

Sicherheit unter DMARD gewährleisten

Deutscher Rheumatologiekongress 2025, Erschienen am: 09.02.2026, [Dr. Sonja Kempinski, https://www.medical-tribune.de/medizin/rheumatologie/sicherheit-unter-dmard-gewaehrleisten/rx:true,14.02.2026](https://www.medical-tribune.de/medizin/rheumatologie/sicherheit-unter-dmard-gewaehrleisten/rx:true,14.02.2026)

Für das Monitoring unter einer Therapie mit DMARD sind zu Behandlungsbeginn häufigere Vorstellungen nötig. Da eine Therapie mit DMARD verschiedene Risiken birgt, müssen die Patientinnen und Patienten regelmäßig überwacht werden. Doch wie oft sind Klinik und Blutwerte zu kontrollieren? Und was ist zu tun, wenn unter IL-6-Hemmern die Neutrophilen in den Keller fallen oder unter Hydroxychloroquin CK und LDH ansteigen? Für das Monitoring unter einer Therapie mit DMARD sind vor allem zu Behandlungsbeginn häufigere Vorstellungen nötig, sagte Prof. Dr. Christoph Fiehn von der Rheumatologie Baden-Baden. Während der aktiven Erkrankung rät die EULAR zu Abständen von 1–3 Monaten. Nach 3 bzw. 6 Monaten wird überprüft, ob das Therapieziel (Remission oder niedrige Krankheitsaktivität) erreicht wurde oder ob die Behandlung umgestellt werden muss.

Die Basis sind Nierenwerte, Blutbild und Transaminasen

DMARD bergen das Risiko für Hepato-, Nephro- und Myelotoxizität. Regelmäßige Laborkontrollen sind deshalb unabdingbar, als Basis sollten Blutbild, Differenzialblutbild, Transaminasen und Nierenwerte bestimmt werden. Wie oft dies geschehen muss, hängt vom Wirkstoff ab – ebenso, welche klinischen Befunde zusätzlich zur Krankheitsaktivität erhoben werden müssen. Prof. Fiehn führte die erforderlichen Kontrollen auf:

Methotrexat (MTX): Laborkontrollen zur Basis, nach 1–2, 2–3 und dann alle 4 Wochen. Bei längerem komplikationslosem Verlauf müssen die Blutwerte nur noch alle 6–12 Wochen überprüft werden. Regelmäßig befragt oder daraufhin kontrolliert werden sollten Betroffene unter MTX auf Exanthem, Stomatitis, gastrointestinale Symptome, Blutungen (Nasenbluten, Zahnfleischbluten) und Fieber. Luftnot und Husten können zudem auf eine Pneumonitis hinweisen.

Leflunomid: Unter Leflunomid sind ähnlich häufige Laborkontrollen nötig (Basis, 1–2 Wochen, 2–3 Wochen und dann alle 4 Wochen, langfristig alle 6–12 Wochen). Klinisch bzw. anamnestisch zu überprüfen sind insbesondere der Blutdruck, Hautveränderungen, gastrointestinale Befunde und Gewichtsveränderungen. Zusätzlich ist es sinnvoll, nach einer Polyneuropathie zu fahnden. Dafür machen viele Kolleginnen und Kollegen bei diesen Patientinnen und Patienten routinemäßig einen Stimmgabeltest, sagte Prof. Fiehn.

Hydroxychloroquin (HCQ): Die wichtigste Maßnahme ist die augenärztliche Untersuchung in den ersten sechs Monaten der Behandlung. Prof. Fiehn empfiehlt eine automatisierte Gesichtsfelduntersuchung und eine Laseruntersuchung der Retina (OCT). Mit erhöhtem Retinopathierisiko sollten die Kontrollen jährlich erfolgen, ansonsten alle 5 Jahre. Bei den Laboruntersuchungen stehen neben kleinem und großem Blutbild, Leber- und Nierenwerten insbesondere die CK und die LDH an, und zwar zu Woche 0 und im weiteren Verlauf alle 3–6 Monate.

