

Biologika in Monotherapie: Behandlungsoption für ältere RA Patienten?

Richter A¹, Listing J¹, Kekow J², Balzer S³, Remstedt S⁴, Zink A^{1,5}, Strangfeld A¹

¹Deutsches Rheuma-Forschungszentrum Berlin, ²Klinik für Rheumatologie, Universität Magdeburg, Vogelsang-Gommern, ³Rheumatologe Bautzen, ⁴Rheumatologe Berlin, ⁵Charité Universitätsmedizin Berlin

Deutsches Rheuma-Forschungszentrum Berlin, Programmbereich Epidemiologie

EV.07

Hintergrund

Zur Behandlung der rheumatoiden Arthritis (RA) sollten die meisten Biologika (bDMARDs) gemäß ihrer Zulassung in Kombination mit Methotrexat (MTX) eingesetzt werden. Für einige Präparate ist im Falle von Unverträglichkeiten oder Kontraindikationen auch eine Monotherapie indiziert. In der täglichen rheumatologischen Praxis erhalten ca. 30% der Patienten eine Biologika-Monotherapie. Charakteristika dieser Patienten, sowie die Effektivität dieser Strategie wurden unter Berücksichtigung der begleitenden Glukokortikoidtherapie bislang wenig untersucht.

Methoden

Patienten, die im Biologika-Register RABBIT zwischen 2007 und 2012 mit dem Beginn einer Therapie mit Abatacept (ABA), Adalimumab (ADA), Etanercept (ETA) oder Tocilizumab (TOC) eingeschlossen wurden und mindestens eine Follow-Up Visite aufwiesen, wurden danach stratifiziert, ob sie das Biologikum (bDMARD) in Kombination mit MTX oder als Monotherapie erhielten. Die Therapiekontinuität wurde, ohne Adjustierung für Unterschiede zu Baseline, mittels Kaplan-Meier Methoden untersucht. Als Therapieabbruch wurde der Wechsel des Biologikums, die Hinzunahme eines synthetischen (s)DMARDs (bei Monotherapie) oder der Wechsel des sDMARDs (bei Kombinationstherapie) im ersten Jahr der Beobachtung berücksichtigt.

Ergebnisse

Charakteristika der Patienten in bDMARD Monotherapie

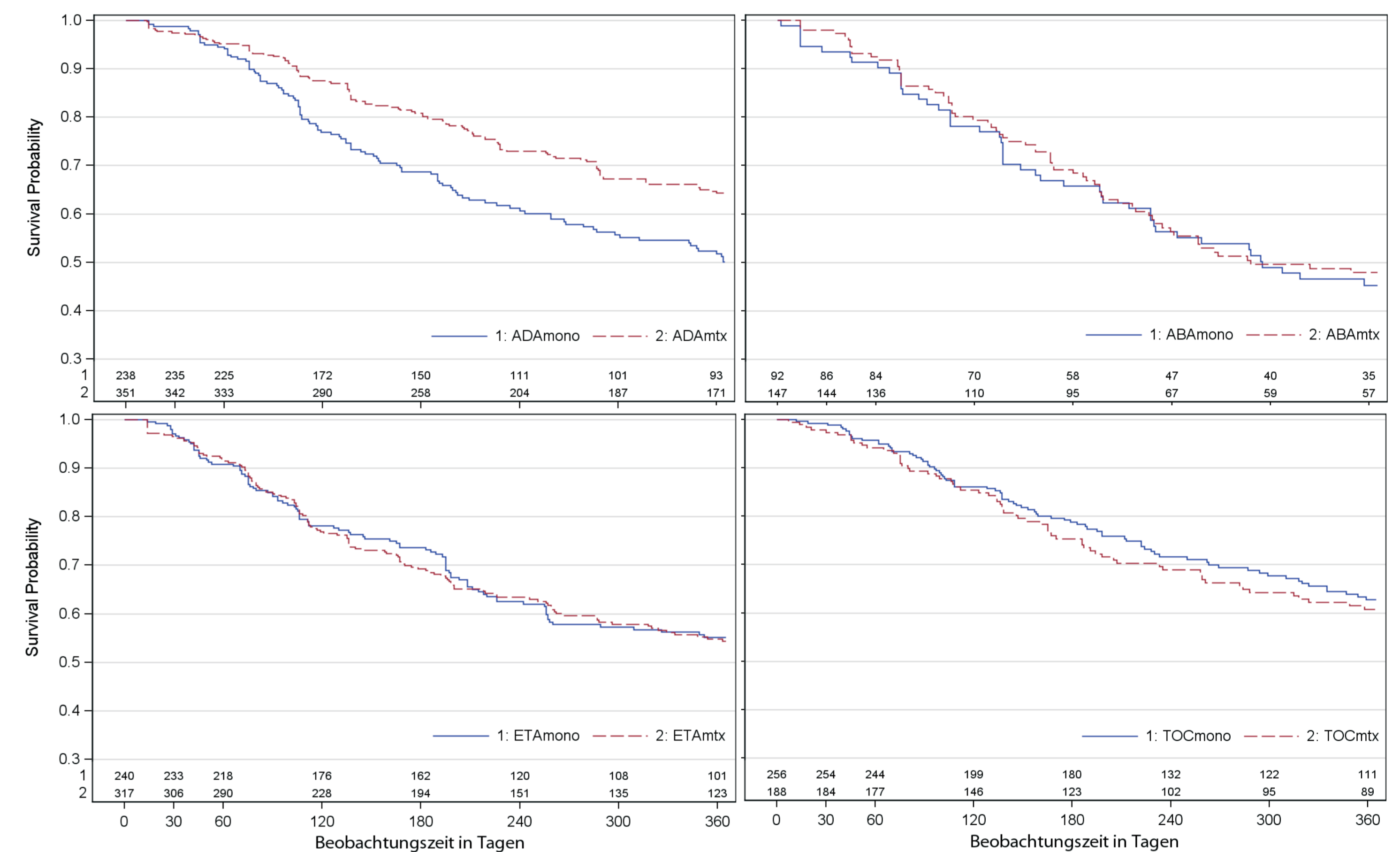
- höhere Krankheitsaktivität und längere Krankheitsdauer,
- älter und häufiger weiblich,
- häufigere Multimorbidität,
- bis zu 6 Mal häufiger von chronischen Nieren- oder Leberschädigungen betroffen.

