Ankylosierende Spondylitis erkennen und therapieren

Hoher Stellenwert der IL-17A-Inhibition

Die Ankylosierende Spondylitis ist eine entzündliche rheumatische Erkrankung, die sich in Form belastender Schmerzen und zunehmender Gelenkschäden manifestiert. Eine rechtzeitige Diagnose und Therapie ist wichtig, um irreversible Folgeschäden zu vermeiden. Da die Erstlinientherapie mit NSAR oft nur begrenzt wirksam ist, können alternativ Biologika wie der IL-17A-Inhibitor Secukinumab (Cosentyx®) den Therapieerfolg relevant verbessern.

Die Ankylosierende Spondylitis (AS, auch „Morbus Bechterew") ist eine chronische, entzündlich-rheumatische Gelenkerkrankung aus der Gruppe der Spondylarthritiden. Kennzeichnend für die Erkrankung ist die prädominante Manifestation am Achsenskelett. Der Krankheitsbeginn liegt meist zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr. Da die Symptome gerade im Frühstadium oft unspezifisch sind, erfolgt die Diagnose jedoch meist sehr spät; im Schnitt erst fünf bis acht Jahre nach dem Auftreten erster Symptome.[1]

(Un-)charakteristische Symptomatik

Zur zentralen Symptomatik der AS zählen Schmerzen im Rückenbereich, die schleichend beginnen und über drei Monate anhalten.[1-3] Die Ausgangspunkte des Rückenschmerzes sind die Iliosakralgelenke, weshalb die Betroffenen oft Schmerzen im Gesäß empfinden. Häufig gehen die Beschwerden mit Schlafstörungen einher, vor allem in der zweiten Nachthälfte. Weitere charakteristische Merkmale der AS sind zudem eine ausgeprägte Morgensteifigkeit sowie Schmerzen, die sich durch Bewegung bessern, nicht aber in Ruhephasen. Weitere häufige Symptome sind u. a. Schmerzen im Nacken und/oder der Achillessehne (als Manifestation einer Enthesitis) oder Erschöpfung.

Die AS ist eine progrediente Erkrankung, in deren Verlauf die inflammatorischen Prozesse zunehmend Erosionen und Knochenumbauvorgänge auslösen.[1-3] Bei unzureichender Behandlung ist mit strukturellen Schäden an den Sakroiliakalgelenken, an der Wirbelsäule und z. T. an den peripheren Gelenken zu rechnen. Im Endstadium kann die AS eine mutilierende Kyphose bewirken.

Biologika stützen die Therapie

Von einer Therapie erhoffen sich die betroffenen Patienten vor allem eine Linderung der Schmerzen und den Erhalt ihrer Beweglichkeit (siehe Abb. 1).[4] Die Behandlungsoptionen bei AS sind allerdings begrenzt. Allgemein empfehlen die Leitlinien der „Assessment of SpondyloArthritis International Society" (ASAS) und der „European League Against Rheumatism" (EULAR) eine Erstlinientherapie mit nicht-steroidalen Antirheumatika (NSAR).[5] Diese führt aber häufig zu Problemen: Über 20% der NSAR-behandelten Patienten klagen über eine unzureichende Schmerzkontrolle, und mehr als 40% wechseln aufgrund mangelnder Wirkung das Präparat.[6]

Bei unzureichendem Ansprechen wird die Zugabe eines Biologikums wie einem TNF-Inhibitor oder dem IL-17A-Inhibitor Secukinumab empfohlen.[7]

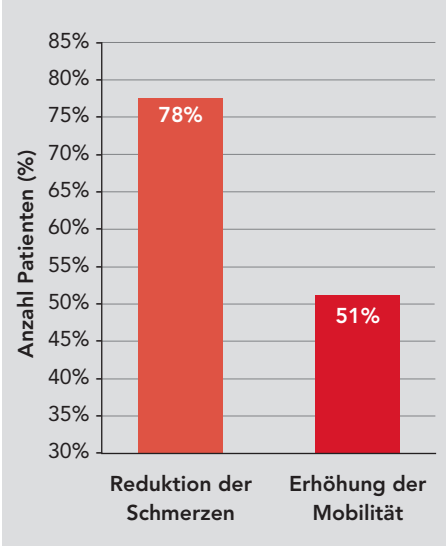


Abb. 1: Prioritäten der AS-Patienten hinsichtlich ihrer Therapie, nach [4]

Nicht-medikamentöse Maßnahmen wie Physiotherapie und Rehabilitation stellen weitere wichtige Bausteine der Patientenversorgung dar.

Günstiges Wirk- und Sicherheitsprofil

Der IL-17A-Inhibitor Secukinumab ist seit 2015 für die Behandlung der Ankylosierenden Spondylitis und Psoriasis-Arthritis zugelassen und markiert einen der wichtigsten Therapiefortschritte in der AS-Versorgung seit Einführung der TNF-Inhibition vor fast einem Jahrzehnt. Secukinumab ist ein vollhumaner, monoklonaler Antikörper, der sich direkt gegen das proinflammatorische Zytokin IL-17A richtet und damit unmittelbar in den Entzündungsprozess der AS eingreift.

In den zulassungsrelevanten, randomisierten, doppelblinden Phase-III-Studien MEASURE 1 und 2 bewies Secukinumab eine schnell einsetzende, starke und dauerhafte Wirksamkeit in der Langzeittherapie über vier Jahre. Auch das Sicherheitsprofil blieb über den gesamten Therapiezeitraum hinweg günstig.[8,9]

Literatur

[1] Kiltz U et al., Z Rheumatol 2014; 73(2): 49-65; [2] Rudwaleit M et al., Arthritis Rheum 2009; 60: 717-27; [3] Baeten DL et al., ACR 2014; Abstract 819; [4] Atlas of Spondyloarthritis in Spain 2017. Profile of the disease. URL: https://espondiloartritisaxial.org/atlas/img/AtlasEA_2017_v5-C_LQ.pdf (zuletzt abgerufen: 10.11.2018); [5] Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. S3-Leitlinie: „Axiale Spondyloarthritis inklusive Morbus Bechterew und Frühformen", Nov. 2013, http://www.awmf.org/uploads/tx-szleitlinien/060-003l_S3_Axiale_Spondyloarthritis_Morbus_Bechterew_2013-11.pdf, accessed Dec. 2017; [6] Zochling J et al., Clin Rheumatol 2006; 25(6): 794-800; [7] van de Heijde D et al., Ann Rheum Dis 2017; 76(6): 978-91; [8] Mease PJ et al., ACR/ARHP 2015; Oral presentation #2148; [9] Baeten D et al., ACR/ARHP 2015; Oral presentation #2896

Impressum

Herausgeber: GFI. Corporate Media
V. i. S. d. P.: Dr. med. Christian Bruer
Redaktion: GFI. Gesellschaft für medizinische Information mbH, München
Berichterstattung: Dr. med. Christian Bruer
Druck: Vogel Druck, Höchberg
© 2018 GFI

Mit freundlicher Unterstützung der Novartis Pharma GmbH, Nürnberg