

Journal für  
**Mineralstoffwechsel**

Zeitschrift für Knochen- und Gelenkerkrankungen

Orthopädie • Osteologie • Rheumatologie

**News-Screen Rheumatologie**

Dejaco C, Duftner C

*Journal für Mineralstoffwechsel &*

*Muskuloskelettale Erkrankungen*

2011; 18 (1), 39-41

**Homepage:**

**[www.kup.at/  
mineralstoffwechsel](http://www.kup.at/mineralstoffwechsel)**

**Online-Datenbank mit  
Autoren- und Stichwortsuche**

Member of the



Indexed in SCOPUS/EMBASE/Excerpta Medica  
[www.kup.at/mineralstoffwechsel](http://www.kup.at/mineralstoffwechsel)



Offizielles Organ der  
Österreichischen Gesellschaft  
zur Erforschung des Knochens  
und Mineralstoffwechsels



Österreichische Gesellschaft  
für Orthopädie und  
Orthopädische Chirurgie



Österreichische  
Gesellschaft  
für Rheumatologie

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P. b. b. G Z 0 2 Z 0 3 1 1 0 8 M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

**Unsere Räucherkegel** fertigen wir aus den feinsten **Kräutern** und **Hölzern**, vermischt mit dem wohlriechenden **Harz** der **Schwarzföhre**, ihrem »Pech«. Vieles sammeln wir wild in den Wiesen und Wäldern unseres **Bio-Bauernhofes** am Fuß der Hohen Wand, manches bauen wir eigens an. Für unsere Räucherkegel verwenden wir reine **Holzkohle** aus traditioneller österreichischer Köhlerlei.

»Eure Räucherkegel sind einfach wunderbar.  
Bessere Räucherkegel als Eure sind mir nicht bekannt.«  
– Wolf-Dieter Storl

synthetische  
**OHNE**  
Zusätze

# Waldweihrauch

»Feines Räucherwerk  
aus dem *Schneeberg*«  
L A N D



[www.waldweihrauch.at](http://www.waldweihrauch.at)

# News-Screen Rheumatologie

C. Dejaco, C. Duftner

## ■ The Assessment of Spondyloarthritis in General Peripheral Spondyloarthritis and for International Society Classification Criteria for the Assessment of Spondyloarthritis

Rudwalei M, et al. *Ann Rheum Dis* 2010; 70: 25–31.

### Abstract

**Objective:** To evaluate new classification criteria for peripheral spondyloarthritis (SpA) in patients with SpA with peripheral manifestations only. **Methods:** In this Assessment of SpondyloArthritis International Society (ASAS) study, two prespecified sets of criteria were compared against the European Spondylarthropathy Study Group (ESSG) and Amor criteria in newly referred consecutive patients with undiagnosed peripheral arthritis, and/or enthesitis, and/or dactylitis that usually began before 45 years of age. The clinical diagnosis (SpA vs no SpA) made by the ASAS rheumatologist served as reference standard. **Results:** In all, 24 ASAS centres included 266 patients, with a final diagnosis of SpA being made in 66.2 %. After adjustments a final set of criteria showed the best balance between sensitivity (77.8 %) and specificity (82.9 %): arthritis and/or enthesitis and/or dactylitis plus (A) one or more of the following parameters: psoriasis, inflammatory bowel disease, preceding infection, human leucocyte antigen B27, uveitis, sacroiliitis on imaging, or (B) two or more other parameters: arthritis, enthesitis, dactylitis, inflammatory back pain in the past, family history of SpA. The new criteria performed better than modified versions of the ESSG (sensitivity 62.5 %, specificity 81.1 %) and the Amor criteria (sensitivity 39.8 %, specificity 97.8 %), particularly regarding sensitivity. In the entire ASAS population of 975 patients the combined use of ASAS criteria for axial SpA and ASAS criteria for peripheral SpA also had a better balance (sensitivity 79.5 %, specificity 83.3 %) than the modified ESSG (sensitivity 79.1 %, specificity 68.8 %) and Amor criteria (sensitivity 67.5 %, specificity 86.7 %), respectively. **Conclusions:** The new ASAS classification criteria for peripheral SpA performed well in patients presenting with peripheral arthritis, enthesitis and/or dactylitis.

