

Rheumatoide Arthritis (RA)

KI-Prognose: RA-Inzidenz steigt bis 2040 weiter!

Die RA hat in den letzten 30 Jahren global stetig zugenommen und dies wird laut einer aktuellen Prognose bis 2040 so bleiben. Besonders deutlich ist dieser Trend in Industrienationen – mit Ausnahme von Japan, wo seit 1990 sowohl die Inzidenz als auch Lebensjahre mit RA-bedingter Behinderung (DALYs) rückläufig sind. Dies mache deutlich, dass mit Rauchverboten und gesunder Lebensführung viel zu erreichen sei, betonen die Studienautoren.

In der aktuellen Analyse wurde die weltweite Krankheitslast durch RA und die Entwicklung von 1980 bis 2021 auf Basis des Global Burden of Disease 2021 Reports mit Zahlen aus 953 Regionen weltweit bewertet. Danach waren 2021 weltweit 17,9 Mio. Menschen von RA betroffen. Von 1990 bis 2021 sei die Inzidenz der Erkrankung um 13,2% gestiegen. Tendenziell hat der Anteil jüngerer Patienten im Alter von 20-54 Jahren zugenommen. Die Zahl der DALYs hat sich im Untersuchungszeitraum fast verdoppelt. Dabei gibt es große regionale Unterschiede: Die höchste nach Alter standardisierte Inzidenzrate wurde im Westen von Großbritannien beobachtet (35,1 pro 100.000), die höchste DALY-Rate in Zacatecas in Mexiko (112,6 pro 100.000). Die altersstandardisierte Sterblichkeit fiel bei RA-Patienten im Zeitraum 1980 bis 2021 um 32,7%, was auf Fortschritte bei Früherkennung und Therapie zurückzuführen ist. Länder mit hohem sozio-demographischem Index (SDI) hatten allgemein die höchste RA-bedingte Krankheitslast, auch hier mit großen regionalen Unterschieden. Japan ist das einzige SDI-Land mit einem Rückgang der RA-Krankheitslast. In Tokyo ist die DALY-Rate seit 1990 um 22,4% zurückgegangen. Als Gründe dafür werden gesunde Ernährung, ge-

ringe Raten an Rauchern und Übergewichtigen, aber auch der großzügigere Einsatz von Biologika im Vergleich zu anderen Industrienationen genannt. Bis zum Jahr 2040 wurde von den Studienautoren die RA-Krankheitslast aufgrund der vorliegenden Daten mithilfe von Large-Language-Modellen geschätzt: Danach ist künftig weltweit mit einem weiteren Anstieg der altersstandardisierten RA-Inzidenzraten zu rechnen, während bei den DALY-Raten unterschiedliche Entwicklungen erwartet werden: In hohen SDI-Regionen wird ein Rückgang prognostiziert, dagegen in niedrigen und mittleren SDI-Regionen eine Zunahme. Mit politischen Maßnahmen wie öffentlichen Rauchverboten ließen sich große Fortschritte erzielen, so die Autoren. Der Modellrechnung zufolge könnten in China durch eine bessere Kontrolle des Tabakkonsums die Mortalität und die DALY-Raten bei männlichen RA-Patienten um 16,8% bzw. 20,6% reduziert werden.

☛ QUELLE

- Yin W et al. Spatiotemporal distributions and regional disparities of rheumatoid arthritis in 953 global to local locations, 1980-2040, with deep learning-empowered forecasts and evaluation of interventional policies' benefits. *Ann Rheum Dis* 2025; 84: 1104-1116. doi.org/10.1016/j.jard.2025.04.009

Psoriasis-Arthritis (PsA)

TNFi verringern PsA-Risiko

Können Tumornekrosefaktor-alpha-Inhibitoren (TNFi) bei schwerer Psoriasis das Risiko einer PsA verringern? Eine aktuelle Studie spricht für diese These. Unter TNFi war im Vergleich zu einer Phototherapie mit UVB in einem 5-Jahres-Follow-up das PsA-Risiko um fast 70% reduziert (Hazard Ratio 0,32, $p < 0,0001$). Die PsA-Inzidenzraten betrugen 1,18 (0,84-1,52) pro 100 Patienten vs. 2,48 (2,24-2,72) in der Vergleichsgruppe.

