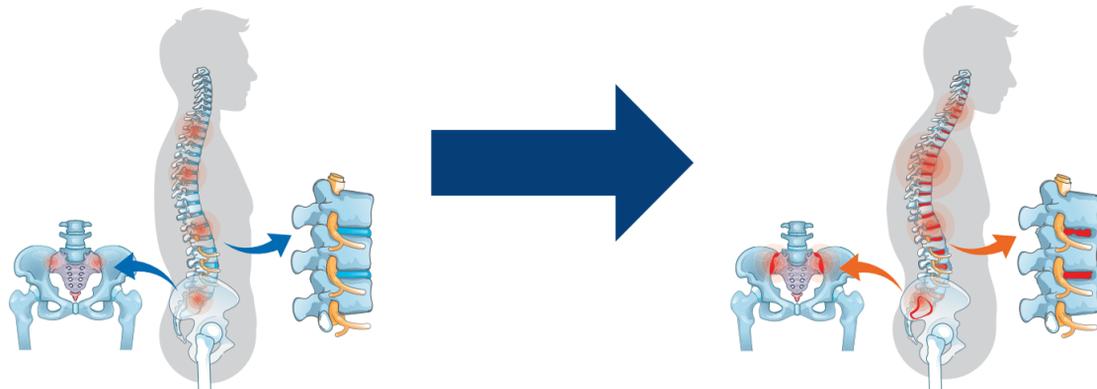


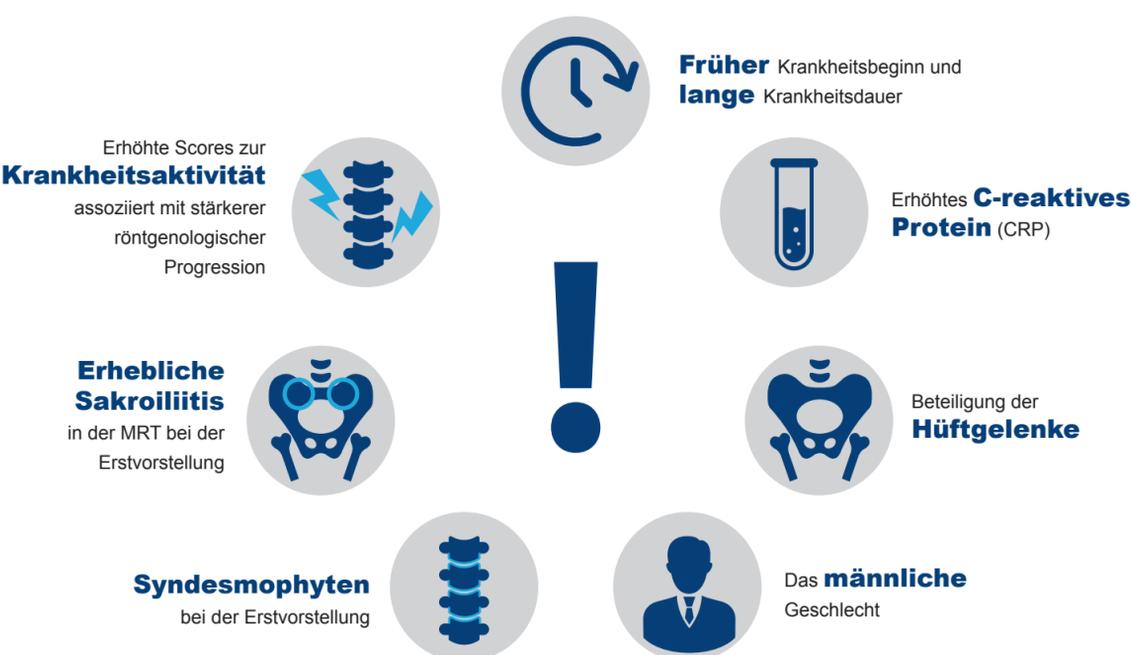
Röntgenologische Progression verbunden mit erheblicher Krankheitslast: Gezielte Hemmung durch Secukinumab?