### ASAS-Klassifikationskriterien 2010: Kriterien zur Klassifikation der peripheren Spondyloarthritis

Die hier präsentierten neuen Klassifikationskriterien der „Assessment of SpondyloArthritis International Society“ (ASAS) ermöglichen die Klassifikation von Patienten mit peripherer Spondyloarthritis (SpA) ohne primäre axiale Beteiligung (Tab. 1). Die ASAS-Kriterien (Sensitivität 77,8 %, Spezifität 82,9 %) weisen dabei eine höhere diagnostische Wertigkeit als die ESSG- (Sensitivität 62,5 %, Spezifität 81,1 %) und Amor-Kriterien (Sensitivität 39,8 %, Spezifität 97,8 %) auf.

Die wahrscheinlich größte Schwierigkeit in der Klassifikation der peripheren SpA ist die Heterogenität der Erkrankung. So

**Tabelle 1:** ASAS-Klassifikationskriterien für die periphere SpA

#### Arthritis oder Enthesitis oder Daktylitis PLUS

≥ 1 der folgenden SpA-Manifestationen/Parameter:

- Uveitis
- Psoriasis
- Morbus Crohn/Colitis ulcerosa
- Vorausgegangene Infektion
- HLA-B27
- Radiologisch verifizierte Sakroileitis

#### ODER

≥ 2 der folgenden SpA-Manifestationen:

- Arthritis
- Enthesitis
- Daktylitis
- Bestehender oder durchgemachter entzündlicher Wirbelsäulenschmerz
- Positive Familienanamnese für SpA

zeigten in dieser Studie 46,6 % der 266 untersuchten Patienten eine periphere Arthritis, 9,8 % eine Enthesitis und 1,9 % eine Daktylitis als Initialmanifestation. Eine Kombination peripherer Manifestationen (am häufigsten Arthritis und Enthesitis) kam bei 41 % der Patienten vor. Interessanterweise wurde bei 44 % und 20 % der SpA-Patienten eine Sakroileitis in der Magnetresonanztomographie bzw. im Röntgen gefunden, obwohl kein Patient zum Zeitpunkt der Untersuchung einen typisch entzündlichen Wirbelsäulenschmerz angab.

Ein Schwachpunkt der Studie ist die Anwendung der ärztlichen Diagnose „periphere SpA“ als Goldstandard, weil dieselben Experten, welche die Diagnose der peripheren SpA stellten, auch die neuen Kriterien entwickelten und testeten. Deshalb kann eine Verzerrung der Wertigkeit der einzelnen Parameter nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden.

### Fazit für die Praxis

Die neu definierten ASAS-Klassifikationskriterien der peripheren Spondyloarthritis zeigen eine gute diagnostische Wertigkeit und erfassen ein heterogenes Krankheitsbild, das sich initial mit einer peripheren Arthritis, Enthesitis und/oder Daktylitis präsentieren kann.

## ■ Classification of Rheumatoid Arthritis Comparison of the 1987 American College of Rheumatology Criteria and the 2010 American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism Criteria

Van der Linden MPM, et al. *Arthritis & Rheumatism* 2011; 63: 37–42.

### Abstract

**Objective:** New criteria to classify rheumatoid arthritis (RA) have been derived in order to increase the specificity and sensitivity for early RA compared with the 1987 American

*College of Rheumatology (ACR) criteria. The aim of this study was to evaluate differences in classification between the 1987 ACR criteria and the 2010 ACR/European League against Rheumatism (EULAR) criteria in an early arthritis cohort and to determine the test characteristics of the 2010 ACR/EULAR criteria. **Methods:** A total of 2258 patients with early arthritis included in the Leyden Early Arthritis Clinic cohort were studied. Fulfillment of the 1987 and 2010 criteria for the classification of RA was determined at baseline. The diagnosis of each patient at 1 year was assessed. The sensitivity and specificity of the 2010 criteria were determined using the following **Outcome Measures:** initiation of methotrexate therapy or any disease-modifying antirheumatic drug (DMARD) therapy during the first year of follow up and having persistent arthritis during 5 years of follow up. **Results:** At their first presentation, 1099 patients fulfilled the 2010 criteria, and 726 patients fulfilled the 1987 criteria for RA. Eighty-two of the 726 patients fulfilling the 1987 criteria did not fulfill the 2010 criteria. Sixty-eight % of the patients who fulfilled the 1987 criteria during the first year of disease but not at baseline did fulfill the 2010 criteria at baseline. In 18 % of patients, use of the 2010 classification criteria also led to a revoked classification at 1 year. The sensitivity and specificity of the 2010 criteria were 0.84 and 0.60, respectively, with methotrexate therapy as the outcome and 0.74 respectively with DMARD therapy as the outcome. With persistent arthritis as the outcome, the sensitivity and specificity of the 2010 criteria were 0.71 and 0.65, respectively. **Conclusion:** Compared with the 1987 criteria, the 2010 criteria classify more patients with RA and at an earlier phase of the disease. The discriminative ability of the 2010 criteria is acceptable.*

