Schwerwiegende Infektionen bei älteren Erwachsenen mit rheumatoider Arthritis unter DMARD-Therapie

Malte Kramer[1,7], Doreen Huschek[1], Peter Herzer[2], Jacqueline Detert[3], Claudia Kühne[4], Adrian Richter[1,5], Anja Strangfeld[1,6]

1 Deutsches Rheuma-Forschungszentrum (DRFZ), Epidemiologie und Versorgungsforschung, Berlin, Deutschland; 2 Medizinisches Versorgungszentrum Medicover, München, Deutschland; 3 Rheumatologisch-immunologische Praxis, Templin, Deutschland; 4 Rheumatologische Praxis, Haldensleben, Deutschland; 5 Universitätsmedizin Greifswald, Abteilung SHIP-KEF: Klinisch-Epidemiologische Forschung, Greifswald, Deutschland; 6 Klinik für Rheumatologie und Klinische Immunologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Deutschland; 7 Charité – Universitätsmedizin Berlin, Deutschland

RhK 2026 | Abstract Nr. 125 | EV. 19

SCHLUSSFOLGERUNG & TAKE HOME

- **Keine Therapieklasse signifikant erhöht gegenüber TNFi.** Adjustierter DMARD Klassenvergleich über 7.653 Episoden von Erwachsenen mit Alter ≥ 65 Jahren
- **Alter ist für das Risiko entscheidender als die Wahl des DMARDs.** Relativer Hazard für schwerwiegende Infektionen steigt zwischen 60 und 85 Jahren ~ um den Faktor 2,5
- **Limitationen:** Keine Aussage zur Gleichwertigkeit der Therapien; Aussage zu Rituximab eingeschränkt ; Aussage für ≥ 85-Jährige eingeschränkt

EINLEITUNG

- Rheumatoide Arthritis erhöht das Risiko für schwerwiegende Infektionen (SI) [1]
- Im Alter kommen Immunoseneszenz, Komorbiditäten und Polypharmazie hinzu
- In randomisierten Studien sind ältere Erwachsene oft unterrepräsentiert [2]
- Glukokortikoide, Komorbidität und vorherige Infektionen prägen das Risiko ebenso wie eine DMARD Therapie selbst

