

Infliximab in der Initialtherapie bei Patienten mit Kawasaki-Syndrom und Koronaraneurysmata

Miyata K, Bainto EV, Sun X et al. Infliximab for intensification of primary therapy for patients with Kawasaki disease and coronary artery aneurysms at diagnosis. Arch Dis Child 2023. DOI: 10.1136/archdischild-2023-325639

Zur Therapie des Kawasaki-Syndroms (KS) werden traditionellerweise Immunglobuline (IVIg) plus Acetylsalicylsäure eingesetzt. Damit kann die Rate der koronararteriellen Aneurysmata (CAA) von 25 auf ca. 5% reduziert werden. Allerdings gilt das nicht für alle Risikogruppen: Im Säuglingsalter, bei inkomplettem KS und bei primär nachgewiesenen CAA ist die Rate der bleibenden CAA viel höher.

Aus diesem Grund ist die beschriebene Studie wertvoll. Hier wurde in einer klar umschriebenen Risikogruppe (US-amerikanische Patienten mit einem initialen Z-Score von $\geq 2,5$) folgende Therapien miteinander verglichen: IVIg oder IVIg plus Infliximab (IFL, Dosierung 5–10 mg/kg KG).

Dabei erhielten 111 Patienten IVIg allein, 57 bekamen additiv IFL (39 Patienten erhielten 5 mg/kg und 18 erhielten 10 mg/kg), jeweils eine Dosis. Die Häufigkeit der Rückbildung auf $Z_{\max} < 2$ innerhalb von 2 Monaten war statistisch signifikant mit

52, 62 und 83% bei IVIg allein, IVIg + Infliximab 5 mg/kg und IVIg + Infliximab 10 mg/kg.

Es zeigte sich, dass die additive Gabe von IFL in der 10-mg-Dosierung mit einer signifikanten Regression der CAA einherging. Der Unterschied zwischen IVIg + Infliximab 5 mg/kg und IVIg allein war allerdings nicht signifikant.

Die Arbeit ist wichtig, da seit Jahren über die intensiviertere Therapie des KS – insbesondere bei Risikopatienten – diskutiert wird. Nachdem sich die initiale Therapie mit hochdosierten Steroiden mittlerweile weitgehend international bei Risikopatienten durchgesetzt hat, wird hier eine zusätzliche Option für Patienten mit initial nachweisbaren CAA angeboten.

An Einschränkungen ist zu erwähnen, dass bei dieser retrospektiven monozentrischen Studie die Therapie offen erfolgte. Somit ist nicht auszuschließen, dass schwerer er-

krankte Patienten leichter Infliximab erhielten. Eine weitere Einschränkung besteht darin, dass sich die protokollgesteuerte Praxis im untersuchenden Zentrum für Hochrisikopatienten im Laufe der Zeit verändert hat, indem 2004 5 mg/kg Infliximab zu IVIg und dann auf 10 mg/kg Infliximab im Jahr 2014 umgestellt wurde. Schließlich war die Stichprobengröße relativ klein, insbesondere für die Infliximab-Gruppen.

Zusammenfassend wird die Effektivität von Infliximab bestätigt, wie dies auch in früheren japanischen Studien an einer viel größeren Patientenzahl der Fall war und dort zur Zulassung führte.

Es sollten weitere Studien folgen, die insbesondere im Head-to-Head-Vergleich die Frage beantworten, welche intensiviertere Therapie (Steroide, IFL, Interleukin-1-Inhibition) die erfolgreichste ist.

Toni Hospach, Zentrum für Pädiatrische Rheumatologie am Klinikum Stuttgart