapie, Therapiesicherheit

**Bibliografie**  
arthritis + rheuma 2023; 43: 245–251  
**DOI** 10.1055/a-2041-2229  
**ISSN** 0176-5167  
© 2023. Thieme. All rights reserved.  
Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,  
70469 Stuttgart, Germany

## ZUSAMMENFASSUNG

46% der Patienten mit einer rheumatoiden Arthritis (RA) in Deutschland sind 65 Jahre oder älter. Sie erkranken entweder in diesem Alter neu, als Late-onset rheumatoide Arthritis (LORA) bezeichnet, oder bringen eine vorbestehende, ggf. langjährige und fortgeschrittene RA ins Alter mit. Die LORA unterscheidet sich im klinischen und serologischen Bild von der RA im jüngeren Alter. Sie verläuft jedoch mit gleicher Aktivität und dem gleichen Risiko für Gelenkdestruktionen und Folgeschäden und sollte ebenso konsequent nach dem Treat-to-Target-Prinzip behandelt werden. Eine Therapie mit konventionellen oder biologischen DMARD ist bei älteren RA-Patienten wirksam und ausreichend sicher. Der Einsatz der Januskinase-Inhibitoren ist bei Patienten > 65 Jahre nicht oder nur nach Risikoabwägung empfohlen. Da ältere RA-Patienten häufiger komorbid sind, sind Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten, des Weiteren Vorerkrankungen und die Nierenfunktion in die Therapieentscheidung zu integrieren. Geriatrische Gesichtspunkte sollten in die Führung der DMARD-Therapie und die nichtmedikamentöse Behandlung einbezogen werden.

## Einführung und Prävalenz, Inzidenz

Die Prävalenz der rheumatoiden Arthritis (RA) in Deutschland wird auf 0,8–1,2% geschätzt [1, 2]. Der Anstieg im Vergleich zu früheren Daten wird neben einer verbesserten Frühdiagnostik und einer verbesserten Therapie maßgeblich durch die gesellschaftliche Altersentwicklung erklärt. So ist die Zahl der Menschen ab 65 Jahre in Deutschland zwischen 1991 und 2021 von 12 auf 18,4 Millionen gestiegen, was einem Bevölkerungsanteil von 22% entspricht (www.destatis.de). 46% der RA-Patienten in Deutschland sind 65 Jahre oder älter [3]. Die höchste Prävalenz und ebenso die höchste Inzidenz findet sich in der Altersgruppe der 65- bis 79-Jährigen mit 2,66% bzw. 157,5 Neuerkrankten pro 100 000 Einwohner [4]. In der Betreuung von Patienten mit RA ist es daher lohnend und wichtig, die Besonderheiten der RA im Alter und ihrer Therapie sowie wichtige geriatrische Gesichtspunkte zu kennen.

Menschen > 65 Jahren mit RA können entweder in diesem Alter neu erkranken, als Late-onset RA (LORA) bezeichnet oder ihre vorbestehende, ggf. langjährige und fortgeschrittene RA ins Alter mitbringen. Bei der zweiten Gruppe bestehen häufig fortgeschrittene Gelenkdestruktionen mit oder ohne stattgehabte rheumachirurgische Intervention und/oder eine langjährige Prednisolon-Einnahme mit steroid-induzierter Komorbidität. Sie bringen also oft ein hohes Maß an chronischen funktionellen Einschränkungen ins Alter mit.

Die mit dem Lebensalter steigende Inzidenz der RA wird auf Alterungsvorgänge des Immunsystems zurückgeführt, die sogenannte Immunseneszenz. Betroffen ist sowohl das angeborene als auch das erworbene Immunsystem. U. a. entsteht eine unspezifisch chronisch erhöhte Aktivität mit verstärkter Bildung proinflammatorischer Zytokine, Chemokine und Akute-Phase-Proteine, ein Prozess der als Inflammaging bezeichnet wird [5]. Es kommt zu einer weiteren Involution des Thymus mit Abnahme an naiven T-Zellen. Verschiedene Immunzelltypen weisen Alterungsvorgänge auf, so z. B. T-Zellen mit Verlust des Oberflächmoleküls CD-28, Telomer-Verkürzung, peripherer T-Zellerschöpfung, u. a. [5, 6]. Die Fähigkeit zur Immuntoleranz lässt nach [7]. Durch die Vorgänge werden chronische Entzündung und Autoimmunität ebenso begünstigt wie eine Infektanfälligkeit.

