

EULAR-Empfehlungen werden aktualisiert

Die Therapie der Psoriasis-Arthritis auf dem neuesten Stand

Nach den geplanten EULAR-Empfehlungen orientiert sich die Therapie der Psoriasis-Arthritis (PsA) verstärkt am einzelnen Patienten.



Schmerzhafte Psoriasis-Arthritis an den Händen.

© Science Photo Library

— Seit der letzten Aktualisierung der EULAR-Empfehlungen zum Management der Psoriasis-Arthritis (PsA) wurden Abatacept, Ixekizumab, Biosimilars von Tumornekrosefaktor-Inhibitoren (TNF-I) und Tofacitinib zugelassen. Das machte laut Prof. Laure Gossec, Pitié-Salpêtrière Hospital und Sorbonne Universität, Paris, eine Aktualisierung erforderlich. Diese berücksichtigt auch bisher nicht zugelassene biologische krankheitsmodifizierende Antirheumatika (bDMARD) und zielgerichtete synthetische DMARDs (tsDMARD).

Individualisierung der Therapie

Die zu erwartenden neuen Empfehlungen berücksichtigen stärker als bisher den individuellen Patienten. Alle muskuloskeletalen Manifestationen sollen berücksichtigt und auf eine Depression als Komorbidität soll geachtet werden. Folgende Neuerungen zeichnen sich ab:

- Nach NSAR-Versagen wird bei der polyartikulären Arthritis der zeitnahe Therapiebeginn mit einem

konventionellen synthetischen (cs) DMARD empfohlen. Bei der mono- bzw. oligoartikulärer Arthritis kommt diese Eskalation bei Vorliegen ungünstiger Prognosefaktoren in Frage. Medikament der Wahl ist in beiden Fällen Methotrexat (MTX).

- Nach Versagen oder Unverträglichkeit des csDMARD wird zur Eskalation zu einem bDMARD (TNF-I, Interleukin 17A [IL-17A]- bzw. IL-23-Inhibitoren) oder den Januskinase-Inhibitor (JAK-I) Tofacitinib geraten. Bei starker Hautbeteiligung kann einem IL-17A- oder IL-23-Inhibitor der Vorzug gegeben werden. Der Phosphodiesterase (PDE)-4-Inhibitor Apremilast wird nun nach csDMARD-Versagen bei milder bis moderater Krankheitsaktivität an Haut und Gelenken oder wenn weder ein bDMARD, noch ein JAK-I in Frage kommen, empfohlen.
- Nach bDMARD-Versagen oder wenn dieses unangemessen ist, wird ein JAK-I empfohlen.
- Bei Prädominanz einer Enthesitis bleibt es nach Versagen eines NSAR weiter beim Wechsel auf ein Biologikum. Die Enthesitis muss unzweifelhaft diagnostiziert und von einer Fibromyalgie abgegrenzt werden.
- Bei prädominant axialer Arthritis soll nach NSAR-Versagen ein bDMARD (TNF-I oder alternativ ein IL-17A-Inhibitor) gegeben werden.
- Bei peripherer Arthritis und relevanter Hautbeteiligung wird vorrangig ein IL-17A-Inhibitor empfohlen.
- Nach bDMARD-Versagen kann der Arzt bei allen anderen Phänotypen frei wählen.

Neu ist auch eine Empfehlung zum Tapering bei stabiler Remission: Es wird zur Vorsicht geraten. ■

Wiebke Kathmann

- EULAR-Kongress 2019 in Madrid

Hier steht eine Anzeige.

 Springer