

RHEUMA NACHRICHTEN

Fachwissen aus
der Universitären Klinik
für Rheumatologie

Ausgabe 3 | 2021



DAS USZ ERNEUERT SICH UND DIE RHEUMAKLINIK ZIEHT UM Seite 4

BEHANDLUNGSSTRATEGIE DER
SYSTEMISCHEN SKLEROSE

Seite 8

GERINNUNGSRICHTLINIEN FÜR
WIRBELSÄULENINFILTRATIONEN

Seite 14

INTERVIEW MIT NEUER
KADERÄRZTIN

Seite 18

Inhalt



**DAS USZ ERNEUERT SICH UND
DIE RHEUMAKLINIK ZIEHT UM**

Seite 4



**BEHANDLUNGSSTRATEGIE
DER SYSTEMISCHEN SKLEROSE**

Seite 8

**GERINNUNGSRICHTLINIEN FÜR
WIRBELSÄULENINFILTRATIONEN**

Seite 14



**BEFÖRDERUNGEN, AUSZEICHNUNGEN UND
PROMOTIONEN**

Seite 17



INTERVIEW MIT NEUER KADERÄRZTIN

Seite 18



**REGELMÄSSIGE FALLVORSTELLUNGEN,
FORTBILDUNGEN**

Seite 18

Editorial



«Gute Kenntnisse über die Gerinnungsrichtlinien für Wirbelsäuleninfiltrationen sind wichtig für die Praxis.»

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Das USZ erneuert sich und die Rheumatologie ist in diesem Zusammenhang von einigen Umzügen betroffen. Wir informieren in dieser Ausgabe ausführlich über diese neuen Standorte. Carina Mihai gibt einen umfassenden Einblick in die sich rasch entwickelnden medikamentösen Optionen bei systemischer Sklerose. Philipp Rossbach adressiert ein wichtiges Thema für die Praxis: Gerinnungsrichtlinien für Wirbelsäuleninfiltrationen. Last but not least begrüßen wir unsere neue Oberärztin Dr. Muriel Elhai in unserem Team.

Viel Spass 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 Kostyal
kinga.kostyal@usz.ch

Gestaltung, Layout und Druck

Stutz Medien AG, Wädenswil
stutz-medien.ch

Fotografie

UniversitätsSpital Zürich, Autor/-innen

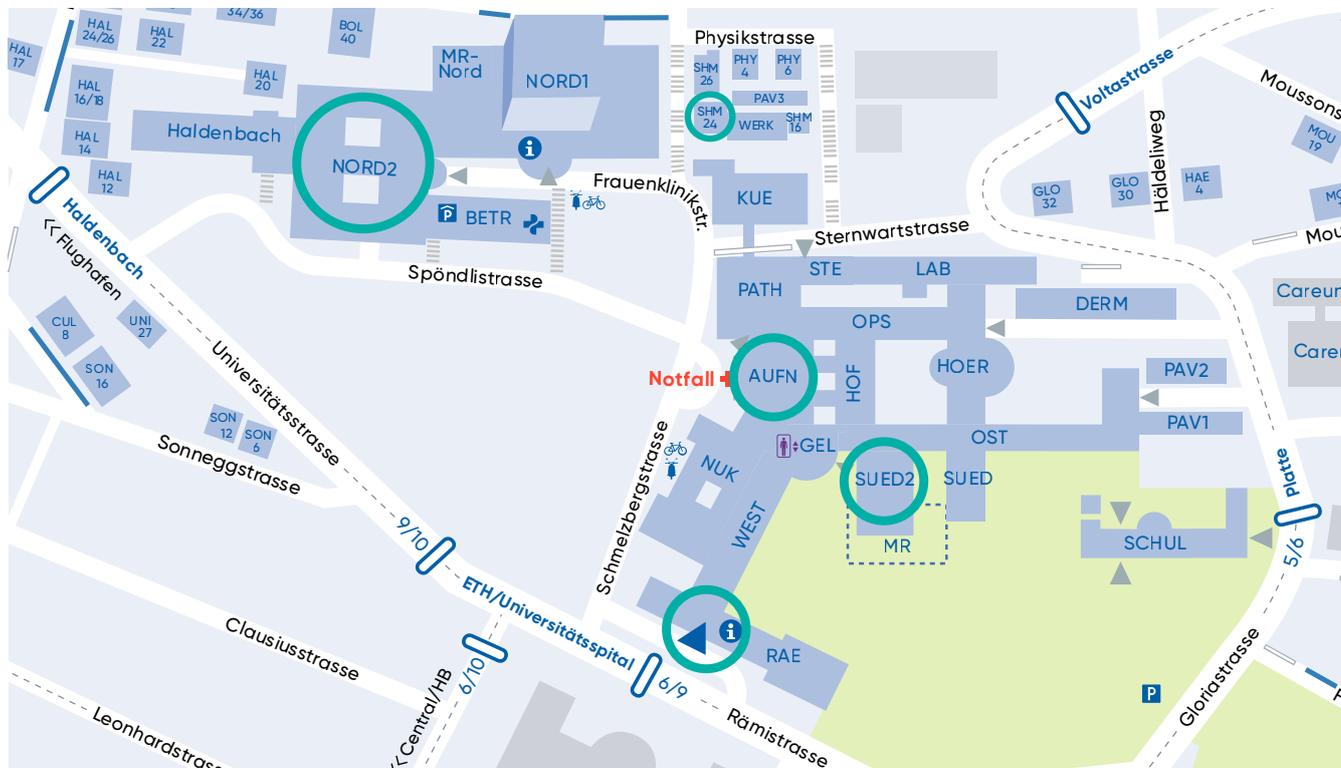
Auflage

3700 Exemplare

Die Herausgabe der Rheuma-Nachrichten wird unterstützt durch



Das USZ erneuert sich und die Rheumaklinik zieht um



Wegen der alten Baustruktur des USZ sind grundlegende Neubauten notwendig. Die Vorbereitungen hierfür haben begonnen, und es finden die ersten Baufeldleerungen statt. Zuerst sind unter anderem der Ostrakt und die Pavillons betroffen, in denen die Rheumaklinik seit 1953 bzw. 1990 untergebracht war. Für die Rheumaklinik waren die letzten beiden Jahre eine aufregende und turbulente Zeit, da sie als eine der ersten Kliniken von den Umzügen betroffen war. Die Umorganisation der Rheumaklinik erfolgte in mehreren Schritten.

Ambulante Sprechstunden

Die ambulanten Sprechstunden wurden bereits im Juni 2019 in den neu gebauten Süd-Trakt verlegt (SUED2, Stock A). Dieser Trakt wurde vom violetten Lift (im Hauptgebäude) aus nach Süden in den Park hinein gebaut. Er besteht aus zwei Gängen mit total 29 Sprechstundenzimmern. Die Zimmer werden je nach Bedarf von mehreren Kliniken des USZ gebucht (Gastroenterologie, Immunologie, verschiedene chirurgische Kliniken). Im Zentrum koordiniert eine Disposition den Patientenstrom.



Empfang für ambulante Sprechstunden im SUED2



Untersuchung auf der Bettenstation NORD2 Stock F



Patientenzimmer auf der Bettenstation NORD2 Stock F



Gemeinschaftsbüro der Ärzt*innen auf der Bettenstation NORD2 Stock F

Behandlungsräume

Etwas später, im Juni 2021, standen die neuen Räume für Knochen dichtemessung, Wirbelsäuleninfiltrationen und Stosswellentherapie zur Verfügung. Diese befinden sich ebenfalls in der Nähe des violetten Liftes (Stock A, Trakt AUFN).

Für die ambulanten Patient*innen bedeutet das, dass es für sie am einfachsten ist, über den Haupteingang (Rämistrasse 100) zu uns zu gelangen.

In der jetzigen Covid-Zeit ist für alle Patient*innen und Besucher*innen nur dieser Eingang offen.

Bettenstation

Die Bettenstation wurde im Juni 2021 in den neu renovierten Trakt NORD2 (Stock F) verlegt. Dort stehen 23 Betten für die stationären Eintritte der Rheumatologie zur Verfügung. Die Betten werden als Teil des Bereiches TDR (Traumatologie, Dermatologie, Rheumatologie, plastische Chirurgie und Notfallmedizin) belegt. Das heisst für den Alltag: Benötigt die Rheumatologie mehr Betten, belegt sie auch Betten in anderen Abteilungen desselben Bereichs. Benötigt die Rheumatologie umgekehrt zu einem Zeitpunkt nicht alle Betten, können diese von anderen Kliniken des Bereichs belegt werden. Auf demselben Stock ist nun auch die Bettenstation der Dermatologie.



Anbau Süd-Trakt SUE2

Zwei neue Standorte: Flughafen Circle und Kantonsspital Glarus

Im Oktober 2020 kamen zwei weitere Standorte für ambulante Sprechstunden hinzu: der Circle am Flughafen war bezugsbereit. Die Rheumaklinik hat dort ein Zimmer zur Behandlung von ambulanten Patient*innen. Seit Juni 2021 befindet sich auch die Tagesklinik mit den Biologika Infusionen in den schönen neuen Räumen, mit Blick auf das Rollfeld des Flughafens.

Am zweiten neuen Standort im Kantonsspital Glarus, führt eine Oberärztin einmal pro Woche Konsilien durch und betreut ambulante Patient*innen.

Büros

Die Büros aller Mitarbeitenden aus dem ärztlichen und administrativen Bereich, sowie auch der Forschung, sind in einem separaten Altbaugebäude an der Schmelzbergstrasse 24 unter-

gebracht. Dort stehen auf mehreren Stockwerken Zimmer für eine Person und mehrere Zimmer für 2–4 Personen im Sinne eines Shared Desks zur Verfügung. Auch unsere Disposition ist in diesem Gebäude untergebracht.

Der Umzug erfolgte im Juni 2021. Seitdem hat sich auch unsere Postadresse geändert: Rämistrasse 100, 8091 Zürich.

Fortbildungen für Ärzte und Ärztinnen

Die Fortbildungen (z. B. Rheumaworkshop) können weiterhin in den Hörsälen Ost (gross oder klein) und in den kleinen Röntgen-Rapport-Räumen (OPS-Trakt) stattfinden. Interdisziplinäre Fallbesprechungen finden im Moment noch über Skype for Business statt. Auch diese können in der Zukunft im OPS-Trakt abgehalten werden. Für das Special Seminar wird vorzugsweise der Hörsaal Pathologie gebucht (beim Notfall-Eingang). Für weitere Besprechungen oder Weiterbildungen stehen verschiedene Räume im Haus zur Verfügung. Studentenkurse werden in Räumen der Universität durchgeführt.



Behandlungszimmer für Infusionen im Circle am Flughafen



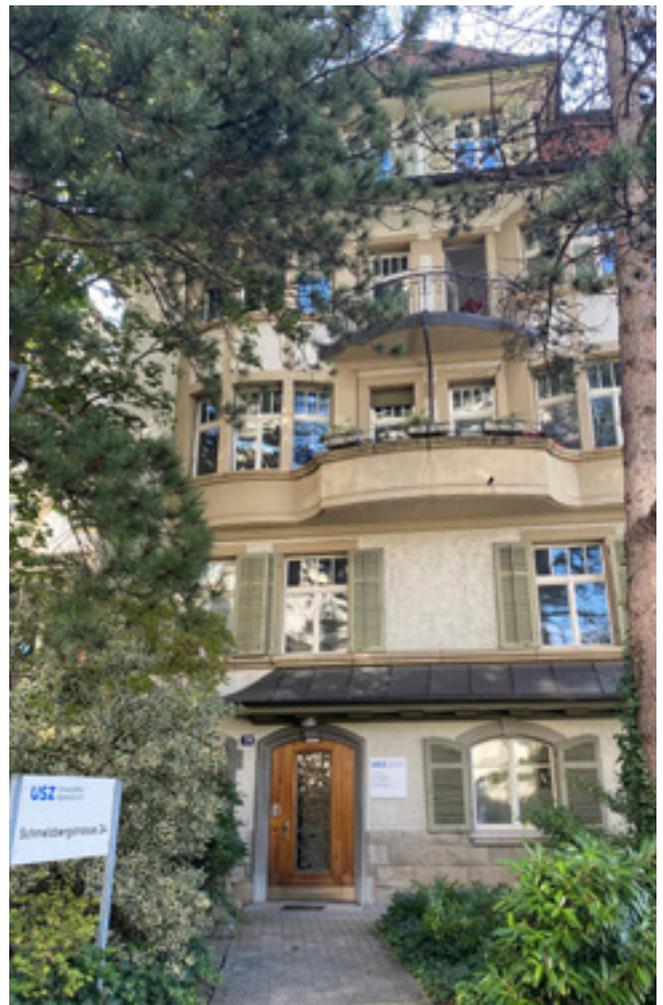
Fortbildungen im Hörsaal

Angekommen

Nach mehreren Jahren Organisation und Planung ist der gesamte Umzug für unsere Klinik abgeschlossen, sodass nun Ruhe einkehren kann. Einige Abläufe werden noch angepasst und verbessert werden. Für viele andere Kliniken des USZ steht ein Umzug noch bevor.

Kontakt

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



Büros in der Schmelzbergstrasse 24

Behandlungsstrategie der systemischen Sklerose

Die systemische Sklerose (SSc) ist die Kollagenose mit der höchsten Sterblichkeitsrate. Eine vollständige Kontrolle der Krankheit ist bei vielen Patient*innen leider immer noch schwierig. In den letzten Jahren sind neue Therapien für Patient*innen mit SSc verfügbar geworden, so dass eine aktualisierte Übersicht der Therapiemöglichkeiten der SSc ein aktuell spannendes Thema ist.



Dr. med. Carina Mihai
Oberärztin
Klinik für Rheumatologie USZ

Die systemische Sklerose (SSc) hat ein breites Spektrum klinischer Krankheitsbilder. Viele Patient*innen leiden nur an einer milden Form, bei ihnen tritt lebenslang keine Fibrose auf. Bei anderen ist die Hautfibrose vorhanden, jedoch an der Peripherie limitiert, und die Beteiligung der inneren Organe sind nur mild oder gar nicht vorhanden. Eine geringere Anzahl Patient*innen haben diffuse, funktionell stark einschränkende Hautfibrose und/oder leiden an einer schweren Beteiligung der inneren Organe. Insbesondere bei diesen Patient*innen ist der natürliche Krankheitsverlauf schlecht und lebensgefährdend. Aus diesen Gründen muss die Therapie bei jedem Patienten und jeder Patientin mit SSc individuell angepasst werden. In der Abbildung 1 ist die Vielfalt der Organbeteiligung dargestellt, die verschiedenen Organe wurden nach der Pathogenese der Schädigung gruppiert.

Behandlung der vaskulären Manifestationen

Fast alle Patient*innen mit SSc leiden an einem Raynaudphänomen, bei etwa 50 % dieser Patient*innen treten im Krankheitsverlauf Fingerulcera auf. Seltener Manifestationen vaskulärer Genese sind die pulmonal-arterielle Hypertonie (PAH) und, aktuell zum Glück eher selten, die Nierenkrise, eine rasch progrediente Niereninsuffizienz mit arterieller Hypertonie. Die Therapie der vaskulären Manifestationen der SSc ist in der Abbildung 2 dargestellt, sie schliesst Vasodilatativa (Calciumkanalblocker, Phosphodiesterase-5-Hemmer, Prostacyclin-Analoga) oder anders wirkende vasoaktive Medikamente (ACE-Hemmer, Entothelin-1-Antagonisten) ein.

Beim **Raynaudphänom** werden praktisch ausschliesslich Vasodilatativa eingesetzt. Die einzige Ausnahme ist das

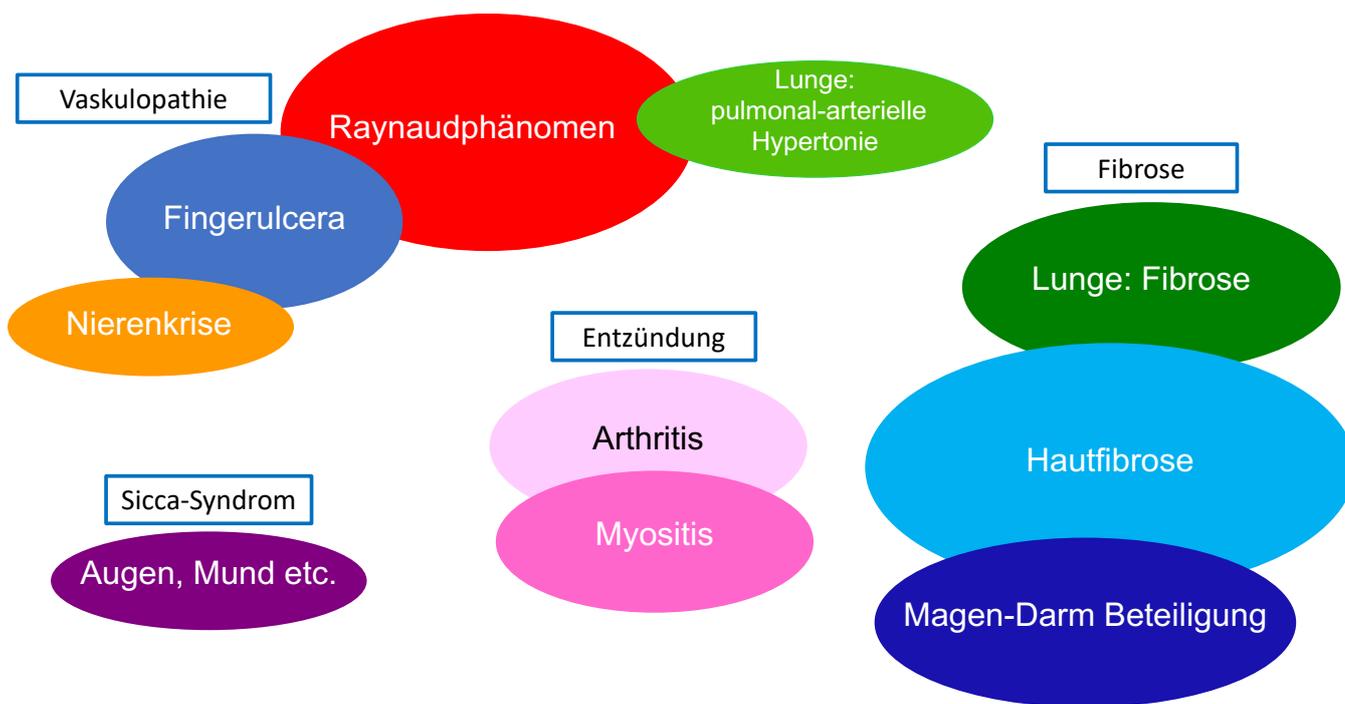


Abbildung 1: Organbeteiligung – Gruppierung nach Pathogenese der Schädigung

Antidepressivum Fluoxetin, welches sich in einer randomisiert-kontrollierten Studie (RCT) bei SSc-assoziiertem Raynaudphänomen wirksam gezeigt hat. Bei **Fingerulcera** wirkt Bosentan, ein **Endothelin 1-Antagonist (ET1A)**, sekundär-präventiv, wobei **Prostacyclin-Analoga (PCA)** und möglicherweise **Phosphodiesterase-5-Hemmer (PDE5i)** die Abheilung beschleunigen können (→ Abb. 2). Eine wichtige Rolle spielt hier die lokale Wundbehandlung. In ausgewählten, therapieresistenten Fällen mit komplizierten Fingerulcera können lokale Injektionen mit Botulinum-Toxin oder sogar eine lokale Sympathektomie durchgeführt werden.

Die pulmonal-arterielle Hypertonie (PAH) ist eine lebensgefährdende Komplikation der SSc und kann bei Patient*innen mit ansonsten milder Erkrankung und langer Krankheitsdauer auftreten. Die Diagnose muss durch Rechtsherzkatheter in spezialisierten Zentren bestätigt werden. Die Behandlung wird in erster Linie mit oralen vasoaktiven Medikamenten wie **PDE5i** und **ET1A** eingesetzt, am besten schon von Anfang an als Kombinationstherapie. **Riociguat**, ein Stimulator der Guanilat-Cyclase, kann anstelle der PDE5i gebraucht werden. Die Therapie bessert die Kreislaufverhältnisse in der Lunge, bessert die Symptome und die Leistungsfähigkeit. In fortgeschritte-

nen Fällen wird eine Dreifach-Kombination mit zusätzlich Prostacyclin-Analogen oder Selexipag (ein oraler Stimulator der Prostacyclin-Rezeptoren) zu PDE5i und ET1A empfohlen (→ Abb. 2). Antikoagulantia werden nur in ausgewählten Fällen eingesetzt. Bei fortgeschrittener PAH muss neben Medikamenten eine Sauerstofftherapie eingesetzt werden und eine Lungentransplantation in Betracht gezogen werden.

In der Behandlung der **Nierenkrise** spielen ACE-Hemmer die wichtigste Rolle. Zudem wird ein grosser Anteil der Patient*innen im Verlauf für einige Monate bis lebenslang dialysepflichtig. Mittels dieser Therapien konnte erfreulicherweise die Sterblichkeit dieser Komplikation von über 85 % auf etwa 25 % reduziert werden. Ob andere vasoaktive Therapien wie Angiotensin-Rezeptor-Blocker (ARB), ET1A, PDE5i oder PCA erfolgreich eingesetzt werden können, ist aktuell nur unzureichend bekannt.

Behandlung der Arthritis und Myositis

Bei der SSc-assoziierten Arthritis werden Basistherapeutica wie beispielsweise Methotrexat eingesetzt, wie bei der Therapie einer rheumatoiden Arthritis (RA). Die wichtigsten Unterschiede zur Behandlung der RA sind das Vermei-

Raynaudphänomen

- Calcium-Kanalblocker (CCB): Nifedipin, Amlodipin etc.
- PDE-5 Inhibitoren (Sildenafil, Tadalafil etc.)
- Fluoxetin
- Iloprost

Fingerulcera

- Iloprost, PDE-5 Inhibitoren
- Sekundärprävention: Bosentan
- Topische Therapie (Wundpflege)

Komplizierte Ulcera

- Plättchenhemmer
- Antikoagulantia
- Analgetika
- Antibiotica
- Botulinum Toxin (local)
- Sympathektomie

Pulmonal-arterielle Hypertonie (PAH)

- **Oral:** PDE-5 Inhibitoren; ET-1 Rezeptor Inhibitoren (Bosentan, Macitentan, Ambrisentan); Guanylatcyclase-Stimulator: Riociguat; Prostacyclin-Rezeptor-Stimulator: Selexipag
- **Parenteral:** Prostacyclin-Analoga: Iloprost, Treprostinil, Epoprostenol

Nierenkrise

- ACE-Hemmer (Captopril, Enalapril, Ramipril etc.); ggf. Hämodialyse
- ggf. CCB, Angiotensin-Rezeptor-Blocker, Iloprost
- **KEINE STEROIDE**

Abbildung 2: Therapiemöglichkeiten der vaskulären Beteiligung der systemischen Sklerose

Klassische Immunsuppressiva

- **Methotrexat:** bei Arthritis, Myositis, progressiver Hautfibrose
- **Mycophenolat mofetil:** bei Lungenfibrose, progressiver Hautfibrose, Myokarditis
- **Cyclophosphamid:** bei Lungenfibrose, Myokarditis
- **Andere:** Azathioprin, Cyclosporin, Leflunomid – keine randomisiert – kontrollierten Studien

Biologika

- **Tocilizumab:** bei Arthritis, Lungenfibrose; fraglich bei Herzbeteiligung mit Myokarditis
- **Rituximab:** bei Arthritis, Myositis, Lungenfibrose, fraglich bei Herzbeteiligung mit Myokarditis
- **Abatacept:** bei Arthritis

Antifibrotika

- **Nintedanib:** bei Lungenfibrose

Andere Therapiemöglichkeiten

- **Autologe Stammzelltransplantation:** bei rasch progredienter, kutan diffuser SSc ± Lungenfibrose

Abbildung 3: Krankheitsmodifizierende Behandlungsmöglichkeiten der systemischen Sklerose

den von Glucocorticoiden. Prednison-Dosierungen über 10mg/d werden als Risikofaktoren der Nierenkrise betrachtet. Ausserdem sollten TNF-hemmende Biologika bei Patient*innen mit Lungenfibrose vermieden werden, da diese in einigen Fällen zu einem schlechten Verlauf der SSc-assoziierten interstitiellen Lungenerkrankung beigetragen haben sollen. Es sind noch keine randomisierte, kontrollierte Studien (RCTs) von Therapien der SSc-assoziierten Arthritis publiziert worden. Eine wichtige Rolle in der Behandlung der Gelenkkontrakturen wird der Physio- und Ergotherapie zugeschrieben, die zur Erhaltung der Gelenksfunktion und der Feinmotorik der Finger beitragen.

In den eher seltenen SSc-Fällen, bei denen eine echte entzündliche Myopathie vorliegt, können immunmodulierende oder -suppressive Medikamente (z. B. Mycophenolat, Methotrexat, Rituximab) eingesetzt werden.

Behandlung der Hautfibrose

Gemäss den letzten EULAR-Richtlinien zur Behandlung der SSc, die 2016 veröffentlicht wurden und schon veraltet sind, ist Methotrexat bei Hautfibrose als Therapie erster Wahl empfohlen. Weitere Therapiemöglichkeiten, welche in RCTs als wirksam bewiesen wurden, sind Cyclophosphamid (CYC), Mycophenolat mofetil (MMF) und kürzlich auch Rituximab. Diese werden bei Patient*innen mit diffuser und/oder rasch progredienter Hautfibrose eingesetzt, die meistens auch eine Lungenbeteiligung haben. Bei diesen

Patient*innen ist auch die autologe Stammzelltransplantation eine sehr wirksame Therapiemöglichkeit, bei der aber auch die Risiken in Betracht gezogen werden sollten: die Sterblichkeit in den folgenden 24 Monaten nach Therapie ist aktuell 5 % bis 10 %. Die verschiedenen immunmodulierenden Medikamente, die in der Therapie der SSc angewendet werden, sind in der Abbildung 3 dargestellt.

Behandlung der Lungenfibrose (SSc-ILD)

Die Lungenbeteiligung bei SSc (SSc-ILD und SSc-PAH einschliessend) ist aktuell die häufigste krankheitsbedingte Todesursache bei SSc-Patient*innen, deswegen ist die Forschung nach Medikamenten für SSc-ILD in den letzten Jahren besonders intensiv gewesen. Die erste durch Studien belegte Therapie ist das Cyclophosphamid (CYC), wobei in RCTs die Wirksamkeit auf Gruppen-Niveau eher gering gewesen ist und bei jedem einzelnen Patienten sehr unterschiedlich sein kann. Die Behandlung mit Mycophenolat-Mofetil (MMF) für 24 Monate hat in einer grossen RCT (Scleroderma Lung Study II) 2 Jahre nach Therapiebeginn die gleiche Wirksamkeit wie eine 12-monatige CYC-Therapie gezeigt, mit Vorteilen für MMF bezüglich der Verträglichkeit. Zudem muss noch erwähnt werden, dass CYC-Infusionen ziemlich aufwändig sind und meistens nur stationär verabreicht werden können, weil sie ein Vor- und Nachschwämmen brauchen und dazu Mesna als Urothel-Protector verabreicht werden muss. Neuere RCTs haben die Wirksamkeit von Biologika wie Tocilizumab und Rituximab, sowie von

Die Therapie wird je nach Symptomen, Organbeteiligung und Prognose angepasst.
Eine jährliche standardisierte Standortbestimmung der Krankheit wird empfohlen.

In jedem Fall werden Risikofaktoren evaluiert:

- Organbeteiligung
- Subset: kutan diffus / kutan limitiert
- Krankheitsdauer
- Autoantikörper: anti-Scl70, anti-RNA Polymerase III etc.
- Krankheitsaktivität und -progredienz
- Alter und Geschlecht (Verlauf schlechter bei Männern)

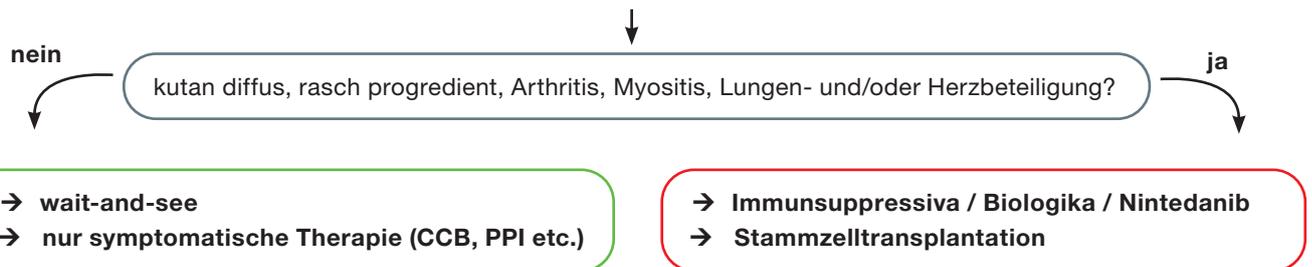


Abbildung 4: Behandlungsstrategie der systemischen Sklerose

Nintedanib, ein Antifibrotikum, nachgewiesen. Dank diesen RCTs wurde Nintedanib in vielen Ländern (einschliesslich in der Schweiz und in den USA) und Tocilizumab in den USA als Therapie der SSc-ILD zugelassen. Meistens wird mittels dieser Therapien eine Stabilisierung der Erkrankung erzielt; eine Reduktion der bereits entstandenen ILD ist leider nur selten möglich. In Fällen mit schlechtem Verlauf wird in unserem SSc-Zentrum eine Kombinationstherapie (MMF + Nintedanib, Tocilizumab + Nintedanib oder sogar eine dreifache Kombination) eingesetzt oder eine autologe Stammzelltherapie erwogen. In fortgeschrittener SSc-ILD kann eine Lungentransplantation in Betracht gezogen werden. Diagnose, Monitoring und Behandlung der SSc-ILD wurden kürzlich durch einen internationalen Experten-Konsensus standardisiert.

Behandlung der Herzbeteiligung

Von allen SSc-Organbeteiligungen ist aktuell die Herzbeteiligung am wenigstens verstanden, es gibt noch keine RCTs mit dieser Behandlungsindikation. Die Therapie einer Myokarditis wird mit immunmodulierenden Medikamenten wie MMF, Cyclophosphamid, Rituximab, Tocilizumab und manchmal auch mit hochdosierten Glucocorticoiden durchgeführt. Eine signifikante SSc-Herzbeteiligung gilt als strenge Kontraindikation einer Stammzelltransplantation, vor allem aufgrund der Kardiotoxizität des hochdosierten CYC, welches im Rahmen der Stammzelltherapie verabreicht wird. Des Weiteren können je nach Krankheitsbild

(Rhythmusstörungen, Herzinsuffizienz) andere Medikamente (Antiarrhythmika, Diuretika etc.) oder Kardioimplantate gebraucht werden.

Behandlung der Gastrointestinalbeteiligung

Viele Patient*innen mit SSc leiden an einem gastroösophagealem Reflux, der meistens mit Protonpumpeninhibitoren und ggf. Schleimhautprotektiva (z. B. Alginat) eingestellt werden kann. In eher wenigen Fällen werden klassische Prokinetika wie Metoclopramid oder Domperidone eingesetzt, ein Grund dafür sind neben der unklaren Wirksamkeit bei SSc auch deren eingeschränkte Verträglichkeit und die Medikamenteninteraktionen. Prucaloprid ist ein neues Prokinetikum, das nicht nur auf den oberen Gastrointestinaltrakt (GIT), sondern auch auf den Darm wirkt und die gastrointestinale Dysmotilität verbessern kann. Bei chronischer Diarrhoe durch bakterielle Überwucherung des Dünndarms (SIBO) sind wiederholte Zyklen von Antibiotika (Metronidazol, Rifaximin, Co-Amoxicillin, Fluoroquinolonen etc.) indiziert. Eine schwere gastrointestinale Beteiligung durch Hypomotilität kann zu Gastroparese, Malnutrition und chronische Pseudoobstruktion führen: in solchen Fällen ist oft eine parenterale Ernährung indiziert.

Behandlungsstrategie und Zusammenfassung

Insgesamt soll die Behandlung der SSc auf eine gründliche **Standortbestimmung (SSc-Assessment)** basieren. Diese wird in unserem Zentrum bei allen Patient*innen

jährlich durchgeführt und schliesst eine kardiopulmonale Abklärung (Lungenfunktionsprüfung, 6 Minuten-Gehtest, EKG und Echokardiographie) ein. Zumindest bei der ersten Vorstellung soll ein Screening für SSc-ILD mittels hochauflösender Thorax-Computertomographie (HRCT) durchgeführt werden, die HRCT kann bei Verdacht auf Progression dann im Verlauf wiederholt werden. Eine Kapillarmikroskopie und ein ausführliches Labor ergänzen das Jahres-Assessment. Weitere Abklärung wie beispielsweise Gastroskopie, GIT-Funktionstests oder Herz-MRI werden je nach Symptomen und Befunden der Standard-Assessments bei manchen Patient*innen durchgeführt. Die medikamentöse Therapie wird individuell bei jedem Fall anhand der Beteiligung(en) mit der schlechtesten Prognose und/oder mit signifikanten Symptomen ausgewählt. Zudem werden alle **Risikofaktoren** für einen schlechten Verlauf in Betracht gezogen. Bei manchen Patient*innen mit vielen Risikofaktoren wird eine intensivere Therapie angestrebt, wobei bei denen mit einer geringen Wahrscheinlichkeit der Krankheitsprogression auch eine wait-and-see Strategie gewählt werden kann. Die Grundsätze der **Behandlungsstrategie** und die wichtigsten Risikofaktoren sind in der Abbildung 4 dargestellt. Von grosser Wichtigkeit ist eine gute Kommunikation

mit den Patient*innen, mit Erklärung der Krankheit, der bestehenden Organbeteiligung und den Therapiemöglichkeiten, so dass der Therapieplan gemeinsam erstellt werden kann. Eine gute Compliance ist für den Therapieerfolg ausschlaggebend.

In den nächsten Jahren werden hoffentlich noch mehr Therapiemöglichkeiten durch hochqualitative RCTs verfügbar sein. Auch wird hoffentlich anhand Biomarker und neuen Laboranalysen eine echte, molekularbasierte Personalisierung der Therapie möglich werden, so dass auch die SSc zu den gut kontrollierbaren Autoimmunerkrankungen gezählt werden kann.

Literatur

1. McMahan ZH, Volkman ER. An update on the pharmacotherapeutic options and treatment strategies for systemic sclerosis. *Expert Opin Pharmacother.* 2020;21(16):2041–2056. doi:10.1080/14656566.2020.1793960
2. Hoffmann-Vold A-M, Maher TM, Philpot EE, et al. The identification and management of interstitial lung disease in systemic sclerosis: evidence-based European consensus statements. *Lancet Rheumatol* 2020; 2: e71–e83.

 GEDEON RICHTER

Anabole Therapie für Ihre Osteoporose Patienten¹

TERROSA[®]

Let's build together



Referenz:

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

Terrosa[®]: Teriparatid (rhPTH[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. **D/A:** 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 Knochenstoffwechselerkrankungen 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 zur 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

Condrosulf®

Dä 5er und s'Weggli bei Arthrose!



So wirksam wie Celecoxib **und** sehr gut verträglich.^{1,2}

www.condrosulf.swiss



- 6 Monate Mindesttherapiedauer gemäss neuer Fachinformation.
- Medikamentöse 1. Linien- und Basistherapie zur Behandlung der Gonarthrose im ESCEO-Therapiealgorithmus.^{3,4}
- Bei allen Gelenken indiziert.
- 1-mal tägliche Einnahme.
- Wirkstoff (Chondroitinsulfat) mit einzigartiger Molekularstruktur.^{5,6}

1. Bzgl. Schmerzreduktion nach 6 Monaten sowie bzgl. Funktionsverbesserung nach 3 und nach 6 Monaten. Reginster JY, Dudler J, Blicharski T, et al. Pharmaceutical-grade chondroitin sulfate is as effective as celecoxib and superior to placebo in symptomatic knee osteoarthritis: the ChONDroitin versus CElecoxib versus Placebo Trial (CONCEPT). *Ann Rheum Dis* 2017; 76(9): 1537–1543. 2. www.swissmedicinfo.ch – keine schwerwiegenden oder irreversiblen unerwünschten Wirkungen bekannt. 3. Bruyère O, Cooper C, Pelletier JP, et al. An algorithm recommendation for the management of knee osteoarthritis in Europe and internationally: a report from a task force of the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO). *Semin Arthritis Rheum* 2014; 44(3): 253–263. 4. Bruyère O, Honvo G, Veronese N, et al. An updated algorithm recommendation for the management of knee osteoarthritis from the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases (ESCEO). *Semin Arthritis Rheum* 2019; 49(3): 337–350. 5. Restaino OF, Finamore R, Stellavato A, et al. European chondroitin sulfate and glucosamine food supplements: A systematic quality and quantity assessment compared to pharmaceuticals. *Carbohydr Polym* 2019; 222: 114984. doi: 10.1016/j.carbpol.2019. 114984. Epub 2019 Jun 20. 6. Stellavato A, Restaino OF, Vassallo V, et al. Comparative analyses of pharmaceuticals or food supplements containing chondroitin sulfate: Are their bioactivities equivalent? *Adv Ther* 2019; 36(11): 3221–3237.

Z: chondroitini sulfas natriicus. I: Symptomatische Behandlung bei Osteoarthrose. D: 800 mg täglich während mindestens 6 Monaten. KI: Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff. UW: Leichte gastrointestinale Beschwerden, selten allergische Reaktionen. IA: Keine bekannt. P: Tabletten zu 800 mg: 30*/90*; Granulat in Beuteln zu 800 mg: 30*/90*; Tabletten zu 400 mg: 60*/180*; Granulat in Beuteln zu 400 mg: 60*/180*; Kapseln zu 400 mg: 60*/180*. Liste B. *Kassenzulässig. Ausführliche Informationen siehe www.swissmedicinfo.ch

Gerinnungsrichtlinien für Wirbelsäuleninfiltrationen



Dr. med. Philipp Rossbach
Oberarzt
Klinik für Rheumatologie USZ

Vor den Infiltrationen müssen Patienten über den geplanten Eingriff aufgeklärt werden. Hier geht es insbesondere um die möglichen Komplikationen und die Patientenvorbereitung. Die Aufklärung ist optimal, wenn sie frühzeitig erfolgt, bei schwerwiegenden Komplikationsmöglichkeiten muss sie mindestens einen Tag vor der Intervention erfolgen. Das Aufklärungsblatt steht auf unserer Internetseite.

Allgemeines zur Patientenvorbereitung und Durchführung

- Alle Patient*innen sollten auf das Lenken von Motorfahrzeugen am gleichen Tag verzichten. Das heisst, sie können nicht selbst mit dem eigenen Auto anreisen.
- Für Infiltrationen an der HWS sollten die Patient*innen nüchtern bleiben (mind. 6 h keine Aufnahme fester Nahrung, nur Wasser bis 4dl und die Einnahme der Medikamente sind erlaubt).
- Alle Patient*innen werden mit Pulsoxymetrie während der Intervention überwacht.
- Bei Infiltrationen an der HWS und ggfs. anderen Einzelfällen wird ein venöser Zugang gelegt.

Aufklärung bezüglich möglicher Hämatombildung

Dies betrifft vor allem folgende Infiltrationen an der Wirbelsäule:

- Epidurale interlaminäre Infiltrationen lumbal und thorakal (ESI interlaminär)
- Nervenwurzeln ganze Wirbelsäule (transforaminale Infiltrationen, ESI transforaminal)
- Bei zervikalen Nervenwurzelninfiltrationen oder thorakal epiduralen Infiltrationen (bei multisegmentalen Problemen an der HWS) werden wir die Patient*innen zuvor aufbieten, die genaue Indikation überprüfen und die Aufklärung übernehmen.

Blutgerinnung, gerinnungshemmende Medikamente

Das Risiko eines spinalen oder epiduralen Hämatomes ist erhöht bei gleichzeitiger Gabe von Antikoagulantien oder

Thrombozytenaggregationshemmern. Demgegenüber stehen die kardiovaskulären Komplikationsrisiken beim Absetzen, insb. bei kürzlich implantierten Stents. Dies muss für jeden einzelnen Patienten separat diskutiert werden.

In der Tabelle (siehe nächste Seite) kann nachgeschaut werden, wie lange vor einer Injektion das jeweilige Medikament abgesetzt werden sollte.

Blutungsanamnese und Status

Anamnestisch wichtig sind Blutungsanamnese in der Familie, vermehrte Blutungsneigung, verlängerte Blutungszeit früher, Medikamente insb. orale Antikoagulantien oder Thrombozytenaggregationshemmer.

Es erfolgt eine klinische Untersuchung der Haut, um vermehrte Hämatome und Hautblutungen auszuschliessen. Ergibt sich aus der Anamnese und der Untersuchung kein Verdacht auf eine Gerinnungsstörung, kann auf eine Laboruntersuchung verzichtet werden.

Laborwertgrenzen

- INR < 1.4, Quick > 60 %
- Thrombozyten > 100 000/ μ l
- aPTT < 37 sec (bei Therapie mit Heparin, 1h vor Punktion gemessen)
- ACT \leq 120 Sek.
- Anti-Xa (entspricht Heparinaktivität auf dem Laborzettel):
 - Anti-Xa < 0.2 E/ml für neuroaxiale Verfahren
 - Anti-Xa 0.2–0.4 E/ml Risikoabwägung neuroaxiales Verfahren, periphere Interventionen möglich
 - Anti-Xa > 0.4 E/ml keine neuroaxialen Verfahren, möglichst keine peripheren Interventionen
- Rivaroxaban (Xarelto)-Spiegel:
 - < 20 ng/ml kein erhöhtes Risiko
 - 20–60 ng/ml (= therapeutischer Bereich) erhöhtes Risiko: keine neuraxialen Verfahren, periphere Interventionen nur nach Risikoabwägung

Medikament	Eingriffe mit hohem Risiko <i>nebenstehende Interventionen > nur wenn:</i> Alter über 70 Jahre positive Blutungsanamnese mehrere Antikoagulantien zeitgleich Leberzirrhose fortgeschrittene Leber- und Nierenerkrankung	Eingriffe mit mittlerem Risiko ESI interlaminär, ESI transforaminal, Medial branch Blockade Sakralblock	Eingriffe mit niedrigem Risiko Fazettengelenke ISG andere periphere Gelenke Triggerpunktnfiltrationen	Wann wieder beginnen?	Empfohlene Laborkontrollen
Acetylsalicylsäure (Aspirin)	Primärprophylaxe 6 Tage, Sekundärprophylaxe je nach Risiko	Primärprophylaxe 3 Tage, Sekundärprophylaxe nicht	Nicht	24 h nach Intervention	
NSAIDs	5 HWZ	Nicht	Nicht	24 h nach Intervention	
Diclofenac (Voltaren)	1 d				nihil
Ibuprofen (Brufen)	1 d				nihil
Acemetacin (Tilur)	2 d				nihil
Etodolac (Lodine)	2 d				nihil
Indometacin (Indocid)	2 d				nihil
Naproxen (Proxen, Vimovo)	4 d				nihil
Meloxicam (Mobicox)	4 d				nihil
Piroxicam (Felden)	10 d				nihil
Phosphodiesterasehemmer					
Dipyridamol (Asantín)	2 d	Nicht	Nicht		nihil
P2Y12 Inhibitoren					
Clopidogrel (Plavix)	7 d	7 d	Risikoabwägung**	12 – 24 h	Plättchenfunktionstests sehr selten indiziert
Prasugrel (Effient)	7 – 10 d	7 – 10 d	Risikoabwägung**	24 h	
Ticagrelor (Brilique)	5 d	5 d	Risikoabwägung**	24 h	
Glycoprotein IIb/IIIa Inhibitoren					
Abciximab (ReoPro)	2 – 5 d	2 – 5 d	2 – 5 d	8 – 12 h	Plättchenfunktionstests sehr selten indiziert
Eptifibatid (Integrilin)	8 – 24 h	8 – 24 h	8 – 24 h	8 – 12 h	
Tirofiban (Agrastat)	8 – 24 h	8 – 24 h	8 – 24 h	8 – 12 h	
SSRI (Antidepressiva)	****	Nicht	Nicht		
Heparine und Pentasaccharide					
i.v. Heparin	6 h	6 h	6 h	2 h	Anti-Xa-Aktivität, TT, aPTT
s.c. Heparin	24 h	6 h	6 h	2 h bei tiefem Risiko, 6 – 8 h bei mittlerem / hohem Risiko	Anti-Xa-Aktivität, TT, aPTT
LMWH prophylaktisch	12 h	12 h	12 h	4 h nach tiefem Risiko, 12 – 24 h nach mittleren / hohem Risiko	Anti-Xa-Aktivität
LMWH therapeutisch	24 h	24 h	24 h	4 h nach tiefem Risiko, 12 – 24 h nach mittleren / hohem Risiko	Anti-Xa-Aktivität
Fondaparinux (Arixtra)	4 d	4 d	Risikoabwägung***	24 h	Anti-Xa-Aktivität
Coumarine (Vit. K-abhängige orale Antikoagulantien)					
Warfarin	INR < 1.4	INR < 1.5	bei Notfall: Stechen möglich	24 h	INR & Quick
Nicht Vit. K-abhängige Antikoagulantien					
Dabigatran (Pradaxa)	4 d*	4 d*	Risikoabwägung***	24 h**	TT, aPTT
Apixaban (Eliquis)	3 d*	3 d*	Risikoabwägung***	24 h**	Anti-Xa-Aktivität
Rivaroxaban (Xarelto)	3 d*	3 d*	Risikoabwägung***	24 h**	Xarelto-Spiegel, Anti-Xa-Aktivität
Edoxaban (Lixiana)	3 d*	3 d*	Risikoabwägung***	24 h**	Anti-Xa-Aktivität

* bei eingeschränkter Nierenfunktion das Intervall verlängern insbesondere bei Pradaxa und Xarelto, etwas weniger für Eliquis und Lixiana. Empfehlung: Spiegelbestimmung / Aktivitätsmessung

** 12 – 24 h nach Intervention. Ausnahme: Sehr hohes thromboembolisches Risiko (z.B. akute LE oder TVT)

*** Je nach Einzelfall muss das Interventions-assoziierte Risiko mit dem Thromboserisiko abgewogen werden, bei Intervention sicherlich spezifische Aufklärung nötig

**** SSRI können eine Plättchenfunktionsstörung machen, dies ist klinisch jedoch selten relevant / bei hohem Risiko müsste ggfs. frühzeitig ausgeschlichen werden (CAVE: kein abruptes Absetzen)

a ESI interlaminär = epidurale, interlaminäre Infiltration

e ESI transforaminal = transforaminale Infiltration = Nervenwurzelinfiltration

Literatur

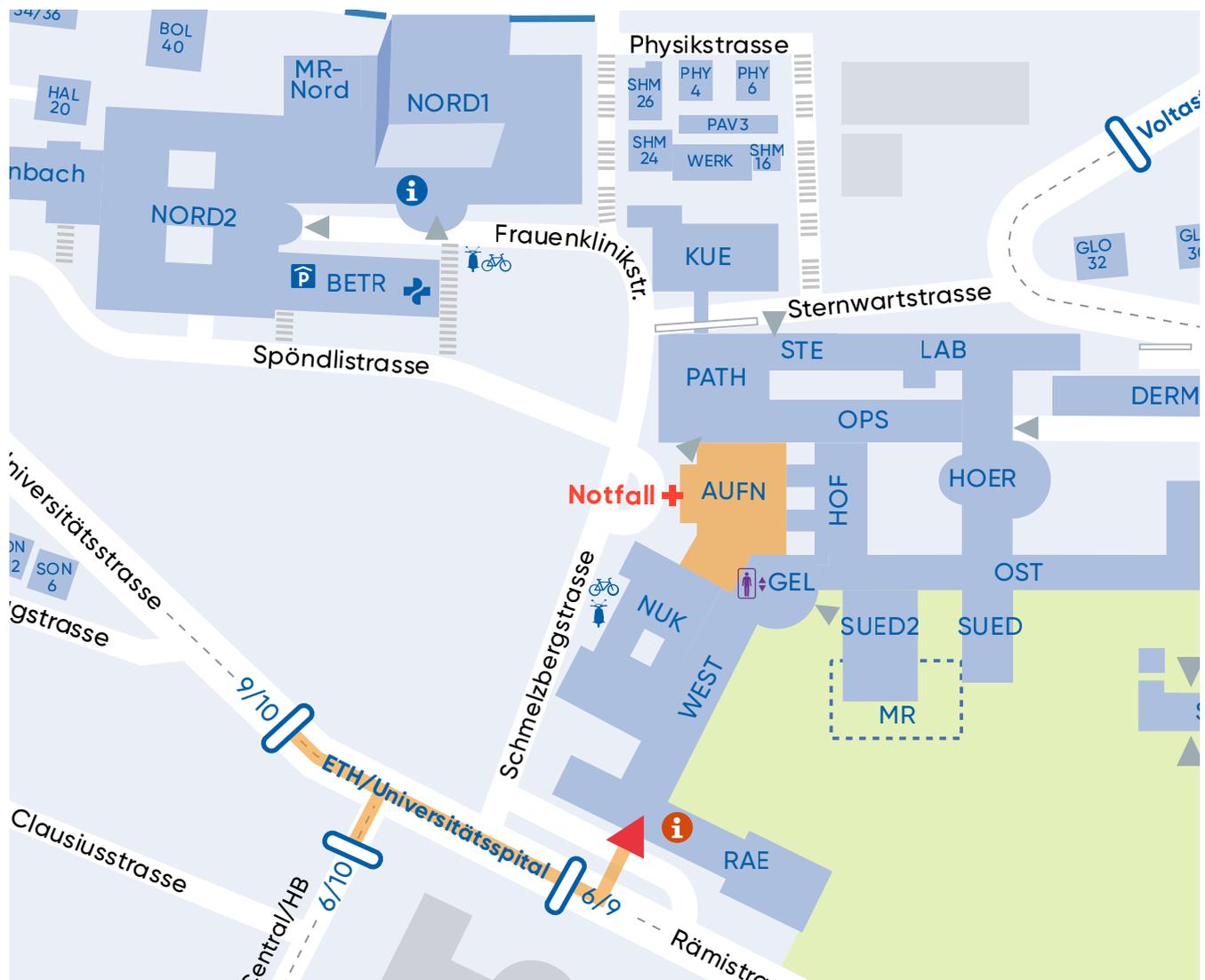
- Narouze S et al. Interventional Spine and Pain Procedures in Patients on Antiplatelet and Anticoagulant Medications (Second Edition): Guidelines From the American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine, the European Society of Regional Anaesthesia and Pain Therapy, the American Academy of Pain Medicine, the International Neuromodulation Society, the North American Neuromodulation Society, and the World Institute of Pain. Reg Anesth Pain Med. 2018 Apr;43(3):225–262.
- Kaye AD et al. Responsible, Safe, and Effective Use of Antithrombotics and Anticoagulants in Patients Undergoing Interventional Techniques: American Society of Interventional Pain Physicians (ASIPP) Guidelines. Pain Physician. 2019 Jan;22(1S):S75–S128.
- Goodman BS et al. Anticoagulant and Antiplatelet Management for Spinal Procedures: A Prospective, Descriptive Study and Interpretation of Guidelines. Pain Med. 2017 Jul 1;18(7):1218–1224.
- Furman M et al. Atlas of Image-guided interventional spine procedures. 2nd Edition, Elsevier 2018.

Anmeldung für Wirbelsäuleninfiltrationen im USZ

Patient*innen können uns gerne direkt dafür zugewiesen werden.

Dr. med. Philipp Rossbach
Universitätsspital Zürich
Klinik für Rheumatologie
Rämistrasse 100
8091 Zürich

044 255 26 87
dispo.ruz@usz.ch
www.rheumatologie.usz.ch



Der Eingang ins USZ erfolgt über den Haupteingang an der Rämistrasse 100. Das BV-Gerät wurde in den Raum AUFN A14 gezügelt. Dieser befindet sich in der Nähe des violetten Liftes im Hauptgebäude.

Beförderungen und Auszeichnungen



Dr. med. Muriel Elhai, wurde per 1.9.21 zur Oberärztin befördert.

Sie erhält den «Filling the Gap/Siegenthaler Karriere-Grant». Herzliche Gratulation zu dieser wichtigen und sehr kompetitiven Auszeichnung.

Das Programm «Filling the Gap» ist ein zweijähriges Programm an der Universität Zürich, das «Physician Scientists» ermöglicht, ihre akademische Karriere zu entwickeln.

Das Programm fusst auf 3 Grundsätzen: eine finanzielle Unterstützung

für 50 % Arbeitszeit für die Forschung durch die Walter und Gertrud Siegenthaler Stiftung, eine gezielte Laufbahnplanung zusammen mit Prof. Distler und die Benennung eines unabhängigen Mentors zur Karrierebegleitung.

Mit diesem Grant möchte Muriel Elhai eine eigene Forschungsgruppe im Team von Prof. Distler und Prof. Ospelt aufbauen, welche sich mit der artikularen Beteiligung bei der systemischen Sklerose und bei der Synovialfibrose befasst.

Forschungsförderungen



Prof. Dr. med. Caroline Ospelt erhält finanziellen Support von der Gebauer Stiftung für das Forschungsprojekt «Charakterisierung synovialer Fibroblasten bei rheumatoider Arthritis»

Dr. Cosimo Bruni erhält den diesjährigen SCTC Betty Z. Benedict Grant in Partnerschaft mit der Scleroderma Research Foundation für das Forschungsprojekt «Systemic sclerosis interstitial lung disease progression (SILPRO) score: development of a disease-specific model to define progression of SSc-ILD»



Dr. med. Raphael Micheroli erhält als Co-Antragsteller finanziellen Support von FOREUM – Foundation for Research in Rheumatology für folgende Forschungs-Projekte:

«The contribution of Stromal cells in shaping the Synovial MicroEnvironment of Psoriatic arthritis: pathogenetic mechanisms, Heterogeneity, and prognosis (StroPHe)»

«Identifying the mechanisms and biomarkers of transition from Psoriasis (PsO) to Psoriatic Arthritis (PsA)»

Promotionen

Wir gratulieren Dr. med. Norina Zampatti zu ihrer Promotion, die an unserer Klinik durchgeführt wurde.



Interview mit unserer neuen Oberärztin



Dr. med. Muriel Elhai
Oberärztin
Klinik für Rheumatologie USZ

Wie ist Dein beruflicher Werdegang?

Das Medizinstudium und die rheumatologische Facharztausbildung habe ich in Paris, Frankreich 2014 abgeschlossen.

Parallel zu meiner Ausbildung habe ich an mehreren klinischen Studien teilgenommen, vor allem auf dem Gebiet der systemischen Sklerose und der juvenilen idiopathischen Arthritis. Ausserdem habe ich mein Studium für drei Jahre unterbrochen, um Grundlagenforschung zu betreiben. So konnte ich 2015 einen PhD über die Beteiligung von Autoimmunitätsgenen in Mausmodellen für systemische Sklerose und rheumatoide Arthritis verteidigen. Danach arbeitete ich 4 Jahre lang als Oberärztin in der Rheumatologie am Hospital Cochin in Paris, Frankreich.

Im November 2018 kam ich in die Universität Zürich als Postdoc im Zentrum für Experimentelle Rheumatologie von Prof. Distler, in die Arbeitsgruppe von Prof. Ospelt,

um die Rolle eines long non-coding RNA HOTAIR in der Arthritis zu erforschen. Danach habe ich ein Jahr lang als Assistenzärztin in der Rheumatologie im USZ gearbeitet. Ich war von dem Forschungsteam sehr begeistert. Ausserdem haben meinem Mann und mir die Lebensqualität in der Schweiz gefallen, vor allem für die Erziehung unserer Kinder. Ich hatte das Glück, dass mir eine Stelle im USZ angeboten wurde, und nahm sie an.

Was sind Deine Ziele im USZ?

Parallel zu meiner klinischen Tätigkeit als Oberärztin im USZ, möchte ich die klinische Forschung über systemische Sklerose und juvenile idiopathische Arthritis fortsetzen. Ich möchte auch meine Grundlagenforschung fortsetzen, indem ich die Mechanismen untersuche, die an den Gelenkschäden der systemischen Sklerose und an der Synovialfibrose beteiligt sind.

Was ist Dir ausserhalb des Berufes wichtig?

Ich bin verheiratet und habe 3 Kinder (Antoine 7-jährig und Alix und Margaux 4.5-jährig). Mein Familienleben und die Tatsache, dass ich meine Kinder aufwachsen sehe, sind mir sehr wichtig und bereiten mir grosse Freude.

Ich geniesse auch gerne die Natur in der Schweiz mit schönen Wanderungen, treffe mich mit meinen Freunden, lese und tanze.

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

Am 1. Donnerstag im Monat

17.00 Uhr
Online-Teilnahme via Skype

Orthopädie-Board

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

Taltz®: Stark und anhaltend WIRKSAM.¹⁻⁶

taltz®
(Ixekezumab)

bei axSpA und PsA

- ▶ Überlegen^o gegenüber Humira^{®§} in der PsA^{*1}
- ▶ Stark und konsistent wirksam in der PsA²
sowie im breiten Spektrum der axSpA⁺³⁻⁶
- ▶ Einfache Dosierung: 80 mg Taltz[®] (eine Injektion)
alle 4 Wochen in der Erhaltungsphase^{7,§§}
- ▶ Gutes Sicherheitsprofil, bestätigt über 5 Jahre⁸

*Taltz®, alleine oder in Kombination mit konventionellen krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs, disease-modifying anti-rheumatic drugs), ist zur Behandlung erwachsener Patienten mit aktiver Psoriasis-Arthritis (PsA) indiziert, die auf eine Behandlung mit einem oder mehreren DMARDs unzureichend angesprochen haben oder diese nicht vertragen haben. *Axiale Spondyloarthritis: Ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew): Taltz[®] ist indiziert zur Behandlung der schweren aktiven ankylosierenden Spondylitis bei erwachsenen Patienten, die auf eine konventionelle Therapie (z.B. nichtsteroidale entzündungshemmende Medikamente [NSAIDs]) unzureichend angesprochen haben oder diese nicht vertragen. Nicht-radiographische axiale Spondyloarthritis: Taltz[®] ist indiziert zur Behandlung der schweren aktiven nicht-radiographischen axialen Spondyloarthritis bei erwachsenen Patienten, die auf NSAIDs unzureichend angesprochen haben. Patienten sollten objektive Anzeichen einer Entzündung in der Magnetresonanztomographie (MRT) und durch erhöhtes C-reaktives Protein (CRP) zeigen. ^o Statistische Signifikanz für Überlegenheit von Taltz[®] vs. Humira^{®§} im gleichzeitigen Erreichen von ACR50 und PASI 100 in Woche 24.¹ [§] Humira®, Adalimumab, Zulassungsinhaberin Abbvie AG. ^{§§} Die empfohlene Dosis bei PsA mit leichter oder ohne Plaque-Psoriasis beträgt 160 mg als subkutane Injektion (zwei 80 mg Injektionen) in Woche 0, gefolgt von 80 mg (eine Injektion) alle 4 Wochen ab Woche 4. Die empfohlene Dosierung bei PsA mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis beträgt 160 mg als subkutane Injektion (zwei 80 mg Injektionen) in Woche 0, gefolgt von 80 mg (eine Injektion) in den Wochen 2, 4, 6, 8, 10 und 12, und danach 80 mg (eine Injektion) alle 4 Wochen. Die empfohlene Dosis bei axSpA beträgt 80 mg Taltz[®] (eine Injektion) als subkutane Injektion alle 4 Wochen.⁷ NSAR = Nicht-steroidale Antirheumatika.

1. Mease PJ et al. A head-to-head comparison of the efficacy and safety of ixekizumab and adalimumab in biological-naïve patients with active psoriatic arthritis: 24-week results of a randomised, open-label, blinded-assessor trial. *Ann Rheum Dis* 2020;79:123-131. 2. Chandran V. et al. Ixekizumab treatment of biologic-naïve patients with active psoriatic arthritis: 3-year results from a phase III clinical trial (SPIRIT-P1). *Rheumatology (Oxford)*. 2020 Oct 1;59(10):2774-2784. 3. van der Heijde D et al. Ixekizumab, an interleukin-17A antagonist in the treatment of ankylosing spondylitis or radiographic axial spondyloarthritis in patients previously untreated with biological disease-modifying anti-rheumatic drugs (COAST-V): 16 week results of a phase 3 randomised, double-blind, active-controlled and placebo-controlled trial. *Lancet*. 2018 Dec 8;392(10163):2441-2451. 4. Deodhar A et al. Efficacy and Safety of Ixekizumab in the Treatment of Radiographic Axial Spondyloarthritis: Sixteen-Week Results From a Phase III Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial in Patients With Prior Inadequate Response to or Intolerance of Tumor Necrosis Factor Inhibitors. *Arthritis Rheumatol*. 2019;71(4):599-611. 5. Deodhar A et al. Ixekizumab for patients with non-radiographic axial spondyloarthritis (COAST-X): a randomised, placebo-controlled trial. *Lancet*. 2020 Jan 4;395(10217):53-64. 6. Dougados M et al. Efficacy and safety of ixekizumab through 52 weeks in two phase 3, randomised, controlled clinical trials in patients with active radiographic axial spondyloarthritis (COAST-V and COAST-W). *Ann Rheum Dis*. 2020 Feb;79(2):176-185. 7. Fachinformation Taltz[®], www.swissmedinfo.ch. 8. Genovese MC et al. Safety of ixekizumab in adult patients with plaque psoriasis, psoriatic arthritis and axial spondyloarthritis: data from 21 clinical trials. *Rheumatology* 2020;59:3834-3844.

Taltz[®] (Ixekezumab) Injektionslösung. **I:** Zur Behandlung der mittelschweren bis schweren Plaque-Psoriasis bei erwachsenen Patienten und bei Kindern und Jugendlichen ab 6 Jahren mit einem Körpergewicht von mindestens 25 kg, die auf andere systemische Therapien (einschliesslich Ciclosporin oder Methotrexat oder PUVA) nicht angesprochen haben, bei denen diese Therapien kontraindiziert sind oder die diese Therapien nicht tolerieren. Alleine oder in Kombination mit konventionellen krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARD), zur Behandlung erwachsener Patienten mit aktiver Psoriasis-Arthritis, die auf eine Behandlung mit einem oder mehreren DMARDs unzureichend angesprochen haben oder diese nicht vertragen haben. Zur Behandlung der schweren aktiven ankylosierenden Spondylitis bei erwachsenen Patienten, die auf eine konventionelle Therapie (z.B. nichtsteroidale entzündungshemmende Medikamente [NSAIDs]) unzureichend angesprochen haben oder diese nicht vertragen. Zur Behandlung der schweren aktiven ankylosierenden Spondylitis bei erwachsenen Patienten, die auf eine konventionelle Therapie (z.B. nichtsteroidale entzündungshemmende Medikamente [NSAIDs]) unzureichend angesprochen haben oder diese nicht vertragen. Zur Behandlung der schweren aktiven nicht-radiographischen axialen Spondyloarthritis bei erwachsenen Patienten, die auf NSAIDs unzureichend angesprochen haben. Patienten sollten objektive Anzeichen einer Entzündung in der Magnetresonanztomographie (MRT) und durch erhöhtes C-reaktives Protein (CRP) zeigen. **D:** Subkutane Injektion. **Plaque-Psoriasis bei Erwachsenen:** 160 mg in Woche 0, gefolgt von 80 mg in den Wochen 2, 4, 6, 8, 10 und 12, und danach 80 mg alle 4 Wochen. Bei Patienten <100 kg kann ein alternatives Dosisschema mit 160 mg in Woche 0 und ab Woche 2 80 mg alle 4 Wochen erwogen werden. **Plaque-Psoriasis bei Kindern und Jugendlichen (ab 6 Jahren):** Gewicht > 50 kg: 160 mg in Woche 0, gefolgt von 80 mg alle 4 Wochen; Gewicht 25-50 kg: 80 mg in Woche 0, gefolgt von 40 mg alle 4 Wochen. **Psoriasis-Arthritis:** 160 mg in Woche 0, gefolgt von 80 mg alle 4 Wochen. **Ankylosierende Spondylitis:** 80 mg alle 4 Wochen. **KI:** Schwere Überempfindlichkeit. Schwere aktive Infektionen. **W/V:** Taltz[®] wird für Patienten mit einer entzündlichen Darmerkrankung nicht empfohlen. Wenn ein Patient Anzeichen und Symptome einer entzündlichen Darmerkrankung oder eine Exazerbation einer bereits existierenden entzündlichen Darmerkrankung entwickelt, soll Taltz[®] abgesetzt und eine angemessene medizinische Behandlung eingeleitet werden. Taltz[®] darf nicht zusammen mit Lebendimpfstoff verwendet werden. Bei schwerwiegender Überempfindlichkeitsreaktion soll Taltz[®] umgehend abgebrochen werden und eine geeignete Therapie eingeleitet werden. Die gleichzeitige Verabreichung von Taltz[®] mit anderen Biologika wurde nicht untersucht und wird nicht empfohlen. **IA:** Die Sicherheit von Taltz[®] in Kombination mit anderen Immunmodulatoren oder Phototherapie sowie Impfungen mit Lebendimpfstoffen wurde nicht untersucht. **Sch/S:** Während der Schwangerschaft und bei gebärfähigen Frauen, die keine wirksame Empfängnisverhütung verwenden, darf Taltz[®] nicht verabreicht werden, es sei denn, dies ist eindeutig erforderlich. Patientinnen sollen angewiesen werden für mindestens 10 Wochen nach der letzten Gabe von Taltz[®] wirksame Verhütungsmethoden anzuwenden und nicht zu stillen. Eine Entscheidung, entweder mit dem Stillen aufzuhören oder die Einnahme von Taltz[®] abzubrechen, sollte unter Berücksichtigung der Vorteile des Stillens für das Kind und der Vorteile der Therapie für die Mutter gefällt werden. **UAW:** Sehr häufig: Infektionen der oberen Atemwege, Reaktionen an der Injektionsstelle. Häufig: Tinea Infektion, oropharyngeale Schmerzen, Übelkeit, Diarrhö, erhöhte Leberenzyme. Anaphylaktische Reaktionen wurden selten bei Erwachsenen berichtet. Weitere häufig berichtete UAW bei Kindern: Influenza, Konjunktivitis, Neutropenie, Überempfindlichkeitsreaktionen, Urtikaria, Fieber. **P:** Taltz[®] 80 mg 1 oder 2 Fertipgen / 1 oder 2 Fertigspritze(n). Abgabekategorie B. Kassenzulässig. Weitere Informationen finden Sie unter www.swissmedinfo.ch. Eli Lilly (Suisse) SA, ch. des Coquelicots 16, CP 580, 1214 Vernier (GE). V03-2021

Lilly

Fortbildungen 2022

6. Januar, Donnerstag

14.15–17.15 Uhr
online

Rheuma-Workshop

<http://www.rheumatologie.usz.ch> > Veranstaltungen

Programm
Rückseite

13. Januar, Donnerstag

online

SGR-Fortbildungstagung

<https://www.rheuma-net.ch/de/weiter-fortbildung/fortbildungstagung-2022>

31. Januar, Montag

17.15–18.00 Uhr
online

Special Seminar

«**Neue Therapiestrategien bei rheumatischen Erkrankungen – JAK, CAR T cells, ASCT und mehr**»

Mit Gerd R. Burmester, M.D. Charité – Universitätsmedizin Berlin, Deutschland
<http://www.rheumatologie.usz.ch> > Veranstaltungen

3. Februar, Donnerstag

16.00–18.00 Uhr
online

Internationales virtuelles Symposium

<http://www.rheumatologie.usz.ch> > Veranstaltungen

3. März, Donnerstag

Grosser Hörsaal PATH, USZ
und online

Symposium Wirbelsäulenzentrum

«**Arbeitsunfähigkeit und Invalidität – Management in der Praxis**»

<http://www.rheumatologie.usz.ch> > Veranstaltungen

Programm
vorletzte
Seite

21. März, Montag

17.15–18.00 Uhr
online

Special Seminar

«**Facts and Myths in the Management of Rheumatoid arthritis**»

Mit Josef Smolen, em. o. Univ.-Prof. Dr. med. univ., Wien, Österreich
<http://www.rheumatologie.usz.ch> > Veranstaltungen

31. März, Donnerstag

14.15–17.15 Uhr
Kleiner Hörsaal OST, USZ
oder online

Rheuma-Workshop

<http://www.rheumatologie.usz.ch> > Veranstaltungen

9. Mai, Montag

17.15–18.00 Uhr
Grosser Hörsaal PATH, USZ
oder online

Special Seminar

<http://www.rheumatologie.usz.ch> > Veranstaltungen

1.–4. Juni

Mittwoch–Samstag
Kopenhagen

EULAR-Kongress

https://congress.eular.org/eular_2022.cfm

30. Juni, Donnerstag

15.00–17.45 Uhr
Grosser Hörsaal OST, USZ
oder online

EULAR Highlights

<http://www.rheumatologie.usz.ch> > Veranstaltungen

25. August, Donnerstag

Seedamm Plaza, Pfäffikon

Rheumatop

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

5. September, Montag

17.15–18.00 Uhr
Grosser Hörsaal PATH, USZ
oder online

Special Seminar

<http://www.rheumatologie.usz.ch> > Veranstaltungen

8.–9. September

Donnerstag + Freitag
Interlaken

SGR-Kongress

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

22. September, Donnerstag 14.15– 17.15 Uhr Grosser Hörsaal OST, USZ oder online	Rheuma-Workshop http://www.rheumatologie.usz.ch > Veranstaltungen
24. Oktober, Montag 17.15– 18.00 Uhr Grosser Hörsaal PATH, USZ oder online	Special Seminar http://www.rheumatologie.usz.ch > Veranstaltungen
11.–15. November Freitag bis Dienstag Philadelphia, USA	ACR Convergence 2022 (American College of Rheumatology)
28. November, Montag 17.15– 18.00 Uhr Grosser Hörsaal PATH, USZ oder online	Special Seminar http://www.rheumatologie.usz.ch > Veranstaltungen
8. Dezember, Donnerstag 14.15– 17.15 Uhr Kleiner Hörsaal OST, USZ oder online	Rheuma-Workshop http://www.rheumatologie.usz.ch > Veranstaltungen



Weitere Informationen zu den Veranstaltungen der Klinik für Rheumatologie USZ finden Sie unter <http://www.rheumatologie.usz.ch> > Veranstaltungen



Unsere Fortbildungen sowie die Rheuma-Nachrichten werden unterstützt von



 Tremfya®
(guselkumab)

langanhaltend. wirksam.^{1,4,*}

MEINE LEIDENSCHAFT
**OHNE
LIMIT**



JETZT NEU FÜR
PSORIASIS-ARTHRITIS ZUGELASSEN²

Erster reiner IL-23 Inhibitor bei Psoriasis-Arthritis²

Ein uneingeschränkter Alltag ist für Patienten mit Psoriasis-Arthritis nicht immer selbstverständlich. TREMFYA® verbessert Gelenksymptome wirksam und nachhaltig.^{3,4}

Janssen  Immunology

PHARMACEUTICAL COMPANIES OF Janssen-Pharmaceutica

*TREMFYA® zeigt eine hohe Wirksamkeit und ein langanhaltendes PASI 90 Ansprechen über 5 Jahre sowie Wirksamkeit auf alle Manifestationen der Psoriasis und Psoriasis-Arthritis über mind. 52 Wochen.

CP-195239

1. Griffiths CEM et al. Maintenance of Response Through 5 Years of Continuous Guselkumab Treatment: Results From the Phase 3 VOYAGE 1 Trial. ACDS October 2020. Poster. 2. Fachinformation TREMFYA®, 12/2020, www.swissmedicinfo.ch. 3. Mease PJ et al. Guselkumab in biologic-naïve patients with active psoriatic arthritis (DISCOVER-2): a double-blind, randomised, placebo-controlled phase 3 trial. Lancet 2020;395(10230):1126-1136 (inkl. Supplementary). 4. McInnes IB et al. Efficacy and Safety of Guselkumab, an Interleukin-23p19-Specific Monoclonal Antibody, Through 1 Year in Biologic-naïve Psoriatic Arthritis Patients. Arthritis Rheumatol 2020 Oct 11. doi: 10.1002/art.41553 [Online ahead of print].

Tremfya® (Guselkumab, humaner IgG1λ-mAb) I: TREMFYA ist indiziert zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit mittelschwerer bis schwerer, chronischer Plaque-Psoriasis, die für eine systemische Therapie in Frage kommen. TREMFYA ist allein oder in Kombination mit Methotrexat (MTX) indiziert zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit aktiver Psoriasis-Arthritis, die auf eine vorgängige Therapie mit einem krankheitsmodifizierenden Antirheumatikum (DMARD) unzureichend angesprochen oder dieses nicht vertragen haben. D: Anwendung sollte unter Anleitung und Aufsicht eines in der Diagnose und Behandlung der indizierten Therapiegebiete erfahrenen Arztes erfolgen, nach sachgemässer Schulung auch Selbstadministration. Die empfohlene Dosis beträgt 100mg als s.c. Injektion in Woche 0 und 4, dann alle 8 Wochen. Kein Ansprechen bei Plaque-Psoriasis nach 16 Wochen, bzw. bei Psoriasis-Arthritis nach 24 Wochen, Abbruch erwägen. KI: Schwerwiegende Überempfindlichkeit auf Wirkstoff oder einen der Hilfsstoffe. Klinisch relevante aktive Infektionen (z.B. aktive Tuberkulose). VM: Bei einer klinisch bedeutsamen oder schwerwiegenden Infektion, ist der Patient sorgfältig zu überwachen und TREMFYA ist abzusetzen, bis die Infektion abgeklungen ist. Abklärung auf Tuberkulose-Infektion vor Therapiestart, bei latenter TB zunächst antituberkulöse Therapie einleiten. Überwachung auf TB während der Therapie. Keine Lebendimpfstoffe geben während der Behandlung. Bei schweren Überempfindlichkeitsreaktionen Therapie abbrechen. UAW: Sehr häufig: Atemwegsinfektionen; Häufig: Kopfschmerzen, Diarrhö, Transaminasen erhöht, Bilirubin erhöht, Arthralgie, Reaktionen an der Injektionsstelle; Gelegentlich: Anaphylaxie; weitere UAW s. FI. IA: bisher keine relevanten Interaktionen beobachtet. Packungen: Injektionslösung in Fertigspritze oder Fertigpen (100mg/ml). Abgabekat.: B. Ausführliche Informationen: www.swissmedic.ch oder www.swissmedicinfo.ch; Zulassungsinhaber: Janssen-Cilag AG, Gubelstrasse 34, 6300 Zug (CP-196560)

Symposium Wirbelsäulenzentrum 2022

Arbeitsunfähigkeit und Invalidität – Management in der Praxis

Findet
hybrid
statt

Donnerstag, 3. März 2022, 14.00 – 17.30 Uhr
Grosser Hörsaal PATH, USZ und online

Programm

- 14.00 Uhr Begrüssung und Einführung
- 14.05 Uhr **Fallvorstellung Traumatologie** – PD Dr. med. Ladislav Mica, Leitender Arzt, Klinik für Traumatologie USZ
- 14.25 Uhr **Versicherungsmedizinische Aspekte aus dem Gebiet der SUVA** – Expertin oder Experte der SUVA
- 14.45 Uhr Diskussion des traumatologischen Falles
-
- 14.55 Uhr **Fallvorstellung Rheumatologie** – Dr. med. Philipp Rossbach, Oberarzt, Klinik für Rheumatologie USZ
- 15.15 Uhr **Versicherungsmedizinische Aspekte aus dem Gebiet der IV (Teil 1)** – Dr. med. Jörg Jeger, FMH, Rheumatologie, ehem. Chefarzt der MEDAS Zentralschweiz
- 15.30 Uhr **Psychologische Abklärungen und Therapieansätze bei chronischen Rückenschmerzen** – Expertin oder Experte der Klinik für Konsiliarpsychiatrie und für Psychosomatik USZ
- 15.45 Uhr Diskussion des rheumatologischen Falles
-
- 15.55 Uhr Kaffeepause
-
- 16.15 Uhr **Fallvorstellung Neurochirurgie** – PD Dr. med. David Bellut, Leitender Arzt, Klinik für Neurochirurgie USZ
- 16.35 Uhr **Versicherungsmedizinische Aspekte aus dem Gebiet der IV (Teil 2)** – Dr. med. Jörg Jeger, FMH, Rheumatologie, ehem. Chefarzt der MEDAS Zentralschweiz
- 16.50 Uhr **Neue Ansätze der Schmerztherapie bei chronischen Rückenschmerzen** – Expertin oder Experte des Instituts für Anästhesie und Schmerztherapie USZ
- 17.05 Uhr Diskussion des neurochirurgischen Falles
-
- 17.15 Uhr **Zusammenfassung und Diskussion**
-
- ab 17.30 Uhr **Apéro riche**

Für diese kostenlose Fortbildung ist keine Anmeldung notwendig.

Credits 3 SGAIM, SGC, SGNC, SNG, SGR, SGPMR, SGOT sind beantragt

Link <http://www.rheumatologie.usz.ch> > Veranstaltungen

Kontakt Kinga Kostyál, kinga.kostyal@usz.ch



Universitäre Klinik für Rheumatologie

Rheuma-Workshop

Donnerstag, 6. Januar 2022

14.15 – 17.15 Uhr

online

Findet
online
statt

Programm

- 14.15 Uhr **Kryoglobulinämie Vaskulitis**
Dr. med. Mike Becker, Oberarzt, Klinik für Rheumatologie USZ
- 14.45 Uhr **MR-Neurographie**
PD Dr. med. univ. Roman Guggenberger, Leitender Arzt, Klinik für Radiologie USZ
- 15.15 Uhr **Pause**
- 15.45 Uhr **Erhöhte CK: Abklärungen**
Dr. med. Katja Göhner, Oberärztin, Klinik für Rheumatologie USZ
- 16.15 Uhr **«Reaktive» Arthritis**
Prof. Dr. med. Adrian Ciurea, Stv. Chefarzt, Klinik für Rheumatologie USZ
- 16.45 Uhr **Fasciitis plantaris: Abklärung und Therapie**
Prof. Dr. med. Anja Hirschmüller, ALTIUS Swiss Sportmed Center, Rheinfelden,
sowie Sportorthopädie und Sporttraumatologie, UniversitätsKlinikum Freiburg

Save the dates
2022

Rheuma-Workshop
31. März
22. September
8. Dezember

EULAR Highlights
30. Juni

Für diese kostenlose Fortbildung ist keine Anmeldung notwendig.

Credits 3 SGR, SGPMP, AIM, SGAI sind beantragt

Link <http://www.rheumatologie.usz.ch> > Veranstaltungen

Kontakt Kinga Kostyal, kinga.kostyal@usz.ch



Mit freundlicher Unterstützung von

