



Liebe RABBIT-Mitwirkende,
heute erhalten Sie die 19. Aus-
gabe unseres Newsletters mit
Informationen aus dem Register.

Rekrutierungsstand

Zum 1. Juli waren 12.783 Patien-
ten in RABBIT eingeschlossen:

Rekrutierungsstand 1. Juli 2014 nach Einschlusstherapie	
Adalimumab	2.491
Abatacept	434
Anakinra	89
Certolizumab	369
Etanercept	2.357
Golimumab	251
Infliximab	753
Rituximab	1.304
Tocilizumab	762
Kontrollen	3.973

Organisatorisches

Versand der Erhebungs- unterlagen bei Verlängerung

Viele RABBIT-Patienten nehmen
schon seit 5 Jahren (T0 bis T11)
an der Beobachtung teil. Von
mehr als 400 Patienten liegt uns
bereits der T12-Bogen vor, d.h.
sehr viele Patienten sind bereit,
über weitere 5 Jahre Fragebögen
für RABBIT auszufüllen.

Herzlichen Dank an die Patienten
und an Sie für Ihr Engagement und
speziell Ihr Bemühen, die Patien-
ten bei der Stange zu halten.

Da es häufig Fragen zum Versand
der T12-Mappen gibt, hier das
Prozedere: Etwa ein Jahr vor der
geplanten Dokumentation des
T12-Bogens fragen wir den Arzt,
ob der Patient mit einer Weiter-
beobachtung einverstanden ist.
Wenn ja, erstellen wir 4 bis 6
Wochen vor dem geplanten T12-

Termin unaufgefordert die Patien-
tenmappe mit den Erhebungsun-
terlagen von T12-T21 und senden
Ihnen diese zu.

Individuelle Rückmeldung an dokumentierende Ärzte geplant

Wir möchten Ihnen in Zukunft
gern Übersichten zu den von
Ihnen in RABBIT eingeschlossenen
Patienten zurückmelden. Sie er-
halten eine einrichtungsspezifi-
sche Auswertung, die zeigt, wel-
che Einschlusstherapien, Baseline-
Merkmale und DAS28-Verläufe die
eigenen Patienten im Vergleich
zur Kohorte aufweisen. Dieser
Service für alle Einrichtungen, die
mindestens 30 Patienten in RAB-
BIT dokumentieren, soll erstmalig
in diesem Herbst und dann jähr-
lich angeboten werden. Anregun-
gen nehmen wir gern entgegen.

Ausschlüsse von Patienten aus RABBIT

In seltenen Fällen stellt sich erst
nach dem Einschluss eines Patien-
ten heraus, dass die **Einschluss-**
kriterien nicht erfüllt sind und
Patienten nicht weiter beobach-
tet werden können. Die häufigs-
ten Gründe hierfür sind:

- 1) Der zu T0 erforderliche Thera-
piewechsel hat nicht stattgefun-
den.
- 2) Die Diagnose RA wurde korri-
giert.

Siehe auch [http://www.biologika-
register.de/home/informationen-
fuer-aerzte/einschlusskriterien](http://www.biologika-register.de/home/informationen-fuer-aerzte/einschlusskriterien).

Ergebnisse / Publikationen
Ergebnisse aus RABBIT - Originalpublikationen, Poster und Zusammenfassungen unserer Kongressbeiträge - finden Sie wie immer zum Nachlesen auf unserer Webseite.

Publikationen zur Arzneimittelsicherheit und zu Infektionen beim älteren Rheumapatienten

Die Zeitschrift für Rheumatologie
widmete ihre April-Ausgabe dem
höheren Lebensalter. Darin konn-
te Anja Strangfeld mit RABBIT-
Auswertungen zu zwei Artikeln
beitragen. Kneitz et al. behandel-
te die Frage, wie das Infektionsri-
siko beim älteren Patienten ge-
senkt werden kann. Zu den Maß-
nahmen mit spezifischer Bedeu-
tung für immunsupprimierte Pati-
enten gehören die Minimierung
von Glukokortikoiden, das Impfen
und Screenings auf Tuberkulose
sowie Hepatitis B und C. Darüber
hinaus gelten vor allem Empfeh-
lungen zur gesunden Lebensweise,
wie Nikotinabstinenz und die
Vermeidung einer Malnutrition.

Krüger et al. stellte fest, dass
durch klinische Studien das The-
ma zu wenig abgedeckt wird.
Dennoch brauchen betagte Rheu-
mapatienten ebenso wie jüngere
Betroffene eine adäquate Behand-
lung der Krankheitsaktivität. Die
Behandlung des hochaltrigen Pa-
tienten muss dabei vor allem
Wechselwirkungen von Medika-
menten und die Dosierung bei ggf.
herabgesetzter Nieren- und Le-
berfunktion berücksichtigen.

