

Neue Leitlinie zur Therapie

Ziel bei RA: Erreichen und Erhalt einer Remission

Vor Kurzem ist die neue S2e-Leitlinie der DGRh zur Therapie der Rheumatoiden Arthritis (RA) erschienen. Hervorgehoben werden darin unter anderem das primäre Therapieziel Remission und die Rolle der Glukokortikoide.



Als Starttherapie bei RA gilt die Kombination aus Methotrexat und Glukokortikoid.

„Das Ziel der Therapie bei früher Rheumatoider Arthritis muss die Remission sein“, sagte Prof. Klaus Krüger, Praxiszentrum St. Bonifatius, München, beim Rheuma Update in Wiesbaden. Denn, wie eine britische Studie zeigt, haben Patienten mit anhaltender Remission eine entschieden höhere Lebensqualität und einen besseren Funktionsstatus, als solche mit Low Disease Activity (LDA) [1]. Eine LDA sei nur ein Behelfsziel, etwa bei fortgeschrittenen Erkrankungen, bei denen man eine Remission nicht mehr erreichen kann.

Behandelt wird nach dem Treat-to-Target-Prinzip mit einem strikten Zeitplan, erläuterte der Rheumatologe unter Hinweis auf die neue Leitlinie [2]. „Die DMARD-Therapie sollte frühestmöglich beginnen, optimalerweise zwölf Wochen nach Symptombeginn. Wir wissen, dass dies optimal ist, aber selten klappt“, sagte Krüger. Das

belegen auch Daten des Rheuma-Forschungszentrums, wonach 20% der Rheuma-Patienten erst im zweiten Jahr einen Rheumatologen sehen. „Hier gibt es noch eine große Diskrepanz zwischen dem, was die Leitlinie sagt, und der Realität“.

DAS28 geht in Rente

Als Starttherapie gilt unumstritten die Kombination aus Methotrexat (MTX, außer bei Kontraindikationen, hier etwa Leflunomid oder Sulfasalazin) und Glukokortikoid (GC) in einem Dosisbereich von – je nach Krankheitsaktivität – 10 bis 30 mg Prednisolon. Nach sechs Wochen sollte geschaut werden, wie die Starttherapie vertragen wird oder ob Dosiskorrekturen notwendig sind. Weitere Kontrollen sollten nach zwölf und 26 Wochen erfolgen. Nach Woche 12 sollte der Ausgangsscore um mindestens 50% gebessert, nach Woche 26 die Remission erreicht sein. Sowohl das Verfehlen des ersten, wie auch des zweiten Zieles sollte zu einer Therapie-Eskalation führen.

Die Remission sollte nicht mehr mit dem DAS28 gemessen werden. Er hat erhebliche Schwächen, so Krüger, und ein paar davon seien beim SDAI (Simplified Activity Index) und CDAI (Clinical Disease Activity Index) einfach geringer. Auch kann etwa mit dem zeitsparenden CDAI die Krankheitsaktivität sehr schnell – solange der Patient noch vor einem sitzt –, ermittelt und mit ihm besprochen werden (Scores unter www.rheumakit.org).

Bis Woche 8 sollte die GC-Therapie im Low-Dose-Bereich (< 7,5 mg) angekommen sein, und nach drei bis spätestens sechs Monaten sollte sie beendet sein. Daten zeigen allerdings, dass die Hälfte aller RA-Patienten in Deutschland eine GC-Dauertherapie mit einer Durchschnittsdosis von 5 mg erhalten. „Das ist meilen-

weit von den Empfehlungen der Leitlinie entfernt“, so Krüger. Das Problem sei, je länger ein Patient ein GC bekommt, desto mehr ist er daran gewöhnt, und desto schwieriger wird es, diese abzusetzen. Bedenklich ist eine Langzeit-Kortikoid-Therapie vor allem aufgrund der bestehenden Gefahr der Langzeittoxizität, der erhöhten Mortalität und des Infektionsrisikos. Auch gibt es keinen Beleg dafür, dass das GC in Dauertherapie nach dem ersten Halbjahr noch nützlich ist. „Hier muss die DMARD-Therapie die Führung übernehmen“, erläuterte der Rheumatologe.

Bei erfolgloser oder nur partiell erfolgreicher Starttherapie sollte MTX bei fehlenden Indikatoren einer ungünstigen Prognose und / oder moderater Krankheitsaktivität durch weitere csDMARD (Methotrexat, Leflunomid, Sulfasalazin) ergänzt werden. Ein Nutzen für den sequenziellen Einsatz von weiteren csDMARDs in Monotherapie ist hingegen nicht belegt.

Bei hoher Krankheitsaktivität sollte ein bDMARD gegeben werden

Bei Patienten mit hoher Krankheitsaktivität oder bei ungünstigen Prognosefaktoren sollte ein bDMARD (Abatacept, Adalimumab, Anakinra, Certolizumab, Etanercept, Golimumab, Infliximab, Rituximab, Sarilumab, Tocilizumab) beziehungsweise Biosimilar oder ein tsDMARD (JAK-Inhibitoren wie Baricitinib und Tofacitinib) eingesetzt werden – möglichst in Kombination mit MTX. tsDMARD und bDMARD werden in der Leitlinie als gleichwertig einsetzbar nach Versagen von csDMARDs genannt. In der Realität liegt der Anteil der Patienten, die im ersten Jahr ein Biologikum bekommt, allerdings bei unter 5%. Besteht eine MTX-Kontraindikation, liegen für IL6R- und JAK-Inhibitoren die besten Monotherapie-Daten vor.

Christina Ott

1. *Arth Rheum* 2018; 70 (Suppl 10), Abstr. 1923
2. *Z Rheumatol* 2018; 77 (Suppl 2):35-53