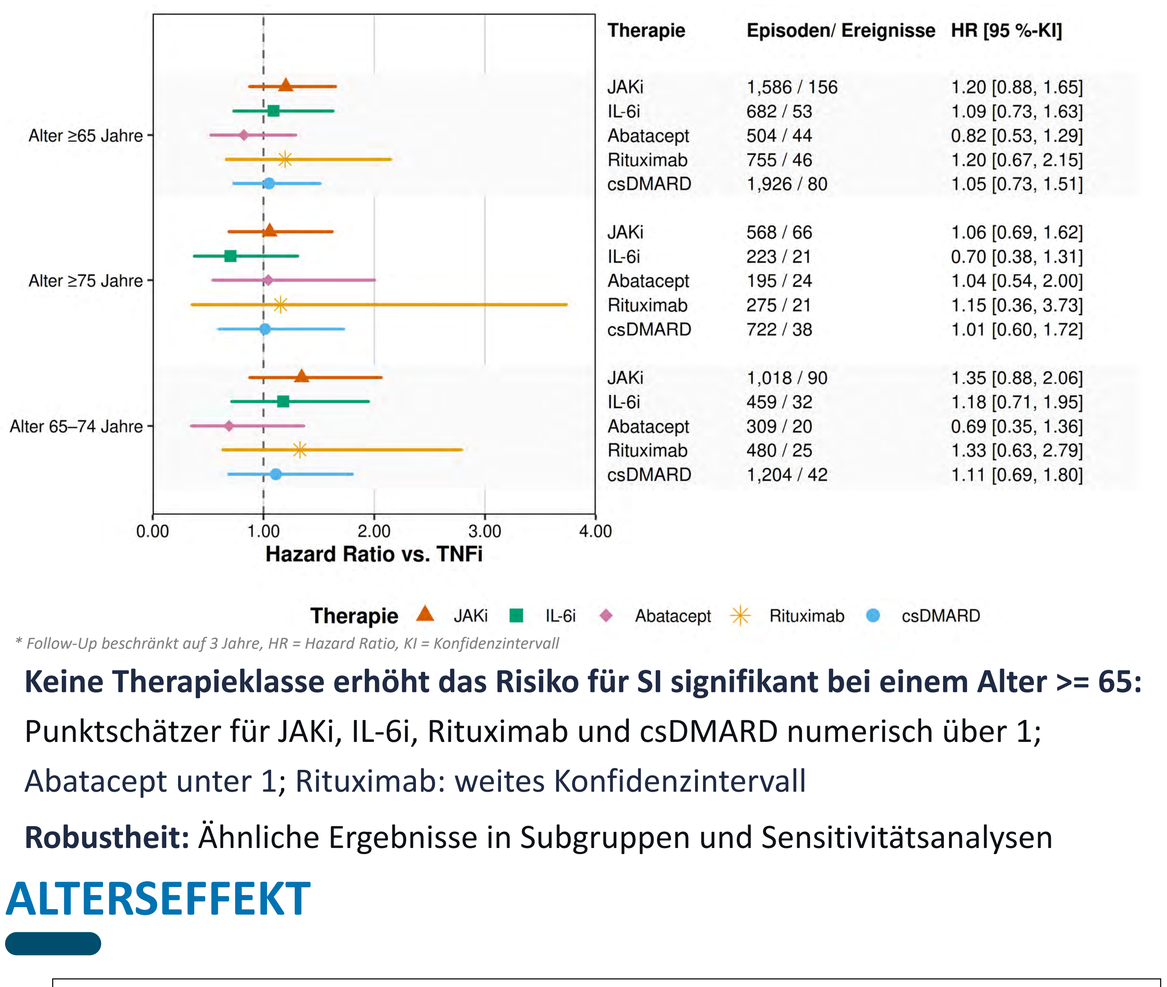
ZIEL

- **Primär**: Vergleich des Risikos für SI zwischen csDMARD-, TNFi-, IL-6i-, Rituximab-, Abatacept- und JAKi-Therapien bei Patienten im Alter von ≥ 65 Jahren
- **Sekundär**: Modellierung des Alterseffekts auf das Risiko für SI

METHODIK

- **Daten:** RABBIT-Register, prospektive deutsche RA-Kohorte seit 2001
- **Zeitraum:** Therapieepisoden zwischen 01/2017 und 06/2025
- **Population:** 20.903 Episoden, davon 7.653 bei ≥ 65-Jährigen
- **Outcome:** Schwerwiegende Infektion (nach ICH-GCP; MedDRA v27.1)
- **Statistik:** Event-/ Inzidenz-Raten, Cox-PH-Regression (Andersen-Gill), IPTW (Entropy-Balancing), multiple Imputation (30), robuste Standardfehler
- **Adjustierung für folgende Confounder:** Alter, Geschlecht; Jahr des Erkrankungsbeginns, Krankheitsaktivität [DAS-CRP], Anzahl vorheriger b/tsDMARDs, Funktionskapazität [FFbH]); Komorbiditäten (Diabetes, Lungen-, Nieren-, Kardiovaskulär, Malignom); Glukokortikoid Dosis der letzten 6 Monate, mg/Tag; SI in den letzten 6 Monaten; Behandlungssetting (Klinik vs. Praxis); Jahr des Episodenbeginns; Raucherstatus