Biologika in Kombinations- und Monotherapie

Wir berichteten bereits im
Newsletter 17 (Juli 2013) über ein
Poster auf dem EULAR 2013 in
Madrid mit dem Thema Rituximab
(RTX) im off-label-use. Der zuge-
hörige Artikel ist nun in Arthritis
Care & Research ([Arthritis Care
Res.](http://Arthritis_Care_Res) 2014 Mar 24. doi: 10.1002/
acr.22327) erschienen. Adrian
Richter vergleicht darin die Be-



handlungsverläufe von 907 RABBIT-Patienten, denen RTX entweder als Monotherapie oder in Kombination mit Leflunomid bzw. Methotrexat (MTX) verordnet wurde. Innerhalb einer dreijährigen Beobachtungszeit bewirkten alle drei Therapiestrategien eine ähnliche Senkung der Krankheitsaktivität. Allerdings brachen Patienten unter RTX-Monotherapie diese signifikant häufiger ab, besonders im Fall seronegativer RA.

Monotherapie mit Biologika kommt vor allem dann in Betracht, wenn Patienten MTX nicht vertragen. Auf dem diesjährigen EULAR in Paris präsentierte Adrian Richter ein Poster, das die Fragestellung auf andere Biologika erweitert: Gibt es Unterschiede in der Therapiekontinuität bei Adalimumab, Etanercept, Abatacept und Tocilizumab, jeweils im Vergleich zwischen Mono- und MTX-Kombinationstherapie? Über einen Zeitraum von 12 Monaten zeigte sich für Etanercept, Abatacept und Tocilizumab jeweils mit und ohne MTX eine ähnliche Therapieadhärenz. Allerdings wurde die Monotherapie von durchschnittlich höheren Glukokortikoiddosen begleitet. Für Adalimumab zeigte sich ein Vorteil der Kombination mit MTX, die signifikant „langlebiger“ als Monotherapie war.

Vergleich der Wirksamkeit von Biologika

Die Definition einer optimalen Sequenz von DMARDs bedarf vergleichender Analysen von Medikamenten. Die Schwierigkeit solcher Head-to-Head-Vergleiche liegt darin, dass im realen Leben, anders als in klinischen Studien,

die Verordnung einzelner Biologika nicht zufällig geschieht, sondern gezielt. Während das erste Biologikum häufig ein TNF α -Inhibitor ist, werden andere Wirkprinzipien von Biologika erst nach Therapiewechseln eingesetzt. Wie die Anzahl vorheriger Biologika die Wirksamkeit beeinflusst präsentierte Kerstin Gerhold als Poster auf dem EULAR 2014. Sie fand, dass die Wirksamkeit nach 12 bzw. 24 Monaten beim ersten Biologikum stärker ist als beim zweiten oder dritten. Hinzu kommt, dass Patienten mit mehreren Therapiewechseln häufiger Komorbiditäten haben. Ein Wirksamkeitsvergleich einzelner Substanzen sollte daher die Anzahl bisheriger Therapieabbrüche (1., 2., oder 3. Biologikum) berücksichtigen. In multivariablen linearen gemischten Modellen zeigte sich, dass innerhalb dieser Strata der Verlauf des DAS28 stärker von den klinischen Ausgangsmerkmalen abhing als vom Medikament.

Herzinsuffizienz als Komorbidität bei RA

RABBIT-Patienten mit Herzinsuffizienz (HI) sind besonders gefährdet, eine schwere Infektion wie Pneumonie oder Sepsis zu bekommen. Dies geht aus einem aktuellen Kongressbeitrag zum EULAR 2014 hervor. Es wurden 242 Patienten ermittelt, die bei Einschluss in RABBIT an HI litten. Diese Patienten wiesen häufig noch weitere Komorbiditäten auf, hatten eine schlechtere Funktion und eine höhere Krankheitsaktivität mit deutlich höheren Entzündungsparametern als Patienten ohne HI. Die Inzidenz schwerer Infektionen sowie deren Letalität war bei HI-Patienten höher. Hinsichtlich der Letalität nach Infektionen zeigte sich kein erhöhtes Risiko für Patienten unter der Therapie mit Biologika. Die Ergebnisse wurden von Anja Strangfeld auf dem EULAR 2014 vorgelesen.

Ein herzliches Willkommen

Einrichtungen, die neu an RABBIT teilnehmen

Einrichtung	Ort
Praxis Dr. Kästner	Erfurt
Frau Dr. Bielecke	Bernau
Frau Niewenhuis	Weiden

Wir danken allen an RABBIT Mitwirkenden sehr herzlich und wünschen Ihnen eine erholsame Sommerzeit.

Ihr RABBIT-Team

