

Kein Unterschied in der Therapiekontinuität verschiedener Biologika bei älteren Patienten > 70 Jahre im Vergleich zu jüngeren Patienten ≤ 65 Jahre



Strangfeld A¹, Schäfer M¹, Manger B², Krüger K³, Kneitz C⁴, Zink A^{1,5}

1 Deutsches Rheumaforschungszentrum, Berlin; 2 Wissenschaftlicher Beirat, Erlangen; 3 Rheumatologe, München 4 Rheumatologe, Schwerin; 5 Charité Universitätsmedizin, Berlin

DRFZ Programmbereich Epidemiologie

EV.28

Hintergrund

Aufgrund des demografischen Wandels erreichen immer mehr Menschen ein Alter von über 70 Jahren. Die adäquate Therapie älterer Patienten mit rheumatoider Arthritis (RA) ist daher von zunehmender Bedeutung. Wir verglichen die Therapiekontinuität unterschiedlicher Biologika bei Patienten ≤ 65 Jahre mit älteren Patienten > 70 Jahre, stratifiziert nach dem Alter bei Erkrankungsbeginn (YORA: young onset RA (< 65 Jahre) und LORA: late onset RA (≥ 65 Jahre)) und nach Seropositivität.

Methodik

Das deutsche Register RABBIT ist eine prospektive longitudinale Kohorte von RA-Patienten, die nach mindestens einem csDMARD-Versagen ein neues DMARD beginnen. Für diese Untersuchung wurden Patienten mit Einschluss zwischen 01/2007 und 04/2018 einbezogen. Patienten über 70 Jahre wurden anhand des Alters bei Krankheitsbeginn in LORA- und YORA-Patienten stratifiziert und mit Patienten verglichen, die maximal 65 Jahre alt waren. Kaplan-Meier Methoden wurden angewendet, um die Retentionsraten für verschiedene bDMARDs zu berechnen - stratifiziert nach Alter, Alter bei Krankheitsbeginn und Seropositivität.

Ergebnisse

Von den 9,819 in die Analyse einbezogenen RA-Patienten waren 7,972 ≤ 65 Jahre alt und 1.847 > 70 Jahre alt (davon 180 Patienten mit über 80 Jahren).

Baseline Charakteristika

Von den ≤ 65 Jahre alten Patienten erhielten 28% eine csDMARD Therapie und 72% bDMARDs, während bei Patienten über 70 Jahre 35% ein csDMARD und 65% ein bDMARD erhielten. Ältere Patienten mit frühem Krankheitsbeginn (YORA) waren häufiger Frauen und häufiger seropositiv, hatten im Mittel eine höhere Anzahl von vorherigen DMARD-Therapien, eine schlechtere physische Funktion und häufiger Gelenkerosionen als ältere Patienten mit spätem RA-Beginn (LORA).

Tabelle 1: Baseline-Charakteristika von Patienten stratifiziert nach Alter und Krankheitsbeginn.

