

Update Psoriasisarthritis

Der Einsatz von systemischen Glukokortikoiden wird nicht mehr empfohlen

Weniger Glukokortikoide, Einschränkung des Einsatzes von NSAR/Steroiden in Monotherapie, JAK-Inhibitoren als Therapiealternative, mehr Optionen bei axialer Beteiligung und Berücksichtigung nicht muskuloskelettaler Manifestationen – das sind die wichtigsten Veränderungen im aktuellen Update 2023 der Psoriasisarthritis-Leitlinien im Vergleich zu 2019.

Seit dem letzten Update der Psoriasisarthritis-(PsA-)Empfehlungen im Jahr 2019 habe es eine deutliche Erweiterung der therapeutischen Optionen gegeben, erklärte Prof. Dr. Laure Gossec von der Sorbonne Universität in Paris auf dem Kongress der European Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR) in Mailand. So seien neben dem zweiten JAK-Inhibitor Upadacitinib (Rinvoq®) mit den beiden IL-23p19-Hemmern Guselkumab (Tremfya®) und Risankizumab (Skyrizi®) zwei Medikamente mit neuem Wirkmechanismus auf den Markt gekommen. Auch der duale IL-17A/F-Inhibitor Bimekizumab (Bimzelx®), derzeit zugelassen zur Behandlung von mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis, besitzt einen neuen Wirkmechanismus. Da nun deutlich mehr Effektivitäts- und Sicherheitsdaten vorliegen, habe sich die EULAR entschlossen, ein neuerliches Update durchzuführen, so die Rheumatologin.

Tabelle

EULAR-Empfehlungen: Biologika, JAK-Inhibitoren und PDE4-Inhibitor zur Behandlung der PsA

Wirkstoff (Handelsname)	Target
Etanercept (Enbrel®, Biosimilars)	TNF- α
Adalimumab (Humira®, Biosimilars)	TNF- α
Infliximab (Remicade®, Biosimilars)	TNF- α
Golimumab (Simponi®)	TNF- α
Certolizumab pegol (Cimzia®)	TNF- α
Ustekinumab (Stelara®)	IL-12/IL-23
Secukinumab (Cosentyx®)	IL-17A
Apremilast (Otezla®)	PDE4-Inhibitor
Ixekizumab (Taltz®)	IL-17A
Tofacitinib (Xeljanz)	JAK-Inhibitor
Upadacitinib (Rinvoq®)	JAK-Inhibitor
Guselkumab (Tremfya®)	IL-23
Risankizumab (Skyrizi®)	IL-23

Quelle: nach Gossec

11 Empfehlungen

Die beteiligten Mediziner werteten 38 neue Publikationen zur Effektivität und 24 Publikationen zur Sicherheit der verfügbaren Medikamente aus. Sechs übergeordnete Prinzipien wurden dabei kaum verändert: Multidisziplinäre Behandlung der PsA, gemeinsame Therapieentscheidung, muskuloskelettale Manifestationen, Behandlungsziele bei nicht muskuloskelettalen Manifestationen (Haut, Augen, Gastrointestinaltrakt), Komorbiditäten (Adipositas, metabolisches Syndrom, kardiovaskuläre Erkrankungen, Depression). Neu hinzugenommen wurde ein siebtes Prinzip: Die Wahl der Behandlung sollte sich an Sicherheitsaspekten und den Wirkmechanismen (individual modes of action) der jeweiligen Medikamente orientieren, um das Nutzen-Risiko-Profil zu optimieren. Aus den ursprünglich 12 Empfehlungen wurden 11:

