

EULAR

Neue Empfehlungen zum PsA-Management

Die European League Against Rheumatism (EULAR) hat ihre Behandlungsempfehlungen zum Management einer Psoriasis-Arthritis (PsA) aktualisiert. Im Vergleich zum letzten Update aus dem Jahr 2015 wurden als neue Therapieoption JAK-Inhibitoren berücksichtigt; aufgezeigt werden die verschiedenen Möglichkeiten des Therapiewechsels bei ungenügendem Ansprechen wie auch des Ausschleichens der DMARD-Therapie bei anhaltender Remission.

An der grundsätzlichen Therapiestrategie hat sich nichts geändert: Empfohlen wird eine Treat-to-Target-Strategie mit dem Ziel einer klinischen Remission (vor allem in frühen Krankheitsstadien) oder zumindest einer niedrigen Krankheitsaktivität (bei Patienten mit etablierter Erkrankung). Innerhalb von drei Monaten nach Therapiebeginn sollte eine mindestens 50-prozentige Verringerung der Krankheitsaktivität und nach sechs Monaten das Therapieziel erreicht werden.

Der Fokus der Empfehlungen – sechs übergeordnete Therapieprinzipien und zwölf konkrete Handlungsempfehlungen – liegt auf dem Management der muskuloskelettalen Manifestationen der PsA. Berücksichtigt werden müssen aber auch andere Manifestationen der Erkrankung an Haut, Augen und Gastrointestinaltrakt sowie häufige Komorbiditäten (Metabolisches Syndrom, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Depressionen). Sie sollten in interdisziplinärer Zusammenarbeit mit anderen Fachärzten konsequent behandelt werden.

Zur Linderung muskuloskelettaler Symptome werden initiale NSAR empfohlen, ergänzt durch lokale Glukokortikoid-Injektionen. Systemische Glukokortikoide sollten bei Bedarf nach sorgfältiger Indikationsstellung (nicht

empfohlen bei axialer Erkrankung) nur vorübergehend in der niedrigst möglichen Dosierung eingesetzt werden. Patienten mit Polyarthritiden sollten frühzeitig mit konventionellen synthetischen (cs) DMARDs behandelt werden. Erste Wahl ist Methotrexat, insbesondere bei relevanter Hautbeteiligung. Auch bei einer Mono- oder Oligoarthritiden sollte eine Therapie mit csDMARDs erwogen werden, vor allem bei Vorliegen ungünstiger Prognosefaktoren wie strukturellen Schäden, hoher Blutsenkungsgeschwindigkeit oder hohen CRP-Werten, Daktylitis oder Nagelbeteiligung. Sprechen die Patienten auf csDMARDs nicht ausreichend an, werden Biologika empfohlen, bei relevanter Hautbeteiligung bevorzugt TNF-alpha-Blocker, Interleukin (IL)-17A- oder IL-12/23-Blocker, bei vorherrschender axialer Erkrankung TNF-alpha- oder IL-17A-Blocker. JAK-Inhibitoren werden bei ungenügendem Ansprechen auf mindestens ein biologisches DMARD empfohlen, Phosphodiesterase-4-Hemmer ebenfalls als Drittlinietherapie, vor allem bei eher milder Erkrankung.

▾ QUELLE

- Gossec L, Baraliakos X, Kerschbaumer A et al.: EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2019 update. Ann Rheum Dis 2020; 79: 700–712.

Online-Register

Beruhigende Daten aus dem COVID-19-Register

Erste Daten aus dem „EULAR and Global Rheumatology Alliance COVID-19“-Register wurden publiziert und sind beruhigend: Rheuma-Patienten mit SARS-CoV-2-Infektion müssen offenbar nicht befürchten, aufgrund der Einnahme bestimmter Antirheumatika ein erhöhtes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf mit Klinikeinweisung zu haben. Gemieden werden sollten allerdings höhere Dosierungen oraler Kortikosteroide.

