

Zunehmende Erkenntnisse

Größere Therapieviefalt bei Spondyloarthritis

Zunehmende Erkenntnisse über pathophysiologische Vorgänge bei SpA haben in den vergangenen Jahren zu einer wachsenden Zahl therapeutischer Optionen geführt.

Die Behandlung von Patienten mit axialer Spondyloarthritis (axSpA, inklusive Morbus Bechterew oder auch ankylosierende Spondylitis) erfordert ein multimodales Behandlungskonzept. Dies umfasst Schulungsmaßnahmen sowie nicht-pharmakologische und pharmakologische Maßnahmen.

Eskalation auf Biologika

Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) spielen in der Behandlung von Patienten mit axialer Spondyloarthritis eine zentrale Rolle. Für Patienten, deren Krankheitsaktivität nicht ausreichend auf zwei NSAR als Firstline-Therapie angesprochen hat, sieht die aktuelle Leitlinie der EULAR (European League Against Rheumatism) eine zügige Eskalation auf eine Biologika-Therapie vor [1]. Zur Verfügung stehen unter anderem Tumor-Nekrose-Faktor-alpha-Inhibitoren (TNFi), wobei Frauen mit axialer Spondyloarthritis wohl schlechter auf eine TNFi-Therapie ansprechen als Männer. Dies haben zwei Studien [2;3] ergeben, auf die Prof. Andreas Krause, Immanuel Krankenhaus Berlin in seinem Handbuch zum Rheuma Update in Wiesbaden verweist.

Studie Proclair

axSpA: Gründe für die späte Diagnose

Die Verzögerung der Diagnosestellung bei axSpA beträgt bis zu sieben Jahre, so das Ergebnis der PROCLAIR-Studie. Gegenüber dem Jahr 2000 konnte sie jedoch um etwa zwei Jahre verkürzt werden. Faktoren, die die Chance auf eine frühere Diagnose verringern, sind: das Fehlen des genetischen Markers humanes Leukozytenantigen (HLA)-B27, weibliches Geschlecht, jüngerer Alter bei Auftreten der ersten Symptome und Vorliegen einer Psoriasis. *kat, otc*

Mit Secukinumab als Hemmer des Interleukin-17A-Signalweges (IL-17A-I) steht seit 2015 eine weitere Therapieoption zur Verfügung. Secukinumab kann als gleichwertige Alternative zu einer TNFi-Therapie nach Versagen einer NSAR-Behandlung verordnet werden. Auch für die bis zu 40% der AS-Patienten, die ungenügend auf die Therapie mit TNFi-Blocker ansprechen oder sie nicht vertragen, ist der IL-17A-Inhibitor eine Option. Unter Secukinumab-Therapie ist bei nahezu 80% der Patienten längerfristig keine radiologische Progression an der Wirbelsäule nachweisbar, wie inzwischen Vier-Jahres-Daten belegen (MEASURE 1 und 2). Secukinumab ist ebenfalls für Patienten mit Psoriasis-Arthritis (PsA) zugelassen.

Für den IL-17A-I Ixekizumab, bisher bei PsA und Plaque-Psoriasis zugelassen, liegen auch für Patienten mit axSpA unter anderem Daten aus zwei Phase-III-Studien vor. In der COAST V-Studie [4] und in der Studie COAST W fand sich nach 16 Wochen für den IL-17A-I ein signifikant schnelleres und stärkeres klinisches Ansprechen als unter Placebo (unter anderem ASAS20, ASAS40, BASDAI50, ASDAS-ID).

Substanzen in den Startlöchern

Vom Kongress der ACR (American College of Rheumatology) 2018 liegen Daten zu Bimekizumab vor, einem bisher noch nicht verfügbaren IL-17-Inhibitor, der sowohl IL-17A als auch IL-17F inhibiert – allerdings vorerst nur aus Phase II-Studien, und zwar sowohl für die axSpA, als auch die PsA. Es deutet sich an, dass die kombinierte Inhibition von IL-17A und IL-F sogar noch effektiver sein könnte. Dies muss allerdings noch in Phase-III-Studien bestätigt werden.

Die Klasse der Januskinase-Inhibitoren (JAK-I) hat sich bereits bei Patienten mit



NSAR spielen in der Behandlung von axialer Spondyloarthritis eine zentrale Rolle.

Rheumatoider Arthritis einen Platz im Versorgungsalltag erobert. Auch bei der PsA werden JAK-I zunehmend verordnet, nicht zuletzt, weil die Patienten vielfach eine orale Therapie vorziehen. Aufgrund von ersten Studienergebnissen ist davon auszugehen, dass JAK-I wie Tofacitinib und Filgotinib zukünftig auch bei axSpA-Patienten das Therapiearsenal erweitern werden. *kat, otc*

1. Ann Rheum Dis 2017; 76:978-991
2. J Rheumatol 2018; 45(4):506-512
3. J Rheumatol 2018; 45(2):195-201
4. Lancet 2018; 392 (10163):2441-2451