## Klinisches Bild der LORA

Phänotyp der LORA und der RA im jüngeren Lebensalter, auch als Young-onset RA (YORA) bezeichnet, unterscheiden sich. Klinisch besteht bei der LORA häufiger ein sehr akuter Symptombeginn, eine hohe systemische Entzündungsaktivität und ein Befall primär der großen stammnahen Gelenke mit polymyalgiformen Begleitsymptomen und akuter Minderung des Allgemeinzustands [6]. B-Symptome inklusive Gewichtsabnahme können auftre-

ten. Kleine und mittelgroße Gelenke sind weniger häufig oder nur mild befallen. Damit ist die LORA neben der Riesenzellarteriitis eine Differenzialdiagnose der Polymyalgia rheumatica, insbesondere wenn ein erhöhter Bedarf an Glukokortikoiden (GC) oder eine nur zögerliche Besserungstendenz besteht.

Die LORA betrifft häufiger auch Männer als die YORA. Das Geschlechterverhältnis bezogen auf die Inzidenz verschiebt sich für Frauen zu Männer von 2,9:1 im Alter < 35 Jahre auf 2,0:1 in der Altersgruppe 50 bis 64 Jahre, auf 1,6:1 bei den 65- bis 79-Jährigen und 1,2:1 bei den ≥ 80-Jährigen [4].

Serologisch ist die LORA häufiger seronegativ für Rheumafaktor und anti-CCP-Antikörper [6]. Es finden sich höhere Spiegel an Interleukin-6 (IL-6) und höhere Werte für C-reaktives Protein (CRP) und Blutsenkung (BSG) [6]. Werte bis CRP 150–250 mg/dl bzw. BSG 80–120 mm werden regelmäßig beobachtet. Durch den akuten Beginn mit AZ-Minderung, hohen Entzündungswerten, B-Symptomatik und dem wenig offensichtlichen oligosymptomatischen Gelenkbefall gelangen immer wieder Patienten erst nach ausgiebiger Infektabklärung zur rheumatologischen Beurteilung.

Die Merkmale der LORA im Vergleich zur YORA sind im Kasten „Merkmale der LORA im Vergleich zu YORA“ zusammengefasst.

#### MERKMALE DER LORA IM VERGLEICH ZUR YORA

- Oft hohe systemische Entzündungsaktivität mit hohen CRP/BSG- und IL-6-Werten.
- Akuter Beginn, initiales Bild oft ähnlich einer schweren akuten Infektion.
- Häufig oligoartikulärer Befall primär der großen stammnahen Gelenke.
- Großteils polymyalgiforme Begleitsymptome.
- B-Symptome möglich.
- Öfter seronegativ für Rheumafaktor und anti-CCP-Antikörper.
- Steigender Männeranteil.

LORA = Late-onset rheumatoide Arthritis;  
YORA = Young-onset rheumatoide Arthritis;  
CRP = C-reaktives Protein; BSG = Blutsenkungsgeschwindigkeit; IL-6 = Interleukin-6

LORA und YORA weisen eine gleichartige hohe Aktivität und ein gleichartiges Potenzial für Gelenkdestruktionen, extraartikuläre Beteiligung und Folgerisiken der chronischen systemischen Entzündung auf [8–10]. Auch gibt es keine Datengrundlage für die Annahme, dass eine langjährige RA im Alter ausbrennt [11]. Die RA verläuft also weder

als LORA noch als vorbestehende RA im Alter per se milder als im jüngeren Lebensalter.

Extraartikuläre Manifestationen einer RA können in jedem Lebensalter auftreten. Bei älteren RA-Patienten ist insbesondere auf eine interstitielle Lungenbeteiligung (RA-ILD) zu achten. Alterungsvorgänge der Lunge scheinen das Auftreten einer ILD zu begünstigen [12]. Die Erstmanifestation einer RA-ILD wird am häufigsten in der fünften und sechsten Lebensdekade beschrieben; die einer akuten Exazerbation in der siebten Lebensdekade [13, 14]. Höheres Alter gilt sowohl als einer der Risikofaktoren für die Entwicklung einer RA-ILD als auch für eine erhöhte Mortalität bei bestehender RA-ILD [15].

