

### Psoriasis-Arthritis (PsA)

## Neue US-Empfehlungen zur Behandlung von Patienten mit aktiver PsA

Die US-amerikanische rheumatologische Fachgesellschaft (American College of Rheumatology, ACR) hat gemeinsam mit der nationalen Psoriasis-Foundation (NPF) eine neue Leitlinie zur Behandlung von Patienten mit aktiver PsA veröffentlicht. Auf 28 Seiten werden den Behandlern nach evidenzbasierten Kriterien mehr als 80 Therapieempfehlungen für ganz unterschiedliche klinische Situationen gegeben. Allerdings wurden nur 6 Prozent der Empfehlungen als „stark“ eingestuft. Die übrigen gelten wegen der eher niedrigen Evidenzen als „konditional“. Das heißt: Es bleibt nach dieser vor allem für in den USA praktizierende Ärzte relevanten Leitlinie für Arzt und Patient viel Entscheidungsspielraum. Die Taskforce betont dann auch, dass sich der Behandler gemeinsam mit dem Patienten für die passende Therapie entscheiden sollte.

### Auftreten der PsA

I. d. R. entwickelt sich eine PsA als Begleiterkrankung einer Psoriasis. Die jährliche Inzidenz einer PsA beträgt bei Psoriasis-Patienten rund 2,7 % pro Jahr, die Prävalenz bis zu 40 %. Es gibt aber auch einige Patienten, bei denen Arthritis- und Hautsymptome gemeinsam beginnen. Und bei 10 bis 15 % der Betroffenen treten Hautsymptome erst nach Gelenkbeschwerden auf.

Die typischen Symptomkonstellationen bei PsA-Patienten sind: eine periphere Arthritis in Form einer Oligo- oder Polyarthritis, bei einigen Patienten auch Spondylitis, in Verbindung mit Haut- und häufig Nagelbeschwerden, Enthesitis und Daktylitis. Eine PsA ist für die Patienten noch belastender als eine Rheumatoide Arthritis und auch schwieriger zu behandeln.

### Therapieempfehlungen

Im Vergleich zu den aktuellen europäischen Empfehlungen zum PsA-Management der EULAR aus dem Jahr 2015 rücken in den USA bei **therapienaiven**

**Patienten mit aktiver Erkrankung**, d. h. ohne bisherigen Einsatz von konventionellen synthetischen (cs) DMARDs (Methotrexat [MTX], Sulfasalazin, Cyclosporin, Leflunomid, Apremilast), Biologika noch weiter nach vorne. Die ACR/NPF-Taskforce empfiehlt

- in der First-line-Therapie TNFα-Blocker im Vergleich zu csDMARDs zu bevorzugen. Ausnahmen – außer Kontraindikationen für TNFα-Blocker – können Patienten ohne schwere PsA und ohne schwere Psoriasis sein sowie Patienten, die eine orale im Vergleich zu einer parenteralen Therapie bevorzugen.
- im Vergleich zur Interleukin(IL)-17- und IL-12/23-Blockade sowohl TNFα-Blocker als auch csDMARDs zu bevorzugen.
- IL-17- bzw. IL-12/23-Hemmer als Alternative zu TNFα-Blockern einzusetzen bei Kontraindikationen gegen diese Substanzklasse, bei schwerer Psoriasis oder Bevorzugung der Anwendung seitens der Patienten und als Alternative zu csDMARDs einzusetzen bei schwerer Psoriasis, schwerer PsA oder begleitender chronisch-

entzündlicher Darmerkrankung (hier bevorzugt IL-12/23-Hemmer).

- MTX gegenüber NSARs zu bevorzugen (mögliche Ausnahmen: Patienten ohne schwere Psoriasis und PsA nach Bewertung des Nebenwirkungspotenzials und bei erhöhter Lebertoxizität).
- IL-17-Hemmer im Vergleich zu IL-12/23-Hemmern im Allgemeinen zu bevorzugen. Bei Patienten mit begleitender CED oder Wunsch nach weniger häufigen Applikationen kann die Wahl aber auch andersherum ausfallen.
- bei therapienaiven Diabetikern mit aktiver PsA und bei Patienten mit häufigen Infektionen ein csDMARD bevorzugt zur primären Therapie einzusetzen. Auch hier sind aber mögliche Ausnahmen aufgeführt.