1. Treat-to-Target: Mit der Behandlung sollte das vorgegebene Therapieziel erreicht werden (Remission oder niedrige Krankheitsaktivität).
2. Nicht steroidale antiinflammatorische Medikamente können muskuloskelettale Symptome lindern. Lokale Glukokortikoidinjektionen können als Begleittherapie in Betracht gezogen werden. Neu: Der Gebrauch von systemischen Glukokortikoiden wird nicht mehr empfohlen. Der kurzfristige Einsatz von NSAR/Steroiden in Monotherapie wird limitiert auf spezifische Populationen (Oligoarthritis, enthesale und überwiegend axiale Erkrankungen).
3. Periphere Arthritis: Als Firstline-Behandlung von Patienten mit peripherer Arthritis (oder einer Mono-/Oligoarthritis mit schlechten prognostischen Faktoren, wie Strukturschaden, erhöhten Akut-Phase-Proteinen, Daktylitis oder Nagelbeteiligung) sollte schnell mit einem csDMARD (Methotrexat [MTX], Sulfasalazin, Leflunomid) begonnen werden (MTX bevorzugt bei relevanter Hautbeteiligung).
4. Periphere Arthritis: Bei Patienten mit inadäquater Response auf mindestens ein csDMARD, sollte mit einem bDMARD begonnen werden, nämlich TNF-Inhibitoren (Adalimumab, Certolizumab, Etanercept, Infliximab, Golimumab), IL-17A-Inhibitoren (Ixekizumab, Secukinu-

- mab), IL-12/IL-23-Inhibitoren (Ustekinumab), IL-23p19-Inhibitoren (Guselkumab, Risankizumab), IL-17A/F-Inhibitoren (Bimekizumab, noch in Zulassung). (Zusatz: Es wird keine «order of preference» ausgegeben.)
5. Periphere Arthritis, JAK-Inhibitoren: Bei inadäquater Response auf ein bDMARD oder wenn ein bDMARD nicht geeignet ist (Unverträglichkeit, Abneigung gegen Injektionen...) kann unter Berücksichtigung entsprechender Sicherheitsaspekte der Einsatz eines JAK-Inhibitors (Tofacitinib, Upadacitinib) in Betracht gezogen werden.
 6. Periphere Arthritis, Apremilast: Bei Patienten mit milder Erkrankung und einer inadäquaten Response auf csDMARD, für die weder ein bDMARD oder JAK-Inhibitor geeignet ist, kann der Einsatz eines PDE4-Inhibitors (Apremilast) in Betracht gezogen werden.
 7. Enthesiale Erkrankungen: Bei Patienten mit eindeutiger Entesitis und einer ungenügenden Response auf NSAR oder lokale Glukokortikoidinjektionen sollte eine Therapie mit bDMARD in Betracht gezogen werden (Zusatz: auch MTX oder JAK-Inhibitoren können hier hilfreich sein).
 8. Axiale Erkrankungen: Bei klinisch relevanter axialer Erkrankung und einer ungenügenden Response auf NSAR sollte ein IL-17A-Inhibitor, ein TNF-Inhibitor, ein IL-17A/F-Inhibitor oder ein JAK-Inhibitor in Betracht gezogen werden (Zusatz: Bisläng existiert nur eine erfolgreiche randomisiert kontrollierte Studie in axialer PsA mit Secukinumab).
 9. Nicht muskuloskelettale Manifestationen (komplett neue Empfehlung): Die Wahl des Wirkmechanismus sollte in Verbindung mit PsA stehende nicht muskuloskelettale Manifestationen reflektieren. Bei klinisch relevanten Hautmanifestationen sollte ein IL-17A-, ein IL-17A/F-, ein IL-23- oder ein IL-12/IL-23-Inhibitor präferiert werden. Bei Uveitis sollte ein TNF-Inhibitor präferiert werden. Bei IBD sollte ein anti-TNF monoklonaler Antikörper oder ein IL-12/IL-23-, ein IL-23- oder ein JAK-Inhibitor präferiert werden.
 10. Wechsel der Medikation: Bei ungenügender Response oder Intoleranz auf einen bDMARD oder einen JAK-Inhibitor kann der Wechsel auf ein anderes bDMARD oder einen anderen JAK-Inhibitor in Betracht gezogen werden, inklusive Switch innerhalb der gleichen Wirkstoffklasse.
 11. Bei Patienten mit anhaltender Remission kann ein Ausschleichen in Betracht gezogen werden. ▲

Klaus Duffner

Glossar:

csDMARD: conventional synthetic DMARD

bDMARD: biological synthetic DMARD

NSAR: nicht steroidale Antirheumatika

Quelle: EULAR 2023, EULAR Recommendations session: «EULAR-Recommendations on the management of PsA 2023 update», Laure Gossec. 3. Juni 2023 in Mailand.