2016 +++ EULAR-Kongress 2016 +++ EULAR-Kon

Update der Leitlinie zur axialen SpA

Neuere Therapieoptionen haben ein Update der ASAS/EULAR-Leitlinie zur axialen Spondylarthritis (axSpA) erforderlich gemacht, das Prof. Désirée van der Heijde, Leiden, Niederlande, vorstellte. Erstmals bezieht sich die Leitlinie nicht nur auf die ankylosierende Spondylitis, sondern auf alle Formen der axSpA, inklusive der nicht röntgenologischen axSpA (nr-axSpA).

Am Anfang sollte weiterhin eine NSAR-Therapie in Kombination mit physikalischer Behandlung und regelmäßiger Bewegung stehen. Neu ist, dass der Patient angehalten werden soll, das

Rauchen aufzugeben sobald die Diagnose gesichert ist. Denn die Datenlage zu den negativen Effekten des Rauchens auf die Krankheitsaktivität und die Röntgenprogression ist erdrückend. Konventionelle DMARD (Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs) werden bei rein axialer SpA nicht empfohlen.

Grundlage der Entscheidung zur Therapieeskalation von NSAR auf Biologika sollten die weiterhin bestehende Krankheitsaktivität, gemessen mit dem Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity (BASDAI) Score oder dem Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (AS-

DAS), sowie der klinische Gesamteindruck sein. Bei peripherer Beteiligung sollte der Eskalation auf ein Biologikum ein Therapieversuch mit Sulfasalazin, alternativ mit lokalen Glukokortikoid-Injektionen, vorangegangen sein.

Biologika der ersten Wahl sind TNF- α -Inhibitoren. Der einzige bisher zugelassene Wirkstoff aus der neuen Klasse der Interleukin 17A-Inhibitoren, Secukinumab, sollte dem Update zufolge erst bei Versagen der TNF- α -Hemmung zum Einsatz kommen, kann aber bei Kontraindikationen gegen TNF- α -Inhibitoren oder starker begleitender Psoriasis auch als First-Line-Biologikum erwogen werden. *wk*

Diagnose und Behandlung der Gicht sind oft unzureichend

Trotz der drohenden Gicht-Epidemie werde diese häufigste nicht degenerative, entzündliche Gelenkerkrankung weiterhin vernachlässigt. Dies beklagte Prof. Lennart Jacobsson, Universität Göteborg, Schweden. Zu bedenken ist laut Jacobsson, dass sich die Last an Uratkristallen über bis zu zehn Jahre aufbaut, bevor es zum ersten Gichtanfall kommt. Daher dauere es selbst unter effektiven Therapien drei bis fünf Jahre, bis die Kristalle aus dem Körper ausgeschleust seien. In dieser Zeit kann es zu Gichtan-

fällen kommen, die von den Patienten häufig als Beleg für die Ineffektivität der verordneten Medikamente gewertet werden. Daher sollten Gicht-Patienten im Vorfeld über diesen Nebeneffekt der Therapie aufgeklärt werden, um die Compliance nicht zu gefährden.

Wegen der engen Assoziation zwischen Gicht einerseits und Adipositas, Hypertonie, Diabetes mellitus und Nierenerkrankungen andererseits sollte endlich mehr getan werden, um die sich anbahnende Epidemie einzudämmen,

forderte Jacobsson. Denn die Gicht sei eben nicht nur eine Gelenkerkrankung, sondern gehe mit diversen Komorbiditäten einher. Besonders wenn Gicht-Kranke ein kardiovaskuläres Ereignis erlitten haben, sollten die Hyperurikämie effektiv und langfristig behandelt werden, um die Mortalität zu senken. Darauf verwies Dr. Will Raymond, School of Population Health der University of Western Australia, Perth. Bei Patienten mit asymptomatischer Hyperurikämie ohne kardiovaskuläre Vorgeschichte sei dagegen keine Harnsäure-senkende Therapie indiziert, wie die Ergebnisse der prospektiven Busselton Health Study ergaben (OP0018). *wk*