

Journal für
Mineralstoffwechsel

Zeitschrift für Knochen- und Gelenkerkrankungen

Orthopädie • Osteologie • Rheumatologie

News-Screen Rheumatologie

Dejaco C, Duftner C

Journal für Mineralstoffwechsel &

Muskuloskelettale Erkrankungen

2009; 16 (4), 202-204

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. G 2022031108M, 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

C. Dejaco, C. Duftner

■ Long-Term Safety and Efficacy of Tocilizumab, an Anti-IL-6 Receptor Monoclonal Antibody, in Monotherapy, in Patients with Rheumatoid Arthritis (The STREAM Study): Evidence of Safety and Efficacy in a 5-Year Extension Study

Nishimoto N et al. *Ann Rheum Dis* 2009; 68; 1580–4.

Abstract

Objectives: To evaluate the safety and efficacy of 5-year, long-term tocilizumab monotherapy for patients with rheumatoid arthritis. **Methods:** In an open-label, long-term extension trial following an initial 3-month randomised phase II trial, 143 of the 163 patients who participated in the initial blinded study received tocilizumab monotherapy (8 mg/kg) every 4 weeks. Concomitant therapy with non-steroidal anti-inflammatory drugs and/or oral prednisolone (10 mg daily maximum) was permitted. All patients were evaluated with American College of Rheumatology (ACR) improvement criteria, disease activity score (DAS) in 28 joints, and the European League Against Rheumatism response, as well as for safety issues. **Results:** 143 patients were enrolled in the open-label, long-term extension trial and 94 (66 %) patients had completed 5 years as of March 2007. 32 patients (22 %) withdrew from the study due to adverse events and one patient (0.7 %) due to unsatisfactory response. 14 patients withdrew because of the patient's request or other reasons. The serious adverse event rate was 27.5 events per 100 patient-years, with 5.7 serious infections per 100 patient-years, based on a total tocilizumab exposure of 612 patient-years. Of the 88 patients receiving corticosteroids at baseline, 78 (88.6 %) were able to decrease their corticosteroid dose and 28 (31.8 %) discontinued corticosteroids. At 5 years, 79/94 (84.0 %), 65/94 (69.1 %) and 41/94 (43.6 %) of the patients achieved ACR20, ACR50, and ACR70 improvement criteria, respectively. Remission defined as DAS28 less than 2.6 was achieved in 52/94 (55.3 %) of the patients. **Conclusion:** In this 5-year extension study, tocilizumab demonstrated sustained long-term efficacy and a generally good safety profile.

Akzeptables Sicherheitsprofil bei 5-jähriger Behandlung mit Tocilizumab

Tocilizumab (TCZ), ein humanisierter monoklonaler Interleukin- (IL-) 6-Rezeptor-Antikörper ist seit Kurzem zur Therapie der rheumatoiden Arthritis (RA) verfügbar. Die bisher veröffentlichten placebokontrollierten Studien zeigten eine gute und rasche Wirkung der Substanz. Bedenken bestanden aber über mögliche Risiken und Nebenwirkungen bei der Langzeitanwendung.

In der hier veröffentlichten offenen 5-Jahres-Studie an einer japanischen Kohorte zeigte die Monotherapie mit TCZ über

den gesamten Beobachtungszeitraum eine anhaltende Wirksamkeit. Nur bei einem Patienten (0,7 %) musste die Therapie wegen unzureichender Wirkung abgebrochen werden. Schwere unerwünschte Ereignisse traten bei 54 % der Patienten auf, 22 % mussten die Therapie deshalb beenden. Die Häufigkeit schwerer Infektionen lag mit 5,7 pro 100 Patientenjahre in etwa in dem Bereich, der auch bei einer TNF- α -Blockertherapie zu erwarten ist. Pneumonien und Herpes-Zoster-Infektionen kamen am häufigsten vor, opportunistische Infektionen wurden nicht beobachtet.

Die bereits in den placebokontrollierten Studien aufgefallene Erhöhung des Blutcholesterins unter TCZ trat bei 69 % der Patienten auf, bei einem Drittel der Patienten wurde eine Statin-Therapie eingeleitet. Kardiovaskuläre Komplikationen wurden während des Studienzeitraums nicht beobachtet. In 9,8 % der Fälle kam es unter TCZ zu einer transienten Erhöhung der GPT über das 3-Fache des oberen Normwertes, schwere Leberschädigungen traten nicht auf. Bei 12 % der Patienten wurden vorübergehende Neutropenien beobachtet, die Behandlung konnte bei diesen Patienten aber fortgesetzt werden.

