

EULAR schwerpunktmäßig an der RA orientierte, ziele GRAPPA erstmals stärker auf – bei der PsA wichtige – Domänen wie Enthesitis, Daktylitis, Haut- und Nagelbefall. Auch werden Biologika, etwa Tumornekrosefaktor (TNF)- oder Interleukin-Inhibitoren oder der Phosphodiesterase-4 (PDE-4)-Inhibitor Apremilast, von der GRAPPA nach initialer Behandlung mit NSAR früher beziehungsweise gleichberechtigt berücksichtigt.

Für Apremilast (Otezla®) belegen Daten aus den Zulassungsstudien PALACE 1–3 eine gute Wirksamkeit bei Enthesitis und Dakty-

litis sowie bei dem oft besonders belastenden Juckreiz über bis zu fünf Jahre [Kavanaugh A et al. EULAR 2018; Poster THU0294]. Unter Apremilast (2 × 30 mg/Tag) sei nach 260 Wochen bei 80% der Patienten die Daktylitis und bei 62% die Enthesitis komplett verschwunden gewesen, berichtete der Rheumatologe Dr. Frank Behrens, Universität Frankfurt am Main. Eine deutliche Abnahme der Krankheitsaktivität unter Apremilast (20 mg), gemessen im cDAPSA-Score, zeigte sich in der Auswertung einer weiteren Studie über 52 Wochen speziell bei

Patienten mit moderater PsA. Auch Daten der nicht interventionellen LAPIS-NIS-Studie belegen für Apremilast unter Alltagsbedingungen eine deutliche Abnahme der geschwollenen und druckschmerzhaften Gelenke (**Abb. 1**), besonders bei Patienten ohne Biologika-Vorbehandlung [Wollenhaupt J et al. DGRh 218; Poster SpA.31], fasste Behrens zusammen. *Dr. Andreas Häckel*

Meet-the-Expert PsA: „Optimierte Versorgung mit Apremilast“, Frankfurt/Main, 24.4.2019; Veranstalter: Celgene

Neue Daten zu Filgotinib in der RA-Therapie

— Die Therapie mit oralen Januskinase (JAK)-Inhibitoren ist bei Patienten rheumatoider Arthritis (RA) mit unzureichendem Ansprechen auf konventionelle krankheitsmodifizierende Medikamente (DMARD) eine Alternative zu Biologika. Dies zeigte sich auch in der FINCH1-Studie, deren Ergebnisse Prof. Dr. Bernard Combe aus Montpellier, Frankreich, beim diesjährigen EULAR-Kongress erstmals vorstellte. An dieser Phase-III-Studie nahmen insgesamt 1.755 RA-Patienten mit aktiver Erkrankung unter Methotrexat (MTX, im Mittel 15 mg/Woche) teil. 80% der Studienteilnehmer waren weiblich, die Krankheitsdauer betrug im Mittel 7,8 Jahre, die Krankheitsaktivität (DAS28-CRP) lag zu Studienbeginn im Schnitt bei 5,7. Die Patienten erhielten in

den ersten 24 Wochen zusätzlich zu MTX entweder Filgotinib (100 mg oder 200 mg täglich), Adalimumab (40 mg jede zweite Woche) oder Placebo.

Das ACR20-Ansprechen nach zwölf Wochen, der primäre Studienendpunkt, war in den beiden Filgotinib-Armen signifikant höher als in der Placebogruppe (69,8% bzw. 76,6% vs. 49,4% Placebo, $p < 0,001$). Die Wirksamkeit des JAK1-Hemmers sei bereits nach zwei Wochen nachweisbar gewesen und blieb in den Wochen 12 bis 24 konstant, berichtete Combe. Im Vergleich zu Adalimumab war Filgotinib 200 mg bezüglich des DAS28-CRP-Ansprechens nicht unterlegen (nach zwölf Wochen 49,7% vs. 43,4%, Placebo: 23,4%). Nach 24 Wochen wurde in den beiden Filgotinib-Gruppen auch eine

stärkere Hemmung der radiologischen Progression im Vergleich zu Placebo belegt. Auch beim Funktions-Score HAQ, der Lebensqualität und dem Fatigue-Score wurden signifikante Verbesserungen erzielt. Das Sicherheitsprofil des JAK1-Hemmers war konsistent mit früheren Studien.

In der FINCH3-Studie wurde bei bisher MTX-naiven RA-Patienten die bessere Wirksamkeit der Kombinationstherapie Filgotinib plus MTX versus einer MTX-Monotherapie dokumentiert (ACR-Ansprechen nach 24 Wochen 80,2% FIL 100 mg, 81,0%, FIL 200 mg vs. 71,4% MTX mono, $p < 0,05$).

Nach Angaben von Gilead Sciences soll Filgotinib noch dieses Jahr zur Zulassung eingereicht werden. *Roland Fath*

Oral presentation am 12.6.2019 und Late breaking abstract session am 15.6.2019, EULAR-Kongress, Madrid, 12.–15.6.2019

IL-17-A-Inhibitor wirkt besser gegen Gelenk- und Hautmanifestation bei PsA als TNF- α -Blocker

— In der Therapie der aktiven Psoriasis-Arthritis (PsA) werden häufig Biologika eingesetzt. Die SPIRIT-H2H-Studie verglich nun erstmals zwei Biologika bei aktiver PsA direkt miteinander: den Interleukin(IL)17A-Inhibitor Ixekizumab (Taltz®) und den TNF- α -Hemmer Adalimumab.

Den kombinierten primären Endpunkt – das gleichzeitige Erreichen von sowohl ACR50-Ansprechen als auch einem PASI100 – erzielten 36% der Patienten unter IL-17A-Blockade gegenüber 28% unter Adalimumab.

Ixekizumab erwies sich zudem hinsichtlich des ACR50-Ansprechens gegenüber Adalimumab als nicht unterlegen und war im PASI-100-Ansprechen signifikant überlegen. So hatten 60% der Patienten eine erscheinungsfreie Haut, unter Adalimumab nur 47%. Auch die Kriterien für eine niedrige Krankheitsaktivität wurden unter Ixekizumab häufiger erzielt. Teilgenommen hatten 566 Patienten mit aktiver PsA (≥ 3 TJC [Gelenke mit Druckschmerz] und ≥ 3 SJC [geschwollene Gelenke]) und einer Plaque-Psoriasis (body surface area [BSA] $\geq 3\%$), die

zuvor nicht mit biologischen krankheitsmodifizierenden Medikamenten (DMARD) behandelt worden waren und auf konventionelle synthetische DMARD nur unzureichend ansprachen. Die PsA war seit mindestens sechs Monaten aktiv, die mittlere Dauer der PsA seit Diagnosestellung lag bei etwa sechs Jahren, die Behandlung ging über 52 Wochen. Konventionelle synthetische DMARD waren erlaubt. So erhielten etwa 60% der Patienten zusätzlich Methotrexat. *Dr. Beate Fessler*

Satellitensymposium „Elevating treatment goals in psoriatic arthritis“, EULAR-Kongress, Madrid, 13.6.2019; Veranstalter: Lilly