

Psoriasisarthritis: Remission sollte das Ziel sein

Update der EULAR-Empfehlungen vorgestellt

Eine ganze Reihe neuer Medikamente mit verschiedenen Wirkmechanismen erweitert derzeit bei der Psoriasisarthritis (PsA) die therapeutischen Optionen. Am EULAR-Kongress in Rom präsentierte Prof. Laure Gossec aus Paris aktualisierte Guidelines mit zehn praktischen Empfehlungen zur nicht topischen Behandlung der PsA.

Seit der Veröffentlichung der vergangenen EULAR-Empfehlungen im Jahr 2012 zur Behandlung der Psoriasisarthritis (PsA) wurden neue Behandlungsstrategien und



Laure Gossec

eine Reihe von Medikamenten mit neuen Wirkmechanismen geprüft und zugelassen. Daher hat es sich eine internationale Task-Force im Jahr 2015 zur Aufgabe gemacht, die Empfehlungen unter Berücksichtigung der neuen Daten zu aktualisieren. Unter den 33 Mitgliedern dieser EULAR-Arbeitsgruppe befanden sich sowohl namhafte internationale Rheumatologen als auch zwei PsA-Patienten und zwei Pflegekräfte. Auf Basis der üblichen systematischen Literaturrecherche und einer Diskussionsrunde wurden fünf übergeordnete Prinzipien und

zehn Empfehlungen erarbeitet. Am diesjährigen Rheumatologentreffen in Rom präsentierte nun die Leiterin der Expertengruppe, Prof. Laure Gossec vom Pariser Pitié-Salpêtrière Hospital, die Ergebnisse.

Übergeordnete Prinzipien

- Psoriasisarthritis ist eine heterogene and potenziell schwere Krankheit, die eine multidisziplinäre Behandlung erforderlich macht.
- Die Behandlung von PsA-Patienten sollte mit größtmöglicher Sorgfalt und auf der Basis einer gemeinsamen Entscheidung von Patient und Rheumatologe/Arzt erfolgen.
- Für die Behandlung muskuloskeletaler Manifestationen von PsA-Patienten sind zuvorderst Rheumatologen zuständig. Sind zudem Hautmanifestationen vorhanden, sollte hinsichtlich Diagnose und Management mit Dermatologen zusammengearbeitet werden.
- Das wichtigste Ziel der Behandlung von PsA-Patienten ist die Maximierung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Dabei sind Symptomkontrolle, Prävention struktureller Schäden, Normalisierung der funktionellen und sozialen Partizipation und Zurückdrängen der Entzündung wichtige Faktoren, um dieses Ziel zu erreichen.
- Beim Management von Patienten mit PsA sollten auch extraartikuläre Manifestationen, das metabolische Syndrom, kardiovaskuläre Erkrankungen und andere Komorbiditäten berücksichtigt werden.

Zehn Empfehlungen

1. Das Ziel der PsA-Behandlung ist das Erreichen einer Remission oder zumindest einer minimalen Krankheitsaktivität. Dazu sollte der Patient regelmässig kontrolliert und die Therapie gegebenenfalls angepasst werden. Anmerkung von Gossec: Studien zeigen, dass ein intensives Therapiemanagement bei PsA zu besseren Ergebnissen führt.
2. Bei PsA-Patienten sollten NSAR eingesetzt werden, um muskuloskeletale Symptome zu lindern. Anmerkung von Gossec: NSAR sind bei PsA die First-Line-Behandlung. Seit einem Literaturreview von 2010 sind zu NSAR bei PsA keine neuen Daten hinzugekommen. Das Nutzen-Risiko-Profil bleibt jedoch immer abzuwägen.
3. Bei Patienten mit peripherer Arthritis, vor allem solchen mit vielen geschwollenen Gelenken, Strukturschäden in Gegenwart von Entzündungen, hohem ESR/CRP und/oder klinisch relevanten extraartikulären Manifestationen, sollte schon in einem frühen Stadium eine Behandlung mit DMARD in Betracht gezogen werden. Dabei sollte bei relevanter Hautbeteiligung Methotrexat bevorzugt werden. Anmerkung von Gossec: Zu Methotrexat und PsA existieren aus dem Jahr 2010 drei randomisierte Studien. Im Jahr 2012 kamen eine weitere randomisierte Untersuchung mit 221 Patienten sowie Beobachtungsstudien hinzu.
4. Lokale Glukokortikoidinjektionen sollten bei PsA als adjuvante Therapie in Betracht gezogen werden. Dagegen sollten systemische Glukokortikoide nur mit Vorsicht und in möglichst niedriger, aber noch effektiver Dosierung angewendet werden.
5. Bei Patienten mit peripherer Arthritis und inadäquater Response auf mindestens ein synthetisches csDMARD sollte eine Therapie mit einem bDMARD (normalerweise mit einem TNF- α -Hemmer) begonnen werden. Anmerkung von Gossec: Neben einem Review aus dem Jahr 2010 liegen nun weitere Arbeiten aus den Folgejahren vor. Darunter ein systematisches Literaturreview aus dem Jahr 2015, in dem Golimumab und Certolizumab in puncto Effektivität den anderen TNF-Inhibitoren gleichgestellt werden. Hinsichtlich der Sicherheit von TNF-Inhibitoren bei PsA gibt es keine neuen Erkenntnisse. Eine die TNF-Hemmer begleitende csDMARD-Therapie könnte von Vorteil sein.
6. Bei Patienten mit peripherer Arthritis und einer ungenügenden Response auf mindestens ein csDMARD, bei denen TNF-Inhibitoren nicht geeignet sind, können bDMARD mit IL-12/23- oder IL-17-Target in Betracht gezogen werden.

