

Journal für
Mineralstoffwechsel

Zeitschrift für Knochen- und Gelenkerkrankungen
Orthopädie • Osteologie • Rheumatologie

News-Screen Rheumatologie

Lunzer R

*Journal für Mineralstoffwechsel &
Muskuloskelettale Erkrankungen*

2014; 21 (4), 156-158

Homepage:

**[www.kup.at/
mineralstoffwechsel](http://www.kup.at/mineralstoffwechsel)**

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Member of the



Indexed in SCOPUS/EMBASE/Excerpta Medica
www.kup.at/mineralstoffwechsel



Offizielles Organ der
Österreichischen Gesellschaft
zur Erforschung des Knochens
und Mineralstoffwechsels



Österreichische Gesellschaft
für Orthopädie und
Orthopädische Chirurgie



Österreichische
Gesellschaft
für Rheumatologie

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P.b.b. GZ02Z031108M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Erschaffen Sie sich Ihre ertragreiche grüne Oase in Ihrem Zuhause oder in Ihrer Praxis

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate, Kräuter und auch Ihr Gemüse ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



News-Screen Rheumatologie

R. Lunzer

■ Is Cancer Associated with Polymyalgia Rheumatica? A Cohort Study in the General Practice Research Database

Muller S, et al. *Ann Rheum Dis* 2014; 73: 1769–73.

Abstract

Objective: To investigate the incidence of new cancer diagnoses in a community sample of patients with polymyalgia rheumatica (PMR). **Methods:** All incident cases of PMR in the UK General Practice Research Database (GPRD) (1987–99), without pre-existing cancer or vascular disease and treated with corticosteroids ($n = 2877$) were matched with up to five age, sex and GP practice patients without PMR ($n = 9942$). Participants were followed up until first cancer diagnosis, death, transfer out of the database or end of available records. **Results:** The mean age of the sample was 71.6 years (SD 9.0), 73 % were female. Median follow-up time was 7.8 years (IQR 3.4, 12.3). 667 (23.2 %) people with a PMR diagnosis developed cancer compared with 1938 (19.5 %) of those without PMR. There was an interaction between PMR status and time. In the first 6 months after diagnosis, those with a PMR diagnosis were significantly more likely to receive a cancer diagnosis (adjusted HR (95 % CI): 1.69 (1.18 to 2.42)). The number of events was small, but occurrences of prostate, blood, lymph nodes, female reproductive and nervous system cancers may be more common in those with PMR in the first 6 months after PMR diagnosis. **Conclusions:** An increase in the rate of cancer diagnoses was noted in the first 6 months of observation, but we were unable to determine whether the cancer incidence in PMR was different from controls, beyond this time point. Clinicians should ensure they fully exclude cancer as a cause of PMR-like symptoms and monitor patients for possible malignancies.

Kommentar

Immer wieder finden sich in der Literatur Hinweise, dass sich hinter einer polymyalgiformen Beschwerdesymptomatik Malignome verstecken können, wenngleich in dieser Altersgruppe damit gerechnet werden kann. Wie auch diese Arbeit zeigt, ist in den ersten 6 Monaten nach Diagnosestellung einer PMR eine erhöhte Rate an Malignomen zu verzeichnen, somit ist eine Ausschlussdiagnostik sinnvoll und empfehlenswert.

Ich erlaube mir, den Hinweis auf die ergänzenden vorläufigen Klassifikationskriterien der PMR [1] zu geben, in denen auch die Sonographie einen Stellenwert erhalten hat.

■ Risk of Vascular Events in Patients with Polymyalgia Rheumatica

Hancock AT, et al. *CMAJ* 2014; 186: E495–E501.

Abstract

Background: Polymyalgia rheumatica is one of the most common inflammatory rheumatologic conditions in older adults. Other inflammatory rheumatologic disorders are associated with an excess risk of vascular disease. We investigated whether polymyalgia rheumatica is associated with an increased risk of vascular events. **Methods:** We used the General Practice Research Database to identify patients with a diagnosis of incident polymyalgia rheumatica between Jan. 1, 1987, and Dec. 31, 1999. Patients were matched by age, sex and practice with up to 5 patients without polymyalgia rheumatica. Patients were followed until their first vascular event (cardiovascular, cerebrovascular, peripheral vascular) or the end of available records (May 2011). All participants were free of vascular disease before the diagnosis of polymyalgia rheumatica (or matched date). We used Cox regression models to compare time to first vascular event in patients with and without polymyalgia rheumatica. **Results:** A total of 3249 patients with polymyalgia rheumatica and 12 735 patients without were included in the final sample. Over a median follow-up period of 7.8 (interquartile range 3.3–12.4) years, the rate of vascular events was higher among patients with polymyalgia rheumatica than among those without (36.1 v. 12.2 per 1000 person-years; adjusted hazard ratio 2.6, 95 % confidence interval 2.4–2.9). The increased risk of a vascular event was similar for each vascular disease end point. The magnitude of risk was higher in early disease and in patients younger than 60 years at diagnosis. **Interpretation:** Patients with polymyalgia rheumatica have an increased risk of vascular events. This risk is greatest in the youngest age groups. As with other forms of inflammatory arthritis, patients with polymyalgia rheumatica should have their vascular risk factors identified and actively managed to reduce this excess risk.

