



Dr. Horst Just
FA Innere Medizin/Rheumatologie/Nephrologie

Priesterhausgasse 18

ORT: A-9020 Klagenfurt am Wörthersee
Seeparkhotel und virtuell überall

ZEIT: 6. November 2024, 16:00-20:45 Uhr und
danach noch 2 Monate (On-Demand)

Veranstalter:



Obmann: Dr. Horst Just www.rheumainkaernten.at

PROGRAMM

- 16:00 Beginn der Ausstellung der Pharma-Industrie**
Abbvie, ASTRO Pharma, Novartis, AMGEN, Pfizer, Lilly, Sandoz, UCB, KWIZDA, Alfasigma Group, Fresenius, Gedeon Richter, ITS Janssen, Stada
- 17:00 Begrüßung & Überblick**
Dr. Horst Just
Niedergelassener Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, Klagenfurt am Wörthersee
- 17:15 Neue Rheuma-Therapiestrategien in Reflexion des onkologischen Risikos**
OA Dr. Raimund Lunzer
Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, Krankenhaus der "Barmherzigen Brüder" Graz
- 17:45 Rheumatoide Arthritis**
Dr. Horst Just
- 18:15 Was sagt mir welcher Laborwert? Das Wichtigste zum Rheumalabor**
Assoz. Prof. Priv.-Doz. Dr. Martin Helmut Stradner
Leiter des diagnostischen Immunologie Labors der klin. Abt. für Rheumatologie und Immunologie, Medizinische Universität Graz
- 18:45 Pause mit kulinarischer Stärkung & Ausstellungsbesuch**
- 19:10 Augenmanifestationen bei rheumatischen Erkrankungen**
Prim. Univ. Prof. Dr. Yosuf El-Shabrawi
Vorstand der Abteilung für Augenheilkunde und Optometrie, Klinikum, Klagenfurt am Wörthersee
- 19:40 Osteoporose – Altbewährtes aufgefrischt mit Neuem**
OA Dr. Judith Haschka
Zentrum für Seltene Knochenerkrankungen im Hanusch-Krankenhaus, Wien
- 20:10 Doppel-Conference: Interaktive Fallbesprechung**
Dr. Horst Just / Dr. Raimund Lunzer
- 20:40 Zusammenfassung der Kernaussagen und Diskussionsergebnisse**
Dr. Horst Just



DOKTOR JUST



DOKTOR JUST

- Rheumatoide Arthritis

Patient 1



- Männlicher Patient, geb. 1960,
- Aktiver Mensch, viele Hobbies, Raucher
- Erstmals Schmerzen der Hände 2010
- Schnelle Vorstellung beim Rheumatologen – innerhalb von 2 Monaten.

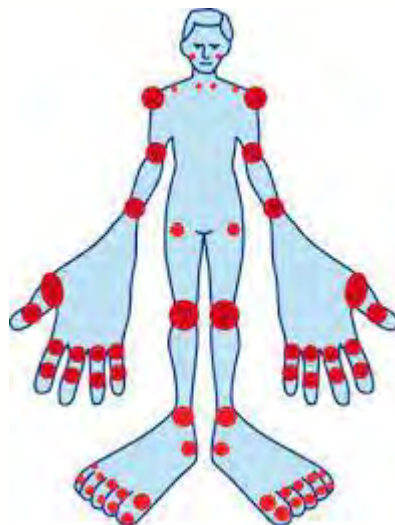
Patient 1



- keine onkologischen Grunderkrankungen.
- Bestehendes kardiales Risikoprofil
- Labor: RF 75, CCP-AK ist negativ.
- CRP 1,3, BSG 35



