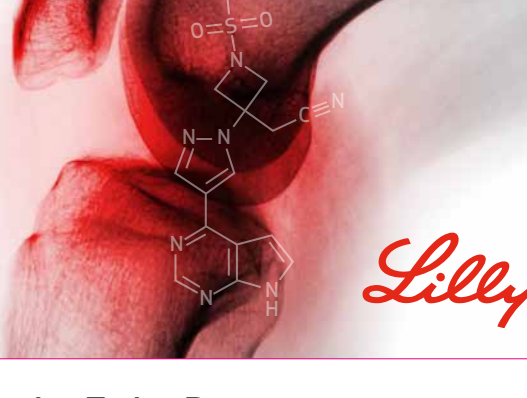


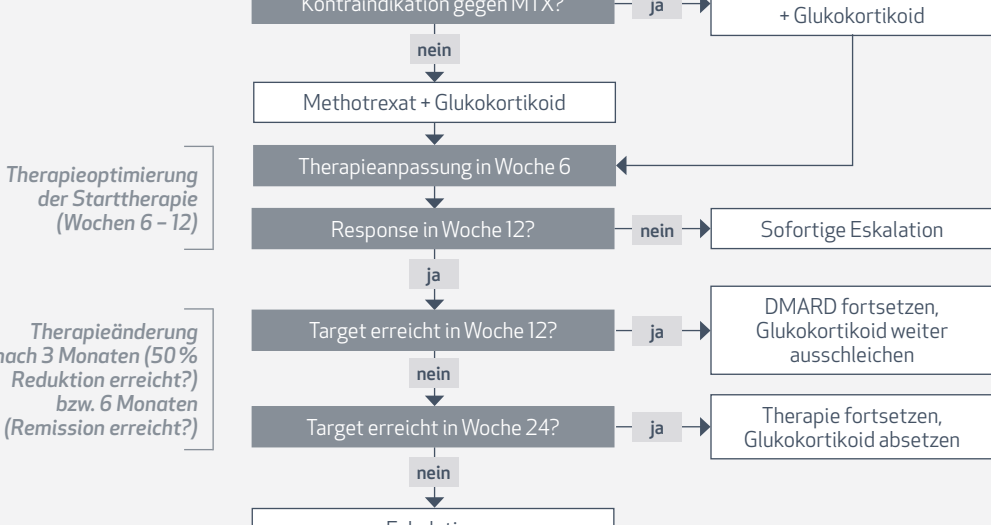
# NEU: JAK-Inhibitoren (tsDMARDs) im DGRh-Therapie- algorithmus

S2e-Leitlinie: Therapie der rheumatoiden Arthritis mit krankheitsmodifizierenden Medikamenten<sup>1</sup>