### Therapie der RA im höheren Lebensalter

In jedem Lebensalter sollte eine RA konsequent und nach dem Treat-to-Target-Prinzip behandelt werden. Zahlreiche Arbeiten haben gezeigt, dass eine Therapie mit „Disease-Modifying Anti-Rheumatic Drugs“ (DMARD) im Alter genauso effektiv und rasch wirksam ist wie bei jüngeren Patienten gemessen an den Aktivitäts-Scores DAS28, CDAI oder SDAI [8–10, 16, 17]. Diese Daten sind wichtig, da ältere und ko- oder multimorbide Patienten in Zulassungsstudien meist ausgeschlossen wurden.

Beim Einsatz von konventionellen DMARD (csDMARD) sind Wechselwirkungen mit anderen Medikamenten sowie eine chronische Niereninsuffizienz bei Verordnung von Methotrexat (MTX) bzw. Sulfasalazin und eine instabile arterielle Hypertonie, Polyneuropathie und Diarrhö bei Verordnung von Leflunomid zu beachten. Häufig liegt eine Polypharmazie vor, definiert als gleichzeitige Dauereinnahme von 5 Arzneimitteln oder mehr. Bezüglich Wechselwirkungen sei auf die aktuelle Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie verwiesen [18] und insbesondere auf das Wechselwirkungsrisiko von MTX mit Novaminsulfon hingewiesen, eine Kombination, die gerade im höheren Alter mit dem Risiko für Hämatoxizität assoziiert ist.

Zu Beginn ist eine reduzierte Startdosis der csDMARD mit langsamer Dosissteigerung bei guter Verträglichkeit und stabilen Laborwerten zu empfehlen („Start slow, go slow“). Bei MTX bietet sich ab dem 70.–75. Lebensjahr und in Abhängigkeit der glomerulären Filtrationsrate (GFR) z. B. eine Startdosis mit MTX 10 mg subkutan pro Woche an. Ab einer GFR ≤ 45–50 ml/min sollte MTX nicht mehr neu begonnen werden. Geachtet werden sollte unter MTX des Weiteren auf Komorbidität und -medikation mit einem erhöhten Risiko für GFR-Schwankungen, wie z. B. eine Herzinsuffizienz mit Diuretika-Therapie. Auch bei Leflunomid bietet sich eine reduzierte Startdosis von 10 mg täglich an und bei Sulfasalazin von 1,0–1,5 g täglich.

Die gleichartig gute Wirksamkeit wurde auch für Biologika gezeigt [8–10, 16, 17]. Von Seiten der Datenlage ist die Therapie mit Biologika (bDMARD) des Weiteren auch in höherem Lebensalter ausreichend sicher. Zwar besteht im Alter > 70 Jahre in den meisten Studien eine höhere Rate an unerwünschten Ereignissen (UAW) inklusive Infektionen [8, 10, 17]. Eine Auswertung aus dem deutschen RABBIT-Register zeigt aber, dass das Infektionsrisiko für RA-Patienten > 70 Jahre führend durch die Komorbidität wie chronische Lungenerkrankung, Niereninsuffizienz und Diabetes mellitus sowie durch eine GC-Therapie steigt und nicht oder kaum durch die bDMARD-Substanz im Vergleich zu MTX selbst [19]. Ähnliche Risikoverhältnisse wurden auch in anderen Arbeiten beobachtet [10]. Bei bestehender Indikation kann eine bDMARD-Therapie insofern durch Senkung von GC-Bedarf und Krankheitsaktivität das Infektionsrisiko günstig beeinflussen. Die Auswahl eines bDMARD mit kurzer Halbwertszeit kann von Vorteil sein. bDMARD zeichnen sich im Unterschied zu cs/tsDMARD des Weiteren durch ihre fehlende Interaktion mit anderen Medikamenten und ihre Einsatzfähigkeit auch bei fortgeschrittener Niereninsuffizienz aus.