Patient 1

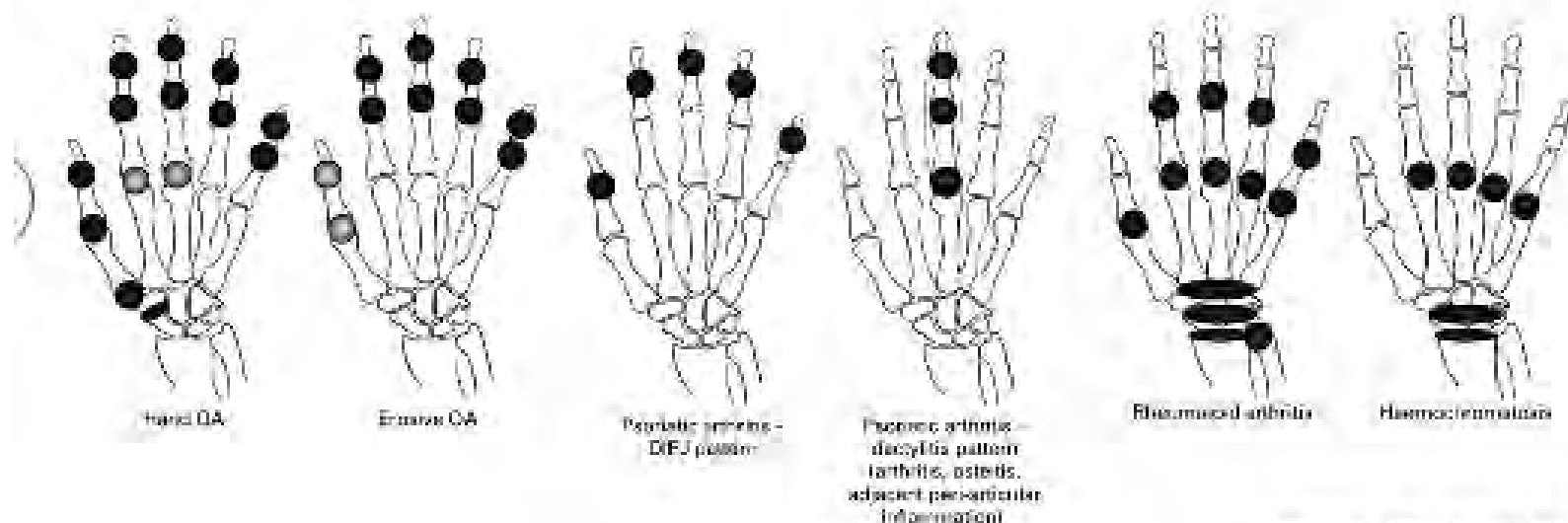


- Gelenks-Score:
TJC 3
SJC 2 (MCP 2 re. 3 links)
VAS 2-6
Arztbeurteilung: 5
CDAI 16!



Diagnostische Herausforderungen am Beispiel der Polyarthrititis

- Muster von Gelenkbeteiligung bei verschiedenen Erkrankungen



Zhang W. Ann Rheum Dis. 2009
Jan;68(1):8-17.



Klassifikation ≠ Diagnose

Tab. 3: ACR/EULAR-Klassifikationskriterien der rheumatoiden Arthritis 2010

ACR/EULAR-Klassifikation für die RA		Score
A	Gelenkbeteiligung	
	1 großes Gelenk*	0
	2–10 große Gelenke	1
	1–3 kleine Gelenke* (mit/ohne Beteiligung von großen Gelenken)	2
	4–10 kleine Gelenke (mit/ohne Beteiligung von großen Gelenken)	3
	> 10 Gelenke (davon mind. 1 kleines Gelenk)	5
B	Serologie (mindestens 1 Testergebnis erforderlich)	
	negativer RF und negative CCP-AK	0
	niedrig positiver RF oder niedrig positive CCP-AK	2
	hoch positiver RF oder hoch positive CCP-AK**	3
C	Akute-Phase-Reaktion (mind. 1 Testergebnis erforderlich)	
	normales CRP <u>und</u> normale BSG	0
	erhöhtes CRP <u>oder</u> erhöhte BSG	1
D	Dauer der Beschwerden	
	< 6 Wochen	0
	≥ 6 Wochen	1