Tabelle: Baseline-Charakteristika der Patienten mit Kombinationstherapie (bDMARD+MTX) oder bDMARD in Monotherapie

	ABA		ADA		ETA		TOC	
	mono	+MTX	mono	+MTX	mono	+MTX	mono	+MTX
N	92	147	238	351	240	317	256	188
Alter	58.8	56.8	56.4	54.1	61.6	55.8	58.0	55.3
% Frauen	77.2	76.5	84.5	74.2	78.8	69.9	82.4	76.1
Krankheitsdauer	13.0	12.7	10.6	9.3	11.2	9.9	11.9	10.9
DAS28	5.6	5.3	5.1	4.9	5.1	4.8	5.5	5.2
% FFbH	50.8	56.2	62.5	67.8	58.9	67.5	58.9	63.4
Zahl Komorbiditäten (MW)	2.2	1.7	1.7	1.3	2.2	1.4	1.8	1.4
Chronische Nierenerkrankg. (%)	6.7	6.7	12.4	11.2	27.0	12.4	21.4	2.3
Chronische Lebererkrankg. (%)	13.2	2.6	18.4	5.3	29.0	5.3	21.1	5.3
Zahl vorheriger bDMARDs	1.8	1.7	0.3	0.2	0.3	0.2	1.2	1.1
Zahl vorheriger nbDMARDs	3.2	3.0	2.5	2.4	2.7	2.5	2.5	2.4