Auch wenn die Januskinase-Inhibitoren im höheren Lebensalter ebenfalls gut wirksam und die kurze Halbwertszeit sowie die orale Formulierung im geriatrischen Sinne eigentlich günstig sind, sollte diese Wirkstoffgruppe aufgrund der Daten der ORAL-Surveillance-Studie mit Nachweis einer erhöhten Rate an kardiovaskulären und thromboembolischen Ereignissen sowie Malignomen u. a. im Alter > 65 Jahre nicht mehr oder nur nach ausführlicher Risikoabwägung eingesetzt werden [20]. Bei Verwendung sind Nierenfunktion und potenzielle Wechselwirkungen zu beachten.

GC sollten nicht nur bezüglich des Infektionsrisikos, sondern auch in Bezug auf Komorbidität wie Osteoporose, Diabetes mellitus, KHK/AVK u. a. so niedrig dosiert und so kurz wie möglich und nur unter konsequenter Osteoporose-Prophylaxe eingesetzt werden. Die S2e-Leitlinie zur Therapie der rheumatoiden Arthritis empfiehlt einen zeitlich begrenzten Einsatz für maximal 3–6 Monate und gilt für ältere Patienten in gleichem Maß wie für jüngere [21].

Die Versorgungsdaten in Deutschland zeigen, dass zwar cs-DMARD im Alter etwa zu gleichen Anteilen wie im jüngeren Alter eingesetzt werden, b/tsDMARD allerdings bei älteren Patienten seltener und dafür häufiger GC und zu einem gewichtigen Anteil NSAR verordnet werden [22]. So erhielten nur 27% der 70–79-jährigen und 23% der ≥ 80-jährigen eine bDMARD-Therapie in Vergleich zu 33% der 40–59-jährigen und 42% der 18–39-jährigen. Hingegen wurden 34% der 70–79-jährigen und 38% der ≥ 80-jährigen GC verordnet im Vergleich zu 28% der 40–59-jährigen bzw. 25% der 18–39-jährigen. NSAR und Coxibe erhielten trotz der hohen Rate an potenziellen UAW im Alter von 70 bis 79 Jahre im-

merhin noch 37% und im Alter ≥ 80 Jahre auch noch 29% der Patienten. Dies zeigt, dass bDMARD trotz der guten Datenlage zu Wirksamkeit und Sicherheit im Alter weiterhin seltener verordnet werden unter Inkaufnahme einer notwendigen GC- und NSAR-Gabe.

Zur Prophylaxe von Infektionen sollte ergänzend auf einen vollständigen Impfstatus nach den STIKO-Empfehlungen geachtet werden. In der täglichen Praxis besteht auf Seiten der Hausärzte häufig Unsicherheit, welche Impfungen unter einer DMARD-Therapie erlaubt sind. Hilfreich ist daher eine gute Kommunikation mit den Hausärzten oder auch die Ausgabe eines Impfinformationsblatts direkt bei Erstdiagnose und Ersteinstellung einer DMARD-Therapie.

Empfehlungen zur DMARD-Therapie im Alter sind im Kasten „Empfehlungen zur DMARD-Therapie im Alter“ zusammengefasst.

#### EMPFEHLUNGEN ZUR DMARD-THERAPIE IM ALTER

- Anwendung des Treat-to-Target-Prinzips.
- „Start low, go slow“: Bei csDMARD mit niedriger Dosis starten, nach Verträglichkeit und Labor langsam steigern.
- GFR-Verlauf vor MTX prüfen. Kein MTX-Start bei GFR < 45–50 ml/min. Komorbidität und -medikation mit erhöhtem Risiko für GFR-Schwankungen erfassen.
- Vor Leflunomid auf instabile arterielle Hypertonie, Polyneuropathie und Diarrhö achten.
- Ein schriftlicher Medikationsplan ist Pflicht. Bei Wochenmedikamenten wie MTX konkreten Wochentag definieren.
- GC so niedrig und so kurz wie möglich einsetzen. Längerdauernde GC-Therapie vermeiden.
- Unter GC konsequente Osteoporose-Prophylaxe und Knochendichtemessung je nach Risikoprofil.
- Regelmäßige Überwachung der Medikationsliste mit Prüfung auf mögliche Interaktionen.
- Impfstatus bzgl. Standard- und Indikationsimpfungen prüfen und vervollständigen.
- Ggf. Auswahl eines bDMARD mit kurzer Halbwertszeit.