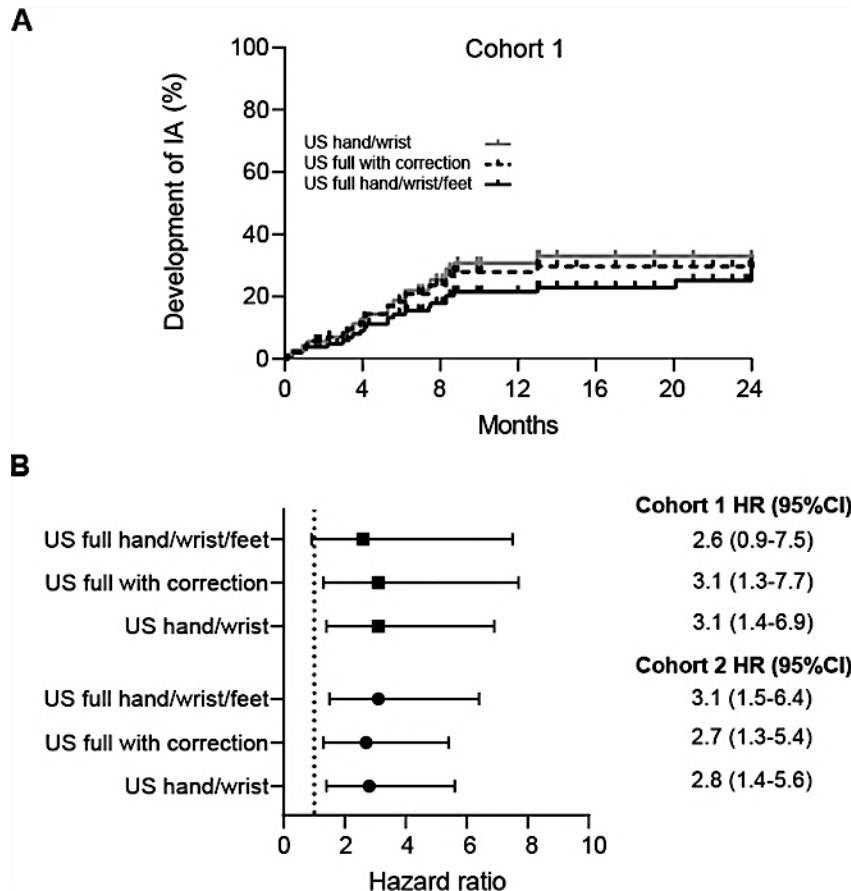
* große Gelenke: Schulter, Ellbogen, Hüftgelenk, Knie, Sprunggelenk
 * kleine Gelenke: Handwurzel-, Metakarpophalangeal-, proximale Interphalangeal-, Metatarsophalangealgelenke
 ** über dem dreifachen Normwert

Klassifikation als RA bei ≥ 6 Punkten möglich

Quelle: Aletaha D et al., Ann Rheum Dis 2010; 69(9):1580–88

Sonographie ... die Schuhe bleiben an **gezogen** !

POS1362 (2024) ULTRASOUND OF THE FOREFEET NEXT TO THE HANDS AND WRISTS FOR THE DETECTION OF SUBCLINICAL JOINT-INFLAMMATION IN PATIENTS AT RISK FOR RA: IS IT NECESSARY? A.M.P. Boeren, Netherlands 298 Pat.



- Die **Vorderfüße können weggelassen** werden, wenn Ultraschall zur Vorhersage der IA-Entwicklung bei CSA-Patienten verwendet wird.
- subklinische Gelenkentzündungen in den Vorderfüßen ohne gleichzeitige Entzündungen in den Händen/Handgelenken Raritäten sind.

Patient 1



- MRT der Hände:
 - Ausgeprägte Synovitis der Handwurzel und MCP Gelenke.



Diagnostische Herausforderungen am Beispiel der Polyarthrititis

- RA kann im höheren Lebensalter andere Manifestationen haben

Table 1
Presenting features of RA in two age groups^a

Presenting feature	YORA	LORA	P
Age at onset	46.6 ± 10.0	67.2 ± 4.7	
% female	78%	69%	NS
Abrupt onset	14%	27%	0.024
Morning stiffness	90%	85%	NS
PMR symptoms	5%	23%	0.000
Total joint score	5.1 ± 3.6	4.9 ± 2.6	NS
Small joint disease	46%	24%	0.003
Large joint disease	8%	14%	NS
Subcutaneous nodules	20%	6%	0.016

^a YORA, young-onset rheumatoid arthritis; LORA, late-onset rheumatoid arthritis. From Deal et al. Arthritis Rheum 1985; 28:987-994.

Arthritis Rheum 2010;52(11):1555-1562

Mavragani CP. Exp Gerontol. 1999 Jun;34(3):463-71



Patient 1

- Männlicher Patient, geb. 1960,
- Aktiver Mensch, viele Hobbies, **Raucher**
- Erstmals Schmerzen der Hände 2010
- Schnelle Vorstellung beim Rheumatologen – innerhalb von 2 Monaten.