ADJUSTIERTE RATEN*

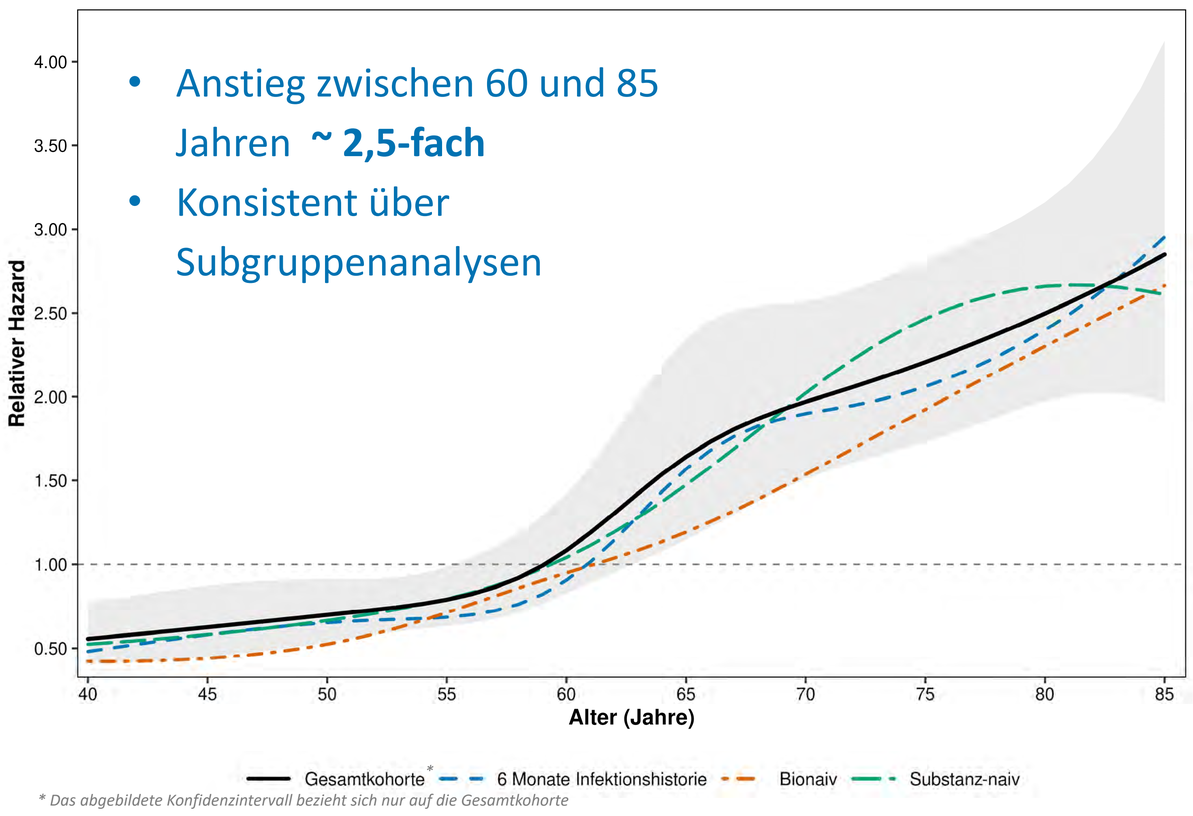


Therapie	Episoden/ Ereignisse	HR [95 %-KI]
JAKi	1,586 / 156	1.20 [0.88, 1.65]
IL-6i	682 / 53	1.09 [0.73, 1.63]
Abatacept	504 / 44	0.82 [0.53, 1.29]
Rituximab	755 / 46	1.20 [0.67, 2.15]
csDMARD	1,926 / 80	1.05 [0.73, 1.51]
JAKi	568 / 66	1.06 [0.69, 1.62]
IL-6i	223 / 21	0.70 [0.38, 1.31]
Abatacept	195 / 24	1.04 [0.54, 2.00]
Rituximab	275 / 21	1.15 [0.36, 3.73]
csDMARD	722 / 38	1.01 [0.60, 1.72]
JAKi	1,018 / 90	1.35 [0.88, 2.06]
IL-6i	459 / 32	1.18 [0.71, 1.95]
Abatacept	309 / 20	0.69 [0.35, 1.36]
Rituximab	480 / 25	1.33 [0.63, 2.79]
csDMARD	1,204 / 42	1.11 [0.69, 1.80]

** Follow-Up beschränkt auf 3 Jahre, HR = Hazard Ratio, KI = Konfidenzintervall*

- **Keine Therapieklasse erhöht das Risiko für SI signifikant bei einem Alter >= 65:** Punktschätzer für JAKi, IL-6i, Rituximab und csDMARD numerisch über 1; Abatacept unter 1; Rituximab: weites Konfidenzintervall
- **Robustheit:** Ähnliche Ergebnisse in Subgruppen und Sensitivitätsanalysen

ALTERSEFFEKT



- Anstieg zwischen 60 und 85 Jahren **~ 2,5-fach**
- Konsistent über Subgruppenanalysen

