

Journal für
Mineralstoffwechsel

Zeitschrift für Knochen- und Gelenkerkrankungen

Orthopädie • Osteologie • Rheumatologie

News-Screen Rheumatologie

Dejaco C, Duftner C

Journal für Mineralstoffwechsel &

Muskuloskelettale Erkrankungen

2010; 17 (1), 30-32

Homepage:

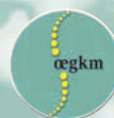
**[www.kup.at/
mineralstoffwechsel](http://www.kup.at/mineralstoffwechsel)**

**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 Z 0 2 Z 0 3 1 1 0 8 M, 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

■ Do COX-2 Inhibitors Raise Blood Pressure More Than Nonselective NSAIDs and Placebo? An Updated Meta-Analysis

Chana CC et al. *J Hypertens* 2009; 27: 2332–41.

Abstract

Background: Both COX-2 selective inhibitors (coxibs) and nonselective (ns)-NSAIDs elevate blood pressure (BP) and this may contribute to excess cardiovascular (CV) events. A number of recent large-scale randomized clinical trials (RCTs) comparing coxibs (including newer agents, lumiracoxib and etoricoxib) to both ns-NSAIDs and placebo have been reported, permitting an update to earlier BP analyses of these agents. **Data sources/synthesis:** Our search yielded 51 RCTs involving coxibs published before April 2008 with a total of 130 541 participants in which BP data were available. The Der Simonian and Laird random effects method for dichotomous variables was used to produce risk ratios (RR) for development of hypertension. **Results:** For coxibs versus placebo, there was a RR of 1.49 (1.18–1.88, PU0.04) in the development of new hypertension. For coxibs versus ns-NSAIDs, the RR was 1.12 (0.93–1.35, PU0.23). These results were mainly driven by rofecoxib, with a RR of 1.87 (1.63–2.14, PU0.08) versus placebo, and etoricoxib, with a RR of 1.52 (1.39–1.66, PU0.01) versus ns-NSAID. **Conclusion:** On the basis of this updated meta-analysis, coxibs appear to produce greater hypertension than either ns-NSAIDs or placebo. However, this response was heterogeneous, with markedly raised BP associated with rofecoxib and etoricoxib, whereas celecoxib, valdecoxib and lumiracoxib appeared to have little BP effect. The relationship of this increased risk of hypertension to subsequent adverse CV outcomes requires further investigation and prospective RCTs.

Neues Feuer in der Diskussion um die kardiovaskuläre Sicherheit von COXIBEN und nichtselektiven NSARs?

Nachdem Rofecoxib 2004 wegen eines scheinbar erhöhten kardiovaskulären Risikos vom Markt genommen wurde, folgte eine nicht enden wollende Diskussion über die Sicherheit von COX-2-selektiven Entzündungshemmern (COXIBE). Während die „European Medicines Agency“ (EMA) einen „Klasseneffekt“ der COXIBE vermutete, legten die Ergebnisse weiterer Studien nahe, dass auch nichtselektive nichtsteroidale Antirheumatika (nsNSARs) mit einem erhöhten kardiovaskulären Risiko assoziiert sein könnten.

In der hier präsentierten Metaanalyse wurde untersucht, inwieweit COXIBE verglichen mit nsNSARs und Placebo zu einer Erhöhung des Blutdrucks führen.

Insgesamt wurden dabei Daten von 130.405 Patienten (113.027 davon hatten eine Form der Arthritis) aus 51 prospektiven randomisierten Studien analysiert. Es wurde beobachtet, dass die Einnahme von COXIBEN zu einem 50 % höheren Risiko

für die Entwicklung einer arteriellen Hypertonie gegenüber Placebo führt. Im Vergleich zu nsNSARs als Gesamtgruppe (am häufigsten wurde in den Studien Naproxen, Diclofenac und Ibuprofen angewendet) waren COXIBE mit keinem erhöhten Hypertonierisiko assoziiert, einzig in einigen Subanalysen wie beim Vergleich von COXIBEN mit Naproxen oder Rofecoxib bzw. Etoricoxib mit nsNSARs wurde für COXIBE ein höheres Bluthochdruckrisiko gefunden. Eine Assoziation des Hypertonierisikos mit der COXIBE-Dosis wurde in etwa der Hälfte der 13 Studien beobachtet, bei denen unterschiedliche Dosierungen zur Anwendung kamen.