Anmerkung von Gossec: Zu solchen bDMARD gehören Ustekinumab (IL-12/23-Inhibitor) oder Secukinumab (Anti-IL-17). Beide Wirkstoffe zeigten zusätzlich ihre Effektivität bei Enthesitis und Daktylitis. Nach Expertenmeinung ist ihre Wirksamkeit nach inadäquater csDMARD-Behandlung mit derjenigen von TNF-Hemmern vergleichbar. Patienten, bei denen TNF-Inhibitoren nicht geeignet sind, sind zum Beispiel Personen mit Komorbiditäten oder Infektionen in der Vergangenheit.

7. Bei Patienten mit peripherer Arthritis und einer ungenügenden Response auf mindestens ein csDMARD, bei denen bDMARD nicht geeignet sind, können tsDMARD wie zum Beispiel PDE-4-Inhibitoren in Betracht gezogen werden. Anmerkung von Gossec: Ein solcher PDE-4-Inhibitor ist Apremilast.
8. Bei Patienten mit aktiver Enthesitis und/oder Daktylitis und einer ungenügenden Response auf NSAR oder lokale Glukokortikoidinjektionen sollten TNF- α -Hemmer oder

alternativ bDMARD mit IL-12/23 oder IL-17-Target in Betracht gezogen werden. Anmerkung von Gossec: csDMARD sind hier nicht effektiv, alle bDMARD zeigen hingegen Wirksamkeit.

9. Bei Patienten mit überwiegend axialer aktiver Erkrankung und ungenügender Response auf NSAR sollte eine Therapie mit einem bDMARD (nach gegenwärtiger Praxis ein TNF- α -Inhibitor) in Erwägung gezogen werden. Anmerkung von Gossec: csDMARD sind hier nicht effektiv. Da für andere bDMARD bis anhin hier nur wenige Daten vorliegen, sind TNF- α -Hemmer (inkl. Biosimilars) erste Wahl.
10. Bei Patienten, die auf einen bDMARD nicht adäquat reagiert haben, sollte ein Wechsel auf einen anderen bDMARD erwogen werden, einschliesslich eines Wechsels zwischen unterschiedlichen TNF- α -Inhibitoren. Anmerkung von Gossec: Der Wechsel zwischen TNF- α -Hemmern zeigt eine gewisse Effektivität. Der Wechsel auf bDMARD mit IL-12/23- oder IL-17-Target ist bei Anti-TNF-Patienten mit inadäquater Response weniger wirksam. Auch ein Wechsel auf einen PDE-4-Inhibitor ist möglich.

Klaus Duffner

Quelle: HOT session 2 «EULAR recommendation update on the management of PsA» (Abstract SP0035). EULAR-Jahreskongress, 10. Juni 2015 in Rom.

Begriffsklärung

- csDMARD: conventional synthetic disease-modifying anti-rheumatic drugs (DMARD), wie z.B. Methotrexat, Sulfasalazin oder Leflunomid
- bDMARD: biological DMARD
- tsDMARD: targeted synthetic DMARD

Kongressimpression

Foto: KD