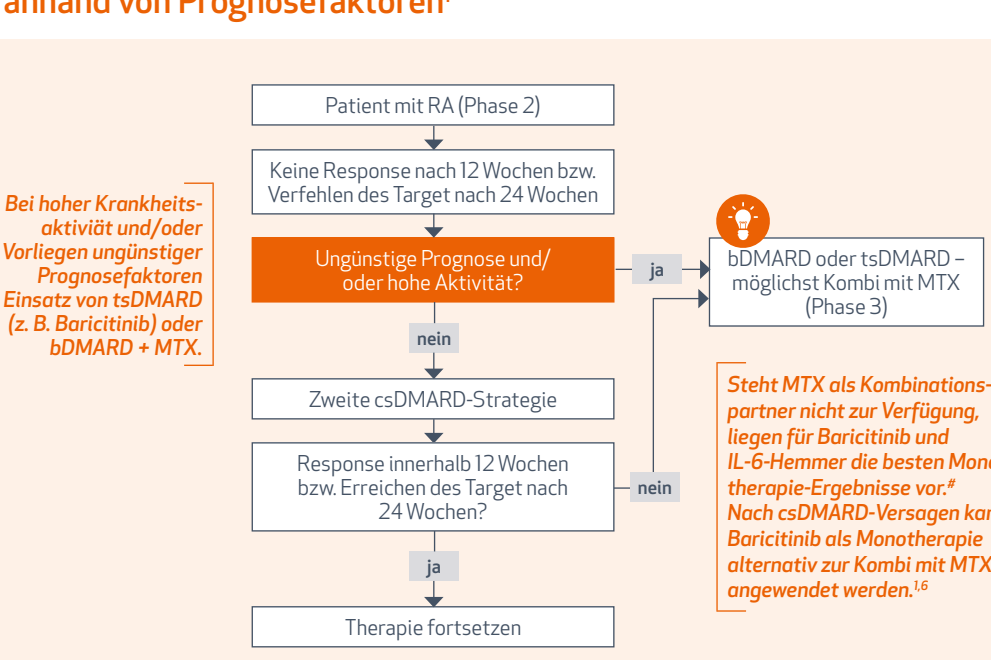


Lilly

## Umsetzung des T2T-Prinzips mit den Zielen Remission und Remissionserhalt<sup>1</sup>



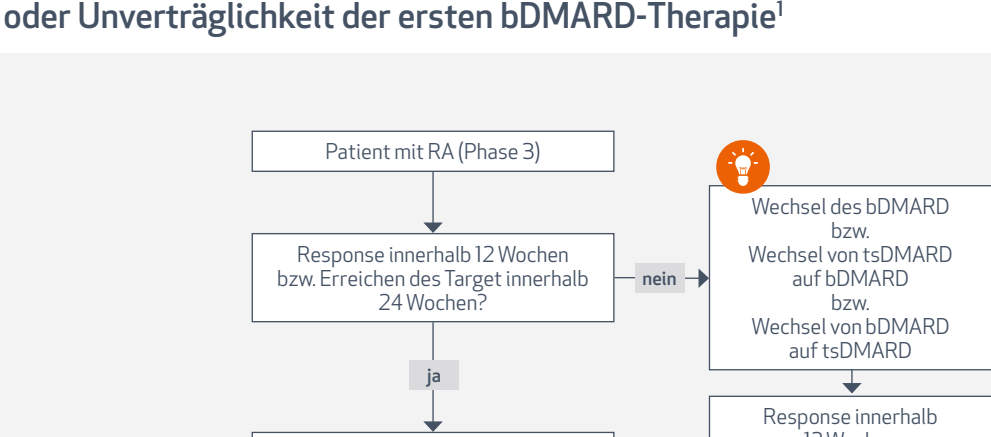
## Intensivierte Therapie nach Nichterreichen der Remission anhand von Prognosefaktoren<sup>1</sup>



## Was sind mögliche ungünstige Prognosefaktoren?<sup>1</sup>

- Nach einer csDMARD-Therapie weiterbestehende, moderate oder hohe Krankheitsaktivität gemäß akzeptierter Indizes
- Hohe Akute-Phase-Reaktion (z. B. CRP oder BSG)
- Hohe Anzahl geschwollener Gelenke
- Nachweis von Rheumafaktor und/oder Anti-CCP-Antikörper
- Initial hoher DAS28-Score
- Nachweis von frühen Erosionen
- Versagen von zwei oder mehreren csDMARDs

## Therapieumstellung nach Nichterreichen der Remission oder Unverträglichkeit der ersten bDMARD-Therapie<sup>1</sup>



## „Niedrig dosierte“ Glukokortikoidtherapie und „angestrebte“ Glukokortikoiddosis bei RA<sup>1</sup>

- Glukokortikoide sollten bei Beginn einer Therapie ergänzend zum csDMARD gegeben werden. **Startdosis** sollte **fallbezogen 10–30 mg Prednisolonäquivalent pro Tag** betragen.
- **Reduktion** in den niedrig dosierten Bereich ( $\leq 5$  mg tgl.) **möglichst innerhalb von 8 Wochen**.
- Komplettes **Ausschleichen** möglichst **innerhalb von 3–6 Monaten**.
- Eine Dosis von **5 mg Prednisolonäquivalent als Langzeittherapie** sollte nicht überschritten werden.
- Eine zusätzliche **intraartikuläre Gabe** bei hoher Aktivität in einzelnen Gelenken kann sinnvoll sein.
- Empfehlungen zur **Prophylaxe der Osteoporose**, wie z. B. die Substitution von Vitamin D und ggf. Calcium, sollten beachtet werden.

