

Biologika erhöhen Risiko für akutes Koronarsyndrom bei RA-Patienten

Delcoigne B et al. Short-term, intermediate-term and long-term risks of acute coronary syndrome in cohorts of patients with RA starting biologic DMARDs: results from four Nordic countries. *Ann Rheum Dis* 2022; 81: 789–797

Patienten mit rheumatoider Arthritis (RA) haben ein erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Eine wirksame Behandlung der RA sollte die Belastung durch kardiovaskuläre Erkrankungen bei RA verringern, Studien zeigen jedoch, dass im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung trotzdem ein hohes kardiovaskuläres Erkrankungsrisiko besteht. Delcoigne et al. untersuchten die Inzidenz des akuten Koronarsyndroms (ACS) bei RA-Patienten unter Medikation.

Das Risiko für ein ACS bei RA-Patienten, die eine Biologika-Therapie beginnen, ist im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöht. Die jeweiligen kurz-, mittel- und langfristigen ACS-Risiken der einzelnen Biologika unterscheiden sich in der Routineversorgung kaum. Die skandinavischen Experten führten eine Kohortenstudie durch, bei der sie prospektiv erhobene Daten aus den klinischen Rheumaregistern in Dänemark (DANBIO), Finnland (ROB-FIN), Norwegen (NOR-DMARD) und Schweden (SRQ-ARTIS) verwendet haben. Durch Verknüpfungen dieser Register mit anderen nationalen Registern erfassten die Forscher Daten über frühere und neu auftretende ACS-Ereignisse, Kovariaten (z. B. demographische Daten, Laborparameter, Komedikation, usw.), Emigration und den Vitalstatus während des gesamten Studienzeitraums von Januar 2008 bis Dezember 2017. Die Wissenschaftler studierten zehn arzneimittelspezifische Behandlungskohorten: Adalimumab, Certolizumab Pegol, Etanercept, Golimumab, Infliximab, Abatacept, Rituximab, Tocilizumab, Baricitinib und Tofacitinib. Ein ACS während des Studienzeitraumes definierten die Ärzte als das erste registrierte Ereignis eines Krankenhausaufenthalts aufgrund einer instabilen Angina pectoris oder eines akuten Myokardinfarkts. Nach Einschluss der RA-Patienten führten die Wissenschaftler nach 1, 2 und 5 Jahren Follow-ups durch.

Die Forscher werteten die Daten von insgesamt 24.083 Patienten aus, die 40.850 Behandlungen mit Biologika begonnen hatten. Davon war eine Therapie mit Etanercept am häufigsten (27 % aller Behandlungen), gefolgt von Adalimumab (14 %), Infliximab (13 %), Rituximab (12 %), Tocilizumab (10 %), Certolizumab Pegol (9 %), Abatacept (9 %), Golimumab (6 %) sowie Baricitinib und Tofacitinib (< 1 %). Insgesamt stammten 47 % aller Behandlungsepisoden aus Schweden, 34 % aus Dänemark und 14 % bzw. 6 % aus Finnland und Norwegen. Während der maximalen Nachbeobachtungszeit von 5 Jahren seit Beginn einer Behandlung beobachteten die Forscher 780 ACS-Ereignisse. Bei fast allen Follow-ups war die Rituximab-Behandlung mit der höchsten ACS-Inzidenz verbunden. Unter sämtlichen statistischen Vergleichen zeigte sich ein einheitliches Muster erhöhter ACS-Risiken für Abatacept und Rituximab. Das ACR-Risiko für Infliximab stieg mit zunehmender Dauer der Therapie leicht an. Insgesamt war die Inzidenz von ACS bei RA-Patienten unter Biologika-Behandlung um 80 % höher als in der Allgemeinbevölkerung.

FAZIT

Die Forscher konnten zeigen, dass RA-Patienten, die Biologika in der Routineversorgung einnehmen, im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein um 80 % höheres Risiko für ein akutes Koronarsyndrom aufweisen. Die kurz-, mittel- und längerfristigen Risiken variieren zwischen den einzelnen Biologika kaum, so die Autoren.

Dr. Maddalena Angela Di Lellis, Tübingen