Die Frage, ob die beobachtete durchschnittliche Blutdruckerhöhung (systolisch von 3,14 mmHg und diastolisch von 1,34 mmHG gegenüber Placebo) von klinischer Relevanz ist und das höhere kardiovaskuläre Risiko von COXIBEN gegenüber Placebo erklärt, kann derzeit nicht mit Sicherheit beantwortet werden. Ein kausaler Zusammenhang ist aber naheliegend, weil in früheren Hypertoniestudien eine Erhöhung des diastolischen Blutdrucks um 5–6 mmHg bereits zu einem um 67 % erhöhten Schlaganfallrisiko und zu einem um 15 % erhöhten Risiko einer ischämischen Herzerkrankung führte.

Wichtige Limitationen dieser Metaanalyse sind die in den untersuchten Studien oft uneinheitliche oder fehlende Definition einer arteriellen Hypertonie und häufig fehlende Information über das Vorliegen einer arteriellen Hypertonie und deren Behandlung zu Studienbeginn.

Fazit für die Praxis

COXIBE sind mit einem erhöhten Risiko für das Auftreten einer arteriellen Hypertonie im Vergleich zu Placebo assoziiert. Rofecoxib und Etoricoxib scheinen auch ein höheres Bluthochdruckrisiko als nsNSARs zu haben und Naproxen zeigt eine geringere Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer arteriellen Hypertonie als alle untersuchten COXIBE. Die Daten der PRECISION-Studie (Prospective of Celecoxib Integrated Safety versus Ibuprofen or Naproxen), welche für 2011 erwartet werden und bei der > 20.000 Patienten mit bereits zu Studienbeginn erhöhtem kardiovaskulären Risiko eingeschlossen wurden, sollten neue Erkenntnisse über das Nebenwirkungsprofil von COXIBEN und nsNSARs bringen.

■ Longitudinal Examination with Shoulder Ultrasound of Patients with Polymyalgia Rheumatica

Macchioni PL et al. *Rheumatology* 2009; 48: 1566–9.

Abstract

Objective: To determine if ultrasonography (US) and power Doppler (PD) may be useful in identifying polymyalgia rheumatica (PMR) patients with relapsing disease. **Methods:** For a mean of 41 months, 57 consecutive untreated patients

with PMR were prospectively assessed for relapses/recurrences. This cohort represented all the patients diagnosed over a 18-month period in one Italian secondary referral centre. Clinical signs and symptoms as well as ESR and CRP were evaluated. US examination of the shoulders was performed in all 57 patients at diagnosis and after the onset of prednisone treatment (mean 24 ± 3 weeks). Power Doppler ultrasonography (PDUS) was performed in 24 patients. Shoulder sonograms were obtained according to standardized techniques. **Results:** Prednisone therapy significantly reduced the frequency and the degree of subacromial/subdeltoid bursitis, long head biceps tenosynovitis and glenohumeral synovitis. At diagnosis, a positive PD signal was observed more frequently in the subacromial/subdeltoid bursae (33 %). Prednisone therapy significantly reduced the frequency of patients with positive PD signal. Of the 44 patients in remission or with low disease activity at the time of the second US, 26 (59 %) still had evidence of persistent inflammatory lesions. There was no association between the persistence of inflammation at US and relapses/recurrences; in contrast, a positive PD signal at diagnosis was significantly associated with the occurrence of relapses/recurrences at follow-up. **Conclusion:** Subclinical inflammation detected by US persists in most PMR patients despite glucocorticoid treatment. PDUS may be useful to detect at diagnosis the patients with most active inflammation who have a higher risk of relapses/recurrences.