In 163 Fällen musste das Behandlungsintervall mit TCZ aus organisatorischen Gründen auf > 8 Wochen verlängert werden. Nach neuerlicher Gabe kam es lediglich bei einem Patienten zu einer schweren Infusionsreaktion und bei 2 weiteren Patienten wurden Anti-TCZ-Antikörper gefunden.

Fazit für die Praxis

Die Monotherapie mit TCZ zeigte in dieser offenen 5-Jahres-Studie eine anhaltende Wirksamkeit und ein akzeptables Sicherheitsprofil. Zur Beurteilung von seltenen Komplikationen und Langzeitnebenwirkung, insbesondere möglicher kardiovaskulärer Events, sind aber weitere Daten notwendig.

■ Ultrasonographic Evaluation of Joint Involvement in Early Rheumatoid Arthritis in Clinical Remission: Power Doppler Signal Predicts Short-Term Relapse

Carlo A et al. *Rheumatology* 2009; 48: 1092–7.

Abstract

Objectives: This study aimed to evaluate the usefulness of a systematic musculoskeletal ultrasonographic (US) assessment in the detection of residual disease activity in patients with early RA who achieved clinical remission. **Methods:** We prospectively studied 106 early RA patients receiving conventional DMARDs according to a disease activity score (DAS)-steered therapeutic protocol over a 24-month period. Standard evaluation included clinical, laboratory, functional and systematic (44 joints) US assessment. US

indexes of grey scale (GS) and power Doppler (PD) synovitis were correlated with clinical evaluation, laboratory indexes and clinical outcome. Clinical remission was defined when DAS was < 1.6 at two consecutive visits 3 months apart. **Results:** US examination was significantly more sensitive than clinical examination, both in active disease and in remission. In patients with an active disease, both clinical and US indexes correlated with CRP, whereas in remission only PD still remained significantly correlated. In clinical remission, 95 % of the patients showed residual GS synovitis, and 41 % of them showed a positive PD signal. Positive PD signal, even in a single joint, resulted the main predictor of relapse within 6 months, both in univariable and multivariable logistic regression analysis. **Conclusions:** In a cohort of early RA patients treated with conventional DMARDs, US-GS can detect residual disease activity more sensitively than clinical examination both in active disease and in remission. Moreover, PD-positive synovial hypertrophy identifies an ongoing inflammation even during remission and predicts short-term relapse.

Gelenksultraschall als Prädiktor eines Rezidivs bei Patienten mit früher rheumatoider Arthritis

Ziel der Therapie der rheumatoiden Arthritis (RA) ist die Remission der Erkrankung. Jedoch erleiden mehr als 50 % der Patienten im Stadium der klinischen Remission innerhalb von 24 Monaten einen Relapse.

Der Einsatz des Ultraschalls ist zur Diagnosestellung und Aktivitätsbeurteilung der RA inzwischen fest etabliert. In früheren Studien wurde gezeigt, dass Patienten trotz klinischer Remission anhaltend entzündliche Veränderungen im Ultraschall aufweisen. Ob mit Hilfe des Ultraschalls aber auch das Auftreten eines klinischen Relapses vorausgesagt werden kann, wurde bislang nicht untersucht.

In dieser prospektiven Studie wurden 106 Patienten mit früher RA über 24 Monate klinisch sowie mittels Gelenksultraschall regelmäßig untersucht. Eine anhaltende klinische Remission (definiert als DAS $< 1,6$ an 2 Visiten im Abstand von 3 Monaten) wurde bei 41 % der Patienten erreicht. Bei 33 % dieser Patienten trat in weiterer Folge ein Rezidiv der Erkrankung auf.

Bei 95 % der Patienten bestanden in der Sonographie trotz klinischer Remission Hinweise auf eine anhaltende Synovitis. Positive Power-Doppler-Signale fanden sich in 41 % der Fälle und konnten mit einer Sensitivität von 85,7 % und einer Spezifität von 82,8 % einen Schub der Erkrankung voraussagen.

Leider wurde in dieser Studie der Wert der regelmäßigen sonographischen Untersuchung einzelner (oder mehrerer) Indexgelenke zur Voraussage eines Rezidivs nicht analysiert, obwohl dies für den klinischen Alltag von essentieller Bedeutung wäre.

Fazit für die Praxis

Trotz klinischer Remission kann bei Patienten mit früher RA mittels Gelenksultraschall eine anhaltende Entzündung

detektiert werden. Der Nachweis von Power-Doppler-Signalen bei Patienten in klinischer Remission ist mit dem Auftreten eines Rückfalles der RA assoziiert.