### Validierung der ACR/EULAR-Kriterien 2010 an 2200 Patienten der Früharthritis-Klinik Leyden

Die 2010 veröffentlichten ACR/EULAR-Kriterien zur Klassifikation der rheumatoiden Arthritis (RA) wurden mit dem Ziel entwickelt, Patienten in einer früheren Phase der Erkrankung zu erkennen, als dies mit den bisher etablierten 1987 ACR-Kriterien (welche in einer Kohorte mit durchschnittlicher Erkrankungsdauer von 7 Jahren entwickelt wurden) möglich war.

In der hier präsentierten retrospektiven Untersuchung wurden die neuen RA-Kriterien nun anhand einer großen Kohorte der Früharthritis-Klinik Leyden (durchschnittliche Dauer der Symptome bei Erstuntersuchung 6 Monate) validiert und mit der Aussagekraft der 1987 ACR-Kriterien verglichen. Das interessanteste Ergebnis dieser Arbeit ist, dass 68 % der Patienten, die innerhalb des ersten Jahres als RA anhand der 1987 ACR-Kriterien klassifiziert wurden (diese anfangs aber noch nicht erfüllten), bereits bei der Erstvisite positiv für die 2010 ACR/EULAR-Kriterien waren. Die Spezifität der Kriterien war in dieser Gruppe (2010 ACR/EULAR positiv und 1987 ACR negativ bei Erstuntersuchung) mit 72 % allerdings moderat. Wurden die Kriterien nur bei den Patienten angewendet, bei denen bei Erstuntersuchung keine eindeutige Alternativdiagnose vorlag, war die Spezifität der 2010 ACR/EULAR-Kriterien deutlich höher. In weiteren Analysen verwendeten die Autoren den Beginn einer Methotrexat-Therapie, den Beginn irgendeiner Basistherapie und die Persistenz der Arthritis als

Surrogatmarker für das Bestehen einer RA. Dabei wurden für die neuen RA-Kriterien höhere Sensitivitäten, aber niedrigere Spezifitäten als für die 1987-Kriterien errechnet.

Insgesamt zeigen diese Ergebnisse eine hohe Sensitivität der 2010 ACR/EULAR RA-Klassifikationskriterien, vor allem für die frühe RA. Die wichtigsten Unsicherheitsfaktoren der Studie sind die angewendeten Goldstandards: Die 1987 ACR-Kriterien weisen auch in späteren Stadien der RA keine 100%ige Sensitivität und Spezifität auf und die erwähnten Surrogatkriterien treffen auch bei anderen entzündlich rheumatischen Erkrankungen wie beispielsweise der Psoriasisarthritis zu. Welches allerdings der optimale Goldstandard für die RA in solchen Studien ist, bleibt vorerst offen.

### Fazit für die Praxis

Die neuen 2010 ACR/EULAR-Kriterien für die RA haben eine ausreichende Sensitivität und Spezifität und erkennen mehr Patienten in frühen Stadien der Erkrankung als die bisher etablierten 1987 ACR-Kriterien.

### ■ Mycophenolate Mofetil vs. Azathioprine for Remission Maintenance in Antineutrophil Cytoplasmic Antibody-Associated Vasculitis. A Randomized Controlled Trial

Hiemstra TF, et al. JAMA 2010; 304: 2381–8.

### Abstract

**Context:** Current remission maintenance therapies for antineutrophil cytoplasmic antibody (ANCA)-associated vasculitis (AAV) are limited by partial efficacy and toxicity. **Objective:** To compare the effects of mycophenolate mofetil with azathioprine on the prevention of relapses in patients with AAV. **Design, Setting, and Participants:** Open-label randomized controlled trial, international mycophenolate mofetil protocol to reduce outbreaks of vasculitides (IMPROVE), to test the hypothesis that mycophenolate mofetil is more effective than azathioprine for preventing relapses in AAV. The trial was conducted at 42 centers in 11 European countries between April 2002 and January 2009 (42-month study). Eligible patients had newly diagnosed AAV (Wegener granulomatosis or microscopic polyangiitis) and were aged 18–75 years at diagnosis. **Interventions:** Patients were randomly assigned to azathioprine (starting at 2 mg/kg/d) or mycophenolate mofetil (starting at 2000 mg/d) after induction of remission with cyclophosphamide and prednisolone. **Main Outcome Measures:** The primary end point was relapse-free survival, which was assessed using a Cox proportional hazards model. The secondary end points were Vasculitis Damage Index, estimated glomerular filtration rate, and proteinuria. **Results:** A total of 156 patients were assigned to azathioprine (n = 80) or mycophenolate mofetil (n = 76) and were followed up for a median of 39 months (interquartile range, 0.66–53.6 months). All patients were retained in the analysis by intention to treat. Relapses were more common in the mycophenolate mofetil group (42/76 patients) compared with the azathioprine group (30/80 patients), with an unadjusted hazard ratio (HR) for mycophenolate mofetil of