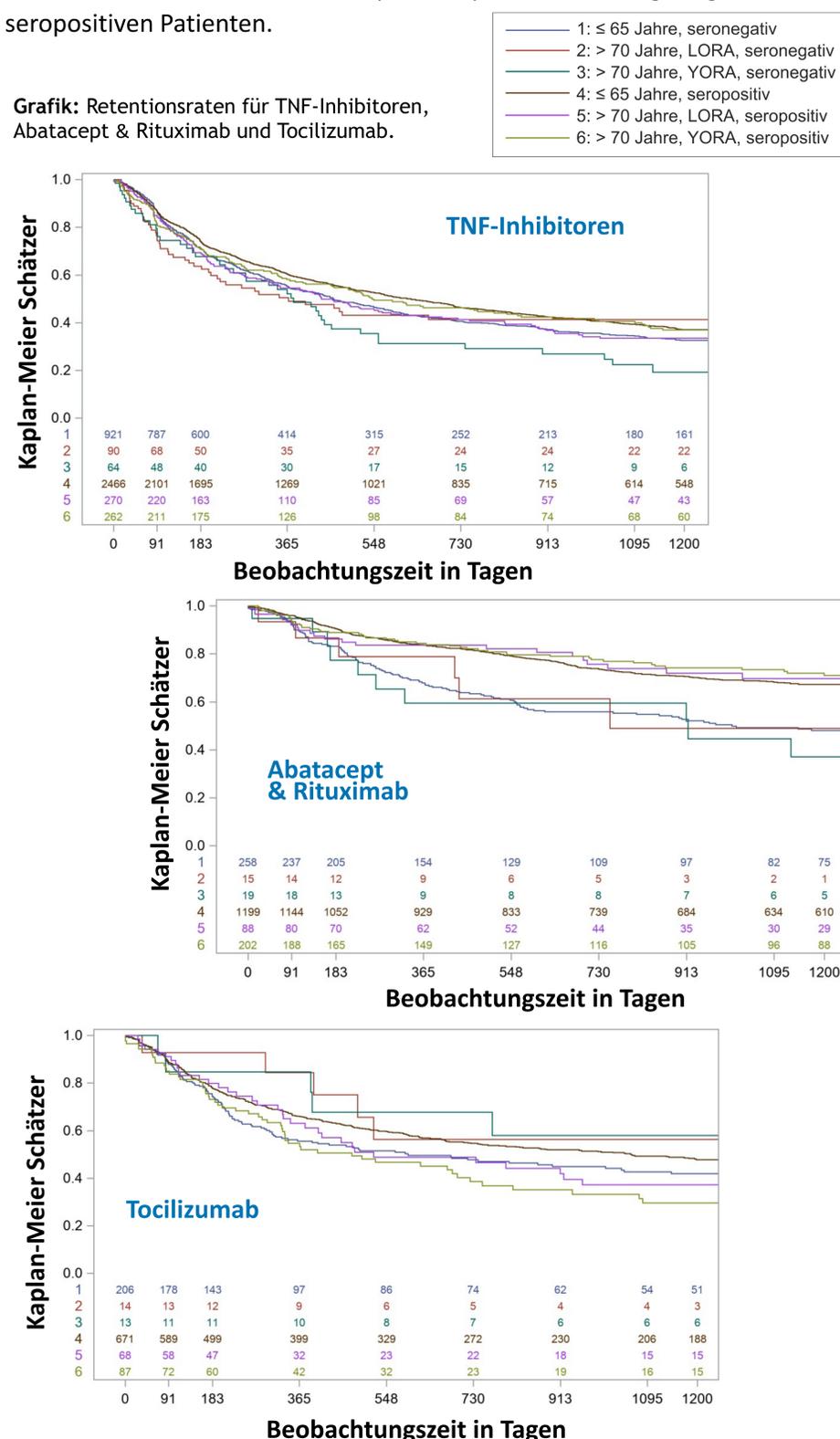
	≤ 65 Jahre	>70 Jahre YORA	> 70 Jahre LORA
N	7,972	838	1,009
Alter [Jahre]	51.6 ± 9.5	74.3 ± 2.9	76.4 ± 3.9
Weibliche Patienten	5,954 (74.7%)	665 (79.4%)	734 (72.7%)
Krankheitsdauer [Jahre]	8.6 ± 7.8	20.4 ± 10.4	4.4 ± 3.4
# vorheriger csDMARD Therapien	2.1 ± 1.1	2.5 ± 1.2	1.7 ± 0.9
Seropositivität (Rheumafaktor oder anti-CCP)	5,770 (72.4%)	681 (81.3%)	697 (69.1%)
Erosionen	3,616 (47.9%)	600 (76%)	445 (46.2%)
DAS28-BSG	4.8 ± 1.3	5.2 ± 1.3	5.0 ± 1.3
BSG [mm/h]	27.2 ± 21.3	33.9 ± 23.6	34.6 ± 24.5
C-reaktives Protein [mg/l]	13.4 ± 20	16.4 ± 23.4	15.3 ± 20.5
FFbH	67.5 ± 22.4	55.4 ± 23.4	60.3 ± 24.4
Glukokortikoid Dosis [mg/Tag]	6.0 ± 6.2	5.6 ± 4.4	6.1 ± 4.5
Patienten mit >3 Komorbiditäten	2,143 (26.9%)	523 (62.4%)	560 (55.5%)
Patienten ohne Komorbiditäten	2,240 (28.1%)	350 (4.2%)	460 (4.6%)

