



Leitfaden

Treat to Target (T2T)
Empfehlungen bei
axialer Spondyloarthritis

Erstellt von ASPAT (Austrian Spondyloarthritis Task Force),
einer Arbeitsgruppe der ÖGR (Österreichischen Gesellschaft
für Rheumatologie)

Vorwort

Wenn bei Patientinnen und Patienten die Diagnose einer axialen Spondyloarthritis gestellt wird, stellt sich die Frage nach dem therapeutischen Vorgehen. Eine internationale Gruppe von Rheumatologinnen und Rheumatologen aus Europa und Nordamerika hat deshalb Empfehlungen für eine zielgerichtete („treat to target“, T2T) Therapie

der axialen Spondyloarthritis ausgearbeitet. Diese Empfehlungen wurden 2017 publiziert und dienen als Grundlage für Empfehlungen zur zielgerichteten Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einer axialen Spondyloarthritis in Österreich.¹

ASPAT

Tab. 1: Mitglieder der ASPAT (in alphabetischer Reihenfolge)

Mitglieder	Ort
Priv.-Doz. Dr. Johannes Grisar	Wien
Dr. Andreas Haidmayer	Bad Radkersburg
Priv.-Doz. Dr. Josef Hermann	Graz
OA Dr. Rusmir Husic	Graz
Dr. Horst Just	Klagenfurt
Dr. Julia Moser	Villach
Dr. Thomas Nothnagl	Krems
Priv.-Doz. Dr. Herwig Pieringer	Linz
Univ.-Prof. Dr. Kurt Redlich	Wien
ao Univ.-Prof. Dr. Michael Schirmer	Innsbruck
OÄ Dr. Jutta Stieger	Wien

Inhalt

Übergeordnete Prinzipien	4
Outcome-Parameter	5
Zielgerichtete Behandlung	5
Monitoring mittels Magnetresonanztherapie (MRT)	6
Extraskelletale Manifestationen	6
Häufigkeit des Monitorings	7

Übergeordnete Prinzipien

1 Gemeinsame Entscheidung

Bei Vorliegen einer axialen Spondyloarthritis muss das Behandlungsziel auf einer gemeinsamen Entscheidung von Patientinnen*Patienten und Rheumatologinnen*Rheumatologen beruhen.

2 Zielgerichtete Behandlung

Die zielgerichtete Behandlung der axialen Spondyloarthritis durch die Messung der Krankheitsaktivität mit nachfolgender Adaption der Therapie soll das Endergebnis der Behandlung verbessern.

3 Fachlicher Austausch

Spondyloarthritiden einschließlich der Psoriasis-Arthritis sind häufig komplexe systemische Erkrankungen; bei Bedarf sollte die Behandlung von muskuloskeletalen und extraskeletalen Manifestationen zwischen Rheumatologinnen*Rheumatologen und anderen Spezialistinnen*Spezialisten (wie beispielsweise aus den Bereichen Dermatologie, Gastroenterologie, Ophthalmologie) koordiniert werden.

4 Maximierung der Lebensqualität

Das primäre Behandlungsziel von Patientinnen und Patienten mit axialer oder peripherer Spondyloarthritis und/oder Psoriasis-Arthritis ist die Maximierung der langfristigen gesundheitsbezogenen Lebensqualität und der sozialen Teilhabe durch Kontrolle der Symptome, Verhinderung von strukturellen Schäden, Normalisierung oder Erhalt der Funktionsfähigkeit, Vermeidung von Toxizitäten und Minimierung von Komorbiditäten.

5 Reduktion von Entzündungen

Die Beseitigung bzw. Reduktion von Entzündung ist wichtig, um die Behandlungsziele zu erreichen.



Ziel der T2T Empfehlungen:
Verbessern des Gesundheitszustandes österreichischer axSpA Patientinnen und Patienten.

Voraussetzungen für T2T:
Monitoring anhand von Outcome-Parametern.

Outcome-Parameter

- **ASDAS** (Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score) < 2,1 Krankheitsaktivität soll im zeitlichen Verlauf nicht überschritten werden. *Formulierung:* Ziel < 1,3; aber zumindest < 2,1 soll erreicht werden. *CRP:* als objektiver Parameter wichtig. Funktioniert gut, wenn Patientinnen und Patienten CRP Befund bereits zur Visite mitnehmen.
- **BASMI** (Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index) Verlauf sollte möglichst konstant bleiben. (Baseline nach Diagnosestellung, dann jährliche Kontrollen und altersgemäße Verschlechterung.)
- **Reduktion von Risikofaktoren** (z. B. Raucherentwöhnung)
- **mSASSS** (modified Stoke Ankylosing Spondylitis Spine Score bzw. die radiologische Progression) alle 5 Jahre bestimmen.

Zielgerichtete Behandlung



Kurzfristig
Krankheitsaktivität
reduzieren



Mittelfristig
Funktion
erhalten



Langfristig
Radiographische
Progression stoppen



Monitoring mittels Magnetresonanztherapie (MRT)

Wird nicht standardmäßig empfohlen, sondern nur unter bestimmten Umständen, z. B. bei Diskrepanz zwischen Klinik und Patient*inneneinschätzung.

Extraskeletale Manifestationen

Insbesondere Uveitis, Psoriasis, chronisch-entzündliche Darmerkrankungen und Osteoporose sollen berücksichtigt werden. Möglichst gute Unterdrückung der extraskelettalen Manifestationen soll erreicht werden.

Bei ≥ 3 Uveitiden pro Jahr: eventuell Wechsel auf anderen Antikörper oder Intervallverkürzung des Biologikums, wenn die Therapie sonst gut anspricht.

Bei Osteoporose ist ein altersabhängiges Monitoring empfohlen:

- **DEXA-Scan** (Radius und Oberschenkelhals, die WS zur Messung nur bei fehlenden radiologischen Veränderungen verwenden) nach 10 Jahren Krankheitsaktivität.
- Bei Stadium 3 **QCD** statt DEXA Scan verwenden.
- **Bisphosphonate** nur mit Vorsicht (wegen Verknöcherung), **Prolia** als Therapie bei Frauen möglich.

Häufigkeit des Monitorings

Patientinnen und Patienten unter NSAR
alle 6–12 Monate

Nach Start mit Biologikum im 1. Jahr
alle 3 Monate

Wenn gut auf Biologikum eingestellt
alle 6 Monate

Dazwischen Besuche beim Hausarzt

Die Patientin*der Patient soll wissen, dass sie*er bei Änderung oder Zunahme der Schmerzen über den Hausarzt zur Rheumatologin* zum Rheumatologen kommen kann. Vor allem wichtig bei Schüben, die mit NSAR nicht in den Griff zu bekommen sind.

REFERENZ 1. Smolen JS, et al. Treating axial spondyloarthritis and peripheral spondyloarthritis, especially psoriatic arthritis, to target: 2017 update of recommendations by an international task force. Ann Rheum Dis 2018;77:3–17. doi:10.1136/annrheumdis-2017-211734

Eine Initiative unterstützt von

abbvie

AT-RNQA-210015-25032021

Herausgeber: AbbVie GmbH, Wien,
www.abbvie.com

Druck: GRADWOHL Printproduktionen, Wien

Bild: istock.com © martin-dm, © nd3000,
© Deagreez

**People.
Passion.
Possibilities.**