1.69 (95 % confidence interval [CI], 1.06–2.70;  $P = .03$ ). Severe adverse events did not differ significantly between groups. There were 22 severe adverse events in 13 patients (16 %) in the azathioprine group and there were 8 severe adverse events in 8 patients (7.5 %) in the mycophenolate mofetil group (HR, 0.53 [95 % CI, 0.23–1.18];  $P = .12$ ). The secondary outcomes of Vasculitis Damage Index, estimated glomerular filtration rate, and proteinuria did not differ significantly between groups. **Conclusions:** Among patients with AAV, mycophenolate mofetil was less effective than azathioprine for maintaining disease remission. Both treatments had similar adverse event rates.

### ANCA-assoziierte Vaskulitis: Höhere Relaps-Rate unter Mycophenolat-Mofetil als unter Azathioprin

Azathioprin (AZA), Methotrexat oder Leflunomid wurden 2008 von der EULAR zur Remissionserhaltung bei der ANCA-assoziierten Vaskulitis empfohlen, während Mycophenolat Mofetil (MMF) bei progressiver Erkrankung als Therapiealternative zur Verfügung steht. In bisherigen Studien zum systemischen „Lupus erythematoses“ war MMF allerdings meist gleich effektiv oder sogar wirksamer als AZA.

In der hier präsentierten randomisierten Multicenter-Studie wurden MMF und AZA zur Remissionserhaltung bei der ANCA-assoziierten Vaskulitis miteinander verglichen. Dabei erhielten 156 Patienten entweder 2 mg/kg Körpergewicht AZA oder 2 g MMF pro Tag, nachdem mit Cyclophosphamid und Kortikosteroiden eine Remission erzielt worden war. Ein Relapse der Erkrankung trat in einer medianen Nachbeobachtungszeit von 39 Monaten häufiger unter MMF als unter AZA auf (Hazard ratio 1,7). Dies traf sowohl für schwere als auch für leichtere Relapse-Episoden zu und wurde durch den Einschluss verschiedener Störvariablen in die Berechnung nicht wesentlich beein-

flusst. Bemerkenswert ist allerdings, dass es in beiden Gruppen zu einer vergleichbaren Zunahme der Organschädigung gemessen am „Vasculitis Damage Index“ kam.

Neben der fehlenden Verblindung der Gruppen ist die nicht maximal eingesetzte Dosis von MMF der wichtigste Unsicherheitsfaktor dieser Studie: Möglicherweise wäre durch die Steigerung von MMF eine niedrigere (und somit mit der unter AZA vergleichbare) Relapsrate möglich gewesen. Positiv ist zu bemerken, dass die Zahl der schweren unerwünschten Ereignisse (insbesondere Leukopenien) in der MMF-Gruppe (wenn auch statistisch nicht signifikant) niedriger war als bei Patienten unter AZA (22 versus 8).

### Fazit für die Praxis

AZA ist bei einer täglichen Anfangsdosis von 2 mg/kg Körpergewicht für die Remissionserhaltung bei der ANCA-assoziierten Vaskulitis effektiver als MMF (2 g täglich). Die Zahl der schweren Nebenwirkungen scheint hingegen unter MMF geringer zu sein als unter AZA.

### Korrespondenzadressen:

Dr. Christian Dejaco  
Abteilung für Rheumatologie  
Medizinische Universität Graz  
A-8010 Graz, Auenbruggerplatz 15  
E-Mail: christian.dejaco@gmx.net

Dr. Christina Duftner  
Abteilung für Innere Medizin  
A. ö. Krankenhaus Kufstein  
A-6330 Kufstein, Endach 27  
E-Mail: christina.duftner@gmx.at

# Mitteilungen aus der Redaktion

## Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

## e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

## Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)