

eine anhaltend gute Wirksamkeit bei guter Verträglichkeit gezeigt. Neue Sicherheits-signalen seien im Verlauf der bis zu fünf Jahre dauernden Therapie nicht aufgetreten. Die Daten zur Remission – zum einen gemäß DAS28-ESR, zum anderen gemäß CDAI – unterstreichen, dass es zu keiner Abschwächung der Wirksamkeit kommt: 70,7 % der

ursprünglichen MOBILITY-Patienten wiesen nach 244 Wochen eine DAS28-Remission auf; von den ursprünglichen TARGET-Patienten waren es nach 144 Wochen 53,5 % (**Abb. 1**). Die entsprechenden Prozentsätze für eine CDAI-Remission betragen 39,8 % für die ursprünglichen MOBILITY-Patienten und 24,3 % für die ursprünglichen TARGET-

Patienten [Genovese MC et al. *Rheumatology* (Oxford) 2018;57:1423–31].

Dr. Wiebke Kathmann

Dinner Talk: „Die Rolle der IL-6-Blockade in der RA-Therapie: RA effektiv managen und Komorbiditäten begegnen“, EULAR-Kongress, Madrid, 12.6.2019; Veranstalter: Sanofi Genzyme

Remission bei rheumatoider Arthritis – unterschiedliche Erwartungen, gleiches Ziel

— „Es begann wie eine Grippe und ich litt von Anfang an unter Fatigue. Dann schwellen die Schultern und die Hände an“, beschrieb Teresa Shakespeare Smith von der National Rheumatoid Arthritis Society ihren Krankheitsbeginn. Jetzt – 15 Jahre später – sei sie in Remission, habe aber noch gelegentliche Flares, wenn etwa die Arbeitsbelastung zu hoch werde. Sie könne sich selbst und ihre Kinder wieder versorgen, arbeite voll und könne in ihrer Freizeit wieder mit ihrem Mann wandern gehen. Dazwischen lägen Zeiten, in denen sie nicht mal ein Glas greifen konnte, und verschieden erfolgreiche Behandlungsversuche.

30 % der Patienten mit rheumatoider Arthritis (RA), die Dr. Louis Bessette, Assistenzprofessor an der Universität Laval, Frankreich, bei der Erstsicht sieht, arbeiten

krankheitsbedingt nicht mehr. Frühzeitig mit einer Treat-to-Target-Therapie behandelt, kämen bis zu 50 % aller Patienten in Remission. Die Kosten für eine solche Therapie lägen bei bis zu 14.000 € pro Person und Jahr. Aber diese Kosten lohnten sich. Denn die RA zu kontrollieren, sei auch ein volkswirtschaftlicher Gewinn. Werde die Krankheitsaktivität gesenkt, reduzierten sich die Folgekosten, der Patient brauche etwa keine Kniegelenksoperation, er erkranke auch seltener an einem Herzinfarkt, einer der Hauptkomorbiditäten der RA. Er könne wieder arbeiten und sich um seine Familie kümmern. Zum Vergleich: Ein Patient mit hoher Krankheitsaktivität kostet in den USA etwa 20.500 Dollar pro Jahr, ein Patient in Remission etwa 11.150 [Curtis JR et al. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*

2017;26:310–9]. Sei ein Patient mindestens ein Jahr in Remission, könne man darüber nachdenken, die Dosis zu reduzieren. Diese Entscheidung treffe Bessette immer mit dem Patienten gemeinsam. Etwa die Hälfte dieser Patienten bleibe auch unter reduzierter Dosis in Remission.

Trotzdem helfe die gegenwärtige Rheumatherapie jedem Zweiten nicht oder nicht ausreichend. Ein Grund für Dr. Aileen Pangan, Rheumatologin und Leiterin der immunologisch-klinischen Forschung bei AbbVie, nach neuen Zielmolekülen zu suchen, und die Präzision der Immunmodulation zu verbessern. Ein weiteres Ziel sei es, mehr Kombinationstherapien zu finden, die besser als die Einzelsubstanzen wirkten.

Eduardo Fernández-Tenllado Ramminger

Diskussionsrunde: „Remission – Erwartungen neu definieren: Die Bedeutung von Remission für Rheumapatienten und die Gesundheitssysteme“, EULAR-Kongress, Madrid, 14.6.2019; Veranstalter: AbbVie

Fixkombination für Arthrosepatienten mit kardialen und gastrointestinalen Risiken

— Millionen von Arthrosepatienten müssten regelmäßig nicht steroidale Antirheumatika (NSAR) einnehmen. Diese seien auf Dauer mit einem erhöhten Risiko für gastrointestinale Komplikationen wie Dyspepsie, Schleimhautschäden im Magen und im Darm sowie Ulkus oder Blutungen assoziiert, betonte Prof. Dr. Manfred Gross, Chefarzt am Internistischen Klinikum München. Je mehr Risikofaktoren, wie hohes Alter, Ulkus-Anamnese oder schwere Begleiterkrankungen, vorlägen, desto höher das Komplikationsrisiko.

Leitlinien wie jene des American College of Gastroenterology empfehlen daher ab einem moderaten Risikoniveau die zusätzli-

che Gabe von Protonenpumpenblockern (PPI). Dieses sei bereits bei Patienten über 65 Jahren oder bei einer Behandlung mit Acetylsalicylsäure oder Antikoagulanzen erreicht, erinnerte Gross. Leider werde der Magenschutz in der Praxis häufig vergessen. Erwiesen sei aber: je schlechter die Compliance, desto höher auch das Komplikationsrisiko.

Darüber hinaus sind NSAR mit einer Erhöhung des kardiovaskulären Risikos behaftet. Naproxen gilt hier noch als das sicherste Präparat. Deshalb empfiehlt das American College of Gastroenterology kardiovaskulären Risikopatienten Naproxen als NSAR der ersten Wahl.

Vor diesem Hintergrund könne die Fixkombination Naproxen/Esomeprazol (Vimovo®) als praxisgerechte Therapieoption vor allem für Patienten mit kardiovaskulären und gastrointestinalen Risikofaktoren empfohlen werden, erklärte Gross. Durch intelligente Galenik werde der PPI frühzeitig und das NSAR verzögert freigesetzt. Die Folge sei eine langanhaltende, effektive Schmerzreduktion bei gegenüber Naproxen-Monotherapie erheblich reduziertem Ulkus-Risiko. Eingenommen wird zweimal täglich eine Tablette (500 mg Naproxen/20 mg Esomeprazol).

Dr. med. Dirk Einecke

Pressekonferenz „Schmerztherapie mit NSAR: Vimovo®: Innovative Fix-Kombination zur Behandlung von Arthroseschmerzen“, Jahreskongress der DGIM, Wiesbaden, 4.5.2019; Veranstalter: Grünenthal