

Glukokortikoide haben keinen signifikanten Nutzen bei RA-Kontrolle

Sapart E et al. Should we use glucocorticoids in early rheumatoid arthritis? Results at 5 years from the early RA UCLouvain Brussels cohort. *Rheumatology (Oxford)* 2021; 60: 5576–5582

In den letzten 30 Jahren haben therapeutische Entwicklungen zu immer besseren Behandlungsergebnissen bei RA-Patienten geführt. Dennoch erreichen nur etwa die Hälfte der Patienten mit RA eine DAS28-Remission. Sapart et al. ermittelten in vorliegender Studie den Anteil an RA-Patienten, die Glukokortikoide als Erstlinientherapie verwenden und untersuchten den Nutzen und die Nebenwirkungen über einen Zeitraum von 5 Jahren.

Die Resultate der vorliegenden Studie zeigen, dass die Initiierung einer Glukokortikoid-Therapie bei RA-Patienten keinen zusätzlichen Nutzen für die kurz- und langfristige Kontrolle der Krankheit aufwies. Die belgischen Wissenschaftler führten eine retrospektive Post-hoc-Studie mit Daten von Patienten aus der Brüsseler UCLouvain-Kohorte durch, die allesamt die ACR/EULAR-Klassifikationskriterien von 2010 erfüllten und in der Vergangenheit noch keine konventionellen krankheitsmodifi-

zierenden Antirheumatika (DMARDs) erhalten hatten. Die Forscher teilten die Patienten in 2 Gruppen ein; eine Gruppe erhielt zu Beginn der Behandlung 2,5 bis 10 mg Prednisolon am Tag, die zweite Gruppe erhielt keine Medikamente. Für die Auswertung sammelten die Wissenschaftler zum Einschluss der Patienten außerdem Daten zum Alter bei der RA-Diagnose, Geschlecht, RA-Familienanamnese, Raucherstatus, Vorhandensein von radiologischen Erosionen oder Gelenkspaltverengungen, Krankheitsaktivität anhand der Anzahl empfindlicher und geschwollener Gelenke (DAS28), patientenbezogener Gesundheitsbewertung via Fragebogen (HAQ), Schmerzen und zu zahlreichen Laborwerten. Jeweils nach 6 Monaten, 1 Jahr, 3 und 5 Jahren analysierten die Forscher die klinische Entwicklung der RA. Über 5 Jahre hinweg sammelten die Experten Daten über die Anzahl von Infektionen, die einen Krankenhausaufenthalt erforderten, die Anzahl der Frakturen, die kardiovaskulären Risikofaktoren, die kumulative Gesamtdosis an Glukokortikoiden und die Anzahl der verabreichten biologischen DMARDs.

Die Experten werteten Daten von 474 RA-Patienten aus. 180 Patienten (38,0 %) erhielten Glukokortikoide in Kombination mit DMARDs, 294 Patienten (62,0 %) erhielten keine Glukokortikoide, aber nichtsteroidale Antirheumatika (NSAIDs) und/oder Analgetika zusammen mit DMARDs. Die Analyse ergab keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen hinsichtlich DAS28-CRP, der HAQ und Schmerzen. Jene Patienten, die innerhalb des 5-jährigen Studienzeitraumes eine Gesamtdosis > 1 g Prednisolon erhielten, wiesen während der 5-jährigen Nachbeobachtung signifikant höhere DAS28-CRP-, Schmerz- und HAQ-Werte auf. Die Forscher konnten eine höhere Anzahl schwerer Infektionen in jener Gruppe von Patienten nachweisen, die eine hohe kumulative Dosis > 1 g Prednisolon an Glukokortikoiden erhielten. In Bezug auf die Ergebnisse der Knochendichtemessung, die Anzahl der Knochenbrüche und die kardiovaskulären Ereignisse konnten die Wissenschaftler keinen statistisch signifikanten Unterschied zwischen den Patienten, die eine hohe oder niedrige kumulative Glukokortikoid-Dosis erhielten, feststellen.

FAZIT

Die vorliegende Studie zeigt keinen kurz- oder langfristigen Nutzen einer begleitenden Glukokortikoidbehandlung bei RA-Patienten, so die Autoren. Die Verabreichung von Glukokortikoiden bei RA-Patienten sollte individuell nach dem Verhältnis von Wirksamkeit und Komplikationen festgelegt werden.

Dr. Maddalena Angela Di Lellis, Tübingen