

Management

Therapieziel, “Treat to target“

- Remission (**ASDAS $\leq 1,3$**)¹ od. niedrige Krankheitsaktivität (**ASDAS $\leq 2,1$**) unter Berücksichtigung extraskelettaler Manifestationen
- Zusätzliche Ziele:
 - Hohe Lebensqualität
 - mentale Gesundheit
 - soziale Integration

Nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR)

- Basis der medikamentösen Therapie
- Einsatz wird vor allem während aktiver Krankheitsphasen
- Sehr gute Wirkung auf Schmerzen und Steifigkeit am Stammskelett und auf körperliche Funktion bei bis zu 60 % der Betroffenen
- COX-2-Hemmer > unspezifische COX-Hemmer
- Bei fehlendem Ansprechen nach 2 Wo voller Dosis → Wechsel auf anderes NSAR
- Vereinbartes Therapieziel nach 4 Wo nicht erreicht → Therapieeskalation
- NSAR können mit hoher Wahrscheinlichkeit eine radiographische Progression nicht verzögern
- Einsatz von Opioiden² bei ungenügendem Ansprechen auf NSAR, KI gegen NSAR od. Unverträglichkeit
- NW-Rate über 12 Wo vergleichbar mit Placebo

Kortikosteroide

- Lokale Applikation an entzündete Stellen z. B. bei Enthesitiden od. Monarthritiden empfohlen
- Systemische Therapie zu vermeiden

Konventionelle DMARDs³

- Wirkungslos bei axialer Manifestation
- Individueller Einsatz bei behandlungsbedürftiger peripherer Manifestation

Biologika

- **Indikation** zum Einsatz von Biologika (alle folgenden Kriterien sollten erfüllt sein):
 - Diagnose einer axSpA festgestellt durch eine Rheumatolog:in
 - Vorliegen einer r-axSpA od. pos. MRT der ISGs od. erhöhte Entzündungsparameter
 - Versagen der Standardtherapie entweder durch:
 - a) Gabe von 2 NSAR in voller Dosis über insgesamt mind. 4 Wo
 - b) lokale Glucocorticoidinjektion und/od. Therapie mit Sulfasalazin bei peripheren Manifestationen
 - Zustimmung einer Rheumatolog:in zur Therapie mit Biologika
- Wirksamkeit einer Therapie mit Biologika frühestens 12 Wo nach Therapiebeginn beurteilen
- Fortsetzung der Therapie bei Verbesserung der ASDAS um mind. 1,1 Pkt. od. ausreichendem Ansprechen von rheumatologischer Seite
- Wechsel auf anderen TNF-Blocker, IL-17i od. JAKi bei fehlender Krankheitsremission od. ausreichender Besserung der klin. Symptomatik
 - axSpA Diagnose und fehlende andere Gründe für eine Exazerbation der Erkrankung vorausgesetzt!
- Signifikante Reduktion der Schmerzen und Steifigkeit, Zunahme der Beweglichkeit und Verbesserung der körperlichen Funktion sowohl durch TNF-Blocker als auch IL-17i
- Erhöhte Entzündungsparameter im peripheren Blut und der Nachweis einer aktiven Inflammation im MRT scheinen besonders gut auf ein zu erwartendes Ansprechen von TNF-Blockern hinzuweisen
- Bessere Wirksamkeit von IL-17i bei Psoriasis vulgaris ggü. TNF-Blockern
 - Bei axSpA und bestehender Psoriasis vulgaris kann IL-17i ggü. TNF-Blockern der Vorzug gegeben werden

Aktuell zur Behandlung der axSpA in Österreich zur Verfügung stehende Biologika:

- TNF-Blocker
 - Adalimumab ([Dosierung s. hier →](#))
 - Certolizumab ([Dosierung s. hier →](#))
 - Etanercept ([Dosierung s. hier →](#))
 - Golimumab ([Dosierung s. hier →](#))
 - Infliximab ([Dosierung s. hier →](#))
- IL-17i
 - Secukinumab ([Dosierung s. hier →](#))
 - Ixekizumab ([Dosierung s. hier →](#) od. [Link zur Taltz®-Fachinformation →](#))
 - Bimekizumab ([Dosierung s. hier →](#))

Januskinase-Inhibitoren (JAKi)

- Hemmen intrazelluläre Signalübertragung von Zytokinen
- Zur Therapie der axSpA aktuell Tofacitinib und Upadacitinib zugelassen
- Tofacitinib nur für r-axSpA zugelassen
- Upadacitinib mind. gleich gut wirksam in der Therapie der axSpA wie Biologika
 - Sehr gute Wirksamkeit auch bei Versagen einer Biologika-Therapie
- Einsatz ausschließlich bei fehlender alternativen Behandlungsmöglichkeiten bei
 - Alter >65 Jahre
 - erhöhtem Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse od. maligne Tumore
 - RaucherInnen od. Pat. die in der Vergangenheit länger geraucht haben
 - stattgehabten venösen thromboembolischen Ereignissen

Physikalische Maßnahmen

- Effektive Reduktion der Krankheitsaktivität (BASDAI, ASDAS) durch kombiniertes Kraft- und Ausdauertraining
- Signifikante Besserung von Schmerz und der Fähigkeit, den Alltag zu bewältigen (BASFI) durch Dehnungsübungen und Wassergymnastik
- Derzeit keine Evidenz für physikalische Therapiemaßnahmen bei der nr-axSpA
- Mikrotraumata als Trigger für strukturelle Schäden beachten (Eignung jew. Sportart)

Operative Eingriffe

- Absolute Indikationen für chirurgische Eingriffe bei r-axSpA: neurologische Defizite z. B. nach vertebrealen Frakturen
- Aufrichtungsspondylodesen können bei knöcherner Fehlstellung der WS durchgeführt werden
- Spondylodesen möglich bei entzündlich-bedingten segmentalen Instabilitäten (Andersson-Läsionen)
- Synovektomie sollte bei therapieresistenter Synovitis trotz immunsuppressiver Therapie über 6 – 12 Mo überlegt werden

Anmerkungen:

¹ Unter diesem Zielwert wurde eine Verhinderung der radiographischen Progression gesehen.

² Eine Langzeittherapie mit Opioiden sollte möglichst vermieden werden.

³ Konventionelle Disease-Modifying Antirheumatic Drugs (cDMARDs) wie Sulfasalazin, Leflunomid und Methotrexat.

ASDAS: Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score

axSpA: Axiale Spondyloarthritis

BASDAI: Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index

BASFI: Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index

COX: Cyclooxygenase

DMARD: Krankheitsmodifizierende antirheumatische Medikamente

IL-17i: Interleukin-17-Inhibitor

ISG: Iliosakralgelenk

JAKi: Januskinase-Inhibitoren

KI: Kontraindikation

MRT: Magnetresonanztomografie

nr-axSpA: nicht-radiographische axiale Spondyloarthritis

NSAR: Nicht steroidale Antirheumatika

NW: Nebenwirkung

r-axSpA: Radiographische axiale Spondyloarthritis

TNF: Tumornekrosefaktor

WS: Wirbelsäule