



© Marcin Moryc/Shutterstock

Lange Zeit mussten Rheumatologen für die Behandlung ihrer Patienten auf Substanzen aus der Transplantationsmedizin oder der Onkologie zurückgreifen. Seit 15–20 Jahren konnten aber Zielstrukturen, insbesondere Zytokine, identifiziert werden, die für die Pathogenese der Erkrankung verantwortlich sind und die mit speziellen biotechnologisch hergestellten Substanzen (Biologika) gehemmt werden können.

Biologika in der Rheumatologie

Targeted Therapy – und was dabei zu beachten ist

— Mittlerweile stehen insgesamt neun Biologika für die Therapie der rheumatoiden Arthritis zur Verfügung. Prof. Dr. Jörn Kekow, Vogelsang-Gommern, wies darauf hin, dass Inhibitoren des Tumor-Nekrose-Faktors alpha (TNF-alpha-Hemmer) eine vergleichbare Wirkung wie Kortison besitzen, jedoch ein deutlich günstigeres Nebenwirkungsprofil aufweisen.

Problematisch ist jedoch, dass etwa 30% der Patienten auf TNF-alpha-Hemmer nicht genügend ansprechen. Ein neuer Therapieansatz besteht in der Behandlung mit Tocilizumab. Diese Substanz ist gegen lösliche und membranständige Interleukin-6-Rezeptoren gerichtet. Auch dieses Interleukin besitzt eine Schlüsselrolle im Entzündungsprozess der rheumatoiden Arthritis, es wirkt als Wachstumsfaktor für B-Lymphozyten. Laut Kekow ist Tocilizumab eine gute Ergänzung zum Anti-CD20-Antikörper Rituximab. Beide Wirkstoffe hemmen die Entwicklung von B-Lymphozyten, die bei rheumatoider Arthritis Auto-Antikörper bilden und damit zur Destruktion von Knorpel und Knochen führen.

Grundregeln für Impfungen

Beim Thema Impfungen von Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen gibt es eine Reihe von Vorurteilen: „Impfungen sprechen bei Rheumapatienten ohnehin schlecht an“, „Imp-

fungen lösen bei Rheumapatienten Erkrankungsschübe aus“ oder „Impfungen haben bei Rheumapatienten mehr Nebenwirkungen“. Prof. Dr. Klaus Krüger, München, unterstrich, dass diese Statements nicht zutreffen.

Für Impfungen von Patienten, die Biologika erhalten, gibt es Grundregeln:

- 1 Sämtliche Impfungen mit inaktivierten Vakzinen können durchgeführt werden.
- 2 Impfungen mit Lebendimpfstoffen sind kontraindiziert.
- 3 Der Impfstatus sollte vor dem Einleiten einer Biologikatherapie aktualisiert werden.

Die ständige Impfkommission (STIKO) empfiehlt für den immunsupprimierten Rheumatiker Impfungen mit Tetanus-Diphtherie-Pertussis-Toxoid, Influenza-Vakzin, Pneumokokken-Vakzin und (regionspezifisch) die Impfung gegen Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME).

Nur bei entsprechenden Risikokonstellationen sollte gegen Hepatitis A/B, *Hämophilus influenzae* und Meningokokken geimpft werden.

Zu den kontraindizierten Lebendimpfungen gehören: Varizella, Polio (orales Vakzin), Mumps-Masern-Röteln, Typhus (orales Vakzin), BCG, Gelbfieber, Pocken und Adenoviren. Krüger wies darauf hin, dass für Polio und Typhus mittlerweile inaktivierte Vakzine zur Verfügung stehen.

Lebendimpfungen sollten vor Beginn einer immunsupprimierenden Therapie durchgeführt werden. Von der Verabreichung eines Lebendimpfstoffes bis zum Beginn der Therapie muss eine Latenz von mindestens zwei Wochen bestehen. Erst drei Monate nach Absetzen eines immunsuppressiven Medikaments auf Reisen in problematische Länder (etwa mit Gelbfieberrisiko) möglichst verzichten. Ohne nachgewiesene Gelbfieberimpfung verweigern Urlaubsländer sogar oft die Einreise.

Eine Sonderstellung nimmt der Antikörper gegen das Lymphozytenantigen CD20, Rituximab, ein. Hier hat die SIERRA-Studie (Arthritis Rheum 2010;62:64–74) gezeigt, dass die Impfantwort auf eine Pneumokokkenvakzine deutlich abgeschwächt war. Weitere Studien zeigen auch Einschränkungen bei der Influenzaimpfung, wobei ein vorbestehender Impfschutz und ein möglichst langes Intervall zwischen dem Zyklus und der Impfung die Effektivität steigern.

Unter Biologika (inkl. Tumor-Nekrose-Faktor-alpha-Hemmern) kann das Ansprechen auf eine Impfung gegen FSME oder Hepatitis B eingeschränkt sein. Im Zweifelsfall sollte der Antikörpertiter bestimmt und ggf. eine weitere Impfung durchgeführt werden.

DR. MED. ANDREAS FISCHER ■