Prognostischer Wert der Gelenksonographie bei Patienten mit Polymyalgia rheumatica

Die Polymyalgia rheumatica (PMR) ist eine häufige, chronisch entzündlich-rheumatische Erkrankung unklarer Ätiologie, die typischerweise Patienten des mittleren und höheren Lebensalters betrifft. In der Behandlung der PMR sind Kortikosteroide (KS) Mittel der ersten Wahl. Etwa 50 % der PMR-Patienten erleiden unter laufender KS-Therapie einen Relaps der Erkrankung. Der Einsatz des Ultraschalls zur Diagnosestellung der PMR ist inzwischen fest etabliert. Der prognostische Wert der Sonographie wurde hingegen bei der PMR bislang nicht untersucht.

In dieser prospektiven Studie wurden 57 PMR-Patienten über 41 Monate regelmäßig klinisch und mittels Gelenksultraschall untersucht. Zu Beginn der Studie zeigten 98,2 % der PMR-Patienten zumindest eine sonographisch fassbare entzündliche Veränderung der artikulären und/oder periartikulären Schulterstrukturen [Bursitis subacromialis/deltoidea (91,2 %), Tenosynovitis der langen Bizepssehne (98,2 %), Schultergelenkarthritis (35,1 %)]. Beidseitige entzündliche Manifestationen konnten in 84,2 % der Patienten nachgewiesen werden. Nach Einleitung einer KS-Therapie (12,5 mg/Tag für 1 Monat und anschließende langsame Dosisreduktion) wurde bei 77 % der Patienten eine klinische Remission oder niedrige Krankheitsaktivität erzielt. Trotz klinischer Verbesserung konnten bei 59,1 % der PMR-Patienten anhaltend entzündliche Veränderungen in der Sonographie gefunden werden. Leider hatte dies keine Aussage über die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten eines Rezidivs. Der Nachweis positiver Power-Doppler-Signale in den artikulären und/oder periartikulären Schulterstrukturen zu Studienbeginn hingegen war mit einem erhöhten Relaps-Risiko assoziiert.

Eine wichtige Limitation dieser Studie ist, dass keine PMR-Patienten mit initial normalen Entzündungswerten eingeschlossen wurden. Dadurch ist eine Aussage über die Schulter-sonographie im Follow-up bei dieser Patientenuntergruppe nicht möglich.

Fazit für die Praxis

Trotz klinischer Remission kann bei PMR-Patienten mittels Gelenksonographie eine anhaltende Entzündung gefunden werden. Der Nachweis von Power-Doppler-Signalen zu Erkrankungsbeginn ist mit dem häufigeren Auftreten eines Rückfalles der Erkrankung assoziiert.

■ Complications and Features after Joint Surgery in Rheumatoid Arthritis Patients Treated with Tumour Necrosis Factor- α Blockers: Perioperative Interruption of Tumour Necrosis Factor- α Blockers Decreases Complications?

Kawakami K et al. *Rheumatology* 2010; 49: 341–7.

Abstract

Objective: TNF-alpha blockers reportedly increase the risk of complications in rheumatic patients following surgery. Whereas deep venous thrombosis (DVT) is a significant complication after orthopaedic surgery of the lower limbs, the risk for DVT in RA patients receiving TNF blockers remains unclear. The aim of this study was to identify complications that can be attributed to the use of TNF-alpha blocker therapy. **Methods:** In a retrospective 1:1 pair-matched case-control study, 64 anti-TNF-treated RA surgeries (TNF group) and 64 surgeries treated with conventional DMARDs (DMARDs group) were evaluated for surgical site infection (SSI), DVT and recurrence of arthritis (flare-up). Multivariate logistic regression analysis was performed to test the association of SSI or DVT with the putative risk factors. **Results:** Regression analysis identified the use of TNF blockers as a risk factor for SSI [$P = 0.036$; odds ratio (OR) = 21.80] and development of DVT ($P = 0.03$; OR = 2.83) after major orthopaedic surgery: 12.5 % (8/64) of the patients in the TNF group had SSI, whereas 2 % (1/64) of those in the DMARDs group had SSI. Fifty-one per cent (23/45) of the TNF group, but only 26 % (12/45) of the DMARDs group was DVT positive. Flare-ups during the perioperative period were found in 17.2 % (11/64) of all patients, and no delay in wound healing occurred in either group. **Conclusions:** These data suggest that the use of TNF blockers is a likely cause of SSI and DVT development in RA patients following major orthopaedic surgery.