DMARD = Disease-modifying Anti-rheumatic Drug; MTX = Methotrexat; GFR = Glomeruläre Filtrationsrate; GC = Glukokortikoide; bDMARD = biologisches DMARD

#### Weitere geriatrische Gesichtspunkte

Akuterkrankung führen in höherem Lebensalter regelhaft zu einem raschen Funktionsverlust, von welchem sich die Patienten trotz guter Therapie der auslösenden Erkran-

► **Tab. 1** Geriatrische Assessments Chair-Stand-up-Test und Timed-up-and-go-Test.

Chair-Stand-up-Test	Timed-Up-and-Go-Test
erfasst: Beinkraft, Sturzrisiko	erfasst: Lokomotion, Muskelfunktion, Beinkraft
Durchführung: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ablauf demonstrieren</li> <li>• 5-maliges freies Aufstehen vom Stuhl mit verschränkten Armen vor dem Oberkörper, Messung der benötigten Zeit</li> </ul>	Durchführung: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ablauf demonstrieren</li> <li>• Aufstehen vom Stuhl, 3 m hin und zurück gehen, hinsetzen gegen Messung der Zeit, Hilfsmittel sind erlaubt</li> </ul>
Interpretation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zeitbedarf &gt; 12 Sek.: erhöhtes Sturzrisiko</li> </ul>	Interpretation: <ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; 10 Sek.: keine Einschränkung der Alltagsmobilität</li> <li>• 11–19 Sek.: geringe Einschränkung</li> <li>• 20–29 Sek.: relevante funktionelle Einschränkung mit Abklärungsbedarf</li> <li>• &gt; 30 Sek.: schwere Einschränkung</li> </ul>
Zeitbedarf: 2–3 Minuten	Zeitbedarf: ca. 5 min, abhängig von Mobilität

Sek. = Sekunden; zusammengestellt nach: kcgeriatrie.de (frei verfügbar über: <https://www.kcgeriatrie.de/assessments-in-der-geriatrie/assessmentbereiche/>)

kung nur schwer und zögerlich erholen. Dies trifft auch auf systemische Entzündungserkrankungen zu. Bei der RA kann der akute Funktionsverlust durch den direkten Befall des muskuloskelettalen Systems besonders gravierend ausfallen. In dieser Situation haben die stationäre, gerontorheumatologisch geführte frührehabilitative Komplextherapie und/oder eine geriatrische Rehabilitation bzw. eine konsequente ambulante Physio- und Ergotherapie ihren Stellenwert mit dem Ziel, Selbstständigkeit zu erhalten und Pflegebedürftigkeit zu verhindern. Zur Erfassung der Funktionseinschränkungen in den verschiedenen Lebensbereichen ist die Durchführung eines geriatrischen Assessments sinnvoll und in den Kliniken mit geriatrischen Behandlungsprogrammen Standard. In der ambulanten Versorgung ist das geriatrische Assessment mangels Vergütung in Deutschland und aufgrund des Zeitaufwands schwieriger umzusetzen. Die Schmerzskala wird in rheumatologischen Ambulanzen und Praxen im Allgemeinen routinemäßig abgefragt. Daneben sind Assessments wie der Chair-Stand-up- oder der Timed-up-and-go-Test zur Erfassung von Beinkraft, Lokomotion und Sturzgefahr mit wenig Zeitaufwand möglich und auch an geschultes Assistenzpersonal delegierbar. Diese beiden Assessments sind daher beispielhaft in ► **Tab. 1** beschrieben. Die Zusammenarbeit mit den Physio- und Ergotherapeuten kann des Weiteren genutzt werden, um eine adäquate Hilfsmittelausstattung zu etablieren, wie z. B. einen passgenauen Rollator oder bedienfähige Orthesen.