An der italienischen Studie nahmen 946 Patienten mit schwerer Psoriasis teil, von denen 497 TNFi und 449 eine Phototherapie erhielten. Die Patienten waren nach Risikofaktoren für eine PsA wie Arthralgien, positive Familienanamnese, Krankheitsaktivität (*Psoriasis Area and Severity Index*) und Nagelpsoriasis gematcht. Diese Faktoren erwiesen sich als unabhängige Risikofaktoren für eine PsA. Das Erkrankungsrisiko war bei Patienten mit Arthralgien fast 8-fach und bei Patienten mit Nagelpsoriasis rund 2-fach erhöht und stieg pro Zunahme des PASI-Scores um einen Punkt um 3%. Der protektive Effekt von TNFi war auch in Risikogruppen nachweisbar, wenn auch in abgeschwächter Form. Bei Patienten mit Nagelpsoriasis etwa war das PsA-Risiko unter TNFi im Vergleich zur Phototherapie-Gruppe fast halbiert (HR=0,47).

☛ QUELLEN

- Piaserico S et al. TNF-alpha inhibitors reduce the incidence of PsA in patients with psoriasis: a propensity score-matched cohort study. *Rheumatology* 2025; 64(11): 5803-5810. doi.org/10.1093/rheumatology/keaf364

Polymyalgia rheumatica (PMR)

Leitlinie zur PMR wurde aktualisiert

Die Leitlinie zur Behandlung der PMR ist unter Federführung der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) auf Basis eines systematischen Literatur-Reviews von Studien des Zeitraums 7/2016 bis 1/2024 aktualisiert worden. Zu den wichtigsten Neuerungen zählt die Empfehlung von Interleukin-6-Rezeptor-Inhibitoren als ergänzende Therapie bei ausgewählten Patienten.

Unverändert wird empfohlen, dass **unmittelbar nach Diagnosestellung** eine Therapie mit **Glukokortikoiden** (15–25 mg Prednison-Äquivalent pro Tag) begonnen werden sollte. Die Dosis sollte im weiteren Verlauf unter Überwachung von Krankheitsaktivität und unerwünschten Wirkungen der Therapie kontinuierlich reduziert werden.

Eine **ergänzende Behandlung mit Interleukin-6-Rezeptor-Inhibitoren** (z. B. Tocilizumab, Sarilumab) soll bei rezidivierendem Verlauf angewendet werden und kommt bei ausgewählten Patienten mit neu aufgetretener Erkrankung und hohem Risiko für Glukokortikoid-induzierte Nebenwirkungen in Betracht. Alternativ können auch Methotrexat oder Rituximab erwogen werden.

In der neuen Leitlinie wird auch die anzustrebende **Behandlungsdauer mit Glukokortikoiden** (GC) empfohlen:

- Die Dauer einer Glukokortikoid-Monotherapie sollte höchstens ein Jahr betragen;
- bei einer begleitenden Biologika-Therapie sollten Glukokortikoide höchstens über 16 Wochen und bei einer Begleittherapie mit Methotrexat sollte eine individuelle Verkürzung auf 6 bis 8 Monate angestrebt werden.

Insbesondere älteren oder gebrechlichen Patienten sollte zusätzlich zur medikamentösen Therapie ein individualisiertes Übungsprogramm angeboten werden.

Eine Aktualisierung der letzten Leitlinie aus dem Jahr 2018 sei vorgenommen worden, weil trotz der relativ hohen Zahl von Betroffenen die Therapie im deutschsprachigen Sprachraum (aber auch europa- und weltweit) weiterhin noch sehr heterogen sei und neue Studien erschienen seien, schreibt die Leitlinienkommission.

Die PMR ist nach der Rheumatoiden Arthritis (RA) die zweithäufigste entzündlich-rheumatische Erkrankung und betrifft fast ausschließlich Menschen ab dem 50. Lebensjahr. Frauen sind etwa dreimal häufiger betroffen als Männer. Klinisch charakteristisch sind neu aufgetretene Schmerzen von entzündlichem Charakter im Schulter-/Beckengürtelbereich und eine ausgeprägte Morgensteifigkeit. Es gibt eine enge Korrelation mit der Riesenzellarteriitis (RZA). Etwa 20% der PMR-Patienten haben auch eine RZA und etwa die Hälfte der RZA-Patienten weisen Symptome der PMR auf.

Die Häufigkeit der PMR wurde in Deutschland laut aktuellen Zahlen, basierend auf 1,7 Mio. Versicherten, bisher unterschätzt. Nach den neuen Zahlen lag im Jahr 2021 die Inzidenz der Erkrankung bei 111 und die Prävalenz bei 937 pro 100.000. Diagnose und Therapieeinleitung erfolgten am häufigsten von Allgemeinärzten.