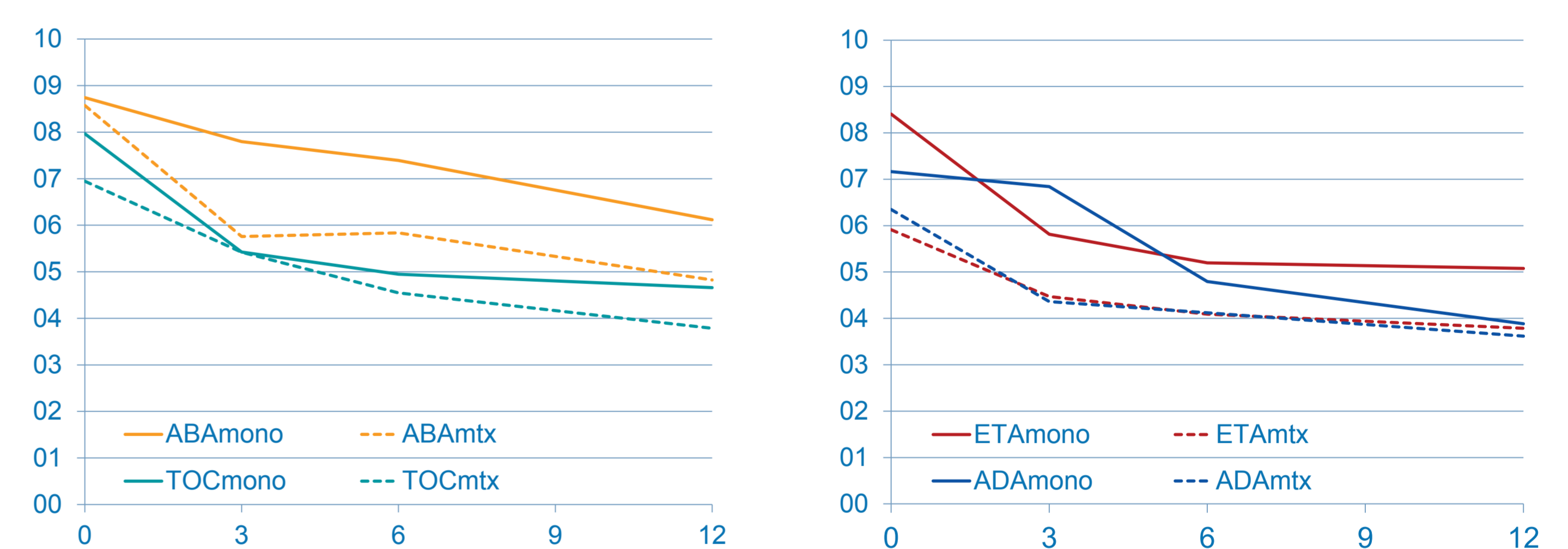
Kontinuität von Kombinationstherapie vs. Monotherapie

- keine Unterschiede zwischen Kombinationstherapie und Monotherapie für ETA, ABA and TOC,
- Patienten die mit ADA+MTX behandelt wurden hatten eine signifikant höhere Kontinuität als Patienten mit ADA in Monotherapie.



Begleitende Glukokortikoidtherapie

- Die Dosierungen begleitender Glukokortikoide verblieben in bDMARD Monotherapie höher
- Die gegenüber der bDMARD+MTX Kombinationstherapie vergleichbare Kontinuität der bDMARD Monotherapie wird durch Glukokortikoide unterstützt



Schlussfolgerungen

Bei einigen RA Patienten ist eine MTX-Komedikation nicht möglich, dies gilt insbesondere für ältere und multimorbide Patienten. Im Vergleich zur Kombination mit MTX scheint die Monotherapie mit den Biologika Abatacept, Etanercept und Tocilizumab ähnlich verträglich und effektiv zu sein, wohingegen die Therapie mit Adalimumab in der Kombination mit MTX effektiver scheint. Einschränkend muss berücksichtigt werden, dass die vergleichbare Wirksamkeit der Monotherapie in allen Gruppen nur bei gleichzeitig höherer Glukokortikoid-Dosierung erreicht wurde.

RABBIT wird im Rahmen eines unconditional grant durch AbbVie, Bristol-Myers Squibb, MSD Sharp & Dohme GMBH, Pfizer, Roche und UCB unterstützt.

Herzlichen Dank an alle Rheumatologen, die RABBIT aktiv unterstützen. Dies sind insbesondere: Kaufmann J, Klopsch T, Tony H, Liebhaber A, Eisterhues C, Richter C, Gräßler A, Krause A, Dockhorn R, Bussmann A, Wilden E, Remstedt S, Rockwitz K, Ochs W, Zinke S, Berger S, Bergerhausen H, Meier L, Balzer S, Bohl-Bühler M, Edelmann E, Wassenberg S, Krummel-Lorenz B, Pick D, Backhaus M, Kekow J, Lebender S, Körber H, Thiele A, Kühne C, Wiesmüller G, Fricke-Wagner H, Tremel H, Stille C, Krüger K, Schwarze I, Ständer E, Kellner H, Aringer M, Burmester G, Harmuth W, Manger K, Zänker M, Weiß K, Kapelle A, Karberg K, Euler H, Reck A, Sörensen H, Schmitt-Haendle M, Moosig F, von Hinüber U, Demary W, Eidner T, Prothmann U, Hamann F, Schneider M, Alliger K, Menne H, Seifert A, Häntsch J, Herzer P, Schröder J, Wiesent F, Hauser M, Höhle M, Krause D, Jendro M, Dahmen G, Späthling-Mestekemper S, Dixel T, Mark S, Möbius E, Riechers E, Flidner G, Gauler G, Möbius C, Alten R, Engel J, Roch B, Leumann K, Sekura M, Henes J, Herzberg C, Marycz T, Hübner G, Schuch F, Wendler J.