Alle aufgeführten Werte sind Mittelwerte ± SD bzw. Anzahl (%).

Retentionsraten stratifiziert nach Alter, Krankheitsbeginn und Seropositivität

Bei allen untersuchten bDMARD-Therapien zeigten ältere RA-Patienten die gleiche Therapiekontinuität wie jüngere Patienten. Während weder das Alter der Patienten noch das Alter bei Krankheitsbeginn einen Einfluss auf die Therapiekontinuität hatten, war bei seronegativen Patienten die Kontinuität der Rituximab- und Abatacept-Therapie deutlich geringer als bei seropositiven Patienten.

Grafik: Retentionsraten für TNF-Inhibitoren, Abatacept & Rituximab und Tocilizumab.



Schlussfolgerung

Unsere Ergebnisse zeigen, dass bDMARDs bei älteren Patienten die gleiche Therapiekontinuität aufweisen wie bei jüngeren Patienten. Dies lässt darauf schließen, dass bDMARDs altersunabhängig mit der gleichen Effektivität eingesetzt werden können.

Herzlichen Dank an alle Rheumatologen, die RABBIT aktiv unterstützen. Dies sind insbesondere: Klopsch T, Kaufmann J, Eisterhues C, Braun J, Schwarze I, Rockwitz K, Liebhaber A, Krause A, Kneitz C, Möbius C, Ständer E, Zinke S, Kühne C, Tony H, Berger S, Gräßler A, Wilden E, Remstedt S, Bohl-Bühler M, Ochs W, Kellner H, Harmuth W, Burmester G, Wassenberg S, Balzer S, Fricke-Wagner H, Bruckner A, Richter C, Röser M, Haas F, Feuchtenberger M, Wiesmüller G, Bergerhausen H, Lebender S, Hamann F, Stille C, Krüger K, Tremel H, Bussmann A, Edelmann E, Krummel-Lorenz B, Prothmann U, Worsch M, Körber H, Thiele A, Meier L, Kapelle A, Müller L, Brandt H, Karberg K, Schmitt-Haendle M, Weiß K, Seifert A, Pick D, Kekow J, Baumann C, Manger K, Müller-Ladner U, Roßbach A, Heel N, Herzer P, Streibl H, Krause D, Aringer M, Wiesent F, Heel N, Dahmen G, Zänker M, Wernitzsch H, Häckel B, Blank N, Max R, Schulze-Koops H, Grünke M, Herzberg C, Richter C, Backhaus M, Reck A, Gause A, Claußnitzer A, Eidner T, Alliger K, Winkler K, Dockhorn R, Zeh G, Schneider M, Menne H, von Hinüber U, Demary W, Sörensen H, Bielecke C, Marycz T, Riechers E, Schmidt R, Iking-Konert C, Arndt F, Moosig F, Häntsch J, Schibinger H, Fuchs P, Aurich M, Boldemann R, Gause A, Euler H, Fließner G, Gauler G.

Finanzierung: RABBIT wird gemeinsam von AbbVie, Amgen, Bristol-Myers Squibb, Celltrion, Fresenius Kabi, Hexal, Lilly Deutschland, MSD Sharp & Dohme, Mylan, Pfizer, Roche, Samsung Bioepis, Sanofi-Aventis und UCB gefördert. Die Studienleitung am DRFZ hat volle akademische Freiheit.