QUELLEN

- Buttgerit F et al., S2e-Leitlinie Behandlung der Polymyalgia rheumatica, Update 2024, Version 2.0, Stand 17.04.2025, AWMF-Reg.-Nr. 060/006.

register.awmf.org/de/leitlinien/detail/060-006

- Schmidt WA et al. Frequency, diagnosis, and management of polymyalgia rheumatica in Germany-database analysis of medical insurance data. *Rheumatology* 2025; 64 (11): 5818–5825. doi.org/10.1093/rheumatology/keaf367

axSpA

Cycling mit TNFi so wirksam wie ein Switch

Kommt es bei Patienten mit axialen Spondyloarthritis (axSpA) nach erstmaligem Einsatz eines TNFi innerhalb von 3 Monaten zu einem Therapieversagen, ist ein Wechsel auf einen 2. TNFi durchaus sinnvoll.

In einer prospektiven offenen multi-zentrischen Phase IV-Studie in Frankreich bei insgesamt 300 axSpA-Patienten war in dieser Situation ein alternativer TNFi ähnlich wirksam wie eine Umstellung auf einen IL-17-Inhibitor. Beurteilt wurde das ASAS (*Assessment of SpondyloArthritis international Society*) 40-Ansprechen nach 24 Wochen. Mit beiden Therapiestrategien wurden hier ähnliche Ergebnisse erzielt: Eine Verbesserung der Symptomatik um mindestens 40% wurde nach Wechsel des TNFi bei 14,5% der Behandelten und nach Umstellung auf einen IL-17i bei 15,2% erreicht. Auch bei sekundären Endpunkten zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen beiden Gruppen: Der ASDAS (*Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score*) verringerte sich nach 12 Wochen jeweils um 2,6 Punkte, nach 24 Wochen um 2,5 und nach 52 Wochen um 2,3 Punkte, die Therapiepersistenz in Woche 54 betrug 62,8% (IL-17i) vs. 54,9% (TNFi).

QUELLE

- Dalix E et al. Rotation or Change of Biologic After TNF blocker treatment failure for axial Spondyloarthritis. *ACR Convergence* 2025, Abstract LB09. www.iww.de/s14916

Arthrose (OA)

Arthrosehäufigkeit bei 40- bis 59-Jährigen steigt

Arthrose zählt zu den häufigsten Ursachen chronischer Schmerzen und körperlicher Beeinträchtigungen. Zu einem zunehmenden Problem wird die Erkrankung bereits bei Menschen im mittleren Alter von 40 bis 59 Jahren. Darauf weist eine neue Analyse der Daten der Global Burden of Disease study (GBD) 2021 mit Zahlen zur weltweiten Entwicklung der OA in den Jahren 1990 bis 2021 hin. In der Gruppe der Erwachsenen in mittleren Jahren sei die OA-Inzidenz von 11,8 Millionen im Jahr 1990 auf 26,4 Millionen im Jahr 2021 gestiegen – ein **Zuwachs um 123,7%**. Mehr als die Hälfte (56,5%) der neu auftretenden OA-Fälle und mehr als ein Drittel (37,9%) der prävalenten Fälle entfielen inzwischen auf die Altersgruppe der 40- bis 59-Jährigen, schreiben die Autoren der Analyse. Dies sei auch in Bezug auf die sozioökonomische Stabilität kritisch zu sehen. Der Zuwachs der OA-Inzidenz in dieser Altersgruppe sei im Untersuchungszeitraum um 70% höher als in der Gruppe der > 60-Jährigen und mehr als 3-fach höher als in der jüngeren Bevölkerung im Alter von 30 bis 39 Jahren. Die höchste OA-bedingte Krankheitslast, bezogen auf die Lebensjahre mit körperlichen Beeinträchtigungen (YLDs), zeigte sich in wohlhabenden Regionen mit hohem soziodemographischen Index. Nach Angaben der Autoren ist bis zum Jahr 2025 ein weiterer Zuwachs der OA in der mittelalten Bevölkerung um rund 10% zu rechnen. Vor allem ein Anstieg von Handarthrose sei zu erwarten.

QUELLE

- Tang T et al. Global burden of osteoarthritis in middle-aged adults (40–59 years): estimates from the Global Burden of Disease 2021 study. Rheumatology 2025, epub September 9. doi.org/10.1093/rheumatology/keaf475

ACR Convergence 2025

Früher Einsatz von TNFi bei früher RA vorteilhaft

Den hohen Stellenwert einer frühzeitigen Therapie mit TNF-alpha-Inhibitoren (TNFi) bei früher Rheumatoider Arthritis (RA) verdeutlichen neue Studiendaten, die beim ACR (American College of Rheumatology) Convergence-Kongress 2025 in Chicago vorgestellt worden sind.