Kommentar

Auch auf die Gefahr hin, sich in diesem News-Screen „zu viel“ der PMR zu widmen: In der Altersgruppe besteht ein erhöhtes kardiovaskuläres Risiko (unter anderem auch wegen generalisierter Entzündung, Langzeitkortisontherapie), aber dass im mittleren Beobachtungszeitraum ein um 25 % höheres Risiko gegenüber der Kontrollgruppe besteht, rechtfertigt sicherlich den zweiten PMR-Kommentar.

Literatur:

1. Dasgupta B, Cimmino MA, Kremers HM, et al. 2012 Provisional classification criteria for polymyalgia rheumatica: a European League

Against Rheumatism/American College of Rheumatology collaborative initiative. *Arthritis Rheum* 2012; 64: 943–54.

■ Tofacitinib versus Methotrexate in Rheumatoid Arthritis

Lee EB, et al. *N Engl J Med* 2014; 370: 2377–86.

Abstract

Methods: We randomly assigned 958 patients to receive 5 mg or 10 mg of tofacitinib twice daily or methotrexate at a dose that was incrementally increased to 20 mg per week over 8 weeks; 956 patients received a study drug. The co-primary end points at month 6 were the mean change from baseline in the van der Heijde modified total Sharp score (which ranges from 0 to 448, with higher scores indicating greater structural joint damage) and the proportion of patients with an American College of Rheumatology (ACR) 70 response ($\geq 70\%$ reduction in the number of both tender and swollen joints and $\geq 70\%$ improvement in three of five other criteria: the patient's assessment of pain, level of disability, C-reactive protein level or erythrocyte sedimentation rate, global assessment of disease by the patient, and global assessment of disease by the physician). **Results:** Mean changes in the modified total Sharp score from baseline to month 6 were significantly smaller in the tofacitinib groups than in the methotrexate group, but changes were modest in all three groups (0.2 points in the 5-mg tofacitinib group and < 0.1 point in the 10-mg tofacitinib group, as compared with 0.8 points in the methotrexate group [$P < 0.001$ for both comparisons]). Among the patients receiving tofacitinib, 25.5 % in the 5-mg group and 37.7 % in the 10-mg group had an ACR 70 response at month 6, as compared with 12.0 % of patients in the methotrexate group ($P < 0.001$ for both comparisons). Herpes zoster developed in 31 of 770 patients who received tofacitinib (4.0 %) and in 2 of 186 patients who received methotrexate (1.1 %). Confirmed cases of cancer (including three cases of lymphoma) developed in 5 patients who received tofacitinib and in 1 patient who received methotrexate. Tofacitinib was associated with increases in creatinine levels and in low-density and high-density lipoprotein cholesterol levels. **Conclusions:** In patients who had not previously received methotrexate or therapeutic doses of methotrexate, tofacitinib monotherapy was superior to methotrexate in reducing signs and symptoms of rheumatoid arthritis and inhibiting the progression of structural joint damage. The benefits of tofacitinib need to be considered in the context of the risks of adverse events.

Kommentar

Bei Patienten mit RA, die zuvor keine oder keine therapeutische Dosis von Methotrexat erhalten hatten, schnitt die Tofacitinib-Monotherapie besser ab als eine Methotrexat-Behandlung (ACR 70: 25 % mit 5 mg Tofacitinib; 38 % mit 10 mg Tofacitinib; nur 12 % in der MTX-Gruppe). Die Vorteile von Tofacitinib müssen aber im Kontext von Risiken unerwünschter Ereignisse betrachtet werden. Tofacitinib (Xeljanz®) ruft zum Teil mehr Nebenwirkungen hervor (z. B. Herpes Zoster) und ist teurer als Methotrexat. Auch weitere Kommentare der Studien lassen anklingen, dass vorläufig Tofacitinib nicht als Erstlinien-Monotherapie bei rheumatoider Arthritis eingesetzt werden sollte. Derzeit wird also Xeljanz® MTX nicht ersetzen.