Ähnlich gewichtet sind die Therapieempfehlungen bei Patienten mit aktiver PsA unter einem csDMARD:

- Die Patienten sollten eher auf einen TNFα-Blocker als auf ein anderes csDMARD oder ein anderes Biologikum umgestellt werden.
- Als nächster Schritt wird ein IL-17-Blocker empfohlen, gefolgt von einem IL-12/23-Blocker bei weiter aktiver Erkrankung (dem im Vergleich zu einem anderen csDMARD, Abatacept und Tofacitinib der Vorzug eingeräumt wird).

### Merke

Auch diese Empfehlungen für in den USA praktizierende Ärzte sind konditional und sollten in Absprache mit dem Patienten nach individuellen Kriterien umgesetzt werden.

Bei PsA-Patienten mit axialer Erkrankung/Spondylitis trotz Einsatz von NSAR wird ebenfalls primär der Wechsel auf einen TNF $\alpha$ -Blocker empfohlen.

Steht eine Enthesitis im Vordergrund, wird bei therapie-naiven Patienten im Vergleich zu einem csDMARD (speziellisch Apremilast) sowohl oralen NSARs, TNF $\alpha$ -Blockern als auch Tofacitinib der Vorzug gegeben. Bei Kontraindikationen gegen diese Substanzen oder Patienten mit wiederholten Infektionen rückt Apremilast mehr in den Fokus. Bei einer Enthesitis als vorherrschendem Symptom trotz Behandlung mit csDMARDs wird primär zu einer Umstellung auf einen TNF $\alpha$ -Blocker geraten.

Bei Patienten mit aktiver PsA und begleitender entzündlicher Darmerkrankung sollten bei der primär empfohlenen TNF $\alpha$ -Blockade monoklonale Antikörper bevorzugt werden (im Vergleich etwa zu Etanercept).

### Merke

Wie gewohnt bei entzündlich rheumatischen Erkrankungen wird eine Treat-to-Target-Strategie empfohlen.

Auch nicht-medikamentöse Behandlungsansätze lohnen bei PsA. Als Maßnahme mit der höchsten Evidenz wird

- Raucherentwöhnung genannt,
- gefolgt von körperlicher Aktivität (bevorzugt niedrige Intensität wie Tai-Chi, Yoga, Schwimmen),
- physikalischer Therapie,
- Gewichtsreduktion,
- Massage und
- Akupunktur.

### QUELLE

- Singh JA. et al.: 2018 American College of Rheumatology/National Psoriasis Foundation Guideline for the Treatment of Psoriatic Arthritis. Arthritis & Rheumatology 2018; doi: 10.1002/art.40726

### Juvenile idiopathische Arthritis (JIA)

## Neue Empfehlungen zum Management einer JIA-assoziierten Uveitis

Eine europäische Expertengruppe der SHARE(Single Hub and Access point for pediatric Rheumatology in Europe)-Initiative hat neue Empfehlungen zum Management einer JIA-assoziierten Uveitis veröffentlicht. Eine Uveitis ist die häufigste und bedrohlichste extraartikuläre Manifestation einer JIA. Mit der Behandlung sollte frühzeitig begonnen werden, um verheerenden Folgen bis hin zum irreversiblen Sehverlust vorzubeugen.

Die Expertengruppe aus neun pädiatrischen Rheuma- und drei Ophthalmologen hat aus 117 Originalarbeiten 20 Empfehlungen zur Diagnose (3), Messung der Krankheitsaktivität (5) und Therapie (12) erarbeitet. Das Ziel sei es, die Wahrscheinlichkeit einer JIA-assoziierten Uveitis zu verringern, durch Früherkennung Schäden zum Zeitpunkt der Diagnose zu minimieren und durch richtiges Management Komplikationen vorzubeugen.

Empfohlen wird, alle Kinder und Jugendlichen, bei denen eine JIA diagnostiziert wird, zum Screening auf eine Uveitis zu einem lokalen Ophthalmologen zu überweisen. Wird eine Augenerkrankung festgestellt, sind regelmäßige Kontrolluntersuchungen notwendig. Betont wird, dass nach Absetzen einer systemischen Immunsuppression ein erhöhtes Risiko für das Neuauftreten einer Uveitis bzw. ein erhöhtes Rezidivrisiko nach anhaltender Remission besteht.