Komplikationen nach Gelenkoperationen unter TNF- α -Blockertherapie: Besteht trotz zeitgerechtem Pausieren ein erhöhtes Risiko?

Noch immer herrscht viel Unsicherheit darüber, ob Patienten mit rheumatoider Arthritis (RA) bei einer geplanten Gelenkoperation die Basistherapie perioperativ pausieren sollen. Einer-

seits ist bekannt, dass RA-Patienten *per se* ein erhöhtes Infektionsrisiko haben und eine immunsuppressive Therapie (vor allem bei Behandlung mit einem Biologikum) dieses Risiko noch weiter erhöhen könnte. Andererseits könnte durch Pausieren der Basistherapie ein Schub der Erkrankung ausgelöst werden. Dem Konsensusstatement der Österreichischen Gesellschaft für Rheumatologie und Rehabilitation zufolge sollte vor einer elektiven Operation Kontakt mit dem Rheumatologen aufgenommen werden und ein TNF- α -Blocker (gleichsam für Adalimumab, Etanercept und Infliximab) für die Zeit von 2 Wochen vor bis 2 Wochen nach der Operation pausiert werden.

In der hier präsentierten Studie wurden retrospektiv 64 Gelenkoperationen (84 % Gelenkersatz, 5 % Synovektomie, 11 % Arthrodesen oder andere Gelenkoperationen) bei 49 RA-Patienten, welche mit einem TNF- α -Blocker behandelt werden, 64 vergleichbaren Gelenkoperationen bei 63 Patienten unter konventionellen Basistherapeutika gegenübergestellt und das Risiko für das Auftreten einer Wundinfektion, einer tiefen Venenthrombose (TVT) und eines Schubes der Grunderkrankung berechnet. Entsprechend den Richtlinien des *Japan College of Rheumatology* wurde dabei Infliximab (n = 29) 4 Wochen und Etanercept (n = 35) 2–4 Wochen vor der geplanten Operation pausiert. Die Ergebnisse zeigten, dass eine anti-TNF- α -Therapie trotz perioperativer Pause mit einem 22-fach (!) erhöhten Risiko einer Wundinfektion und mit einem 3-fach erhöhten Risiko einer TVT assoziiert war. Unklar ist aber, inwieweit die Krankheitsaktivität der Patienten dieses Ergebnis beeinflusst hat. Es ist anzunehmen, dass RA-Patien-

ten unter TNF- α -Blockertherapie eine höhere Krankheitsaktivität und einen schwereren Krankheitsverlauf haben als Patienten unter konventionellen Basistherapien. Da dies auch mit einem erhöhten Risiko für Komplikationen einer Gelenkoperation assoziiert sein könnte und dies in der präsentierten Studie statistisch nicht ausgeglichen wurde, ist unklar, ob diese Zahlen auch die tatsächliche Realität widerspiegeln.

Fazit für die Praxis

TNF- α -Blocker sollten bei geplanter Gelenkoperation dem Konsensusstatement der Österreichischen Gesellschaft für Rheumatologie und Rehabilitation entsprechend perioperativ pausiert werden. Es kann dennoch nicht ausgeschlossen werden, dass auch beim zeitgerechten Pausieren dieser Medikamente ein erhöhtes Risiko für perioperative Komplikationen besteht.

Korrespondenzadressen:

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

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](#)