■ The Influence of Socioeconomic Status on the Reporting of Regional and Widespread Musculoskeletal Pain: Results from the 1958 British Birth Cohort Study

Macfarlane GJ et al. *Ann Rheum Dis* 2009; 68: 1591–5.

Abstract

Objective: This study aims to determine to what extent the reporting of pain in adulthood varies by adult socioeconomic status, whether there are additional longterm effects of socioeconomic status in childhood and whether any such relationships are mediated through adult psychological ill health. **Methods:** A prospective cohort study (the 1958 British Birth Cohort Study) was conducted. Participants were recruited, at birth, in 1958 and were followed-up throughout childhood and adulthood, most recently at 45 years when information was collected on regional and widespread pain, and various potential mediating factors. **Results:** The prevalence of shoulder, forearm, low back, knee and chronic widespread pain at 45 years generally increased with lower adult social class. Persons in the lowest social class (compared to the highest) experienced nearly a threefold increase in the risk of chronic widespread pain: relative risk: 2.9 (95 % CI 1.8 to 4.6). The strength of association varied between 1.5 and 2.0 for regional pains. Childhood social class also demonstrated a relationship with most regional pains and chronic widespread pain. With the exception of forearm pain, the magnitude of effect of childhood social status on reporting of pain in adulthood was less than that of adult social status. On multivariable analysis these relationships were partly explained by poor adult mental health, psychological distress, adverse life events and lifestyle factors. **Conclusions:** These results emphasise the importance and potential impact of measures to reduce social adversity, which will have the effect of improving musculoskeletal health in adult life and other major causes of morbidity.

Sozioökonomischer Status ist mit muskuloskelettalen Schmerzen assoziiert

Schmerzen am muskuloskelettalen System gehören zu den häufigsten Gründen für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und sind somit einer der wichtigsten Kostentreiber unseres Gesundheitssystems.

Ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten von muskuloskelettalen Schmerzen und sozioökonomischem Status wurde bereits in mehreren Untersuchungen beobachtet. In der hier präsentierten Studie wurde diese Assoziation an einer prospektiven, seit 1958 gesammelten Patientenkohorte (British Birth Cohort Study) untersucht. Zudem wurde getestet, ob der sozioökonomische Status der Patienten in der Kindheit das

Auftreten chronischer Schmerzen im Erwachsenenalter beeinflusst. Der sozioökonomische Status orientierte sich dabei am aktuellen Beruf der Patienten bzw. zur Bestimmung des sozioökonomischen Status in der Kindheit am Beruf des Vaters. Dabei wurden 6 Kategorien von „Berufstätiger mit qualifizierter Ausbildung“ (höchste) bis „fehlende Ausbildung“ (niedrigste) erstellt.

Insgesamt berichteten fast 12 % der Befragten über chronische Ganzkörperschmerzen. Die Häufigkeit chronischer Schmerzen war bei den Befragten mit aktuell niedrigem sozioökonomischem Status bis zu dreimal so hoch, verglichen mit Befragten der höchsten Kategorie. Bei niedrigem sozioökonomischem Status in der Kindheit war die Häufigkeit chronischer Schmerzen etwa doppelt so hoch. Der statistischen Auswertung zufolge waren diese Beobachtungen aber teilweise durch eine schlechte seelische Gesundheit, negative Lebenserfahrungen, Rauchen und einen hohen BMI im Erwachsenenalter erklärbar.

Insgesamt weisen die Ergebnisse dieser Studie darauf hin, dass neben den physischen Veränderungen auch eine psychosoziale Komponente für die Entstehung chronischer Schmerzen verantwortlich ist. Eine umfassende Therapie chronischer Schmerzen sollte deshalb nicht nur die körperlichen Symptome behandeln, sondern auch die psychosozialen Umstände des Patienten berücksichtigen.

Fazit für die Praxis

Neben körperlichen Veränderungen sind ein niedriger sozioökonomischer Status in der Kindheit und im Erwachsenenalter, eine schlechte seelische Gesundheit, negative Lebenserfahrungen, Rauchen und ein hoher BMI mit dem Auftreten von chronischen Schmerzen assoziiert. Die Therapie von Patienten mit chronischen Schmerzen sollte deshalb neben der Behandlung körperlicher Symptome auch die psychosozialen Umstände berücksichtigen.

Korrespondenzadressen:

Dr. Christian Dejaco
Abteilung für Rheumatologie
Medizinische Universität Graz
A-8010 Graz
Auenbruggerplatz 15
E-Mail: christian.dejaco@gmx.net

Dr. Christina Duftner
Interne Abteilung
A. ö. Krankenhaus der Elisabethinen
A-9020 Klagenfurt
Völkermarkter Straße 15–19
E-Mail: christina.duftner@gmx.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](#)