Eine akute Uveitis im Rahmen einer JIA erfordert i. d. R. eine sofortige Therapie. Als Therapie der ersten Wahl werden topische Kortikosteroide genannt (bevorzugt Prednisolon oder Dexamethason). Topische oder systemische NSAR, die in der Monotherapie nicht gut wirksam sind, können additiv eingesetzt werden. Eine systemische Immunsuppression wird von Beginn an empfohlen, wenn ungünstige Prognosefaktoren vorliegen. Auch wenn unter Standardtherapie innerhalb von drei Monaten keine Inaktivität erreicht wird

oder es bei einer Dosisreduktion der Kortikosteroide zur Reaktivierung der Entzündung kommt, sollte eine systemische Immunsuppression erfolgen. Mittel der Wahl ist Methotrexat (MTX), bei Ineffektivität oder Intoleranz wird ein Wechsel auf einen TNF $\alpha$ -Blocker empfohlen (Adalimumab > Infliximab > Golimumab; Etanercept sollte nach gegenwärtigem Kenntnisstand nicht eingesetzt werden). Bei nicht ausreichender Wirksamkeit werden Tocilizumab, Rituximab und Abatacept als weitere Optionen genannt.

Zur Beurteilung der Krankheitsaktivität und zur Abstimmung der Therapie sollte ein enger Austausch zwischen Rheuma- und Ophthalmologen erfolgen. Es gibt jedoch keinen validierten Biomarker zur Beurteilung der Krankheitsaktivität und keine einheitlichen Kriterien für eine inaktive Erkrankung, betonen die Autoren. Das Ziel der Therapie sei es, dass die anteriore Kammer frei von Zellen ist. Bei Vorliegen eines Makulaödems, einer okulären Hypotonie oder einer Rubeosis iridis könne trotz Zellfreiheit eine Fortsetzung der antiinflammatorischen Therapie nötig sein. Vor einer Reduktion der Immunsuppression sollte mindestens über zwei Jahre ohne Einsatz topischer Kortikosteroide ein inaktives Krankheitsstadium vorliegen.

### QUELLE

- Constantin T. et al.: Consensus-based recommendations for the management of uveitis associated with juvenile idiopathic arthritis: the SHARE initiative. Ann Rheum Dis 2018; 77:1107-1117

**EULAR****Bei Arthrose der Hand steht Symptomkontrolle im Fokus**

Die European League against Rheumatism (EULAR) hat ihre Empfehlungen zum Management von Arthrose der Hand 2018 aktualisiert. Fokussiert wurde dabei auf die Optimierung der Symptomkontrolle und auf Patientenschulung. Als medikamentöse Ersttherapie werden topische NSAR empfohlen, nicht eingesetzt werden sollten bei Arthrose der Hand synthetische oder biologische DMARDs.

**Die 10 konkreten Therapieempfehlungen**

- Edukation der Patienten über ergonomische Prinzipien, Anpassung von Aktivitäten und Nutzung von Hilfsmitteln.
- Einsatz körperlicher Übungen zur Verbesserung von Funktion und Muskelkraft und Verringerung von Schmerzen.
- Einsatz von Orthesen zur Symptomlinderung bei Patienten mit Arthrose im Daumensattelgelenk.
- Topische Therapien sollten gegenüber systemischen Therapien aus Sicherheitsgründen bevorzugt werden. Erste Wahl sind topische NSAR.
- Orale Analgetika, insbesondere NSAR, sollten zur Schmerzlinderung nur für begrenzte Zeit eingesetzt werden.
- Chondroitinsulfat kann zur Schmerzlinderung und Verbesserung der Funktion erwogen werden.
- Intraartikuläre Glukokortikoidinjektionen sollten bei Handarthrose im Allgemeinen nicht eingesetzt werden (Ausnahme: schmerzhafte Interphalangealgelenke).
- Konventionelle oder biologische DMARDs sollten bei Handarthrose nicht eingesetzt werden.
- Bei Patienten mit strukturellen Anomalien sollte eine Operation erwogen werden, wenn andere Methoden zur Schmerzlinderung nicht ausreichend effektiv sind: etwa eine Trapeziektomie bei Patienten mit einer Arthrose im Daumensattelgelenk und eine Arthrodese oder Arthroplastie bei Interphalangealarthrose.
- Empfohlen wird ein Langzeit-Follow-up von Arthrose-Patienten, das nach individuellen Kriterien ausgerichtet werden sollte.