Ausgewertet wurden Daten zu 600 Patienten aus 40 Ländern, berichtete Dr. Pedro Machado aus London. Weder die Einnahme von NSAR noch von konventionellen DMARDs, JAK-Inhibitoren oder Biologika wurde mit einem erhöhten Hospitalisierungsrisiko assoziiert, betonte der Epidemiologe. Eine Therapie mit TNF-alpha-Blockern korrelierte mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit mit einer Krankenhauseinweisung. „Ein kausaler Zusammenhang ist aber nicht bewiesen“, so Machado. Der vermutete ungünstige Einfluss oraler Kortikosteroide bestätigte sich: Patienten, die Tagesdosen \geq 10 mg einnahmen, hatten ein erhöhtes Hospitalisierungsrisiko. Insgesamt mussten 46 Prozent der Registerpatienten ins Krankenhaus eingewiesen werden und 9 Prozent starben.

▾ QUELLEN

- EULAR-Presskonferenz, 03.06.2020, Dr. Pedro Machado, London.
- Gianfrancesco M, Hyrich KL, Al-Adely S et al.: Ann Rheum Dis 2020; dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2020-217871.

eULAR**Opioide: Einsatz erfolgt bei Arthrose-Patienten zunehmend häufig routinemäßig**

Patienten mit Arthrose bedingten Schmerzen werden auch in Europa zunehmend häufig mit höher dosierten Opioiden behandelt. „Es gibt keine Evidenz, dass das wirklich funktioniert und bringt mehr Negatives“, warnte Prof. Dr. Ulf Müller-Ladner, Rheumatologe aus Bad Nauheim (1).

Laut Daten einer spanischen Studie, die beim eULAR vorgestellt wurde (2), stieg die Ein-Jahres-Prävalenz jeglichen Opiodeinsatzes bei Arthrose-Patienten in zehn Jahren um rund zehn Prozent. Während in den Jahren 2007 bis 2012 nur etwa 15 Prozent der Patienten Opiode verordnet wurden, lag der Anteil 2016 bei fast 25 Prozent. Vor allem der starke Opioidkonsum erhöhte sich.

Besonders häufig wurden nach Angaben der Autoren Frauen, ältere und auf dem Land lebende Patienten mit höher dosierten Opioiden behandelt. Britische und US-amerikanische Daten bestätigten diese Trends, so Müller-Ladner. Schmerzfreiheit sei zwar ein wichtiges Therapieziel bei Arthrose-Patienten, aber Opiode sollten in dieser Indikation nur nach strengen Kriterien eingesetzt werden. Laut Leitlinie sollten, wenn tatsächlich Bedarf besteht, möglichst nur schwache Opiode verwendet und diese nur kurzfristig eingesetzt werden. Es bestehe die Gefahr, dass sich Arthrose-Patienten an Opiode gewöhnen, die Entwöhnung sei oft schwierig.

↘ QUELLEN

- 1) Vorab-Online-Presskonferenz im Rahmen des European E-Congress of Rheumatology 2020 (eULAR 2020), 27.05.2020.
- 2) Xie et al. Temporal trends of opioid use among incident osteoarthritis patients in Catalonia, 2007-2016: a population-based cohort study, eULAR, Abstract OP0280.

eULAR**Thromboserisiko von RA-Patienten sinkt unter TNF-alpha-Blockern**

RA-Patienten haben im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein mindestens dreifach erhöhtes Risiko für venöse Thromboembolien (VTE).

Besonders hoch ist die Gefährdung bei hoher Krankheitsaktivität: Nach Daten einer schwedischen Studie, die beim eULAR vorgestellt wurde, erleidet einer von 100 Patienten mit einem DAS28 > 5,1 innerhalb eines Jahres eine VTE (1). Das Risiko lag damit etwa doppelt so hoch wie bei Patienten in Remission (DAS28 < 2,6). An der Studie nahmen mehr als 46.000 RA-Patienten teil.