Rauchen präd disponiert für RA



- **Rauchen** ist mit ca. 20% der **wichtigste exogene RF** für RA
- 1-10 PY : + **26% Risiko** eine RA zu entwickeln.
- **Passivrauchen**
 - erhöht das RA – Risiko um 12%
 - ist verantwortlich für höhere KH-Aktivität bei Frauen
 - in der Kindheit erhöht das RA-Risiko um **34%** (ohne Dosis-Response-Bezug)

Alkohol

Alkoholismus
Schweres Trinken (mehrfach)
Moderater Konsum (F: $\geq 20\text{g/d}$, M: $\geq 30\text{g/d}$)
>21 Drinks/Woche
5-10g/d TÄGLICH
1 Drink jeden 2. Tag
≥ 1 Drink/Woche



DOKTOR JUST

Klartext: Alkohol zwischen negativem und positivem Einfluss auf RA, gl:
positiver Einfluss auf RA (sonst negativ)

RA – mehr als nur Gelenke: Extraartikuläre Manifestationen



DOKTOR JUST

Pleuritis

Vaskulitis

Neuropathie

Skleritis/Episkleritis

Keratokonjunctivitis sicca

Sek. Sjögren-Syndrom

Interstitielle Lungenerkrankung (RA-ILD)

Cervikale Myelopathie

S.c. Rheumaknoten



CV- Risiko bei AI-Erkrankungen (IMIDs)

Table 3 ORs of cardiovascular diseases in patients with inflammatory arthritis compared with healthy controls

	OR (crude)	P value	OR (model 1)	P value	OR (model 2)	P value	OR (model 3)	P value
IA	1.66 (1.11 to 2.49)	0.01	1.38 (0.91 to 2.09)	0.13	0.99 (0.63 to 1.56)	0.96	1.05 (0.67 to 1.65)	0.82
RA	1.61 (1.04 to 2.48)	0.03	1.27 (0.83 to 2.01)	0.29	0.95 (0.58 to 1.55)	0.85	0.97 (0.60 to 1.57)	0.91
PsA	2.12 (1.23 to 3.66)	0.01	1.68 (0.96 to 2.96)	0.07	1.19 (0.64 to 2.22)	0.57	1.37 (0.75 to 2.52)	0.31
SpA	1.43 (0.79 to 2.59)	0.23	1.49 (0.80 to 2.76)	0.29	0.91 (0.47 to 1.77)	0.78	1.05 (0.56 to 2.00)	0.87

ORs are shown with 95% CIs. A p value of <0.05 was considered statistically significant. Model 1 was adjusted for age and sex, model 2 was adjusted for age, sex, BMI, smoking, diabetes mellitus, hypertension and dyslipidaemia, model 3 was adjusted for BMI, smoking diabetes mellitus, hypertension and dyslipidaemia.

BMI, body mass index; IA, inflammatory arthritis; PsA, psoriatic arthritis; RA, rheumatoid arthritis; SpA, (axial) spondyloarthritis.

Raadsen R et al, RMD Open 2023, Choi W et al, Arthritis Rheum 2023, Yang W et al, Clin Exp. Rheumatol 2023

Fazit: gute RA–Therapie + RF-Management ist die beste Prophylaxe für das CV-System

Obesity is a risk factor for poor response to treatment



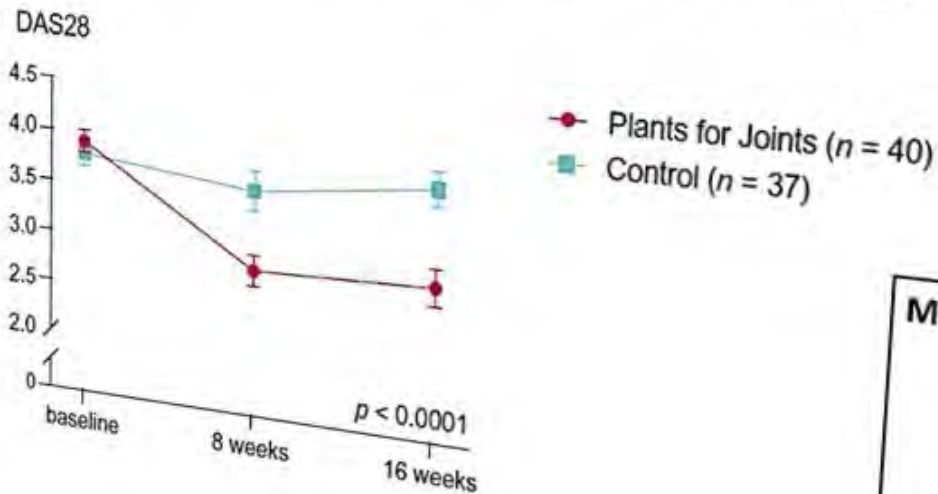
DOKTOR JUST

WIN RA: supportive Therapie

Was bringt eine strukturierte Lifestyle-Änderung ?