## Sarkopenie und Stürze

Sarkopenie beschreibt den Verlust an Muskelmasse, Muskelkraft und Muskelleistung. Sie kann durch den allgemeinen Alterungsprozess auftreten, aber auch sekundär durch altersunabhängige Faktoren begünstigt werden. Systemische Entzündungserkrankungen zählen hierzu ebenso wie inadäquate Ernährung oder Medikamente (z. B. GC). In einer aktuellen monozentrischen Studie an einem rheu-

matologischen Zentrum in Deutschland wurde die Prävalenz einer gesicherten Sarkopenie bei stationären Patienten mit RA im Alter  $\geq 65$  Jahre auf 11,1 % errechnet, die einer wahrscheinlichen auf 61,9 % [23]. 42,6 % der untersuchten Patienten waren in den 12 Monaten vor stationärer Aufnahme gestürzt. Stürze korrelieren bei RA-Patienten mit der Höhe der Krankheitsaktivität [24]. Eine konsequente antirheumatische Therapie hat daher auch in diesem Bezug ihren Stellenwert. Die Daten einer Metaanalyse zeigen, dass sich Muskelmasse und -funktion unter einer bDMARD-Therapie signifikant bessern [25]. Da Tumornekrosefaktor(TNF)-alpha und IL-6 eine hemmende Wirkung auf die Muskelproteinsynthese haben, kann dem Therapieprinzip der TNF-alpha- und der IL-6-Hemmung eine mögliche direkte positive Wirkung parallel zur Entzündungshemmung zugesprochen werden [26, 27]. Daneben sollte im Rahmen einer länger- bis langfristigen Physiotherapie Kraftaufbau und Gangschulung erfolgen und auf eine ausreichende Kalorien- und Proteinzufuhr im Rahmen der Ernährung, auf eine adäquate Vitamin-D3-Versorgung und einen möglichst kurzen Einsatz von GC geachtet werden [28].

## Kognitive Einschränkungen und Depression

Kognitive Einschränkungen sollten bei der Auswahl der medikamentösen Therapie bedacht werden. Die Ausgabe eines schriftlichen Medikationsplans ist Pflicht. Zur Erhöhung der Therapiesicherheit empfiehlt sich bei Intervallmedikamenten wie MTX oder auch eines s.c.-Biologikums die Wochentage konkret mit dem Patienten festzulegen und auf dem Medikationsplan festzuhalten. Je nach Ausmaß der kognitiven Einschränkung gilt es, das Verabreichen der Medikation durch Fremdhilfe innerhalb der Familie oder einen ambulanten Pflegedienst zu sichern. Unter GC sollte auf eine akute Verschlechterung oder Neuauftreten neuer kognitiver Defizite inklusive Desorientiert-

heit oder einer Angststörung, Manie bzw. Hypomanie geachtet werden. Dieses Risiko besteht in jedem Lebensalter und abhängig von der GC-Dosis [29, 30].

Die Erkrankung an einer RA stellt einen Risikofaktor für die Entwicklung einer Depression im Alter dar. In einer retrospektiven Analyse von Kodierungsdaten der Hausärzte wurde bei 22 % der Patienten mit einer LORA in einem Zeitraum von 5 Jahren die Diagnose einer Depression neu kodiert im Vergleich zu 14,3 % der Kontrollen [31]. Das entsprach einer Hazard Ratio von 1,55. Eine Möglichkeit des Screenings ist die geriatrische Depressionskala mit 15 Fragen, welche mit einem Zeitaufwand von 5 min durch Arzt oder Assistenzpersonal durchgeführt werden kann (frei verfügbar unter: <https://www.kcgeriatrie.de/assessments-in-der-geriatrie/assessmentbereiche/emotion/>).

#### FAZIT

- 46 % der Patienten mit RA in Deutschland sind 65 Jahre oder älter. Es ist daher sinnvoll, Besonderheiten der RA im höheren Lebensalter und ihrer Therapie zu kennen.
- Die LORA unterscheidet sich im klinischen und serologischen Bild von der YORA.
- Häufig kommt es bei Erstmanifestation und im Rahmen akuter Schübe zu akuten und relevanten Funktionseinschränkungen im Alltag bis hin zu Immobilisierung und Verlust der Selbstständigkeit.
- Die medikamentöse Therapie der RA ist im höheren Alter ebenso effektiv wie im jüngeren und sollte in gleicher Weise nach dem Treat-to-Target-Prinzip geführt werden.
- Bzgl. Therapiesicherheit spielen Komorbidität, Dosis und Dauer einer GC-Therapie sowie Wechselwirkungen bei Polypharmazie neben der individuell ausgewählten DMARD-Substanz eine wichtige Rolle.
- Geriatrische Syndrome wie Sarkopenie, Sturzrisiko, Kognition und Emotion/Depression sollten beachtet werden.