Auch unter JAK-Inhibitoren und Biologika sind bei der Basisuntersuchung die Nieren- und Leberwerte sowie das Blutbild (inkl. Differentialblutbild) zu bestimmen, bei den JAK-Inhibitoren zusätzlich das Lipidprofil. Außerdem müssen vor Verordnung eine Tuberkulose sowie eine Hepatitis B und C ausgeschlossen werden. Ganz wichtig ist, den Impfstatus zu prüfen und aufzufrischen. Im Verlauf sind die Blutwerte (BB, Niere, Leber) in den ersten 3 Monaten alle 4 Wochen, ab Monat 4 alle 8–12 Wochen zu überprüfen. Klinisch muss man unter Biologika insbesondere auf Infektionen, Abszesse, Fieber, Husten und Kräfteschwund bzw. Gewichtsverlust achten, bei JAK-Inhibitoren zusätzlich auf Zoster, Durchfälle und insbesondere Infektionen der oberen Atemwege. Häufig werden die nötigen Blutkontrollen von den Hausärztinnen und Hausärzten übernommen. Juristisch tragen dann sie die Verantwortung, dass die nötigen Maßnahmen eingeleitet werden. Für z. B. erhöhte Leberwerte ist das praktikabel, meinte Prof. Fiehn. „Es gibt aber auch sehr komplexe Situationen bei der Beurteilung von Laborbefunden, bei denen auch wir Rheumatologinnen und Rheumatologen nicht immer so sicher sind.“ Dazu nannte der Kollege drei Beispiele:

Relativ häufig sind z. B. Neutropenien unter IL-6-Hemmern. Diese kommen sowohl bei Tocilizumab als auch bei Sarilumab vor, sind aber den klinischen Studien zufolge nicht mit dem Infektionsrisiko assoziiert. Das unterstreichen spezielle Untersuchungen: Sie ergaben, dass Betroffene trotz Neutropenie eine unbeeinträchtigte Phagozytose aufweisen. Deshalb geht man davon aus, dass die Neutropenieproblematik ein Verteilungsphänomen

ist. „Trotzdem braucht man gute Nerven, um bei einem Patienten mit weniger als 500 Neutrophilen/ml die Therapie fortzusetzen“, sagte Prof. Fiehn. Manche Kolleginnen und Kollegen machen einfach weiter, aber insgesamt sei dies eine schwierige Entscheidung, die man keinesfalls dem Hausarzt überlassen kann, so der Experte.

Eine HCQ-Myopathie ist im Frühstadium reversibel

Knifflig ist es auch, wenn unter Hydroxychloroquin (HCQ) CK und LDH mehrmals erhöht sind. Dies kann auf die seltene, aber lebensbedrohliche HCQ-Kardiomyopathie hindeuten. Die erworbene lysosomale Speichererkrankung lässt sich mittels Biopsie und MRT nachweisen. Vor der bildgebenden Untersuchung steht bei CK- und LDH-Anstieg jedoch erst die Messung von Troponin I an, das bei der HCQ-Kardiomyopathie immer erhöht ist. Es ist wichtig, die Erkrankung frühzeitig zu erkennen, denn nur im frühen Stadium ist sie nach Absetzen von HCQ reversibel, betonte Prof. Fiehn.

Sehr gefährlich und wenig bekannt ist die Eosinophilie unter Sulfasalazin. Dabei handelt es sich um ein DRESS*-Syndrom, das als verzögerte Hypersensitivitätsreaktion 3–6 Wochen nach Therapie beginnt und auch unter anderen Wirkstoffen vorkommt. Typisch sind Hauterscheinungen, Fieber, Lymphadenopathie und Bluteosinophilie, es droht ein Multiorganversagen, die Sterblichkeit ist hoch. Absetzen allein reicht nicht, es müssen hoch dosierte Glukokortikoide verabreicht werden.

Fachassistenz erleichtert die sichere Betreuung

Die immer schlechtere Versorgungssituation im hausärztlichen Bereich bedeutet, dass Rheumatologinnen und Rheumatologen mehr Dinge selbst machen sollten, forderte der Experte. Nur so lässt sich eine sichere Betreuung gewährleisten. Besonders gut möglich ist dies durch die Delegation an nichtärztliches Personal, also an die rheumatologische Fachassistenz, meinte Prof. Fiehn.

*Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms