

RHEUMA

NACHRICHTEN

Fachwissen aus
der Universitären Klinik
für Rheumatologie

Ausgabe 1 | 2021



IMPFUNGEN UNTER B-ZELL-THERAPIE

Seite 4

FIBRÖSE DYSPLASIE

Seite 6

EIGENBLUTTHERAPIEN (PRP)

Seite 8

USZ-FLUGHAFEN

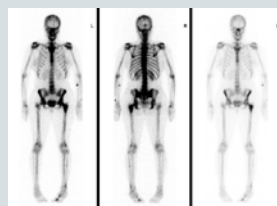
Seite 10

Inhalt



IMPFUNGEN UNTER B-ZELL-THERAPIE

Seite 4



FIBRÖSE DYSPLASIE

Seite 6



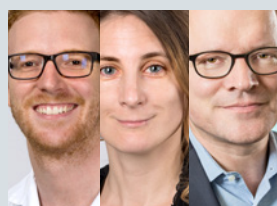
EIGENBLUTTHERAPIEN (PRP) IN DER RHEUMATOLOGIE

Seite 8



USZ-FLUGHAFEN

Seite 10



BEFÖRDERUNGEN UND BERUFUNGEN

Seite 12



**REGELMÄSSIGE FALLVORSTELLUNGEN,
FORTBILDUNGEN**

Seite 12

Editorial



«Wenn möglich, sollten
Impfungen vor Beginn
einer immunsuppressiven
Therapie erfolgen.»

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Impfungen sind zu Zeiten von COVID-19 ein heisses Thema. Eine häufig gestellte Frage ist, ob und zu welchem Zeitpunkt Patienten mit B-Zell-Immunsuppression geimpft werden können. Mathias Wenger hat die aktuellen Informationen zusammengestellt. Des Weiteren stellt Philipp Rossbach die Indikationen für Eigenbluttherapie (PRP) in der Rheumatologie zusammen. Und Pascale Vogt / Diana Frey präsentieren einen interessanten Fall mit Fibröser Dysplasie.

Ich wünsche viel Freude bei der Lektüre.

Prof. Dr. med. Oliver Distler
Ordinarius, Universitäre Klinik für Rheumatologie
Klinikdirektor, Klinik für Rheumatologie
UniversitätsSpital Zürich

IMPRESSUM

Herausgeber und Redaktion

Universitäre Klinik für Rheumatologie
www.rheumatologie.usz.ch

Kontakt

Klinik für Rheumatologie USZ
Kinga Kostyál
kinga.kostyal@usz.ch

Gestaltung, Layout und Druck

Stutz Medien AG, Wädenswil
stutz-medien.ch

Fotografie

UniversitätsSpital Zürich, Autor/-innen

Auflage

3800 Exemplare

Die Herausgabe der Rheuma-Nachrichten
wird unterstützt durch



Impfungen unter B-Zell-Therapie



Dr. med. Mathias Wenger
Oberarzt
Klinik für Rheumatologie USZ

Trotz seit einem Jahr grassierender COVID-19 Pandemie bleibt es weiterhin unklar, ob eine rheumatologische Autoimmunerkrankung mit einem erhöhten Risiko für eine COVID-19 Erkrankung bzw. einem schweren Verlauf derselben einhergeht. PatientInnen mit entzündlichen Systemerkrankungen scheinen im Falle einer COVID-19 Erkrankung ein höheres Risiko für eine Hospitalisation zu haben (1). Für die meisten Immunsuppressiva besteht aber (bisher) keine Evidenz, dass sie mit schwereren Krankheitsverläufen oder höherer Mortalität assoziiert sind.

Ein erhöhtes Komplikationsrisiko scheinen Patienten unter Steroiddosen $> 10 \text{ mg/d}$ (2, 3) sowie möglicherweise unter B-Zell-depletierenden Therapien (4) zu haben. Deshalb wird z. B. von der Clinical Affairs Kommission der SGR empfohlen, bei stabilen Krankheitsverläufen die Immunsuppressiva möglichst unverändert fortzusetzen, solange kein Verdacht auf eine aktive Infektion mit dem Coronavirus besteht (z. B. Husten, Atemnot und/oder

Fieber $\geq 38^\circ\text{C}$), nicht zuletzt um eine wegen ansonsten drohenden Krankheitsschüben allfällig notwendige Steroidtherapie möglichst zu verhindern.

Unter Methotrexat (MTX) in Kombination mit Rituximab konnte bei Pneumokokken-Impfungen (einmalig PPV23 resp. PCV13 gefolgt von PPV23) gezeigt werden, dass sowohl die Ansprechrate als auch die Antikörper-Titer geringer waren als unter MTX-Monotherapie (5, 6).

Bezüglich Grippeimpfung zeigte sich unter Rituximab gegenüber non-biologischen DMARDs (und der Kontrollgruppe) der gleiche Effekt (5). Die Immunogenität der Impfungen scheint aber umso besser auszufallen, je länger mit der Impfung nach Rituximab zugewartet wird (5).

Unter Belimumab hingegen konnte vier Wochen nach Pneumokokken-Impfung kein Unterschied bezüglich Immunogenität festgestellt werden. Eine Gruppe der 79 SLE-PatientInnen hatte den 23-valenten Pneumokokken Impfstoff (Pneumovax®) 4 Wochen vor Beginn mit Belimumab erhalten eine Gruppe den Impfstoff unter laufender Therapie (6 Monate) (7).

Bei PatientInnen unter Rituximab stellt sich in Anbetracht des wegen der (bisher zumindest) unzureichenden Impfstoffverfügbarkeit leider nur schleppend anlaufenden



Impfprogramms die Frage nach dem «besten Zeitpunkt» der Immunisierung. Es bleibt individuell zu entscheiden, ob man einem Patienten unter B-Zell-depletierender Therapie eine Dosis der COVID-19 Impfstoffe innerhalb der ersten Wochen/Monate nach der letzten Gabe von Rituximab mit einer sehr wahrscheinlich geringeren Immunogenität die Impfung gibt, oder jemandem ohne B-Zell-depletierender Therapie und deswegen höchstwahrscheinlich höherer Immunogenität.

Analog den Impfpfehlungen der EULAR und SGR sollten deshalb wenn immer möglich bei geplanter Immunsuppressiver Therapie – insbesondere bei B-Zell-depletierender Therapie – Impfungen vor Therapiebeginn erfolgen. Nach Impfungen sollte mit B-Zell depletierender Therapie solange wie möglich zugewartet werden, nach Impfungen ist ein Zuwarten mit der nächsten Gabe für mindestens vier Wochen empfohlen^(8, 9, 10). Nach Impfungen mit Lebendimpfstoffen sollte eher länger mit der Immunsuppressiva-Gabe zugewartet werden. Gemäss Statement der Clinica Affairs Kommission der SGR vom 13.4.2021 ruft eine Impfung mindestens während der ersten vier Monate nach Rituximab-Gabe sowie unter Prednison Dosen >20 mg/d keine signifikante Immunantwort hervor. Zudem sollte die nächste (bzw. erste) Gabe Rituximab erst 2–4 Wochen nach der zweiten COVID-19 Impfung erfolgen. Sollte die Grundkrankheit keine Verlängerung des Rituximab-Intervalls zulassen, scheint aktuell die Verabreichung der zwei COVID-19 Impfungen im Monat 5 nach der letzten Rituximab-Gabe die momentan beste Lösung zu sein.

Literatur

1. Freitas Nunez DD et al. Risk factors for hospital admissions related to COVID-19 in patients with autoimmune inflammatory rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis* 2020;79:1393.
2. Leipe J et al. SAR-CoV-2 & Rheuma: Konsequenzen der SARS-CoV-2-Pandemie für Patienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen. Ein Vergleich der Handlungsempfehlungen rheumatologischer Fachgesellschaften und Risikobewertung verschiedener antirheumatischer Therapien. *Z Rheumatol* 2020: <https://doi.org/10.1007/s00393-020-00878-0>.
3. Gianfrancesco M et al. Characteristics associated with hospitalization for COVID-19 in people with rheumatic disease: data from the COVID-19 Global Rheumatology Alliance physician-reported registry. *Ann Rheum Dis* 2020;79:859–866.
4. Loarce-Martos, J., García-Fernández, A., López-Gutiérrez, F. et al. High rates of severe disease and death due to SARS-CoV-2 infection in rheumatic disease patients treated with rituximab: a descriptive study. *Rheumatol Int* 40, 2015–2021 (2020). <https://doi.org/10.1007/s00296-020-04699-x>
5. A Systematic Review and Metaanalysis of Antirheumatic Drugs and Vaccine Immunogenicity in Rheumatoid Arthritis. Sujith Subesinghe et. al. *Immunosuppression and vaccine immunogenicity 2017*
6. Initial Serological Response after Prime-boost Pneumococcal Vaccination in Rheumatoid Arthritis Patients: Results of a Randomized Controlled Trial. Mai T.T. Nguyen et al. *The Journal of Rheumatology* 2017; 44:12; doi:10.3899/jrheum.161407
7. A randomized, open-label study to investigate the effect of belimumab on pneumococcal vaccination in patients with active, autoantibody-positive systemic lupus erythematosus. W. Chatham et. al. *Lupus* (2017) 26, 1483–1490.
8. 2019 update of EULAR recommendations for vaccination in adult patients with autoimmune inflammatory rheumatic diseases. Victoria Furer et al. *Ann Rheum Dis* 2020;79:39–52.
9. Impfpfehlungen, 10-2020©Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie. Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie Impfpfehlungen für Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen (<https://www.rheuma-net.ch/de/fachinformationen/behandlungsempfehlungen>)
10. *Rheuma-Schweiz* 4/2020: Vaccinations et conseils pour les patients atteints d'une maladie rhumatismale inflammatoire avant un voyage dans des pays tropicaux. Dres. Luisa Carnino und Laura Zanisi

Fibröse Dysplasie – eine Fallpräsentation

Die Differentialdiagnose osteolytischer Befunde in der Bildgebung beinhaltet verschiedene tumoröse und tumorähnliche Knochenläsionen. In diesem Fall handelte es sich um eine fibröse Dysplasie.

Patientenfall

Die notfallmässige Erstvorstellung der bisher gesunden 36-jährigen Patientin erfolgte aufgrund einer schmerzhaften Schwellung des linken Mittelfusses seit einem Monat.

Eine bereits extern durchgeführte CT Untersuchung zeigte eine osteolytische Läsion im Bereich des distalen Os Metatarsale II des linken Fusses.



Dr. med. Pascale Vogt
Assistenzärztin
Klinik für Rheumatologie USZ



KD Dr. med. Diana Frey
Oberärztin, Leiterin Osteoporose
Klinik für Rheumatologie USZ

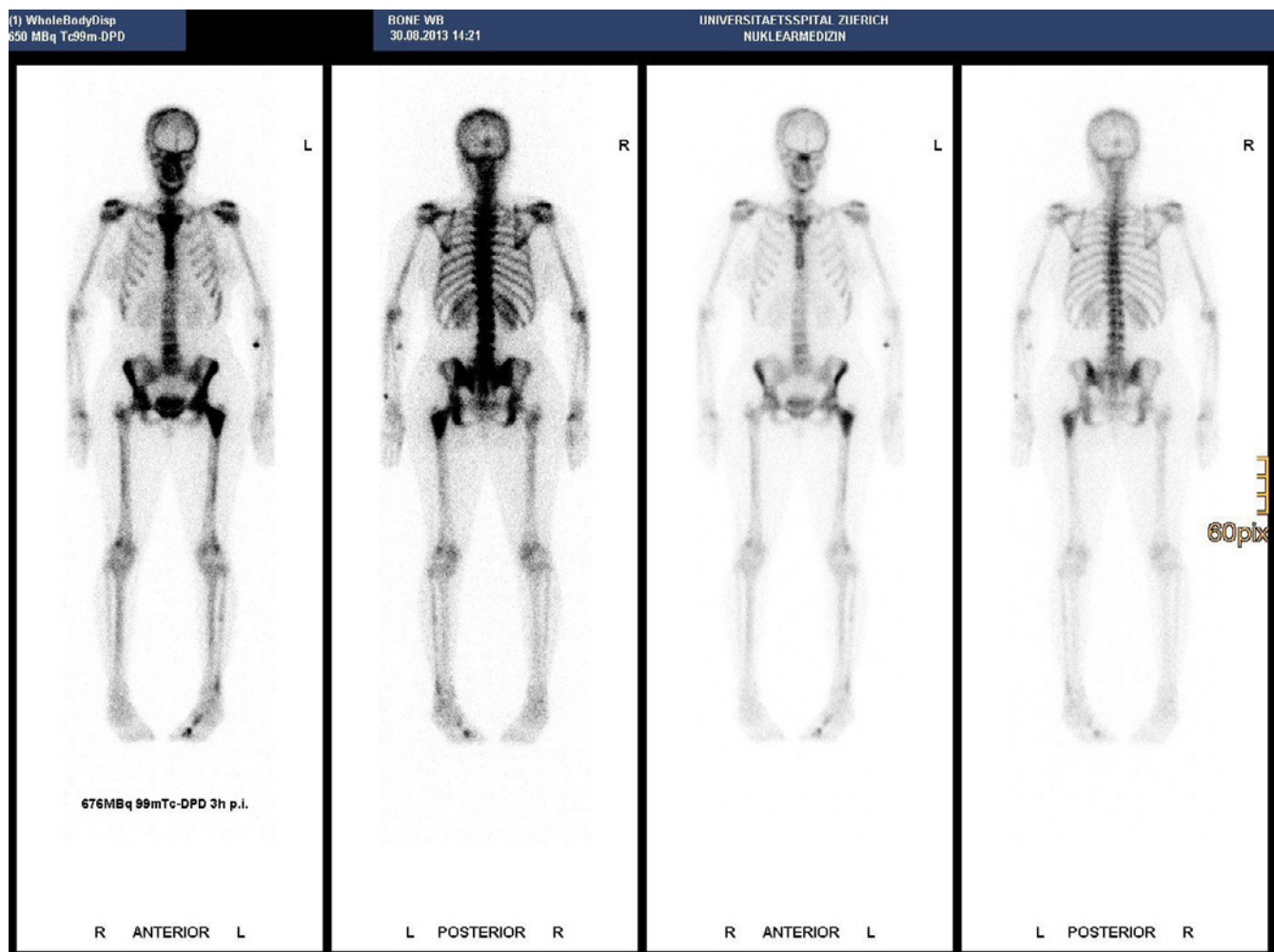


Abbildung 1 Ganzkörper Skelettszintigraphie

Klinisch imponierte eine nicht gerötete, druckdolente Schwellung über dem linken Mittelfuss. Die weitere Gelenksuntersuchung wie auch der internistische Status waren unauffällig, wobei im Verlauf auch eine schmerzhafte Schwellung im Bereich des Unterschenkels links zu erwähnen ist.

Die Laboranalyse war insgesamt nicht wegweisend: sowohl Knochenstoffwechselfparameter (Alkalische Phosphatase, Calcium, Phosphat etc.) wie auch Entzündungswerte waren normal. Eine breite rheumatologische Untersuchung (u. a. mit ANA, Rheumafaktoren, Anti-CCP) war ebenfalls unauffällig.

Zur weiteren Diagnostik erfolgte eine stationäre Aufnahme mit Durchführung einer Ganzkörper Skelettszintigraphie (→ Abb. 1) und einem SPECT-CT des linken Fusses (→ Abb. 2). Hier zeigten sich osteolytisch-sklerotische Läsionen mit vermehrtem Uptake an der bekannten Stelle des Os metatarsale II links und zusätzlich im Bereich der distalen Fibula und des proximalen Femurs links. Auffällig war zudem eine starke Radionuklidaufnahme im Bereich der Ethmoidalzellen des Gesichtsschädels. Differentialdiagnostisch kamen für den vermehrten Knochenumbau ein multifokaler M. Paget oder eine chronisch rezidivierende multifokale Osteomyelitis (CRMO) in Frage. Vor allem die vermehrte Aktivität kraniofazial liess ferner an eine fibröse Dysplasie denken.

Die folgende Knochenbiopsie des proximalen Femurs zeigte schliesslich das histologische Bild einer fibrösen Dysplasie mit unmineralisiertem Osteoid und abnormer Trabekelstruktur. Durch den zusätzlichen Nachweis einer aktivierenden Mutation im GNAS-Gen konnte die Diagnose definitiv gestellt werden.

Krankheitsbild «fibröse Dysplasie»

Die fibröse Dysplasie ist eine seltene genetische Knochenkrankung mit Mutation im GNAS-Gen, was zu einer Fehlregulation der Osteogenese führt. Die klinische Präsentation variiert stark von asymptomatischen Zufallsbefunden in Röntgenbildern bis zu schweren Verläufen mit Frakturen und Knochenmalformationen. Unsere Patientin wies typische Symptome wie Knochenschmerzen und Schwellungen auf. Man unterscheidet den Befall eines Knochens (monostotisch) versus mehrerer Knochen (polyostotisch), wobei der proximale Femur, Tibia und Schädelbasis am häufigsten betroffen sind. (1)

In seltenen Fällen kann eine fibröse Dysplasie mit einem McCune Albright Syndrom assoziiert sein, was das zusätzliche Vorliegen von Café-au-lait Flecken und einer hyperfunktionellen Endokrinopathie erfordert. (2) Bei unserer Patientin wurde im Rahmen einer endokrinologischen



Abbildung 2 SPECT-CT linker Fuss

Standortbestimmung eine leichte IGF-1 (Insulin-like growth factor) Erhöhung festgestellt. Bei fehlender Klinik und nicht vorhandener Hautmanifestation konnte kein assoziiertes McCune Albright Syndrom diagnostiziert werden. Auch ein assoziiertes Mazabraud Syndrome mit Vorliegen von intra-muskulären Myxomen konnte nicht nachgewiesen werden.

Auffälligerweise waren bei unserer Patientin die Knochenumbauparameter zu keinem Zeitpunkt erhöht. Neben dem diagnostischen Stellenwert dient die alkalische Phosphatase auch dazu, die Krankheitsaktivität unter Therapie zu monitorisieren.

Behandlung

Therapeutisch wurde basierend auf Observationsstudien eine Biphosphonat Therapie mit Zoledronat 5 mg iv verabreicht, welche eine Abnahme des Knochenturnovers und eine Schmerzreduktion bewirkt. Zusätzlich wurde die Analgesie mittels peroraler Medikamente ausgebaut und eine Vitamin D/Calcium Supplementation begonnen.

Verlauf

Während insgesamt 3 Jahren wurde jährlich Zoledronat 5 mg iv verabreicht mit ausgezeichnetem klinischen Ansprechen. Seit rund 5 Jahren befindet sich die Patientin in regelmässiger Kontrolle bei uns. Die Knochenumbauparameter liegen seither im unteren Normbereich und es zeigen sich keine Hinweise für eine erneute Krankheitsaktivität.

Referenzen

1. Collins, Michael & Boyce, Alison & Riminucci, Mara. (2018). Fibrous Dysplasia. 10.1002/9781119266594.ch108.
2. Florenzano, P., Pan, K.S., Brown, S.M., Paul, S.M., Kushner, H., Guthrie, L.C., de Castro, L.F., Collins, M.T. and Boyce, A.M. (2019), Age-Related Changes and Effects of Bisphosphonates on Bone Turnover and Disease Progression in Fibrous Dysplasia of Bone. J Bone Miner Res, 34: 653–660.

Eigenbluttherapien (PRP) in der Rheumatologie

In den letzten Jahren sind Infiltrationen mit Eigenblutprodukten, auch «Platelet rich plasma» (PRP) genannt, zunehmend populärer geworden da es sich um ein vielversprechendes Therapiekonzept, vor allem auch in der konservativen Behandlung der Arthrose, handelt.



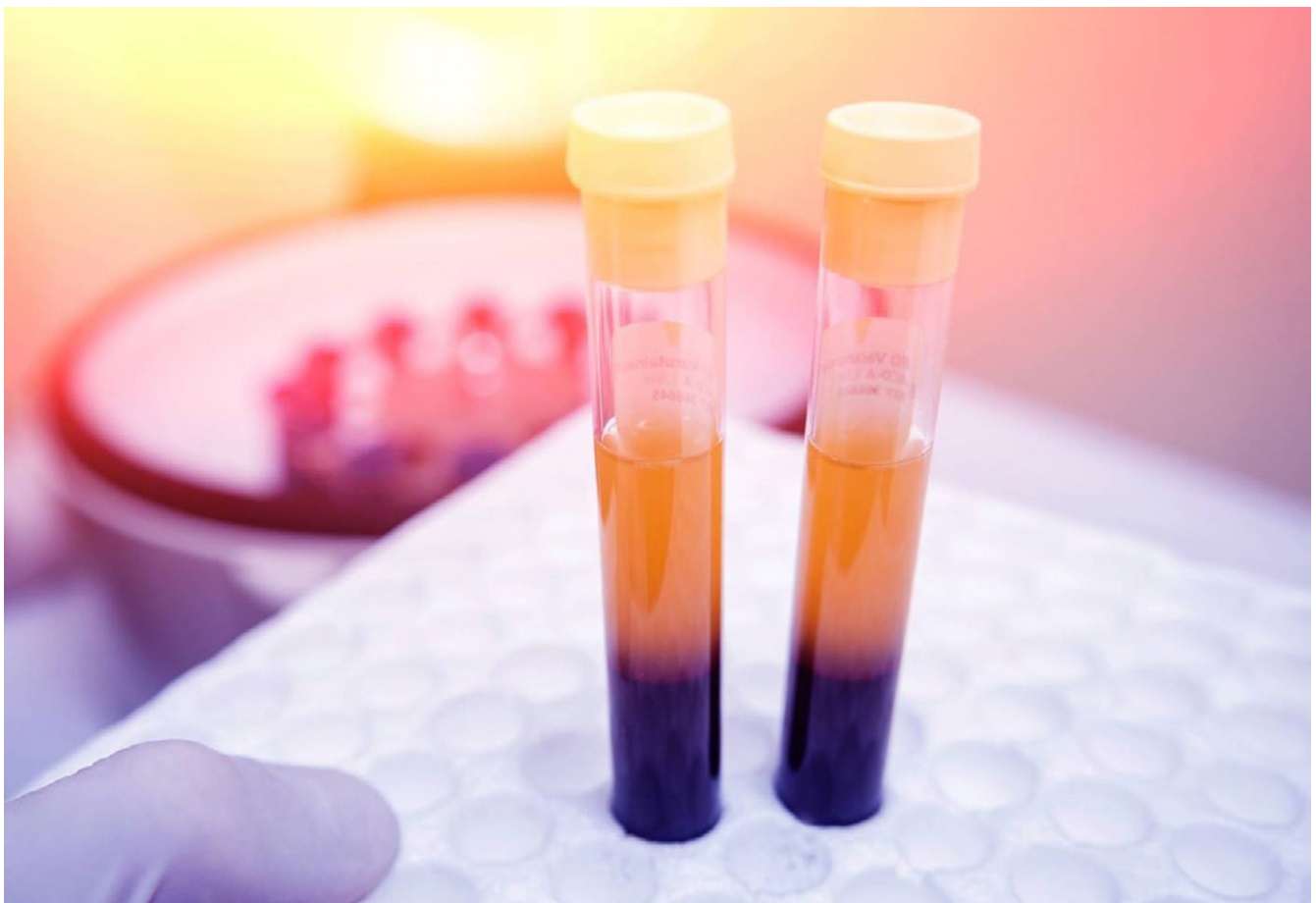
Philipp Roszbach
Oberarzt
Klinik für Rheumatologie USZ

Autologe Blutprodukte wie PRP sind interessant, da sie die Gewebereparatur und -regeneration stimulieren und chondroprotektiv wirken sollen. Ein Cocktail von bioaktiven Molekülen beeinflusst Hämostase, Immunantwort, Entzündung, mikrobielle Abwehr und Wundheilung.

Wir verwenden die Produkte der Firma «ACP Arthrex» welche jeweils direkt aufbereitet werden vor jeder Infiltration. In der Regel erfolgen 3 Injektionen im Wochenabstand,

wofür die beste Evidenz bei der Gonarthrose besteht. Bei anderen Indikationen kann hingegen auch eine einmalige Gabe versucht und das Ansprechen hierauf beobachtet werden.

Die Infiltration von PRP kommt v. a. bei subakuten bis chronischen Prozessen in Frage. Die beste Evidenz besteht bei der symptomatischen, leicht fortgeschrittenen Gon- sowie Coxarthrose. Weiterhin erfolgversprechend ist





eine Anwendung bei der chronischen Epicondylopathie am Ellenbogen oder der Plantarfasziitis. Günstige Effekte können auch bei chronischen Tendinosen, Muskelfaserrissen oder Rotatorenmanschettenläsionen erzielt werden.

Platelet rich plasma

Indikationen

- Arthrose
- Tendinopathien/Enthesiopathien
- Muskelfaserrisse, bzw. -zerrungen
- Rotatorenmanschettenläsionen

Ablauf

- Erstkonsultation mit Indikationsstellung und ggfs. direkter Durchführung der ersten Behandlung
- meist 3 Injektionen im Abstand von einer Woche

Die Eigenbluttherapien werden aktuell noch nicht von den Krankenkassen übernommen. Sofern eine Zusatzversicherung vorhanden ist, kann aber eine Kostenübernahme angefragt werden. Die Kosten belaufen sich auf CHF 150 bis CHF 250 pro Injektion je nach Lokalisation und Komplexität der Intervention.

Patienten können uns gerne direkt dafür zugewiesen werden.

Anmeldung zur Platelet rich plasma-Behandlung

Dr. med. Philipp Roszbach
Universitätsspital Zürich
Klinik für Rheumatologie
Rämistrasse 100
8091 Zürich
Dispo.ruz@usz.ch
Tel. 044 255 26 87

Information an die zuweisenden Ärztinnen und Ärzte:

Eröffnung «USZ-Flughafen»

Im Oktober 2020 wurde das USZ um den Standort «USZ-Flughafen» im neu gebauten Circle-Areal erweitert. Mit über 30 Fachrichtungen bietet das ambulante Gesundheitszentrum ein breites Spektrum an medizinischen Dienstleistungen an. Die Fachkompetenz wird dabei von Medizingeräten der jüngsten Generation und einer topmodernen Infrastruktur unterstützt.

Permanence

Für die Behandlung leichter Notfälle ist die Permanence täglich von 8.00–19.00 Uhr geöffnet.

Gerne können Sie uns unter der Telefonnummer +41 44 255 81 16 erreichen.

Spezialsprechstunden

Gesundheitsprobleme, für deren Lösung mehrere Fachrichtungen beigezogen werden müssen, werden in Spezialsprechstunden behandelt. Termine finden da gebündelt statt, was den Patientinnen und Patienten Zeit spart. Spezialsprechstunden werden zum Beispiel bei Schwindel, Bauchschmerzen oder chronischen Schmerzen angeboten.

Rheumatologie

Auch die Klinik für Rheumatologie hat ein dortiges Standbein, wenn auch nur in einem kleinen Umfang, einem 80%-igen Arztpensum entsprechend. Das Angebot entspricht einer allgemeinen Sprechstunde, inkl. Sonographie des Bewegungsapparates, Labor, sowie radiologischen Untersuchungen. Nur am bisherigen Klinikstandort (USZ-Campus) bieten wir Infiltrationen am Achsenskelett, Kapillarmikroskopie, Osteodensitometrie DXA, Radiosynoviorthese, sowie Stosswellen- und Platelet rich plasma-Behandlungen an.



Prof. Dr. med. Oliver Distler
Klinikdirektor
Klinik für Rheumatologie USZ



Prof. Dr. med. Adrian Ciurea
Stellvertretender Chefarzt
Klinik für Rheumatologie USZ

Verkehrsanbindung

Der Standort USZ Flughafen befindet sich im Quartier «Circle». Dieses liegt am Flughafen Zürich, gegenüber dem Busbahnhof.

Der Haupteingang befindet sich am Südplatz.

USZ Flughafen
The Circle 59
8058 Zürich-Flughafen



Bahn

→ bis «Zürich-Flughafen»

S2, S16, S24, IR, IC

Folgen Sie der Beschilderung «The Circle»:

Nehmen Sie die Rolltreppe bis Level 1. Danach verlassen Sie das Gebäude, überqueren Busbahnhof und Tramgleise und erreichen den «Circle».

Im «Circle» folgen Sie der «Gasse Süd» in Richtung «USZ Universitätsspital».

Gehdistanz: 10 bis 15 Minuten

Tram/Glattalbahn

→ bis «Flughafen Zürich, Bahnhof»

Linien 10, 12

Folgen Sie der Beschilderung «The Circle».

Im «Circle» folgen Sie der «Gasse Süd» in Richtung «USZ Universitätsspital».

Gehdistanz: 5 bis 10 Minuten

Bus

→ bis «Zürich-Flughafen» oder «Flughafen Zürich, Bahnhof» Buslinien 768, 759

Weitere Buslinien: 510, 520, 521, 524, 530, 531, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 765

Überqueren Sie die Tramgleise bis zum «Circle».

Im «Circle» folgen Sie der «Gasse Süd» in Richtung «USZ Universitätsspital».

Gehdistanz: 5 bis 10 Minuten

Transferservice

Am Standort USZ Flughafen bieten wir einen kostenlosen Transferservice an. Dieser bringt Sie von der ÖV-Haltestelle am Flughafen (Tram, Bus, Zug) zum Eingang des USZ-Flughafen, wo Sie Ihren Termin wahrnehmen.

Anmeldung: +41 43 253 20 02

www.usz.ch/transfer

Auto

→ Autobahn A 51, Ausfahrt Nr. 6, «Flughafen»

P4 ist das nächstgelegene Parkhaus. Folgen Sie im Parkhaus der Beschilderung «Universitätsspital Zürich». Fahren Sie mit dem mit «Südplatz» beschrifteten Lift bis Etage 2.

Gehdistanz: 5 Minuten

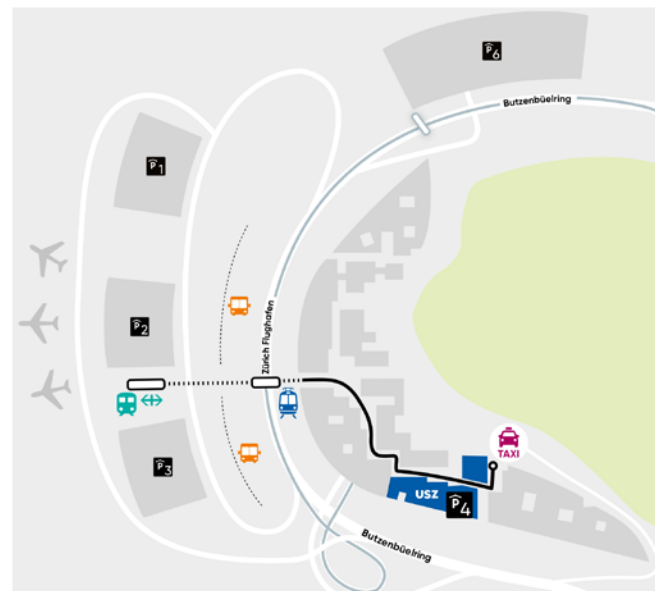
Taxi

→ Adresse:

USZ Flughafen, The Circle 59, 8058 Zürich-Flughafen

Das Taxi hält direkt vor dem Eingang des USZ Flughafen.

Situationsplan USZ Flughafen



Beförderungen und Berufungen



MD, PhD Mojca Frank Bertoncelj, Junior Gruppenleiterin vom Zentrum für Experimentelle Rheumatologie, hat den Ruf des BioMed X Institute in Heidelberg auf die Stelle der Forschungsgruppenleiterin per 1. Februar 2021 erhalten.



Prof. Dr. med. Oliver Distler wurde zum Vorsitzenden der EULAR-assoziierten FOREUM Stiftung gewählt. Zudem wurde er für 3 weitere Jahre zum Bereichsleiter TDR (Traumatologie, Dermatologie, Rheumatologie, Plastische Chirurgie/Handchirurgie, Physio-/Ergotherapie, Notfallmedizin) ernannt.



Dr. med. Marco Sprecher wurde per 1. Februar 2021 zum Oberarzt befördert.

 GEDeon RICHTER

Anabole Therapie für Ihre Osteoporose Patienten¹

TERROSA[®]

Let's build together



Referenz:

1. Fachinformation Terrosa[®], www.swissmedinfo.ch

Terrosa[®]: Teriparatid (hPTH[1-34]) I: Behandlung postmenopausaler Frauen mit manifester Osteoporose und hohem Frakturrisiko. Bei Männern mit primärer oder hypogonadaler Osteoporose mit hohem Frakturrisiko. Behandlung der Glukokortikoid-induzierten Osteoporose bei Erwachsenen mit erhöhtem Frakturrisiko. **DA:** 1 subkutane Injektion in Oberschenkel oder Abdomen von 20 Mikrogramm pro Tag während max. 24 Monaten. **KI:** Vorbestehende Hyperkalzämie, schwere Beeinträchtigung der Nierenfunktion, Schwangerschaft, Stillzeit, andere Knochenstoffwechsellkrankheiten ausser einer primären Osteoporose (inkl. Hyperparathyreoidismus und Paget-Syndrom), ungeklärte Erhöhung der alkalischen Phosphatase, Strahlentherapie des Skeletts in der Vorgeschichte, bei Kindern und jungen Erwachsenen mit offenen Epiphysen, Patienten mit vorherigen oder bestehenden Knochenmetastasen oder malignen Knochentumoren, Überempfindlichkeit gegen Terrosa[®] oder einen der Hilfsstoffe. **VM:** Bei Ratten kam es dosisabhängig und abhängig von der Behandlungsdauer zu einer erhöhten Inzidenz von Osteosarkomen (malignen Knochentumoren). Patienten mit erhöhtem Risiko zu Entwicklung von Osteosarkomen sollten von einer Terrosa[®]-Behandlung ausgeschlossen werden. Vorsicht ist bei Patienten mit mässiggradiger Beeinträchtigung der Nierenfunktion und bei Patienten mit Urolithiasis. **IA:** pharmakodynamische Studien zeigten keine klinisch signifikanten Wechselwirkungen mit Hydrochlorothiazid, Furosemid, Atenolol sowie Retardformen von Diltiazem, Nifedipin, Felodipin und Nisoldipin; Vorsicht bei gleichzeitiger Einnahme von Digitalis. **SS/S:** kontraindiziert. **UAW:** Leichte und vorübergehende Reaktionen an der Injektionsstelle mit Schmerzen, Schwellungen, Erythem, lokale Hämatome, Juckreiz und leichten Blutungen an der Injektionsstelle, Muskelkrämpfe. **P:** 1 bzw. 3 Patronen mit Injektionslösung à 2,4 ml (250 Mikrogramm/ml), Starter Kit mit 1 Patrone und 1 Terrosa Pen. **Liste B.** Stand Februar 2019. Weitere Informationen unter www.swissmedinfo.ch. Zulassungsinhaber: **Gedeon Richter (Schweiz) AG, Gewerbestrasse 5, 6330 Cham.** www.gedeonrichter.ch


Terrosa
Teriparatid

Universitäre Klinik für Rheumatologie

Rheuma-Workshop

Donnerstag, 23. September 2021
14.15–17.15 Uhr

Programm

- 14.15 Uhr **Interstitielle Pneumopathie mit «autoimmune features» (IPAF)**
PD Dr. med. Christian Clarenbach, Oberarzt meV, Klinik für Pneumologie USZ
- 14.40 Uhr **Diarrhoe + Arthralgien: Differentialdiagnose + Abklärungen**
PD Dr. med. Luc Biedermann, Leitender Arzt, Klinik für Gastroenterologie USZ
- 15.15–16.00 Uhr **Workshop 1–3** (Ein Workshop kann ausgewählt werden)
Workshop 1: Was sagt uns das Gangbild?
Dr. med. Christoph Gorbach, Stv. Chefarzt Rheumatologie Balgrist
- Workshop 2: Infiltrationen intra- und periartikulär**
Dr. med. Lukas Wildi, Chefarzt, Kantonsspital Winterthur
- Workshop 3: Unerwünschte Wirkungen der Biologica**
Dr. med. Carina Mihai, Oberärztin, Klinik für Rheumatologie USZ
- 16.00 Uhr Pause
- 16.30–17.15 Uhr **Workshop 1–3** (Ein Workshop kann ausgewählt werden)
- 17.15 Ende des Rheumaworkshops
- 17.30 Uhr **Generalversammlung Zürcher Rheumatologen**, anschliessend Apéro riche

Link www.rheumatologie.usz.ch > Über die Klinik > Veranstaltungen

Kontakt Kinga Kostyál, kinga.kostyal@usz.ch

Save the dates

EULAR-Highlights
24. Juni, online

Rheuma-Workshop
2. Dezember

Mit freundlicher Unterstützung von

AMGEN®

abbvie

Bristol Myers Squibb™



Boehringer
Ingelheim

SANDOZ A Novartis
Division

IBSA

GILEAD
Creating Possible

gsk

janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
of Johnson & Johnson

Lilly

MSD

Pfizer

uct Inspired by patients.
Driven by science.

