

Antikörper oder rekombinante Fusionsproteine, die an pathophysiologisch bedeutsamen Zielmolekülen oder Rezeptoren der immunologisch-rheumatischen Entzündung angreifen.

Zur Zeit sind fünf Inhibitoren des Zytokins TNF-alpha zugelassen, nämlich Adalimumab, Certolizumab, Entanercept, Golimumab und Infliximab. Weitere Zielmoleküle der Entzündung bei der rheumatoiden Arthritis sind die löslichen Interleukin-Rezeptoren, die mit dem Interleukin-6-Rezeptorantagonisten Tocilizumab und dem Interleukin-1-Rezeptorantagonisten Anakinra gehemmt werden können.

Andere Therapiestrategien mit monoklonalen Antikörpern richten sich gegen B-Lymphozyten, so der Anti-CD20-Antikörper Rituximab.

„Wichtig ist, dass diese neuen Substanzen nach individualisierten Kriterien und nach individueller Prognoseein-



© W. Bolten/Merckle Rheumatologie

Eine frühe und konsequente Therapie kann die Gelenkfunktion erhalten.

schätzung eingesetzt werden“, betonte Prof. Elisabeth Märker-Hermann, Wiesbaden. Dabei müsse die Aggressivität des Krankheitsverlaufs und auch das Vorliegen von etwaigen Komorbiditäten berücksichtigt werden. Nach aktuellen Empfehlungen sollte bei Patienten mit ungünstiger Prognose, d. h. mit hochak-

tiver Erkrankung und frühen Gelenkschäden schon nach dem Versagen des ersten DMARD mit einer solchen Biologika-Therapie begonnen werden. Auch kann im Einzelfall durchaus eine Kombinationstherapie verschiedener Basistherapeutika sinnvoll und notwendig sein.

„Unverzichtbar jedoch ist eine engmaschige Kontrolle der Patienten, um die Wirksamkeit beurteilen und etwaige Komplikationen frühzeitig erfassen zu können“, so Märker-Hermann. Auch dann, wenn eine Remission nicht mehr möglich sei, könne mit modernen Biologika die Krankheitsaktivität verringert werden.

DR. MED. PETER STIEFELHAGEN ■

■ Quelle: 7. Rheumatologie-Update-Seminar, 2.–3. März 2011 und Internistenkongress am 2.5.2011 in Wiesbaden

Kurz und knapp

Empfehlungen für die Therapie der rheumatoiden Arthritis:

- Das primäre Ziel der Behandlung sollte das Erreichen einer klinischen Remission sein.
- Die klinische Remission ist definiert als Abwesenheit von Zeichen und Symptomen einer signifikanten inflammatorischen Krankheitsaktivität.
- Obwohl die Remission das klare Ziel sein sollte, mag eine niedrige Krankheitsaktivität auch akzeptabel sein, vor allem bei Patienten mit lange bestehender Erkrankung.
- Bis das erwünschte Behandlungsziel erreicht ist, sollte die medikamentöse Therapie mindestens alle drei Monate angepasst werden.
- Die Krankheitsaktivität muss regelmäßig gemessen und dokumentiert werden.
- Für die Routinepraxis sind entsprechend validierte Scores für die Beurteilung der Krankheitsaktivität notwendig.
- Bei der Therapieentscheidung sollten auch strukturelle Schäden und Funktionseinbußen berücksichtigt werden.
- Das vereinbarte Behandlungsziel sollte während des gesamten Krankheitsverlaufs aufrechterhalten werden.
- Der Patient muss angemessen über das Behandlungsziel und die Strategie der rheumatologischen Behandlung informiert sein.
- Mit der Diagnosestellung „rheumatoide Arthritis“ sollte immer eine Basistherapie begonnen werden.
- Methotrexat sollte zumindest Teil der ersten Therapie sein.
- Bei Methotrexat-Kontraindikationen oder -Unverträglichkeit kommen als Alternative Leflunomid, Sulfasalazin oder i.m. GOLD in Betracht.
- Bei Patienten ohne Basistherapie sollte primär eher eine Mono- als eine Kombinationstherapie angesetzt werden, und zwar unabhängig von einer zusätzlichen Kortisontherapie.
- Die initiale zusätzliche Glukokortikoidgabe in niedrigen bis moderaten Dosen ist für die Kurzzeittherapie hilfreich, sollte aber möglichst bald wieder ausgeschlichen werden.
- Bei ungünstigen Prognosefaktoren und nicht hinreichender Wirksamkeit der ersten Therapie sollte ein zusätzliches Biologikum erwogen werden. Wenn keine schlechten Prognosefaktoren gegeben sind, sollte zunächst ein anderes DMARD eingesetzt werden.
- Bei Patienten, die nicht hinreichend auf Methotrexat und/oder ein weiteres DMARD mit oder ohne Glukokortikoide ansprechen, sollte ein Biologikum bevorzugt in Kombination mit Methotrexat eingesetzt werden.
- Nach Versagen des ersten TNF-Blockers sollte ein anderer TNF-Inhibitor gegeben werden.
- Bei schwerem Biologika- und DMARD-refraktärem Verlauf kann eine Therapie mit Azathioprin oder Ciclosporin versucht werden.
- Bei persistierender Remission ohne Steroide kann ein allmähliches Absetzen des Biologikums erwogen werden.
- Bei Langzeitremission kann auch ein vorsichtiges Ausschleichen des DMARD versucht werden.
- Bei Patienten mit schlechten Prognosefaktoren kann in Einzelfällen auch primär eine Kombination aus Methotrexat plus Biologikum erwogen werden.

STI ■