

Aktualisierte Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie und Klinische Immunologie:

Januskinase-Inhibitoren (JAKi) – wie ist mit den Verordnungseinschränkungen umzugehen?

Das Wichtigste in Kürze:

Seit Erscheinen der Warnhinweise für die Anwendung von JAK-Inhibitoren (JAKi) durch die EMA Anfang 2023 und der Empfehlungen der DGRh zu diesem Thema vor mehr als einem Jahr sind hierzu eine Reihe neuer Publikationen erschienen, die eine Überarbeitung erforderlich machten. Nachfolgend sind die wichtigsten Neubewertungen der Evidenz zum Einsatz von JAKi kurz zusammengefasst:

1. Alter über 65 Jahre: Evidenz für ein erhöhtes Risiko dieser Altersgruppe bei Therapie mit JAKi im Vergleich zu anderen DMARD gibt es nur bei gleichzeitigem Vorliegen eines hohen kardiovaskulären Risikos, nicht aber für Patienten ohne dieses zusätzliche Risiko.
2. Ein hohes kardiovaskuläres Risiko liegt bei bekannter koronarer Herzerkrankung, signifikanter Arteriosklerose und anamnestischen kardiovaskulären Ereignissen (Herzinfarkt, Schlaganfall) vor, aber nicht bei alleinigem Vorliegen gut behandelter Risikofaktoren wie Hypertonie oder Diabetes mellitus.
3. Aktives Rauchen und früheres Rauchen innerhalb der letzten 20 Jahre zählen weiter zu den Risikofaktoren; exaktere Angaben zu Menge und Zeitraum sind aufgrund der Datenlage nicht möglich.
4. Bei erhöhtem Malignom-Risiko (vor allem Malignome in der Anamnese) ist der Einsatz von JAKi nur bei Fehlen gleichwertiger Alternativen zu empfehlen.
5. Dies gilt ebenso bei hohem thrombembolischem Risiko (insbesondere positiver Anamnese, bekannter Thrombophilie).

Nach wie vor gilt: Warnhinweise sind nicht identisch mit Kontraindikationen, sondern sollten bei Vorliegen Anlass für eine individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung sein. Die Therapie-Entscheidung sollte gemeinsam mit dem Patienten (nach Aufklärung) getroffen und dokumentiert werden. Die bestmögliche Kontrolle der Krankheitsaktivität sollte dabei hohe Priorität haben.