Auch die Medikation hat bei RA-Patienten Einfluss auf das Thrombose-Risiko, zeigen Daten aus dem Deutschen RABBIT-Register zu mehr als 11.000 RA-Patienten (2).

Bei einer Behandlung mit TNF-alpha-Blockern war das Risiko schwerer VTE-Ereignisse im Vergleich zu Patienten unter konventionellen DMARDs fast halbiert. Vermutlich sei dies auf die bessere Entzündungskontrolle zurückzuführen, erklärte Prof. Dr. John Isaacs aus Newcastle bei einer Web-Presskonferenz während des EULAR. Ein geringeres Thromboserisiko bestünde vermutlich auch unter Interleukin-Blockern.

↘ QUELLEN

- 1) Molander V, Bower H, Askling J. Does the risk of venous thromboembolism vary with disease activity in rheumatoid arthritis? eULAR, Abstract OP0035, Ann Rheum Dis 2020; 79 (Suppl 1): 23-24.
- 2) Schäfer M, Schneider M, Graessler A et al. TNF inhibitors are associated with a reduced risk of venous thromboembolism compared to csDMARDs in RA patients. eULAR, Abstract OP0012, Ann Rheum Dis 2020; 79 (Suppl 1): 8-9.

eULAR**EULAR schaltet virtuelles Forschungszentrum live**

Mit einem neuen virtuellen Forschungszentrum will die EULAR die Forschung im Bereich rheumatischer und muskuloskelettaler Erkrankungen in Europa sowie weltweit beschleunigen. Auf der digitalen Plattform können sich fach- und länderübergreifend Forscher auf dem Gebiet rheumatischer und muskuloskelettaler Erkrankungen vernetzen.

„Im virtuellen Forschungszentrum werden wir Initiativen entwickeln, die Forscher, Institutionen und Organisationen zusammenbringen und einen Dialog ermöglichen“, erklärte EULAR-Präsident Prof. Dr. Iain B. McInnes aus Glasgow bei einer Online-Presskonferenz der Fachgesellschaft.

Das Forschungszentrum (zu finden unter eular.org/eular_virtual_research_center.cfm) bietet

- einen Konsultationsdienst, der Forscher und Gesundheitsexperten bei der Formulierung von Forschungsfragen, der Methodik und der Datenanalyse berät,
- einen Shared Technology Service, der den Zugang zu den neuesten Technologien vereinfachen soll,
- wissenschaftliche Teamunterstützung durch Vernetzung von Wissenschaftlern, Mitarbeitern von Gesundheitsberufen und Patientenorganisationen,
- Ausbildungsmöglichkeiten für hochqualifizierte Arbeitskräfte im Bereich rheumatischer und muskuloskelettaler Erkrankungen (EULAR-Schule),
- Informationen zu (unerfüllten) Bedürfnissen von Patienten mit rheumatischen und muskuloskelettalen Erkrankungen (EULAR-RheumaMap).

↘ QUELLE

- Online-Presskonferenz im Rahmen des European E-Congress of Rheumatology 2020 (eULAR 2020), 03.06.2020.

EULAR

Update zur Behandlung von RA-Patienten

Die EULAR hat Anfang des Jahres ein Update ihrer Behandlungsempfehlungen zum Management einer Rheumatoiden Arthritis (RA) veröffentlicht. Genannt sind fünf übergeordnete Therapieprinzipien sowie zwölf konkrete Behandlungsempfehlungen.

Übergeordnete Therapieprinzipien

Vier der fünf übergeordneten Prinzipien gleichen jenen aus dem Jahr 2016. Basis der Behandlung bleibt die gemeinsame Entscheidungsfindung zwischen Patienten und Rheumatologen, den Spezialisten, die sich primär um die Versorgung von Patienten mit RA kümmern sollten. Bei der Behandlung sollte eine bestmögliche Versorgung angestrebt werden, allerdings auch unter Berücksichtigung der Kosten. Hinzugekommen ist die Feststellung, dass Patienten aufgrund der Heterogenität der RA stets Zugang zu vielfältigen Medikamenten sowie unterschiedlichen aufeinanderfolgenden Therapien benötigen.