Hinweis: Die europäische Arzneimittelbehörde EMA hatte die Zulassung im April 2013 abgelehnt. Tofacitinib (Xeljanz®) wurde aber 2013 in der Schweiz zugelassen (bei MTX-Versagern/bzw. bei MTX-bedingten Nebenwirkungen).

■ Increased Risk of Complications Following Total Joint Arthroplasty in Patients with Rheumatoid Arthritis

Ravi B, et al. *Arthritis Rheumatol* 2014; 66: 254–63.

Abstract

Objective: Most of the evidence regarding complications following total hip arthroplasty (THA) and total knee arthroplasty (TKA) are based on patients with osteoarthritis (OA); less is known about outcomes in rheumatoid arthritis (RA). Using a validated algorithm for identifying patients with RA, we undertook this study to compare the rates of complications among THA and TKA recipients between those with RA and those without RA. **Methods:** In patients who underwent a first primary elective THA or TKA between 2002 and 2009, those with RA were identified using a validated algorithm: a hospitalization with a diagnosis code for RA or 3 physician billing claims with a diagnosis code for RA, with at least 1 claim by a specialist (rheumatologist, orthopedic surgeon, or internist) in a 2-year period. Recipients with diagnostic codes suggesting an inflammatory arthritis, but not meeting RA criteria, were classified as having inflammatory arthritis. All remaining patients were deemed to have OA. Cox proportional hazards models, censored on death, were used to determine the relationship between the type of arthritis and the occurrence of specific complications, adjusting for potential confounders (age, sex, comorbidity, and provider volume). **Results:** We identified 43,997 eligible THA recipients (3 % with RA) and 71,793 eligible TKA recipients (4 % with RA). Total joint arthroplasty recipients with RA had higher age and sex-standardized rates of dislocation following THA (2.45 %, compared with 1.21 % for recipients with OA) and higher age and sex-standardized rates of infection following TKA (1.26 %, compared with 0.84 % for recipients with OA). Controlling for potential confounders, recipients with RA remained at increased risk of dislocation within 2 years of THA (adjusted hazard ratio [HR] 1.91, $P = 0.001$) and remained at increased risk of infection within 2 years of TKA (adjusted HR 1.47, $P = 0.03$) relative to recipients with OA. **Conclusion:** Patients with RA are at higher risk of dislocation following THA and are at higher risk of infection following TKA relative to those with OA. Further research is warranted to elucidate explanations for these findings, including the roles of medication profile, implant choice, postoperative antibiotic protocol, and method of rehabilitation following joint replacement.

Kommentar

Eine gute Interaktion zwischen Orthopäden und Rheumatologen ist bei RA-Patienten unabdingbar. Gerade bei fortgeschrittenen Stadien der RA ist es wichtig, den optimalen Zeit-

punkt festzulegen, sodass keine entzündliche Aktivität besteht, die Kortisondosis niedrig ist und das Intervall einer Biologikatherapie nicht zu lange „aufgedehnt“ werden muss. Wie diese Analyse zeigt, ist die Komplikationsrate bei RA-Patienten doch deutlich erhöht – im Vergleich zu Arthrosepatienten bei TEP etwa doppelt so hoch!

■ Welche Antirheumatika sind in der Schwangerschaft sicher?

Kathmann W. *springermedizin.de*, 26. September 2014

Vom DGRh-Kongress 2014, Düsseldorf, basierend auf dem Vortrag von Prof. Dr. Monika Østensen, Trondheim, Norwegen: „Sicherheit antirheumatischer Therapien bei Kinderwunsch und in der Schwangerschaft: Was haben wir gelernt?“ im Rahmen der Plenarsitzung „Familienplanung und Schwangerschaft: Was muss der Rheumatologe heute wissen?“.

Kommentar

Der Wunsch nach einer Schwangerschaft ist verständlich, eine therapeutische Option natürlich ein hochrangiges Ziel. Durch die Vernetzung der internationalen Datenbanken von den unterschiedlichen Fachdisziplinen (Rheumatologie, Dermatologie, Gastroenterologie etc.) erlangen wir immer mehr Erkenntnisse, dass vor allem die TNF-Inhibitoren die Krankheitsaktivität so gut kontrollieren, dass eine Schwangerschaft möglich ist. Denn „Schübe“ in der Schwangerschaft und die dann notwendige Glukokortikoidtherapie sind lt. der Expertin aus Norwegen mit einem hohen Risiko für den Fötus verbunden.

Korrespondenzadresse:

OA Dr. Raimund Lunzer

Interne Abteilung

Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Graz-Eggenberg

A-8020 Graz, Bergstraße 27

E-Mail: raimund.lunzer@bbgraz.at

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

☒ [Bilddatenbank](#)

☒ [Artikeldatenbank](#)

☒ [Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

☒ [Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)