**Hüftarthrose****Intramuskuläre Glukokortikoidinjektion als Alternative?**

Bei Patienten mit Hüftarthrose, bei denen orale Analgetika zur Schmerzlinderung nicht ausreichen, könnte eine intramuskuläre Applikation von Glukokortikoiden eine schonendere Alternative zur intraartikulären Gabe sein. Niederländische Forscher haben in einer Placebo-kontrollierten Multicenterstudie bei insgesamt 107 Patienten die Wirksamkeit einer einmaligen i.m.-Injektion von 40 mg Triamcinolonacetat belegt. Die Injektionen erfolgten in den oberen lateralen Quadranten der Glutealmuskulatur. Eine signifikante Schmerzlinderung wurde zwei Wochen später allerdings nur in Ruhe dokumentiert (Differenz zur Placebo-Gruppe -1,3). Im weiteren Verlauf nahmen aber die Unterschiede zwischen Verum- und Placebo-Gruppe weiter zu und wurden auch beim Gehen und beim WOMAC-Score belegt, betonen die Autoren.

**QUELLE**

- Dorleijn DMJ, Luijsterburg PAJ, Reijman M. et al.: Intramuscular glucocorticoid injection versus placebo injection in hip osteoarthritis: a 12-week blinded randomised controlled trial. Ann Rheum Dis 2018; 77: 875-882

Die **EULAR** nennt in ihrem Update neben übergeordneten Therapieprinzipien zehn konkrete Therapieempfehlungen. Primäres Behandlungsziel sind Symptomkontrolle und Optimierung der Handfunktion, um Patienten die maximale Teilnahme am Alltagsleben und eine hohe Lebensqualität zu ermöglichen. Sie sollten über Natur und Verlauf einer Handarthrose sowie über Optionen zum Selbstmanagement und der Therapie aufgeklärt werden. Letztere sollte individualisiert unter Berücksichtigung von Lokalisation, Schweregrad und Komorbiditäten sowie in Absprache mit dem Patienten gewählt werden. Ein optimales Management erfordert nach Angaben der Taskforce eine multimodale und multidisziplinäre Vorgehensweise, bei der nicht-pharmakologische, pharmakologische und operative Optionen ausgeschöpft werden sollten.

**QUELLE**

- Kloppenburg M, Kroon F. et al.: 2018 update of the EULAR recommendations for the management of hand osteoarthritis. Annals of Rheumatic Diseases 2018; doi: 10.1136/annrheumdis-2018-213826

**Impressum****Herausgeber und Verlag**

IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH  
Niederlassung: Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen  
Telefon: 02596 922-0, Telefax: 02596 922-99  
Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg  
E-Mail: [info@rheumaguide.de](mailto:info@rheumaguide.de)

**Redaktion**

Dr. phil. Stephan Voß (Chefredakteur),  
Dipl.-Biologe Roland Fath (Schriftleiter),  
Dipl.-Kfvr. Kerstin Dahlhaus (Redakteurin, verantwortlich)

**Lieferung**

Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose Serviceleistung der

**Hexal AG**

Industriestraße 25, 83607 Holzkirchen  
Telefon: 08024 908-0, Telefax: 08024 908-1290  
E-Mail: [service@hexal.com](mailto:service@hexal.com)

**Hinweis**

Alle Rechte am Inhalt liegen beim Verlag. Nachdruck und jede Form der Wiedergabe auch in anderen Medien sind selbst auszugswise nur nach schriftlicher Zustimmung des Verlags erlaubt. Der Inhalt dieses Informationsdienstes ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel der behandelten Themen machen es notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Der Nutzer ist nicht von seiner Verpflichtung entbunden, seine Therapieentscheidungen und Verordnungen in eigener Verantwortung zu treffen. Dieser Informationsdienst gibt nicht in jedem Fall die Meinung der Hexal AG wieder.