Behandlungsempfehlungen

Die Therapieoptionen bei RA sind seit den letzten Empfehlungen aus dem Jahr 2016 durch neue biologische und gezielt synthetische (ts) DMARDs noch breiter geworden. „Entsprechend der Heterogenität der RA sind viele Medikamente mit unterschiedlichem Wirkungsmechanismus notwendig“, schreibt die EULAR-Taskforce. Bei 70 bis 80 Prozent aller RA-Patienten könne heute das Behandlungsziel einer anhaltenden Remission oder zumindest niedrigen Krankheitsaktivität erreicht werden.

Baldmöglichst nach Diagnose einer RA sollte die Therapie mit DMARDs beginnen. Methotrexat (MTX) ist dabei nach wie vor erste Wahl, ergänzt bei Bedarf durch kurzzeitigen Einsatz oraler Kortikosteroide, vor allem bei Beginn der Therapie oder Wechsel des konventionellen (cs) DMARDs bei ungenügen-

dem Ansprechen. Alternativen zu MTX sind Leflunomid oder Sulfasalazin.

Patienten, die auf die initiale DMARD-Therapie nicht genügend ansprechen, sollten nach ungünstigen Prognosefaktoren (Autoantikörper, persistierend mittelgradige oder hohe Krankheitsaktivität, frühe Erosionen, hohe Zahl geschwollener Gelenke) stratifiziert werden. Liegen keine ungünstigen Prognosefaktoren vor, sollte der Wechsel des csDMARDs erwogen werden, bei Risikopatienten wird hingegen frühzeitig der zusätzliche Einsatz eines Biologikums oder tsDMARDs empfohlen. Die Kombination dieser Medikamente z. B. mit MTX sollte gegenüber der Monotherapie bevorzugt werden. Sprechen die Patienten auf die Kombinationstherapie immer noch nicht ausreichend an, sollte auf ein bDMARD bzw. tsDMARD mit unterschiedlichem Wirkmechanismus gewechselt werden. Keine Evidenzen gibt es bisher für den Wechsel zwischen Interleukin-6- und JAK-Inhibitoren.

Zwei Empfehlungen beziehen sich auf das Ausschleichen der Therapie: Bei Patienten in anhaltender Remission ohne Einsatz von Glukokortikoiden sollte zunächst bDMARD bzw. tsDMARD ausgeschlichen werden. Als letzter Schritt sollte das Ausschleichen des csDMARDs erwogen werden.

» QUELLE

- Smolen JS, Landewé RBM, Bijlsma JWW et al.: EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2019 update Ann Rheum Dis 2020; 79: 685–699.

rheumaguide.de

Unter www.rheumaguide.de finden Sie alle bisher erschienenen Ausgaben des RheumaGuide in unserem **Online-Archiv** zum Download.

Über die **Volltextsuche** können Sie zudem alle Ausgaben seit dem Jahr 2012 bequem durchsuchen.

Auch **Fragen zur Berichterstattung** beantworten wir Ihnen gern! Oder möchten Sie Themen anregen oder Kritik äußern?

Schreiben Sie uns jederzeit gern an rheumaguide@iww.de oder senden Sie uns ein Fax an die 02596 922-80.

Wir freuen uns über Ihr Feedback, Ihre Anregungen und Ihre Kritik!

Ihre Redaktion

Impressum



Herausgeber und Verlag

IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH
Niederlassung: Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen
Telefon: 02596 922-0, Telefax: 02596 922-80
Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg
E-Mail: rheumaguide@iww.de

Redaktion

Dr. phil. Stephan Voß (Chefredakteur),
Dipl.-Biologe Roland Fath (Schriftleiter),
Dipl.-Kffr. 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

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.