** Das abgebildete Konfidenzintervall bezieht sich nur auf die Gesamtkohorte*

BASELINECHARAKTERISTIKA

55 - 61 Jahre
Mittleres Alter bei Krankheitsbeginn
Jüngstes Alter bei Rituximab-Therapie · Höchstes bei TNFi

2,3 - 0,6
Mittlere Anzahl vorheriger b/tsDMARDs
Höchste bei Rituximab-Therapie · Niedrigste bei TNFi

4,1 - 3,3
Mittlere DAS28-CRP Krankheitsaktivität
Höchste bei TNFi/IL-6 · Niedrigste bei Rituximab

29 % - 11 %
Pat. mit chronischer Lungenerkrankung
Höchste Rate bei Abatacept-Therapie · Niedrigste bei TNFi

39 % - 27 %
Pat. mit Herz-Kreislauf-Erkrankung / VTE
Höchste Rate bei Abatacept-Therapie · Niedrigste bei TNFi

19 % - 9 %
Pat. mit Krebserkrankung in der Vorgeschichte
Höchste Rate bei Rituximab-Therapie · Niedrigste bei JAKi

EVENT-/ INZIDENZ-RATEN (UNADJUSTIERT)

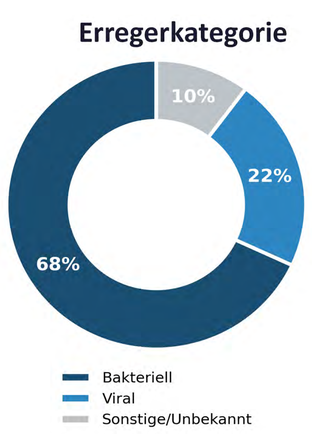
Therapieklasse	Alle Ereignisse [ER*] (95%-KI)	Erstes Ereignis [IR†] (95%-KI)
TNFi	43,9 (37,5-51,0)	38,0 (32,0-44,9)
JAKi	59,1 (50,9-68,2)	51,1 (43,3-60,0)
IL-6i	55,0 (41,8-71,1)	48,1 (35,5-63,8)
Abatacept	72,5 (54,7-94,1)	63,4 (46,4-84,5)
Rituximab	71,5 (52,9-94,5)	57,1 (40,4-78,4)
csDMARD	44,0 (35,8-53,6)	38,3 (30,5-47,5)

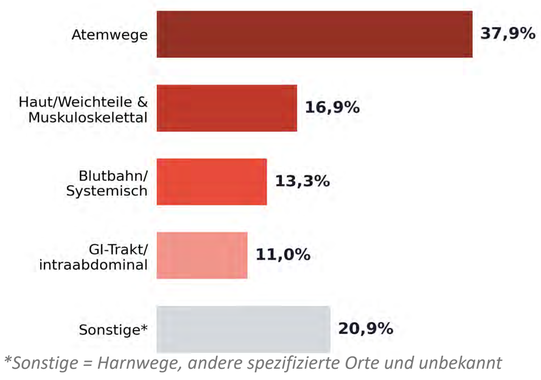
** ER = Ereignisrate; † IR = Inzidenzrate; Raten pro 1.000 Patientenjahre; KI = Konfidenzintervall; Beide Raten für den gesamten Follow-Up-Zeitraum*

SI NACH ERREGERKATEGORIE UND INFEKTIONSORT^

68,1 %
der Infektionen sind BAKTERIELL

37,9 %
betreffen die ATEMWEGE





^ N = 617; bezogen auf den gesamten Follow-Up-Zeitraum

**Sonstige = Harnwege, andere spezifizierte Orte und unbekannt*

Offenlegungserklärung RABBIT wird derzeit gemeinsam von AbbVie, Alfasigma, Biocon, Fresenius Kabi, Hexal, Lilly, Pfizer, Samsung Bioepis und Sanofi Aventis, sowie ehemals von Amgen, BMS, Celltrion, MSD, Roche und UCB unterstützt. Die Autoren hatten volle akademische Freiheit. Die Studie wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung im Rahmen des Netzwerks AERCOMED [01VSF24019] gefördert.

Quellenangaben (PMID)
[1] 40061449, [2] 37243691

Dieses Poster wurde sprachlich mithilfe von Sprachmodellen (LLMs) überarbeitet, darunter Claude Sonnet 5, GPT-5.6 und MiniMax M3.

Malte.Kramer@drfz.de