In einer britischen Kohortenstudie bei insgesamt 342 Patient:innen mit früher RA zeigten sich langfristige Vorteile einer 12-monatigen anti-TNF-Induktionstherapie (n=114, off-label) im Vergleich zu 224 gematchten Patienten, die mit konventionellen Antirheumatika (csDMARDs) behandelt wurden. Die Teilnehmer waren vor Studienbeginn DMARD-naiv und wurden bis zu 10 Jahre beobachtet. Beim 5-Jahres-Follow-up hatten in der Gruppe, die initial mit anti-TNF-Antikörpern behandelt worden waren, nur 0,9% eine schwierig zu behandelnde RA (D2T-RA: Versagen ≥ 2 b/tsDMARDs) im Vergleich zu 7% in der Standardtherapie-Gruppe (p=0,037). Die Raten medikamentenfreier Remissionen waren in der anti-TNF-Gruppe ebenfalls deutlich höher (13,2% vs. 6,1%, p=0,049). Nach 10 Jahren waren die Unterschiede bei diesen Endpunkten nicht mehr signifikant (6% vs. 11%, p=0,513). Signifikant besser waren beim 10-Jahres-Follow-up in der anti-TNF-Gruppe die Raten anhaltender Remissionen (62% vs 45%, p=0,014). Die Studie verdeutlichte das Potenzial einer initialen anti-TNFi-Therapie bei früher RA, so die Autoren.

QUELLE

- Toyoda T et al. First line anti-TNF therapy in early rheumatoid arthritis is associated with a lower frequency of difficult-to-treat disease at five years and better long-term outcomes compared with usual care. ACR Convergence 2025, Chicago, Abstract 1677. iww.de/s14914

Ankylosierende Spondylitis

Bessere Therapieadhärenz unter TNFi im Vergleich zu IL-17-Inhibitoren und JAKi

Laut neuen Real-World-Daten aus den USA bei Patienten mit ankylosierender Spondylitis (AS) ist die Therapieadhärenz bei initialem Einsatz von TNF-Inhibitoren höher als bei einer Therapie mit Interleukin-17-Inhibitoren (IL-17i) oder Januskinase-Inhibitoren (JAKi). Ein Therapieabbruch im Verlauf von 180 Tagen nach Verschreibung war unter IL-17i (Odds Ratio (OR) = 2,85, 95% CI: 1,87, 4,47) und JAKi (OR=3,20, 95% CI: 1,59, 7,00) rund 3-fach höher als unter TNFi. Die Studienteilnehmer waren nach Alter, Geschlecht und Komorbiditäten gematcht. Beim Vergleich von TNFi vs. IL17i (n = jeweils 1120) lag das Risiko einer Non-Adhärenz bei 2,6% vs. 7,1% und beim Vergleich von TNFi vs. JAKi (n = jeweils 326) bei 3,1% vs. 9,2%. Diese Daten zeigten die Relevanz der initialen Therapiewahl beim AS-Management, so die Studienautoren.

QUELLE

- Magrey M et al. Treatment adherence in ankylosing spondylitis: A comparison of TNFi, IL-17i, and JAKi using real-world data ACR Convergence 2025, Abstract 2360. iww.de/s14915

Impressum

Herausgeber und Verlag

IWW Institut für Wissen in der Wirtschaft GmbH
Niederlassung: Aspastraße 24, 99394 Nordkirchen
Telefon: 02596 922-0, Telefax: 02596 922-80
Sitz: Max-Planck-Straße 7/9, 97082 Würzburg
E-Mail: rheumaguide@iww.de

Redaktion: Dr. phil. Stephan Voß (Chefredakteur),
Dipl.-Biologe Roland Fath (Schriftleiter)

Hinweis: Alle Rechte am Inhalt liegen beim Verlag. Nachdruck und jede Form der Wiedergabe auch in anderen Medien sind selbst auszugsweise nur nach schriftlicher Zustimmung des Verlags erlaubt. Der Inhalt dieses Informationsdienstes ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel der behandelten Themen machen es notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Der Nutzer ist nicht von seiner Verpflichtung entbunden, seine Therapieentscheidungen und Verordnungen in eigener Verantwortung zu treffen.