

## **Wechsel von synthetischen auf biologische DMARDs - wird MTX nicht ausreichend genutzt?**

**Meißner, Yvette**<sup>1</sup>, **Richter, Adrian**<sup>1</sup>, **Strangfeld, Anja**<sup>1</sup>, **Baganz, Lisa**<sup>1</sup>, **Schneider, Matthias**<sup>2</sup>, **Liebhaber, Anke**<sup>3</sup>, **Schwarze, Ilka**<sup>4</sup>, **Listing, Joachim**<sup>1</sup>, **Zink, Angela**<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Deutsches Rheuma-Forschungszentrum (DRFZ), Programmbereich Epidemiologie, Berlin

<sup>2</sup> Poliklinik, Funktionsbereich & Hiller Forschungszentrum für Rheumatologie, UKD, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf

<sup>3</sup> Internistisch-Rheumatologische Arztpraxis, Halle

<sup>4</sup> Praxis für Innere Medizin und Rheumatologie, Leipzig

## **Einleitung**

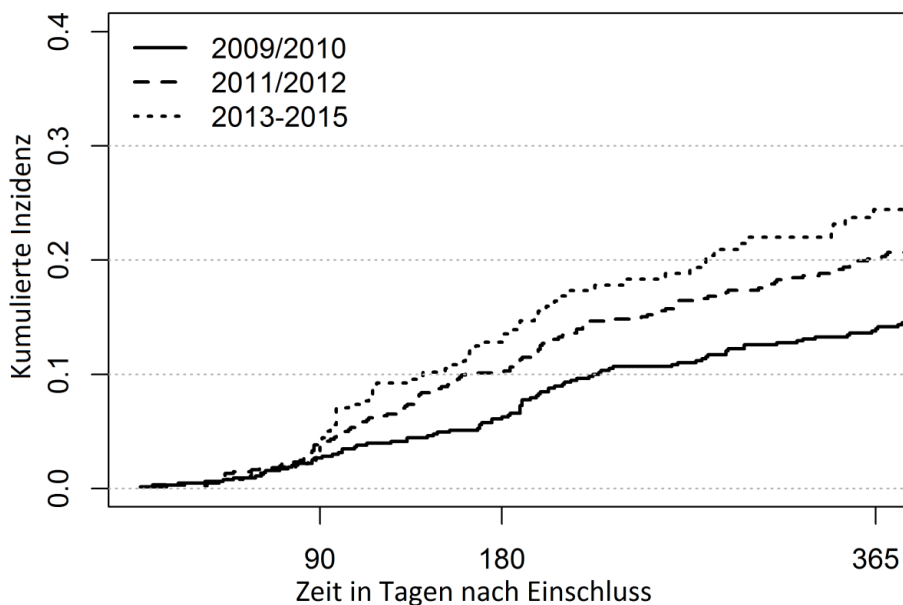
Eine US-amerikanische Studie legt nahe, dass bei unzureichendem Ansprechen auf MTX zu schnell auf bDMARDs gewechselt wird<sup>[1]</sup>, obwohl die Guidelines zunächst Dosiserhöhung oder Kombinationstherapie empfehlen<sup>[2]</sup>. Wir untersuchten MTX-Dosierung, Applikationsform und Zeit bis zur Therapieeskalation mit bDMARDs in Deutschland.

## **Methoden**

Analysiert wurden 1.608 Patienten, die mit MTX-Monotherapie, MTX-Zweifachkombination (+anderes csDMARD) oder Triple-Therapie (MTX+Hydroxychloroquin+Sulfasalazin) nach Versagen mindestens eines csDMARDs, meist MTX, in RABBIT eingeschlossen wurden. In einer Subkohorte von Patienten (n=1.151) sind Informationen über die Applikationsform vorhanden (MTX subkutan=scMTX, oral=oMTX).

## **Ergebnisse**

1.210 Patienten (75,2%) wurden mit Beginn einer MTX-Zweifachkombination eingeschlossen, 356 Patienten (22,1%) mit MTX-Monotherapie und 42 Patienten (2,6%) mit Triple-Therapie. Männer und seropositive Patienten erhielten jeweils häufiger MTX-Kombinationen und Triple-Therapie ( $p < 0.05$ ). Krankheitsaktivität (DAS28) und physische Funktion (FFbH) unterschieden sich zwischen den Therapiegruppen nicht signifikant. ScMTX-Patienten hatten zu Baseline einen höheren DAS28, eine geringere physische Funktion, höhere Glukokortikoid(GC)-Dosen und waren jünger ( $p < 0.01$ ) als oMTX-Patienten. Innerhalb des ersten Jahres wechselten 266 Patienten (16,5%) auf ein bDMARD, davon 53 (3,3%) innerhalb der ersten 3 Monate. Die Therapieeskalation fand in den vergangenen Jahren rascher statt.



**17-075 Abbildung** Wahrscheinlichkeit für den Wechsel auf ein bDMARD während des ersten Jahres nach Einschluss in RABBIT. Der Wechsel auf ein bDMARD erfolgte bei MTX-Monotherapie im Median nach 366 Tagen, bei MTX-Zweifachkombination nach 266 Tagen und bei Triple-Therapie nach 150 Tagen. Von scMTX wurde rascher (289 Tage) eskaliert als von oMTX (392 Tage,  $p < 0,01$ ). Die mittlere MTX-Dosis war im ersten Jahr in allen Behandlungsgruppen gleich (MTX-Monotherapie: 15,2 mg, MTX-Kombination: 15,6 mg, Triple-Therapie: 15,0 mg). Vor dem Wechsel auf ein bDMARD hatten 28% der Patienten eine MTX-Dosis  $> 20$  mg und 54% GC-Dosen  $\geq 5$  mg. Bei Patienten ohne Therapiewechsel waren die Anteile signifikant geringer (MTX  $> 20$  mg: 17,7%, GC  $\geq 5$  mg: 32,3%). Die mittlere Dosis war bei scMTX höher als bei oMTX (16,8 mg vs. 14,8 mg). Mehr Patienten mit scMTX (22%) als mit oMTX (10,9%) wechselten auf ein bDMARD.

## Schlussfolgerung

Bei nicht ausreichendem Ansprechen auf MTX nutzen deutsche Rheumatologen differenzierte Strategien (Dosiserhöhung, Wechsel zu scMTX, Kombinationstherapie oder Erhöhung der GC-Dosis), bevor auf ein bDMARD gewechselt wird. Die Beobachtung aus den USA kann nicht nachvollzogen werden.

**Finanzierung:** RABBIT wird gemeinsam von AbbVie, BMS, Celltrion, MSD, Pfizer, Roche, Samsung und UCB unterstützt.

Quellenverweise:

- <sup>[1]</sup> Rohr MK, et al., (18.11.2016), The Underuse of Methotrexate in the treatment of RA: [...], Arthritis Care & Research  
<sup>[2]</sup> Smolen JS et al., (01.03.2014), EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis [...], Ann Rheum Dis, 73:492-509.