Progression gehört zum Krankheitsbild der unbehandelten axialen Spondyloarthritis



- Nachweis bleibender knöcherner Veränderungen
- Irreversible röntgenologische Schäden
- Erosionen und Sklerose in den entzündeten Sakroiliakgelenken¹⁻¹²

Risikofaktoren, die eine Progression begünstigen:¹⁻¹²



Früher Therapiebeginn von hoher Notwendigkeit, um Krankheitslast zu verringern



Patient*innen mit irreversiblen röntgenologischen Schäden leiden oftmals unter starken Schmerzen und Versteifungen ihrer Wirbelsäule – welche oftmals mit einer Verringerung der Lebensqualität einhergehen.^{1,2,13-17}

Gezieltes Eingreifen in den Pathomechanismus der röntgenologischen Progression mit Secukinumab



Aktuelle Therapiemaßnahmen:

- Laut systemischer Studienanalyse gibt es Hinweise darauf, dass nicht-steroidale Antirheumatika (NSAR), Therapie 1. Wahl, das Fortschreiten zur AS nicht verhindern können.^{13,15,18}
- Die Ergebnisse aus der nicht-interventionellen INVISIBLE-Studie deuten darauf hin, dass Patient*innen mit hoher Krankheitsaktivität trotz Behandlung mit NSAR oder Tumornekrosefaktor-alpha (TNFα)-Inhibitoren keine optimale Krankheitskontrolle und Therapieansprechen erreichen.¹⁹

Seit November 2015 ist der Interleukin (IL)-17A-Inhibitor Secukinumab zur Behandlung von r-axSpA zugelassen, wenn Patient*innen unzureichend auf konventionelle Therapien ansprechen.²⁰

- Secukinumab hemmt gezielt die IL-17A-Signalkaskade.
- Greift direkt in die inflammatorischen Mechanismen der axSpA ein.

Fazit:

Der IL-17A-Inhibitor Secukinumab bietet seit mehr als sieben Jahren eine langanhaltende Therapieoption bei Patient*innen mit röntgenologischer axSpA (r-axSpA).²⁰ Eine Behandlung mit Secukinumab kann die röntgenologische Progression bei r-axSpA an der Wirbelsäule hemmen.²¹ Auch bei der frühen, nicht-röntgenologischen axSpA zeigt Secukinumab eine gute Wirksamkeit.²⁰

Referenzen:

- Ramiro S et al. Ann Rheum Dis 2014; 73: 1455–1461.
- Ostergaard M et al. Ther Adv Musculoskelet Dis 2012; 4: 301–311.
- Brophy S et al. J Rheumatol 2002; 29: 1236–1243.
- Doran MF et al. J Rheumatol 2003; 30: 316–320.
- Gran JT et al. Br J Rheumatol 1997; 36: 766–771.
- Ward MM. J Rheumatol 2002; 29: 1420–1425.
- Averns HL et al. Scand J Rheumatol 1996; 25: 138–142.
- Amor B et al. J Rheumatol 1994; 21: 1883–1887.
- Poddubnyy D et al. Ann Rheum Dis 2011; 70: 1369–1374.
- Poddubnyy D et al. Arthritis Rheum 2012; 64: 1388–1398.
- Ward MM et al. Arthritis Rheum 2005; 53: 710–717.
- Ramiro S et al. Arthritis Rheumatol 2014; 66: 2773–2779.
- Kittz U et al. S3-Leitlinie Axiale Spondyloarthritis 2019. AWMF-Registernummer #06.
- Baralakis X et al. Ann Rheum Dis 2007; 66: 910–915.
- Braun J, Sieper J. Ankylosing spondylitis. Lancet 2007; 369: 1379–1390.
- Yang X et al. Qual Life Res 2016; 25: 2711–2723.
- Landewe R et al. Ann Rheum Dis 2009; 68: 863–867.
- Zhang JR et al. Front Med (Lausanne) 2019; 6: 214.
- Brandt-Jürgens J et al. DGRh 2022 SpA 04.
- Fachinformation Cosentyx®.
- Braun J et al. Rheumatology 2019; 58: 859–868.