#### Interessenkonflikt

Referenten-, Beraterhonorare: Galapagos, Janssen-Cilag, Novartis, GlaxoSmithKline, AbbVie

#### Autorin



Jutta Bauhammer

#### Korrespondenzadresse

##### Dr. med. Jutta Bauhammer

Fachärztin für Innere Medizin, Rheumatologie, Immunologie, Geriatrie, Notfallmedizin  
Praxis für Rheumatologie, Tätigkeitsschwerpunkt Klinische Immunologie  
Medical Center Baden-Baden  
Beethovenstr. 2, 76530 Baden-Baden  
Deutschland  
[j.bauhammer@rheuma-badenbaden.de](mailto:j.bauhammer@rheuma-badenbaden.de)

#### Literatur

- [1] Albrecht K, Callhoff J, Strangfeld A. Steigt die Prävalenz der rheumatoiden Arthritis wirklich an? *Z Rheumatol* 2022; 81: 323–327
- [2] Albrecht K, Binder S, Minden K et al. Systematisches Review zur Schätzung der Prävalenz entzündlich rheumatischer Erkrankungen in Deutschland. *Z Rheumatol online first* 2023; doi:10.1007/s00393-022-01305-2
- [3] Thiele K, Albrecht K, Kopplin N, Callhoff J. Deutsches Rheuma-Forschungszentrum (DRFZ) Berlin, Programmbereich Epidemiologie und Versorgungsforschung. Daten aus der Kerndokumentation, persönliche Anfrage 05/2023
- [4] Steffen A, Holstiege J, Goffrier B, Bätzing J. Epidemiologie der rheumatoiden Arthritis in Deutschland – eine Analyse anhand bundesweiter vertragsärztlicher Abrechnungsdaten. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi). *Versorgungsatlas-Bericht Nr. 17/08*. Berlin 2017. DOI: 10.20364/VA-17.08
- [5] Barbé-Tuana F, Funchal G, Richter Schmitz CR et al. The interplay between immunesenescence and age-related diseases. *Sem Immunopathol* 2020; 42: 545–557
- [6] Serhal L, Lwin MN, Holroyd C et al. Rheumatoid arthritis in the elderly: Characteristics and treatment considerations. *Autoimmun Rev* 2020; 19: 10258
- [7] Prelog M. Aging of the immune system: A risk factor for autoimmunity? *Autoimmun Rev* 2006; 5(2): 136–139
- [8] Freitas R, Godinho F, Madeira N et al. Safety and Effectiveness of Biologic Disease-Modifying Antirheumatic Drugs in Older Patients with Rheumatoid Arthritis: A Prospective Cohort Study. *Drugs & Aging* 2020; 37: 899–907
- [9] Innala L, Berglin E, Möller B et al. Age at onset determines severity and choice of treatment in early rheumatoid arthritis: a prospective study. *Arthritis Res Ther* 2014; 16: R94
- [10] Ochi S, Mizoguchi F, Nakano K et al. Similarity of Response to Biologics Between Elderly-onset Rheumatoid Arthritis (EORA) and Non-EORA Elderly Patients: From the FIRST Registry. *J Rheumatol* 2021; 48: 1655–1662

