

Therapiestrategien

Wege zur Remission

Mit der zunehmenden Vielfalt an therapeutischen Möglichkeiten in der Behandlung chronisch entzündlich rheumatischer Erkrankungen rücken Therapiealgorithmen, die Frage nach der Reihenfolge des Einsatzes der verschiedenen Biologika und sDMARDs („synthetic disease-modifying antirheumatic drugs“), das richtige Vorgehen beim Wechsel der Behandlung und auch die eventuelle Medikamentenreduktion bei stabiler Remission in den Vordergrund.

Die Psoriasisarthritis mit und ohne axiale Erkrankung zeichnet sich durch sehr unterschiedliche Krankheitsverläufe aus, die eine unterschiedliche therapeutische Herangehensweise erfordern. Im Beitrag von *M. Köhm und F. Behrens* werden die bisherigen Behandlungsempfehlungen der GRAPPA-Gruppe, die Empfehlungen für verschiedene Ausprägungen der Psoriasisarthritis und der Psoriasis vulgaris aufgelistet und mit dem Therapiealgorithmus der European League against Rheumatism (EULAR)-Empfehlungen verglichen. Die jeweiligen Schwächen und Stärken dieser Empfehlungen werden dargestellt. Für die laufende Überarbeitung wäre eine möglichst evidenzbasierte Berücksichtigung des Schweregrades und der einzelnen Phänotypen der Psoriasisarthritis eine gute Hilfestellung bei der individuellen Therapieentscheidung des Rheumatologen.

Das Behandlungsspektrum der ANCA-assoziierten Vaskulitiden ist mit der Zulassung von Rituximab erweitert worden. Im Beitrag von *B. Hellmich* wird die Verbesserung des Outcome durch ein stadien- und aktivitätsabhängiges Therapieregime dargestellt. Der evidenz-

basierte Stellenwert von Rituximab nicht nur in der Remissionseinleitung, sondern auch in der Remissionserhaltung wird dargestellt. Die erhöhte infektionsbedingte Frühmortalität und die Häufigkeit von Rezidiven weisen jedoch auf die Notwendigkeit einer weiteren Verbesserung der Therapieprotokolle hin.

» Die Therapieoptionen haben sich in den letzten Jahren erweitert

Über fast ein Jahrzehnt gab es bei Ineffizienz oder Nebenwirkung eines TNF-Blockers fast nur die Alternative eines Wechsels zu einem anderen TNF-Blocker. Mit der Zulassung von anderen Biologika auch zur First-line-Therapie haben sich die Therapieoptionen erweitert. Die Rationale für einen Wechsel innerhalb der Wirkstoffgruppe oder einen Wechsel des Wirkprinzips wird im Beitrag von *A. Rubbert-Roth* unter Berücksichtigung der aktuellen Studienlage dargelegt. Bisher fehlen randomisierte klinische Studien als Grundlage für Therapieentscheidungen. Registerdaten und Beobachtungsstudien legen bei Wirkversagen des First-line-TNF-Blockers einen Wechsel zu einem anderen Wirkprinzip nahe. Dies gilt aber nicht für ein nebenwirkungsbedingtes Absetzen eines TNF-Blockers. Studien, aus denen eine rationale Vorgehensweise beim Wirkversagen eines Nicht-TNF-Biologikums abzuleiten wäre, gibt es bisher nicht. Insofern stehen wir bei der Entwicklung von evidenzbasierten Therapieempfehlungen für die Umstellung von Biologika erst am Anfang.

Eine Medikamentenreduktion oder ein Absetzen bei stabiler Remission war im ersten Jahrzehnt der Zulassung von Biologika nur ein sehr selten diskutiertes und wenig in Studien untersuchtes Thema. Die Therapiealgorithmen bei den Indikationen rheumatoide Arthritis, Psoriasisarthritis und Spondyloarthritis beschränkten und beschränken sich immer noch auf die Frage, wann eine Biologikatherapie begonnen werden soll. Ein Beibehalten der Biologikatherapie auch bei stabiler Remission wurde viele Jahre – gemäß dem Motto „never change a winning team“ – nicht infrage gestellt. Im Beitrag von K. Krüger wird die aktuelle Studienlage zur Therapiereduktion bzw. dem Absetzen von Biologika unter stabiler Remission bei der rheumatoiden Arthritis für die einzelnen Biologika und für Methotrexat analysiert. In einer in den letzten beiden Jahren zunehmenden Zahl an Studien wurde die Vertretbarkeit einer Medikamentenreduktion bei stabiler Remission auch im Hinblick auf die radiologische Progression gezeigt.

Eine Reihe von Fragen – wie: Beginn mit der Reduktion beim sDMARD oder beim Biologikum? Welches Vorgehen ist bei welchem Präparat am aussichtsreichsten? Bis zu welchem Intervall ist eine Spreizung, Verlängerung der Injektions- oder Infusionsbehandlung eines Biologikums noch zielführend? Wie lange dauert eine medikamentenfreie Remission im Durchschnitt? Welche Faktoren begünstigen eine möglichst lange Remission? – bleibt offen und wird wegen der Komplexität auch über randomisierte Studien zum Teil nur unzureichend zu beantworten sein. Register und Arzneimittelvereinbarungen mit einer exakten Medikamentendokumentation und Kontrolle der Krankheitsaktivität, wie z. B. beim Rabbit-Register des Deutschen Rheumaforschungszentrums und beim Arzneimittelvertrag des Berufsverbandes Deutscher Rheumatologen (BDRh) nach § 84 SGB V mit inzwischen 38 gesetzlichen Krankenkassen, lassen mittelfristig zusätzliche wertvolle Informationen erwarten, die helfen, unsere Vorgehensweise bei Remission, aber auch bei der Umstellung von Biologikatherapien rationaler zu gestalten.

Das Ziel für uns Rheumatologen sollte es hierbei in erster Linie sein, unseren Patienten zu einer anhaltenden stabilen Remission bei einer Minimierung von medikamentenbedingten Nebenwirkungen und einer Verbesserung der Lebensqualität zu verhelfen.



Dr. Edmund Edelmann



Prof. Dr. Klaus Krüger

Korrespondenzadressen

Prof. Dr. K. Krüger

Praxiszentrum
St. Bonifatius Str. 5, 81541 München
Klaus.Krueger@med.uni-muenchen.de

Dr. E. Edelmann

Berufsverband Deutscher Rheumatologen e. V.
Lindenstr. 2, 83043 Bad Aibling
edelmann@bdrh.de

Interessenkonflikt. E. Edelmann: Vorträge und Beratungstätigkeit für die Firmen Abbvie, BMS, MSD, Pfizer, Roche/Chugai, UCB. K. Krüger: Vorträge und Beratungstätigkeit für die Firmen Abbvie, BMS, Medac, MSD, Pfizer, Roche, UCB.