

Behandlung der rheumatoïden Arthritis in der Schwangerschaft

Smeele HTW, Röder E, Wintjes HM et al. Modern treatment approach results in low disease activity in 90 % of pregnant rheumatoid arthritis patients: the PreCARA study. *Ann Rheum Dis* 2021; 80: 859–864

TNF-Inhibitoren (TNFI) gehören neben den DMARDs (disease-modifying anti-rheumatic drugs) zu den Grundlagen der Behandlung der rheumatoïden Arthritis (RA). TNFI können auch in der Schwangerschaft gegeben werden; da sie allerdings über die Plazenta in den fetalen Kreislauf gelangen können, empfehlen die Fachgesellschaften derzeit, diese Medikamente vor dem dritten Trimester abzusetzen.

Bisher ging man allerdings auch davon aus, dass fast alle Patientinnen unabhängig von der angewandten Therapie in der Schwangerschaft in eine Remission übergehen. Inzwischen hat sich aber gezeigt, dass die Erkrankung bei der Hälfte aller Schwangeren weiter aktiv bleibt. Dementsprechend sollten die derzeitigen Therapieempfehlungen für schwangere RA-Patientinnen angepasst werden.

Die Niederländer Smeele und seine Kollegen haben in einer Kohorte der PreCARA-Studie (Preconception Counseling in Active RA, 184 Patientinnen) die Auswirkungen einer modifizierten Therapiestrategie untersucht. Die prospektive PreCARA-Studie läuft derzeit noch am Erasmus Medical Centre in Rotterdam. Als historische Referenzgruppe diente die PARA-Kohorte (Pregnancy-induced Amelioration of Rheumatoid Arthritis, 253 Patientinnen), die hauptsächlich mit Sulfasalazin, Prednison oder auch gar nicht behandelt wurden.

Die modifizierte PreCARA-Therapie begann mit der Gabe von Sulfasalazin und/oder Hydroxychloroquin, gefolgt von Prednison und/oder TNF-Inhibitoren (bevorzugt Certolizumab). Wurden die Patientinnen im Verlauf schwanger, wurden die bisher verabreichten TNF-Inhibitoren entsprechend den Empfehlungen der Fachgesellschaften

abgesetzt und entweder auf Certolizumab oder auf Prednison umgestellt.

Zu Beginn (bei Einschluss in die Studie) waren 64,8 % bzw. 75,4 % der Patientinnen in Remission bzw. hatten eine geringe Krankheitsaktivität; im dritten Trimester stieg der Anteil auf 76,1 % bzw. 90,4 %. Die Anzahl der remittierten Patientinnen blieb nach der Geburt stabil. In der PreCARA-Kohorte war die Krankheitsaktivität insgesamt signifikant geringer als in der PARA-Kohorte. Zudem waren in der PreCARA-Kohorte zu allen Beobachtungszeitpunkten (alle 3 Monate vor der Schwangerschaft bis 26 Wochen post partum) signifikant mehr Frauen in Remission bzw. hatten eine geringe Krankheitsaktivität.

Im dritten Trimester ergaben sich keine signifikanten Unterschiede in der Krankheitsaktivität zwischen den Patientinnen, die während der Schwangerschaft auf Certolizumab umgestellt hatten und denen, die auf Prednison umstellten, während der gesamten Schwangerschaft Certolizumab einnahmen bzw. den Frauen, die die TNFI ohne Ersatzmedikation absetzten. Post partum kam es in der PreCARA-Kohorte in keinem Fall zu einer starken Zunahme der Krankheitsaktivität; 12,2 % der Patientinnen erlebten lediglich einen moderaten Anstieg. In der PARA-Kohorte waren hingegen 5,7 % bzw. 21 % der Frauen betroffen.

FAZIT

Die Autoren beobachteten keine signifikanten Unterschiede in der Krankheitsaktivität zwischen Patientinnen, die die TNFI in der Schwangerschaft vollständig absetzten und denen, die auf einen anderen TNFI umstellten. Das heißt jedoch nicht, dass TNFI während der Schwangerschaft abgesetzt werden können, ohne eine Zunahme der Krankheitsaktivität zu riskieren. Denn zum einen wurden die TNFI hier nur bei Patientinnen in vollständiger Remission abgesetzt und zum anderen wurde die RA-Therapie zumeist mit anderen Medikamenten wie Prednison weitergeführt. Zudem bleibt unklar, welche der verabreichten Medikamente letztlich für den Rückgang der Krankheitsaktivität verantwortlich war.

Stephanie Gräwert, Leipzig