

## Aktualisierte EULAR-Empfehlungen

# Update zum Management der RA

**Manchmal liegen in den Updates bestehender Empfehlungen kleine, aber entscheidende Änderungen. So wurden am diesjährigen e-EULAR-Kongress die JAK-Inhibitoren den etablierten Biologika für die initiale Behandlung von Patienten mit rheumatoider Arthritis gleichgestellt.**

Nach 2010 und 2016 wurde am diesjährigen e-EULAR wieder eine Überarbeitung der Empfehlungen zum Management der rheumatoiden Arthritis (RA) vorgestellt (1). Zu den vier bisherigen «übergreifenden Prinzipien» wurde nun ein zusätzliches hinzugefügt. So sollte den Patienten der Zugang zu verschiedenen Wirkmechanismen ermöglicht werden, um der Heterogenität der rheumatoiden Arthritis Rechnung zu tragen. Zudem sollten die Betroffenen ihr ganzes Leben lang verschiedene Therapien sukzessiv einfordern dürfen. «Wir verlangen das, weil in den Gesundheitssystemen mancher Länder den Patienten nach dem Scheitern von bestimmten biologischen oder konventionellen Therapien kein Zugang zu weiteren Therapien gewährleistet wird. Aber die Betroffenen benötigen Medikamente», erklärte Prof. Dr. Josef Smolen aus Wien bei der Vorstellung der erweiterten Guidelines.

Das Update der RA-Empfehlungen (Kurzfassung):

1. DMARD-Therapie so bald wie möglich beginnen.
2. Ziel sollte Remission oder geringe Krankheitsaktivität sein.
3. Wenn innerhalb der ersten drei bis sechs Monate nach Therapiebeginn das Therapieziel nicht erreicht wird, sollte eine Therapieanpassung vorgenommen werden.
4. Methotrexat (MTX) sollte Teil der Ersttherapie sein.
5. Bei MTX-Kontraindikation (oder -unverträglichkeit) sollte Leflunomid oder Sulfasalazin als Teil der ersten Therapiestrategie in Erwägung gezogen werden.
6. Bei Beginn oder Wechsel einer Therapie mit konventionellen (cs) DMARD sollten Kurzzeit-Glukokortikoide in Betracht gezogen werden.
7. Wird das Therapieziel mit csDMARD nicht erreicht, sollten – bei Abwesenheit schlechter prognostischer Faktoren – andere csDMARD in Betracht gezogen werden.
8. Wenn das Therapieziel nicht mit der ersten csDMARD-Strategie erreicht wurde und schlechte prognostische Faktoren vorliegen, sollten folgende Medikamente in Betracht gezogen werden: Biologika (b) DMARD: anti-TNF-Inhibitor (Adalimumab, Certolizumab pegol, Etanercept, Golimumab, Infliximab), IL-6-Inhibitor (Sarilumab, Tocilizumab), Kostimula-

tions-Inhibitor (Abatacept), Anti-CD20-Antikörper (Rituximab) resp. verfügbare Biosimilars (gegenwärtig für Adalimumab, Etanercept, Infliximab, Rituximab) oder zielgerichtete systemische (ts) DMARD: Janus-Kinase-(JAK-)Inhibitoren (Tofacitinib, Baricitinib, Filgotinib, Upadacitinib). **Die frühere Empfehlung, zuerst mit einem bDMARD zu starten, entfällt, d.h., es kann sowohl mit einem bDMARD als auch mit einem tsDMARD begonnen werden.**

9. bDMARD und tsDMARD sollten mit einem csDMARD kombiniert werden. Für Patienten, bei denen die Verwendung von csDMARD als Komedikation nicht möglich ist, dürften IL-6-Inhibitoren und tsDMARD gewisse Vorteile im Vergleich zu anderen Biologika haben.
10. Wenn die Therapie mit bDMARD oder tsDMARD scheitert, sollte ein anderes bDMARD oder tsDMARD in Betracht gezogen werden. Wenn die Therapie mit einem TNF-Hemmer gescheitert ist, **können Patienten auf eine Substanz mit einem anderen Wirkmechanismus oder auf einen anderen TNF-Hemmer zurückgreifen.** (Anmerkung: In der ursprünglichen Empfehlung wurde der TNF-Hemmer hier an erster Stelle genannt.)
11. Befindet sich ein Patient in einer stabilen Remission nach Reduktion der Glukokortikoide, die stufenweise erfolgte, kann auch eine Verminderung der bDMARD oder tsDMARD in Betracht gezogen werden, speziell dann, wenn sie mit einem konventionellen csDMARD kombiniert werden. (Anmerkung: In der ursprünglichen Empfehlung wurden tsDMARD hier nicht aufgeführt.)
12. Befindet sich ein Patient in einer stabilen Remission, kann die stufenweise Reduktion von csDMARD in Erwägung gezogen werden.

Ziel bleibe es, durch eine Treat-to-Target-Strategie eine Remission oder zumindest eine geringe Krankheitsaktivität zu erreichen, meinte Smolen. Dabei bleiben MTX plus Kurzzeit-Glukokortikoide die initiale Therapie. Wenn diese scheitert, gelte die Empfehlung für alle Biologika oder JAK-Inhibitoren, um das therapeutische Ziel zu erreichen. Gemäss EULAR hätten all diese Therapien inklusive JAK-Inhibitoren ähnliche therapeutische Effekte. ▲

Klaus Duffner

### Glossar

DMARD: disease-modifying antirheumatic drugs

csDMARD: conventional synthetic DMARD

tsDMARD: targeted synthetic DMARD

bDMARD: biological DMARD

bsDMARD: biosimilar DMARD

Quelle: Scientific Session «2019 Update of the EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs» am 6. Juni 2020 beim e-EULAR-Kongress 2020.

Referenz:

1. Smolen JS et al.: Ann Rheum Dis 2020; 0:1–15. doi:10.1136/annrheumdis-2019-216655