GEDEON RICHTER

NOVARTIS

Regelmässige Fallvorstellungen

Jeden Montag

17.00 Uhr
Online-Teilnahme via
Videokonferenz möglich.
Klinik für Rheumatologie USZ

Interdisziplinäres Board für systemische Autoimmunerkrankungen

Verantwortlicher Kaderarzt: Dr. med. Mike Becker
Kontakt und Anmeldung: autoimmunboard@usz.ch

1x pro Monat, jeweils donnerstags

16.45 Uhr
Aktuell Online-Durchführung
im Aufbau.

Orthopädie-Board

Verantwortlicher Kaderarzt: Dr. med. Philipp Rossbach
Anmeldung via Liste je nach Gelenksregion und zuständigem Spezialisten
des Balgrist.

Fortbildungen 2021

2.–5. Juni
Mittwoch–Samstag
online

EULAR-Kongress

<https://www.congress.eular.org/>

21. Juni, Montag
17.15–18.00 Uhr
online

Special Seminar

<http://www.rheumatologie.usz.ch/ueber-die-klinik/veranstaltungen/>

24. Juni, Donnerstag
15.00–17.45 Uhr
online

EULAR-Highlights

in Zusammenarbeit mit den Universitätsspitalern Bern und Basel
<http://www.rheumatologie.usz.ch/ueber-die-klinik/veranstaltungen/>
(Programm siehe Rückseite)

2. Juli, Freitag
online

State of the Art in Translational Rheumatology Seminar

«Fibroblasts – from chromatin biology to patient stratification and therapy in autoimmunity and cancer»

26. August, Donnerstag
10.00–18.00 Uhr
online

Rheumatop

<https://www.rheumatop.org/>

2. + 3. September
Donnerstag + Freitag
Lausanne

SGR-Kongress

<https://www.rheuma-net.ch/de/weiter-fortbildung/fortbildung>

6. September, Montag
17.15–18.00 Uhr
online

Special Seminar

mit Frank Buttgereit, Prof. Dr. med., Berlin, DE
<http://www.rheumatologie.usz.ch/ueber-die-klinik/veranstaltungen/>

23. September, Donnerstag 14.15 – 17.15 Uhr Klinik für Rheumatologie USZ	Rheuma-Workshop http://www.rheumatologie.usz.ch/ueber-die-klinik/veranstaltungen/ (Programm siehe Seite 13)
23. September, Donnerstag 17.30 Uhr Klinik für Rheumatologie USZ	Jahresversammlung der Zürcher Rheumatologen Im Anschluss an Rheuma-Workshop
25. Oktober, Montag 17.15 – 18.00 Uhr online	Special Seminar mit Iain McInnes, Prof. Dr. med., Glasgow, UK http://www.rheumatologie.usz.ch/ueber-die-klinik/veranstaltungen/
5.–9. November Freitag – Dienstag San Francisco	American Congress of Rheumatology (ACR)
22. November, Montag 17.15 – 18.00 Uhr online	Special Seminar http://www.rheumatologie.usz.ch/ueber-die-klinik/veranstaltungen/
2. Dezember, Donnerstag 14.15 – 17.15 Uhr Klinik für Rheumatologie USZ oder online	Rheuma-Workshop http://www.rheumatologie.usz.ch/ueber-die-klinik/veranstaltungen/
6. Dezember, Montag 17.15 – 18.00 Uhr online	Special Seminar «Is it feasible and efficacious to apply T2T in spondyloarthritis?» mit Anna Moltó, MD PhD Dr. med., Paris, FR http://www.rheumatologie.usz.ch/ueber-die-klinik/veranstaltungen/



Weitere Informationen zu den
Veranstaltungen der Klinik
für Rheumatologie USZ und
Anmeldung unter
[http://www.rheumatologie.usz.ch/
ueber-die-klinik/veranstaltungen/](http://www.rheumatologie.usz.ch/ueber-die-klinik/veranstaltungen/)



Unsere Fortbildungen sowie die Rheuma-Nachrichten werden unterstützt von



Universitäre Klinik für Rheumatologie

EULAR Highlights

Donnerstag, 24. Juni 2021

15.00 – 17.45 Uhr

In Kooperation mit



Programm

15.00 Uhr	Systemische Sklerose Oliver Distler, Prof. Dr. med., Zürich
15.15 Uhr	Rheumatoide Arthritis Diego Kyburz, Prof. Dr. med., Basel
15.30 Uhr	Myopathien Britta Maurer, Prof. Dr. med., Bern
15.45 Uhr	Fragen und Diskussion Moderation: Oliver Distler, Prof. Dr. med., Zürich
16.00 Uhr	Pause
16.15 Uhr	Spondyloarthritis Adrian Ciurea, Prof. Dr. med., Zürich
16.30 Uhr	Schwangerschaft bei Rheumaerkrankungen Frauke Förger, Prof. Dr. med., Bern
16.45 Uhr	Lupus/Sjögren Thomas Daikeler, Prof. Dr. med., Basel
17.00 Uhr	Vaskulitis Mike Becker, Dr. med., Zürich
17.15 Uhr	Fragen und Diskussion Moderation: Oliver Distler, Prof. Dr. med., Zürich
17.45 Uhr	Ende der Veranstaltung

Findet
online
statt!

Eine Anmeldung zu dieser kostenlosen Fortbildung ist nicht notwendig.

Link www.rheumatologie.usz.ch
> Über die Klinik > Veranstaltungen

Credits 3 SGR, SGPMR, AIM, SGAI

Kontakt Kinga Kostyál, kinga.kostyal@usz.ch
www.rheumatologie.usz.ch

Mit freundlicher Unterstützung von

