

+++ DGRh-Kongress 2018 +++ DGRh-Kongress 20

Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie

Das Fachgebiet der Rheumatologie erlebt so einen rasanten Wandel wie kaum ein anderes in der Medizin. Dies konstatierten die beiden Kongresspräsidenten Prof. Dr. med. Christoph Fiehn, und Prof. Dr. med. Bernd Swoboda. Insbesondere die großen Fortschritte im Verständnis von Autoimmunität und Autoinflammation sowie den daraus resultierenden neuen Therapieansätzen bot der diesjährige gemeinsame Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie, der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Rheumatologie und der Gesellschaft der Kinder- und Jugend-Rheumatologie ein Forum. Für die Leser von Orthopädie&Rheuma berichtet Dr. med. Wiebke Kathmann (kat).

Sport wirkt bei RA als Entzündungshemmer

Dank der Erkenntnis, dass Krafttraining anti-entzündlich wirkt und Immobilität zu einer Vermehrung des viszeralen Fetts mit resultierender Freisetzung proinflammatorischer Zytokine führt, wird Rheumapatienten zunehmend körperliche Aktivität mit ausreichender Intensität empfohlen. Das spiegelt sich auch in den neuen Empfehlung der EULAR für Rheumapatienten vom August dieses Jahres wider, wie die Physiotherapieforscherin Prof. Dr. med. Karin Niedermann, Züricher Hochschule für Angewandte Wissenschaften Winterthur, Schweiz berichtete. Körperliche Aktivität (KA) wird als Aspekt der Optimierung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität gesehen und sollte gemeinsam mit dem Betroffenen

unter Berücksichtigung seiner Präferenzen, Fähigkeiten und Ressourcen geplant werden.

Es wird empfohlen, dass KA während des gesamten Krankheitsverlaufs ein Bestandteil der Standardversorgung sein sollte. Art, Dauer und Intensität der KA-Interventionen sollten mithilfe standardisierter Methoden evaluiert werden, um festzustellen, welcher der vier Dimensionen Ausdauer, Kraft, Beweglichkeit und Neuromotorik zu verbessern sind. Dabei sollten krankheitsspezifische Kontraindikationen identifiziert und Faktoren wie Fatigue, Schmerz, Depression und Krankheitsaktivität bei der individuellen Trainingsanpassung berücksichtigt und klare personalisierte Ziele vereinbart werden. *kat*

Enthesitis als Unterscheidungsmarker zwischen PsA und RA

Lange galt die Psoriasis Arthritis (PsA) als kleine Schwester der rheumatoiden Arthritis (RA). Dieses Konzept ist gründlich überholt, wie Dr. Frank Behrens, Rheumatologie am Universitätsklinikum der Universität Frankfurt am Main betonte. Bei der PsA ist der synovial-entheseale Komplex pathophysiologisch entscheidend. Sie beginnt demnach an den Enthesen und greift von dort auf die Synovia über oder ist stark enthesial dominiert. Interleukin(IL)-23-Rezeptor-positive T-Zellen sind dort ortsständig. Bei der RA handelt es sich dagegen um eine primär synoviale Erkrankung, meist ohne Beteiligung der Enthesen; die IL-23/Th17-Achse ist kaum von Bedeutung. Neben dem klinischen Unterschied einer enthesialen Beteiligung liefert die Sonografie, insbesondere der Powerdoppler wichtige Informationen: Pathologische Veränderungen an den Sehnen sind bei PsA bereits früh zu finden.

Auch bei der Therapie der PsA gibt es Neuerungen: Inzwischen ist der Janus-Kinase(JAK)-Inhibitor Tofacitinib für die Behandlung der PsA nach Versagen von konventionellen synthetischen DMARDs (csDMARDs) – nicht aber für die Psoriasis – zugelassen. Basis hierfür ist die Studie OPAL-BROADEN, in der zwei Dosierungen des JAK-Inhibitors (2×5 bzw. 2×10 mg/d) gegen Adalimumab (40 mg s.c. alle zwei Wochen) und für die ersten drei Monate gegen Placebo getestet wurde. Nach zwölf Monaten war die Wirkung auf den kombinierten Endpunkt einer minimalen Krankheitsaktivität (MDA) unter beiden Therapieansätzen vergleichbar; die Reduktion im MDA war gut. Die Effekte auf die Haut (PASI75) war vergleichbar ausgeprägt, aber geringer als unter einer IL-17- oder IL-23-Hemmung.

Behrens hält eine Präzisierung der EULAR-Empfehlungen für die Phase IV anhand der heutigen Daten für möglich.

Denn es gebe nur zwei Studien, in denen explizit die Wirksamkeit nach einem Versagen von TNF-Blockern, und nicht nur nach ihrem untersucht wurde. Ixekizumab erwies sich in der SPIRIT. P2-Studie in dieser Situation als effektiv und zeigte ACR20/50/70-Ansprechraten von 50 %, 35 % beziehungsweise 20 %. Unter Tofacitinib erzielten Patienten mit unzureichendem Ansprechen auf mindestens einen TNF-Inhibitor zu circa 60 % ein ACR20-Ansprechen, bei Versagen von mindestens zwei TNF-Blockern waren es rund 33 %.

Als weitere Therapieoption könnte der IL-23-Inhibitor Guselkumab den Weg in den medizinischen Alltag finden, so Behrens. Denn die ACR-Ansprechraten waren mit 58 %, 34 % und 14 % akzeptabel. Zudem scheint der IL-23-Weg für die Darmdysbiose mit verantwortlich zu sein und dessen Inhibition somit einen Treiber der Entzündung günstig beeinflussen zu können. *kat*