## Messung der Krankheitsaktivität:

|   |  |
|---|--|
| <b>Remission<sup>2</sup></b>  | ACR-EULAR Boole'sche Kriterien von 2011: SJC, TJC, CRP (mg/dl) und Patientenurteil (PG), jeweils $\leq 1$<br>Composite-Score-basierte Definition: SDAI ( $\leq 3,3$ )                |
| <b>Niedrige Krankheitsaktivität (LDA: low disease activity)<sup>3-5</sup></b> | Gemäß eines validierten Composite Scores:<br>SDAI $> 3,3 - 11$<br>CDAI $> 2,8 - 10$<br>DAS28 $> 2,6 - < 3,2$   |
| <b>Moderate und/oder hohe Krankheitsaktivität<sup>3-5</sup></b>               | Gemäß eines validierten Composite Scores:<br>SDAI: moderat $> 11 - 26$ ; hoch: $> 26$<br>CDAI: moderat $> 10 - 22$ ; hoch: $> 22$<br>DAS28: moderat $3,2 - < 5,1$ ; hoch: $\geq 5,1$ |
| <b>Veränderung der Krankheitsaktivität<sup>1</sup></b>                        |  |
| <b>Response (Verbesserung)</b>  | Mind. 50% Verbesserung in einem Composite Score (z. B. DAS28)  |
| <b>Flare (Schub)</b>  | Verlust von Remission oder niedriger Krankheitsaktivität durch Anstieg der Krankheitsaktivität (gemessen mit Composite Scores) über eine tägliche Variation der Beschwerden hinaus   |

## Was ist bei der Therapie mit Olumiant® zu beachten?<sup>6</sup>

|  | Vor Therapiebeginn  | Während der Therapie       |
|--|---|----------------------------|
| Screening auf Tuberkulose  | •   |                            |
| Screening auf Virushepatitis   | •   |                            |
| Ausschluss einer aktiven Infektion   | •   |                            |
| Überprüfung der Nierenfunktion   | •   |                            |
| Lipidstatus  | (*)   | Empfehlung: nach 12 Wochen |
| Absolute Neutrophilenzahl (ANC)  | •   | •                          |
| Absolute Lymphozytenzahl (ALC)   | •   | •                          |
| Hämoglobin (Hb)  | •   | •                          |
| Lebertransaminasen (ALT/AST)   | •   | •                          |
| <b>Die Therapie darf nicht eingeleitet werden oder sollte unterbrochen werden bei:</b> | ANC $< 1.000$ Zellen/ $\mu$ l ( $1 \times 10^9$ Zellen/l)                         |                            |
|  | ALC $< 500$ Zellen/ $\mu$ l ( $0,5 \times 10^9$ Zellen/l)                         |                            |
|  | Hb $< 8$ g/dl   |                            |
|  | schwerer Leberfunktionsstörung/ Verdacht auf arzneimittelbedingte Leberschädigung |                            |
|  | Schwangerschaft   |                            |
|  | aktiver Tuberkulose   |                            |
|  | Kreatinin-Clearance $< 30$ ml/min   |                            |

Olumiant® ist angezeigt zur Behandlung von mittelschwerer bis schwerer aktiver rheumatoider Arthritis bei erwachsenen Patienten, die auf eine vorangegangene Behandlung mit einem oder mehreren krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben. Olumiant® kann als Monotherapie oder in Kombination mit Methotrexat eingesetzt werden.

## Referenzen

- # DMARD-naïve Patienten sind nicht in die Zulassung eingeschlossen; die Ergebnisse der RA-BEGIN-Studie bei MTX-naiven Patienten unterstützen die Anwendung von Olumiant® bei Patienten mit einem unzureichenden Ansprechen auf oder einer Unverträglichkeit gegen andere DMARDs.
- \* [https://dgrh.de/dam/jcr:eb8028f3-dc71-43c7-96cd-a629e0dac284/Baricitinib\\_Arzt\\_07\\_17.pdf](https://dgrh.de/dam/jcr:eb8028f3-dc71-43c7-96cd-a629e0dac284/Baricitinib_Arzt_07_17.pdf)
1. Modifiziert nach Fiehn C, Holle J, Iking-Konert C et al. Z Rheumatol 2018; 77 (suppl 2): 35.
  2. Levine DT, Smolen JS, Wells G, et al. American college of rheumatology provisionally defined definition of remission in rheumatoid arthritis for clinical trials. Ann Rheum Dis 2011; 70: 404–13.
  3. Fransen J, van Riel PL. The Disease Activity Score and the EULAR response criteria. Clin Exp Rheumatol 2005; 23: S93–9.
  4. Aletaha D, Ward MM, Machold KP et al. Remission and active disease in rheumatoid arthritis: defining criteria for disease activity states. Arthritis Rheum 2005; 52: 2625–36.
  5. Aletaha D, Smolen JS. The definition and measurement of disease modification in inflammatory rheumatic diseases. Rheum Dis Clin North Am 2006; 32: 9–44.
  6. Aktuelle Fachinformation Olumiant®.

Lilly

Lilly