+++ ACR-Kongress 2015 +++ ACR-Kongress 2015 +

Secukinumab bremst die Röntgenprogression bei AS

Auch für die ankylosierende Spondylitis (AS) gilt, dass es wichtig ist, die radiologische Progression zu stoppen, weil sich die Knochenneubildung in Form von Syndesmophyten nachteilig auf die Funktionsfähigkeit der Patienten auswirkt. Dies betonte Dr. Xenofon Baraliakos, Rheumazentrum Ruhrgebiet, Herne.

Vor diesem Hintergrund sind die von Baraliakos vorgestellten Daten der MEASURE 1-Studie zum IL-17-Inhibitor Secukinumab zu sehen [ACR-Tagung 2015, Abstract 6L]. 1.371 Patienten mit aktiver AS erhielten zu Beginn sowie in den Wochen zwei und vier zunächst eine Loading-Dose von 10 mg/kg KG Secukinumab i. v. und ab Woche acht alle vier

Wochen 150 oder 75 mg s. c.. Patienten der Placebo-Gruppe wurden in Woche 16 (ASAS20-Non-Responder) oder 24 (ASAS20-Responder) auf 150 oder 75 mg Secukinumab rerandomisiert.

Zielkriterium dieser Analyse war die radiologische Progression, gemessen als Veränderung im mSASSS (modified Stoke Ankylosing Spondylitis Spinal Score) vom Beginn der Studie bis Woche 104 in lateralen Röntgenaufnahmen der Hals- und Lendenwirbelsäule. Die Röntgenbilder wurden alle zentral und verblindet von zwei unabhängigen Experten ausgewertet.

Unter Secukinumab kam es gemäß mSASSS bei vier von fünf AS-Patienten

bis Woche 104 zu keiner Röntgenprogression. Nur 5 % der Patienten, bei denen zu Beginn keine Syndesmophyten vorhanden waren, wiesen in 104 Woche neue Syndesmophyten auf. Bei Patienten mit einem erhöhten CRP zu Beginn fanden sich gegenüber jenen mit normalen CRP-Werten stärkere mSASSS-Veränderungen (0,47 versus 0,02).

Laut Baraliakos sind dies die ersten Daten, die einen Einfluss der IL-17-Inhibition auf die röntgenologische Progression belegen. Allerdings könne ohne Head-to-Head-Studien keine eindeutige Aussage getroffen werden, da sich die Studienpopulationen unterscheiden könnten. wk

JAK-Hemmer punktet bei Patienten mit rheumatoider Arthritis

Nicht nur in der Kombinations-, sondern auch in der Monotherapie überzeugte der JAK-1- und -2-Inhibitor Baricitinib in mehreren klinischen Settings bei Patienten mit rheumatoider Arthritis (RA). Noch sind in der EU keine Inhibitoren der Janus Kinase (JAK) zugelassen. In den USA gibt es allerdings schon Erfahrungen mit Tofacitinib, mit dessen Zulassung in der EU im Lauf dieses Jahres gerechnet wird. Baricitinib könnte bald folgen, denn die aktuelle Datenlage ist sehr vielversprechend.

Vorteil dieser neuen Klasse von Antirheumatika ist neben dem kleinen Mo-

lekulargewicht, das eine orale Einnahme erlaubt, die Möglichkeit, es ohne Methotrexat (MTX) als Kombinationspartner zu geben. Schließlich müsse nicht die Bildung von Antikörpern gegen das Biologikum unterbunden werden, erklärte Prof. Roy Fleishmann, Metroplex Clinical Research Center, Dallas, Texas/USA. Er stellte die Ergebnisse einer Studie vor, in der MTX-naive Patienten mit früher RA entweder 4 mg Baricitinib als Monotherapie oder nur MTX oder beide Wirkstoffen kombiniert erhielten [Abstract 1045]. Nach 24 Wochen betrugen die ACR20-Respondererraten in den je-

weiligen Gruppen 62 % unter MTX, 77 % unter Baricitinib und 78 % unter der Kombination. Die ACR-50-Responderaten betrugen 43, 60 beziehungsweise 63 %. Nur bezüglich der Röntgenprogression zeigte sich ein Vorteil für die Kombination; unter dieser Behandlung fiel auch das zuvor erhöhte C-reaktive Protein (CRP) in den Normbereich. Fleishmanns Schlussfolgerung für die Praxis lautete daher, mit einer Baricitinib-Monotherapie zu starten. Sinke der CRP-Wert nicht in den Normbereich, sollte die Behandlung um MTX ergänzt werden. wk