Neue Empfehlungen vom EULAR-Kongress 2015

Psoriasis-Arthritis: Therapiespektrum wächst

Nach drei Jahren aktualisiert die EULAR ihre Empfehlungen zur Psoriasis-Arthritis (PsA). Zahlreiche neue Präparate sind jetzt enthalten. Doch traditionelle DMARDs und TNF-alfa-Blocker dominieren klar.

„Wir haben versucht, die richtige Balance zwischen Effektivität, Sicherheit und Kosten zu finden“, betonte die Leiterin der EULAR Task Force PsA, Prof. Dr. Laure Gossec vom Pitié Salpêtrière Hospital der Universität Paris. Die übergreifenden Therapieprinzipien der bisher gültigen Empfehlungen aus dem Jahr 2012 bleiben weitgehend unverändert. Prinzipielle Behandlungsziele sind weiterhin die Verbesserung der Lebensqualität sowie die Verhinderung struktureller Schäden an den Gelenken.

Der entscheidende Weg dorthin ist die Kontrolle der Entzündung. Klinisches Ziel ist die Remission oder, wenn nicht erreichbar, eine möglichst geringe Krankheitsaktivität. Expliziter als bisher wird nun auch bei der PsA darauf hingewiesen, dass kardiovaskuläre Komorbiditäten zu behandeln sind. „Die Prävalenz kardiovaskulärer Erkrankungen bei PsA ist hoch. Es gibt da kaum Unterschiede zur rheumatoiden Arthritis“, betonte Gossec.

MTX bleibt erste Wahl

In den zehn konkreten Therapieempfehlungen werden jetzt neben den NSAR, den Glukokortikoiden, den konventionellen synthetischen DMARDs (csDMARD) und den TNF-alfa-Blockern weitere biologische DMARDs (bDMARD) berücksichtigt, nämlich IL-12/IL-23-Antagonisten und IL-17-Antagonisten. Ebenfalls Berücksichtigung finden die oralen PDE-4-Hemmer, für die die EULAR den neuen Oberbegriff der „targeted synthetic DMARDs“ (tsDMARD) kreiert hat.

Bei NSAR und Glukokortikoiden bleibt alles beim Alten. NSAR können zur Linderung von Symptomen eingesetzt werden, mit hoher Evidenz (Ib) und Empfeh-

lungsstärke (A). Glukokortikoidinjektionen sind erlaubt, allerdings mit deutlich schwächerer Evidenz und Empfehlungsstärke (3b, C). Systemische Glukokortikoide stehen hinten, weil sie das Risiko eines Relaps der Hautbefunde bergen.

Die krankheitsmodifizierende Therapie der ersten Wahl sind csDMARDs. Diese sollten früh im Krankheitsverlauf eingesetzt werden, wobei MTX insbesondere bei Patienten, die auch Hautbefunde aufweisen, der Vorzug gegeben werden sollte. Insgesamt sei die Evidenz für MTX nicht optimal, so Gossec. Die Zahl der Studien sei sehr übersichtlich, aber die gute und langjährige klinische Erfahrung bei vielen Patienten führe letztlich doch zu der weiterhin herausgehobenen Stellung.

Neue TNF-alfa-Inhibitoren als gleichwertig anzusehen

Bei Patienten, die auf mindestens ein csDMARD nicht oder inadäquat angesprochen haben, sind Biologika indiziert (Ib, B). Hierbei sollten laut EULAR „normalerweise“ TNF-alfa-Inhibitoren eingesetzt werden. Diese Reihenfolge ist nicht durch Studien untermauert, sondern basiert auf Expertenkonsensus. Die langjährige Erfahrung mit TNF-alfa-Präparaten gab den Ausschlag. Die neueren TNF-alfa-Inhibitoren seien hinsichtlich ihrer Effektivität den älteren als gleichwertig anzusehen, so Gossec.

Bei Patienten, bei denen TNF-alfa-Hemmer nicht eingesetzt werden können, kann der Arzt bereits in der Zweitlinientherapie auf IL-12/IL-23-Hemmer oder IL-17-Hemmer zurückgreifen. Die Daten dafür lieferten in erster Linie die PSUMMIT-Studien für Ustekinumab und die FUTURE-Studien für das (bei PsA noch nicht

zugelassene) Secukinumab. Es gebe seitens der EULAR keine Empfehlung, welche der beiden TNF-alfa-Alternativen bevorzugt eingesetzt werden sollte, sagte Gossec. Beide seien effektiv in Bezug auf Gelenke, Dactylitis und Enthesitis. Und bei beiden zeige sich über 24 Wochen Behandlungen keine radiologische Progression.

Ausnahmen Enthesitis, Daktylitis, axiale Erkrankung

Den PDE4-Hemmer Apremilast sieht die EULAR nur dann in der Zweitlinientherapie, wenn Biologika gleich welcher Art nicht eingesetzt werden können (Ib, B). Die Empfehlung basiert auf den PALACE-Studien, in denen Apremilast seine klinische und radiologische Effektivität bei PsA unter Beweis gestellt hat. Dass Biologika gegenüber PDE4-Hemmern bevorzugt werden, begründet die EULAR mit der geringeren Effektivität im Hinblick auf den Standard-Score ACR20.

Zwei Ausnahmen von der Regel, dass csDMARDs generell als erstes gegeben werden sollten, macht die EULAR. Die eine Ausnahme sind Patienten mit aktiver Daktylitis und/oder Enthesitis. Hier können bDMARDs auch in der Erstlinientherapie eingesetzt werden, wobei kein Unterschied zwischen TNF-alfa-Hemmern und IL12/23- bzw. IL-17-Hemmern gemacht wird. Die zweite Ausnahme sind Patienten mit axialer Symptomatik. Hier werden in Analogie zur ankylosierenden Spondylitis klar die TNF-alfa-Hemmer favorisiert.

(Philipp Grätzel von Grätz)

European League Against Rheumatism (EULAR), Annual European Congress of Rheumatology, HOT Session 2, Professor Laure Gossec: EULAR recommendation update on the management of PsA, Rom 2015