

# Wirksamkeit von Kortikosteroiden und DMARD bei rheumatoider Arthritis

Mono- oder Kombinationstherapie? Was hilft bei therapieresistenter RA?

**Die Behandlung der rheumatoiden Arthritis hat in den letzten Jahren grosse Fortschritte gemacht. Ein aktueller Review untersuchte die Wirksamkeit von Glukokortikoiden sowie konventionellen synthetischen und zielgerichteten synthetischen DMARD.**

## Annals of the Rheumatic Diseases

Die Therapie der rheumatoiden Arthritis (RA) hat sich in den vergangenen zehn Jahren dramatisch verändert. Die Entwicklung und die Einführung der DMARD (disease modifying antirheumatic drugs) in die tägliche klinische Praxis haben zu dieser Therapierevolution ebenso beigetragen wie die frühere Diagnose und Behandlung sowie die klar definierten Therapieziele. Trotz dieses Fortschritts gibt es nach wie vor unerfüllte Bedürfnisse; gefragt sind bessere Behandlungsstrategien und eine bessere Anwendung der bisher verfügbaren Therapieoptionen. Praktische Empfehlungen, die auf der vorliegenden Evidenz basieren, sind für den Rheumatologen ein geeignetes Instrument. Im Jahr 2013 überarbeitete die European League Against Rheumatism (EULAR) die früheren Empfehlungen zur RA-Therapie. 2016 wurden die EULAR-Empfehlungen erneut aktualisiert. Diese aktuellen Empfehlungen basieren unter anderem auf einer

Übersichtsarbeit zur Wirksamkeit von verschiedenen RA-Medikamenten: Glukokortikoide (GC), konventionelle synthetische DMARD (csDMARD) und gezielte synthetische DMARD (tsDMARD). Deren wichtigste Inhalte sollen im Folgenden kurz dargestellt werden.

Für den Review wurden randomisierte, kontrollierte Studien aus den Jahren 2013 bis 2016 berücksichtigt, in denen erwachsene RA-Patienten mit

- ❖ GC
- ❖ csDMARD (Methotrexat [MTX], Leflunomid, Sulfasalazin, Hydroxychloroquin, intramuskuläres Gold, Auranofin, Azathioprin, Ciclosporin, Minocyclin, D-Penicillamin, Cyclophosphamid, Chlorambucil, Mycophenolat, Tacrolimus) in Mono- oder Kombinationstherapie oder
- ❖ tsDMARD (Tofacitinib, Baricitinib) behandelt wurden.

Komparatoren waren Patienten, die nicht mit den oben erwähnten Substanzen behandelt wurden. Zielkriterium war die Wirksamkeit der Substanzen hinsichtlich Krankheitsaktivität, Funktion, struktureller Schädigung und von den Patienten selbst berichteter Resultate.

### Ergebnisse

In der Übersichtsarbeit wurden vier Studien mit GC berücksichtigt. Für Patienten ohne schlechte prognostische Faktoren ergab sich ein Nutzen, wenn sie zusätzlich zu MTX GC erhielten. Niedrigere GC-Dosen wirkten sich ähnlich aus wie höhere Dosierungen. Was csDMARD anbelangt, wurden zwei neue Studien in den Review aufge-

nommen, die eine MTX-Monotherapie mit einer csDMARD-Kombination verglichen. In der tREACH-Studie wurde nach zwölf Monaten kein Unterschied zwischen den Gruppen im Hinblick auf Krankheitsaktivität, funktionelle Fähigkeiten, und radiologische Progredienz gesehen, wenn man «Tight-control»-Prinzipien (treat to target) anwandte. In der CareRA-Studie war die Kombinationstherapie mit csDMARD einer MTX-Monotherapie nicht überlegen, die Monotherapie wurde jedoch besser vertragen.

Für die tsDMARD Tofacitinib und Baricitinib wurde gezeigt, dass sie in verschiedenen Patientenpopulationen effektiver sind als Placebo.

### Fazit der Autoren

Die Gabe von GC zusätzlich zu csDMARD kann hilfreich sein, aber die Vorteile sollten gegen das Risiko möglicher unerwünschter Wirkungen abgewogen werden.

Unter «Tight-control»-Bedingungen ist eine MTX-Monotherapie nicht weniger effektiv als eine csDMARD-Kombinationsbehandlung, jedoch wird die Monotherapie besser vertragen. Die Autoren weisen darauf hin, dass Studien zum optimalen Einsatz von csDMARD (insbesondere zur Dosierung) erforderlich sind.

Tofacitinib und Baricitinib sind bei RA-Patienten wirksam – auch bei denjenigen mit therapieresistenter Erkrankung. ❖

Andrea Wülker

Quelle: Chatzidionysiou K et al.: Efficacy of glucocorticoids, conventional and targeted synthetic disease-modifying antirheumatic drugs: a systematic literature review informing the 2016 update of the EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 2017, Mar 29, DOI: 10.1136/annrheumdis-2016-210711.

Interessenlage: Die Autoren der referierten Originalpublikation haben keine Interessenkonflikte deklariert.

## MERKSÄTZE

- ❖ Die zusätzliche Gabe von Glukokortikoiden zu csDMARD kann hilfreich sein, allerdings sollte der Sicherheitsaspekt bedacht werden.
- ❖ Unter «Tight-control»-Bedingungen ist eine csDMARD-Kombinationsbehandlung nicht besser als eine Methotrexat-Monotherapie.
- ❖ Tofacitinib und Baricitinib wirken auch bei therapieresistenter RA.