

Wirksamkeit der biologischen DMARDs¹ in Monotherapie² versus Kombinationstherapie mit synthetischen DMARDs³ bei rheumatoider Arthritis: Daten von Swiss Clinical Quality Management-Register

[Gabay C](#)^{1,2}, [Riek M](#)³, [Scherer A](#)³, [Finckh A](#)¹; [SCQM collaborating physicians](#).

- ¹Division of Rheumatology, Department of Medical Specialties, University Hospitals of Geneva, ²Department of Pathology and Immunology, University of Geneva School of Medicine, Genevacem.gabay@hcuge.ch.
- ³ Swiss Clinical Quality Management Foundation, Zurich, Switzerland.

Rheumatology Advance Access published April 27, 2015

Zusammenfassung

Ziel der Studie

Bestimmung der *Häufigkeit von Monotherapien* mit *biologischen DMARDs* (bDMARDs). Beschreibung der Krankheitscharakteristika⁴ bei Therapiestart bei den Patienten, welche mit bDMARDs als Monotherapie behandelt wurden. Vergleich der Wirksamkeit von bDMARDs in der Monotherapie mit jener von bDMARDs *in Kombination* mit synthetischen DMARDs (sDMARDs).

¹ Biologische DMARDs (Disease Modifying Anti Rheumatic Drug), auch Biologika genannt: Medikamente, die mit Mitteln der Biotechnologie und gentechnisch veränderten Organismen hergestellt werden und nahezu völlig mit körpereigenen Eiweissen identisch sind.

² Bei einer Monotherapie wird der Patient mit einem Medikament, das **nur eine** Wirksubstanz enthält, behandelt. Im Gegensatz dazu steht die Kombinationstherapie, bei der Biologische DMARDs mit synthetischen DMARDs kombiniert eingesetzt werden.

³ DMARDs: Die Abkürzung DMARD steht für den englischen Begriff „Disease Modifying Anti Rheumatic Drug“. Im Deutschen werden diese Wirkstoffe als Basismedikamente oder krankheitsmodifizierende Substanzen bezeichnet. Man unterscheidet zwischen synthetischen (konventionellen) DMARDs (z. B. Methotrexat) und biologischen DMARDs (z.B. TNF-alpha-Blocker).

⁴ Basischarakteristika (engl: baseline characteristics) sind eine Zusammenstellung wichtiger Messgrößen vor Beginn der Behandlung. Sie geben zudem Auskunft über die der Studie zugrundeliegende Population.

Methoden

Für die Studie wurden Daten des Schweizerischen RA-Registers (SCQM-RA) ausgewertet. Die Behandlungen wurden entweder in Monotherapie mit biologischen DMARDs oder in Kombinationstherapie (bei gleichzeitiger Gabe von synthetischen DMARDs) eingeteilt.

Resultate

Insgesamt wurden 4218 Behandlungsverläufe von total 3111 Patienten ausgewertet. Davon wurden 1136 Behandlungen (27%) als Monotherapien veranlasst. Eine Monotherapie mit biologischen DMARDs wurde vorzugsweise bei älteren komorbiden Patienten⁵ mit tieferem BMI verordnet. Diese Patienten hatten eine längere Krankheitsdauer und einen aktiveren Krankheitsverlauf und wurden vorgängig bereits mit anderen biologischen DMARDs behandelt. Das am meisten für die Monotherapie gewählte Medikament war Certolizumab Pegol (46%). Für die Kombinationstherapien wurde hauptsächlich Methotrexat (75%) als synthetischer DMARD eingesetzt, gefolgt von Leflunomid (26%).

Die *Retention* (Zeit von Behandlungsstart bis zum Behandlungsabbruch) von biologischen DMARDs war *signifikant kürzer in der Monotherapie* als in der Kombinationstherapie. Andere Faktoren wie die Art des biologischen DMARD und das Kalenderjahr der Verordnung hatten ebenfalls einen Einfluss auf die Retention des Medikaments. Bei der Monotherapie war der Krankheitsverlauf während der Studiendauer leicht, aber statistisch signifikant schlechter als bei der Kombinationstherapie.

Schlussfolgerung

Aus der Analyse geht hervor, dass die Monotherapie mit biologischen DMARDs bei eher komplexen Fällen angewendet wird. Sie ist gegenüber der Kombinationstherapie mit biologischen und synthetischen DMARDs statistisch gesehen zwar signifikant weniger wirkungsvoll. Klinisch betrachtet dürfte dieser Unterschied aber nur marginal sein. Ähnliche Resultate haben Studien mit Registerdaten aus anderen Ländern gezeigt.

Zusammenfassung: Dr. Ivan Balla, Zürich, 4.4.2016

⁵ Komorbidität: zusätzlich zu einer Grunderkrankung gleichzeitig vorliegende weitere Erkrankung.