- [11] Bauhammer J, Fiehn C. Älterwerden mit rheumatoider Arthritis – brennt die Erkrankung aus? *Z Rheumatol* 2018; 77: 355–362
- [12] Messina R, Guggino G, Benfante A et al. Interstitial Lung Disease in Elderly Rheumatoid Arthritis Patients. *Drugs & Aging* 2020; 37: 11–18
- [13] Kadura S, Raghu G. Rheumatoid arthritis-interstitial lung disease: manifestations and current concepts in pathogenesis and management. *Eur Respir Rev* 2021; 30: 210011
- [14] Hozumi H, Nakamura Y, Johkoh T et al. Acute exacerbation in rheumatoid arthritis associated interstitial lung disease: a retrospective case control study. *BMJ Open* 2013; 3: e003132
- [15] Fazeli MS, Khaychuk V, Wittstock K et al. Rheumatoid arthritis-associated interstitial lung disease: epidemiology, risk/prognostic factors, and treatment landscape. *Clin Exp Rheumatol* 2021; 39: 1108–1118
- [16] Jinno S, Onishi A, Dubreuil M et al. Comparison of the efficacy and safety of biologic agents between elderly-onset and young-onset RA patients: the ANSWER cohort study. *Rheumatology Int* 2020; 40: 1987–1995
- [17] Murota A, Kaneko Y, Yamaoka K et al. Safety of Biologic Agents in Elderly Patients with Rheumatoid Arthritis. *J Rheumatol* 2016; 43: 1984–1988
- [18] Fiehn C, Leipe J, Weseloh C et al. Bewertung von Wechselwirkungen und Dosierungsempfehlungen von synthetischen DMARDs – Evidenz- und konsensbasierte Empfehlungen auf Basis einer systematischen Literatursuche. *Z Rheumatol* 2023; 82: 151–162
- [19] Strangfeld A, Manger B, Worsch M et al. Ältere Patienten haben unter bDMARD- und JAK-Inhibitor-Therapie kein höheres Risiko für schwerwiegende Infektionen als unter csDMARD. Abstract DGRh-Kongress 2021; GM21dgrh111. doi:10.3205/21dgrh111
- [20] Ytterberg SR, Bhatt DL, Mikuls TR et al. Cardiovascular and Cancer Risk with Tofacitinib in Rheumatoid Arthritis. *NEJM* 2022; 386: 316–326
- [21] Fiehn C, Holle J, Iking-Konert C et al. S2e-Leitlinie: Therapie der rheumatoiden Arthritis mit krankheitsmodifizierenden Medikamenten. *Z Rheumatol* 2018; 77 (Suppl 2): S35–S53
- [22] Thiele K, Albrecht K, Kopplin N et al. Deutsches Rheuma-Forschungszentrum (DRFZ) Berlin, Programmbereich Epidemiologie und Versorgungsforschung. Standardpräsentation 2021, Daten aus der Kerndokumentation
- [23] Buehring B, Mueller C, Parvae R et al. Häufigkeit und Schweregrad von Sarkopenie bei Patient\*innen mit entzündlichen und nichtentzündlichen muskuloskeletalen Erkrankungen. Ergebnisse einer monozentrischen Studie in einem tertiären Zentrum. *Z Rheumatol online first*. doi: 10.1007/s00393-023-01332-7
- [24] Böhler C, Radner H, Ernst M et al. Rheumatoid arthritis and falls: the influence of disease activity. *Rheumatology* 2012; 51: 2051–2057
- [25] Ben Tekaya A, Mehli T, Ben Sassi M et al. Effects of biologic and target synthetic disease-modifying anti-rheumatic drugs on sarcopenia in spondyloarthritis and rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. *Clin Rheumatol* 2023; 42: 979–997
- [26] Lang CH, Frost RA, Nairn AC et al. TNF- $\alpha$  impairs heart and skeletal muscle protein synthesis by altering translation initiation. *Am J Physiol-Endocrinol Metab* 2002; 282: E336–347
- [27] Tsujinaka T, Fujita J, Ebisui C et al. Interleukin 6 receptor antibody inhibits muscle atrophy and modulates proteolytic systems in interleukin 6 transgenic mice. *J Clin Invest* 1996; 97: 244–249
- [28] Lange U. Sarkopenie und Frailty beim älteren Rheumapatienten. *Z Rheumatol* 2018; 77: 379–384
- [29] Kenna HA, Poon AW, de los Angeles CP et al. Psychiatric complications of treatment with corticosteroids: Review with case report. *Psych Clin Neurosciences* 2011; 65: 549–560
- [30] Judd LL, Schettler PJ, Brown ES et al. Adverse consequences of glucocorticoid medication: psychological, cognitive, and behavioral effects. *Am J Psychiatry* 2014; 171: 1045–1051
- [31] Drosselmeyer J, Jacob L, Rathmann W et al. Depression risk in patients with late-onset rheumatoid arthritis in Germany. *Qual Life Res* 2017; 26: 437–443