

Ausreichende Vitamin-D-Versorgung für Rheumapatienten

Das CHUV sorgt für bessere Awareness

Durch eine ausreichende Versorgung mit Vitamin D lässt sich das Risiko für Stürze und Frakturen vermindern. Um einen Überblick über die Versorgungslage bei Rheumapatienten zu bekommen, hat das CHUV Lausanne eine Studie zur Veränderung der Awareness im Hinblick auf den Vitamin-D-Mangel initiiert. Die Autoren wollten wissen, wie sich eine umfassende Aufklärungs- und Informationskampagne auf die Versorgungsqualität auswirkt. Im November 2009 wurde allen ambulanten Rheumapatienten das Angebot gemacht, den Vitamin-D-Spiegel zu bestimmen. Im Anschluss er-

hielten die involvierten Ärzte ebenso wie die Patienten eine umfassende Aufklärung über die Auswirkungen des Vitamin-D-Mangels und den Nutzen einer Supplementierung.

Viele Experten plädieren inzwischen für einen Vitamin-D-Spiegel über 30 µg/l (75 nmol/l). Bei der Screening-Untersuchung (2009) haben 86 Prozent der ambulanten Patienten diesen Schwellenwert nicht erreicht. Der 25-OH-Vitamin-D-Status wurde wie folgt kategorisiert: < 10 µg/l: Defizit, 10 bis 30 µg/l: unzureichende Versorgung und > 30 µg/l: normaler Vitamin-D-Status. Durch die Zunahme der Aware-

ness bei Ärzten und Patienten liess sich der Vitamin-D-Status (November 2011) signifikant verbessern. Die Prävalenz der D-Hypovitaminose ging innerhalb von zwei Jahren von 79 auf 68 Prozent zurück. Der Anteil der Patienten mit Vitamin-D-Wert im Normbereich hatte sich verdoppelt. Es lohnt sich also, dem Vitamin-D-Defizit vermehrte Beachtung zu schenken, zu screenen und bei Bedarf zu supplementieren.

RW

Aubry-Rozier B et al. Posterpräsentation P5. Jahreskongress SGR 2013, Interlaken.

Strukturelle Unterschiede bei TNF-Hemmern sind relevant für sekundären Wirkverlust

Unterschiede in der Struktur der verschiedenen TNF-Hemmer werden mit dem unterschiedlichen «drug survival», also der Zeit bis zum Absetzen eines Medikaments, in Verbindung gebracht. Bei bestimmten Strukturvarianten vermutet man eine erhöhte Immunogenität. Diesbezüglich existieren Unterschiede zwischen chimären monoklonalen Antikörpern (MAK) und voll humanisierten MAK sowie auch zwischen MAK und löslichen Rezeptorantagonisten (CEPT).

Unter synthetischen DMARD wie Methotrexat (MTX) kam es zur verzögerten Entwicklung von Anti-Drug-Antibodies (ADA), verbunden mit einer längeren erfolgreichen Fortführung der Anti-TNF-Therapie. Wenn es bei einem Patienten zum sekundären Wirkverlust kommt, bieten sich ver-

schiedene Optionen an: Man erhöht die Dosis des Medikaments, man kombiniert mit Glukokortikoiden (GC) oder DMARD, oder man setzt den TNF-Hemmer ab. Die Autoren untersuchten, wie lange es bei den einzelnen TNF-Blockern dauert, bis aufgrund eines sekundären Wirkverlusts eine Therapieanpassung erfolgt. Dazu werteten sie die Daten der Schweizer SCQM-Datenbank aus. Der sekundäre Wirkverlust war folgendermassen definiert: Absetzen eines TNF-Hemmers nach 6 Monaten wegen unzureichender Wirksamkeit – trotz einer Dosiserhöhung oder einer Intensivierung der Therapie mit GC oder DMARD.

Von besonderem Interesse waren Unterschiede zwischen den MAK (Infliximab, Adalimumab, Golimumab) und dem CEPT

Etanercept. Die Autoren fanden 4796 Verläufe unter Anti-TNF-Therapie, wobei die Mehrzahl mit MAK erfolgte (n = 3116). Insgesamt konnten 7165 Patientenjahre unter TNF-Hemmern überblickt werden. Bei den Baseline-Daten gab es keine grossen Unterschiede, es fiel lediglich auf, dass in der CEPT-Gruppe mehr Patienten eine Monotherapie erhalten hatten (28 vs. 18%), während in der MAB-Gruppe mehr Patienten zusätzlich mit MTX behandelt worden waren (64 vs. 54%). In der CEPT-Gruppe war die Inzidenz der Therapieanpassungen wegen Wirkverlust signifikant geringer als unter MAB. Das mediane «Drug survival» unter CEPT lag bei 36 Monaten vs. 30 Monaten unter MAB.

RW

Martin Du Pan S et al. Posterpräsentation P9. Jahreskongress SGR 2013 in Interlaken.