- 'Plants for joints', random.-kontrolliert Untersucher-verblindete Interventionsstudie
- 81 Pat., DAS-28 $\geq 2,1$ und $\leq 5,1$; 1:1 whole-food plant-based diet, Bewegung + Stress-Management 16 Wo. vs. usual care; stabile Med. 3 Mon. vorher bis Wo. 16

A
Cumulative incidence

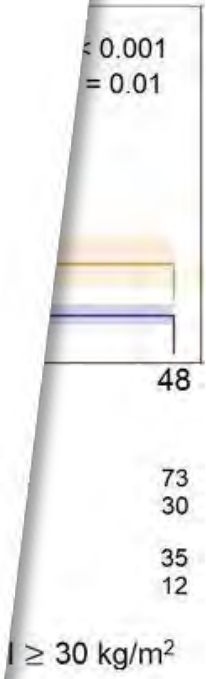


Metabolische Werte ITT versus Control:

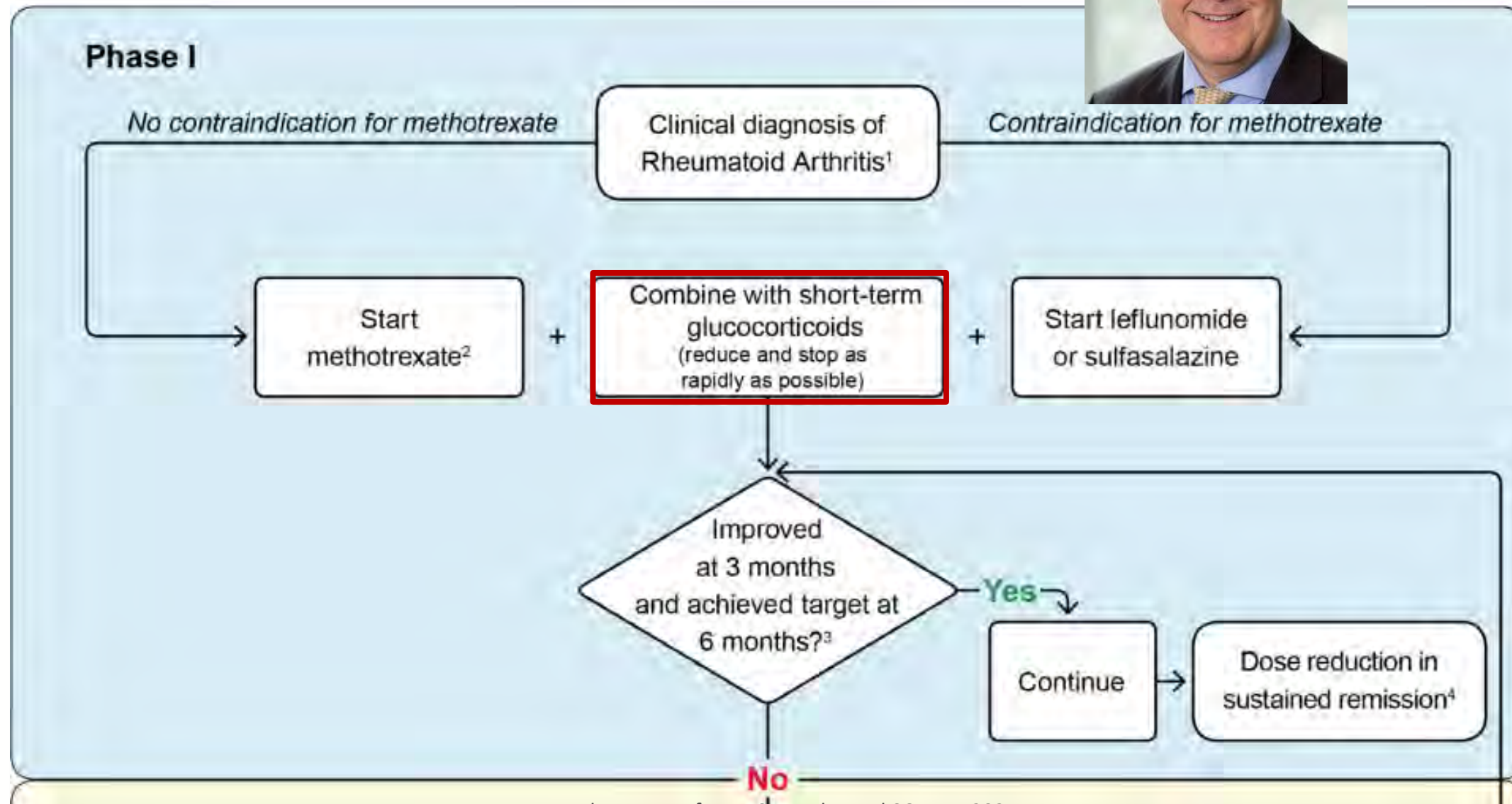
Gewicht -3,9kg
Fettmasse (DXA) -2,8kg
Taillenumfang -3cm
LDL -0,32 mmol/l
HbA1c -1,3mmol/mol

Nr Risk	632	184	95	93	23
Nr Event	0	155	112	43	16
Nr Risk	161	155	112	93	23
Nr Event	0	43	16	14	14

Walrabenstein W et al., Rheumatology 2023;62:2683-2691



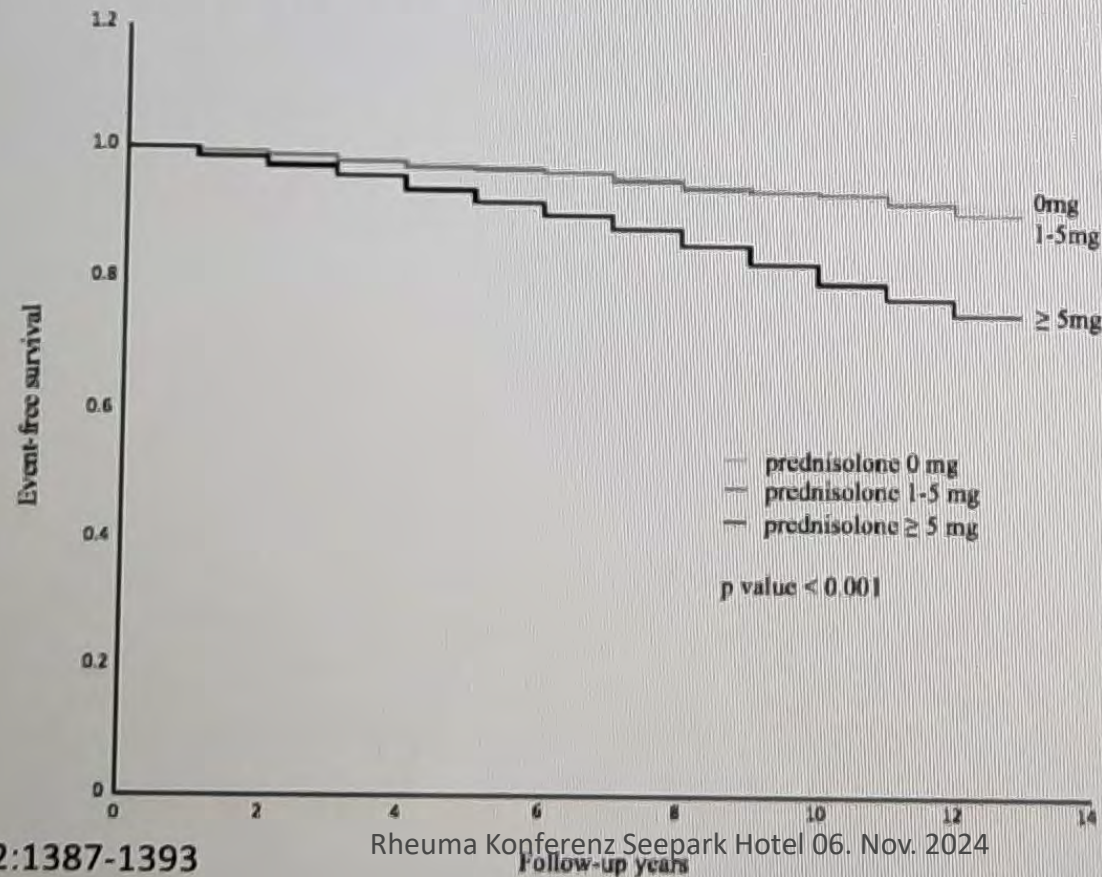
EULAR – Therapieempfehlungen für RA



Kardiovaskuläres Risiko Glukokortikoide

WIN RA: Therapiesicherheit

- Populationsbasierte retrospektive Analyse Hong Kong-Datenbank; 12.233 RA-Pat. ohne MACE zu Baseline mit mind. 1 Follow-Up, mittleres Follow-up $8,7 \pm 3$ J., 105 826 Pat.-J.
- Prim. Endpkt.: 1. MACE inkl. Bezug zur verordneten GC-Dosis + Dauer; adjustiert nach demographischen Faktoren, CV-Risikofakt., Entzündungsparameter, DMARDs



MACE (Erstereignis) in 7%

Pred. ≥ 5 mg/d:

Risiko-Steigerung für MACE
7% pro Monat



Ebetrexat – was gibt es zu sagen



Klaus Krüger

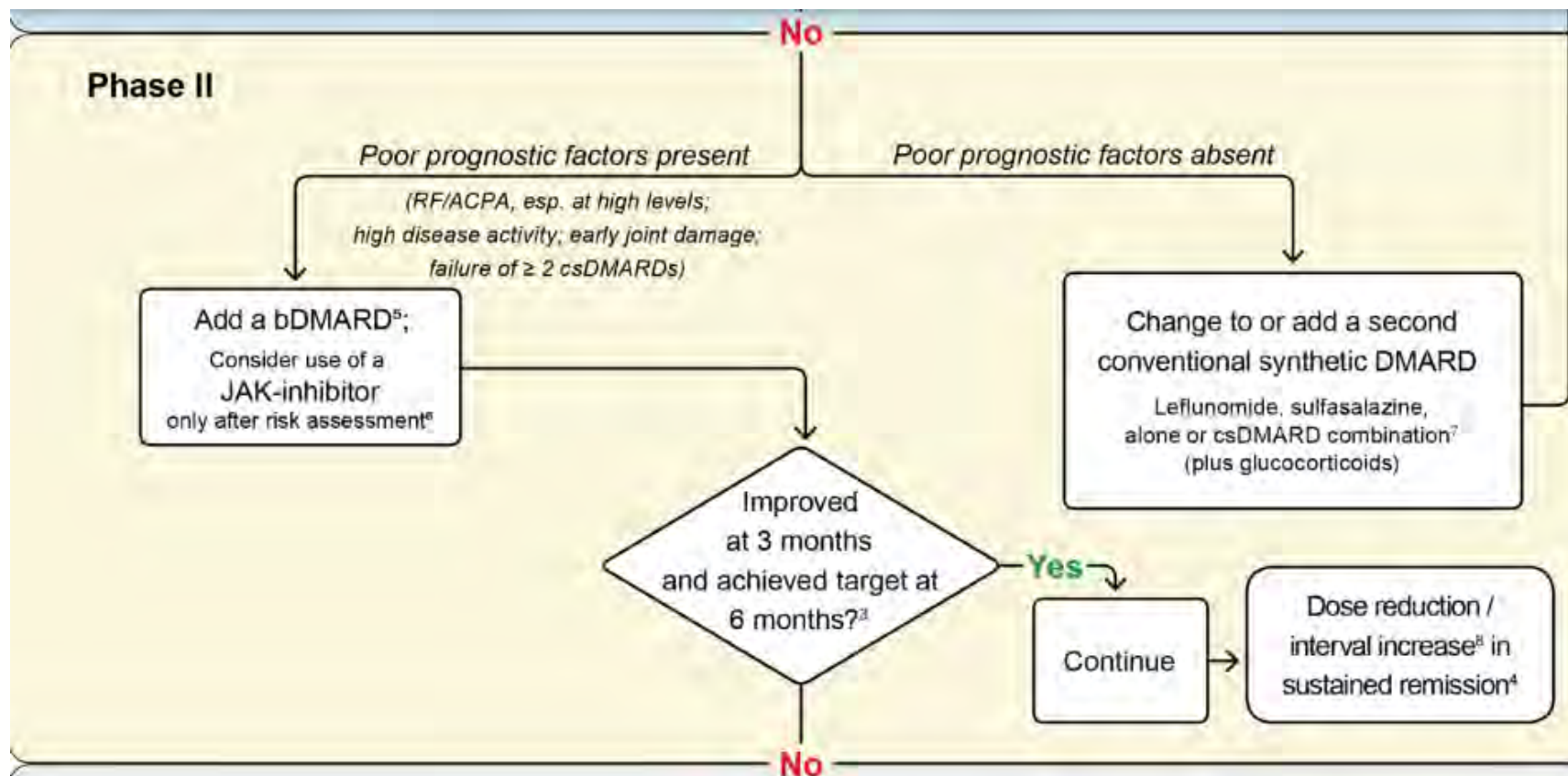


- Die Datenlage zur Beeinflussung der MTX Toxizität durch NSAR ist inkonsistent
- Aufgrund einzelner Studien ist ein Einfluss – vor allem bei gleichzeitiger Einnahme und bei eingeschränkter Nierenfunktion – nicht auszuschließen.
- Es gibt keine Studien, die den Einfluss unterschiedlicher NSAR miteinander vergleicht



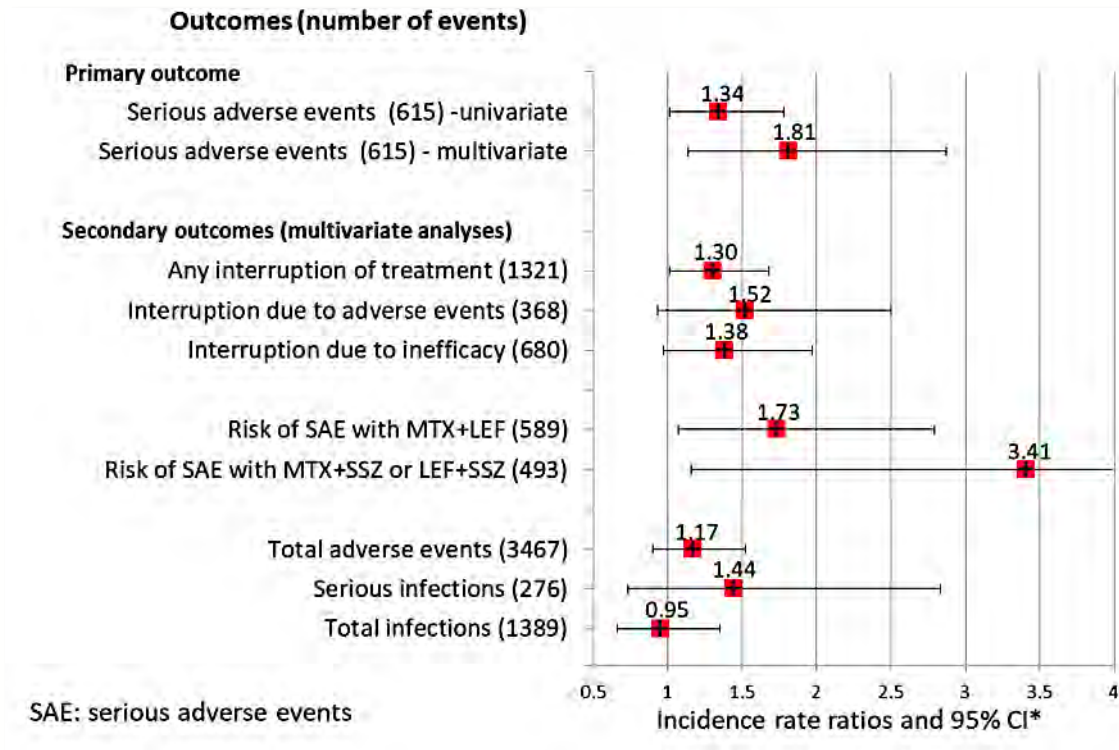
Ebetrexat – was gibt es zu sagen

- **NSAR Pause am MTX Tag ist** aufgrund der unklaren Datenlage **zu diskutieren**, bei eingeschränkter Nierenfunktion ratsam.
- Bei kurzer HWS reicht vermutlich 12 Stunden Abstand – das ist aber nicht untersucht.
- Dis gilt NICHT für low dose ASS – Unbedenklichkeit GESICHERT.



csDMARD Kombi - "nicht ideal"

AB0508 (2024) THE EFFECT OF COMBINATIONS OF CONVENTIONAL SYNTHETIC DMARDs ON THE SAFETY AND TREATMENT RETENTION OF BIOLOGIC AGENTS OR JAK INHIBITORS IN RHEUMATOID ARTHRITIS.. Ramos - BiobadaBrasil; 1300 Pat



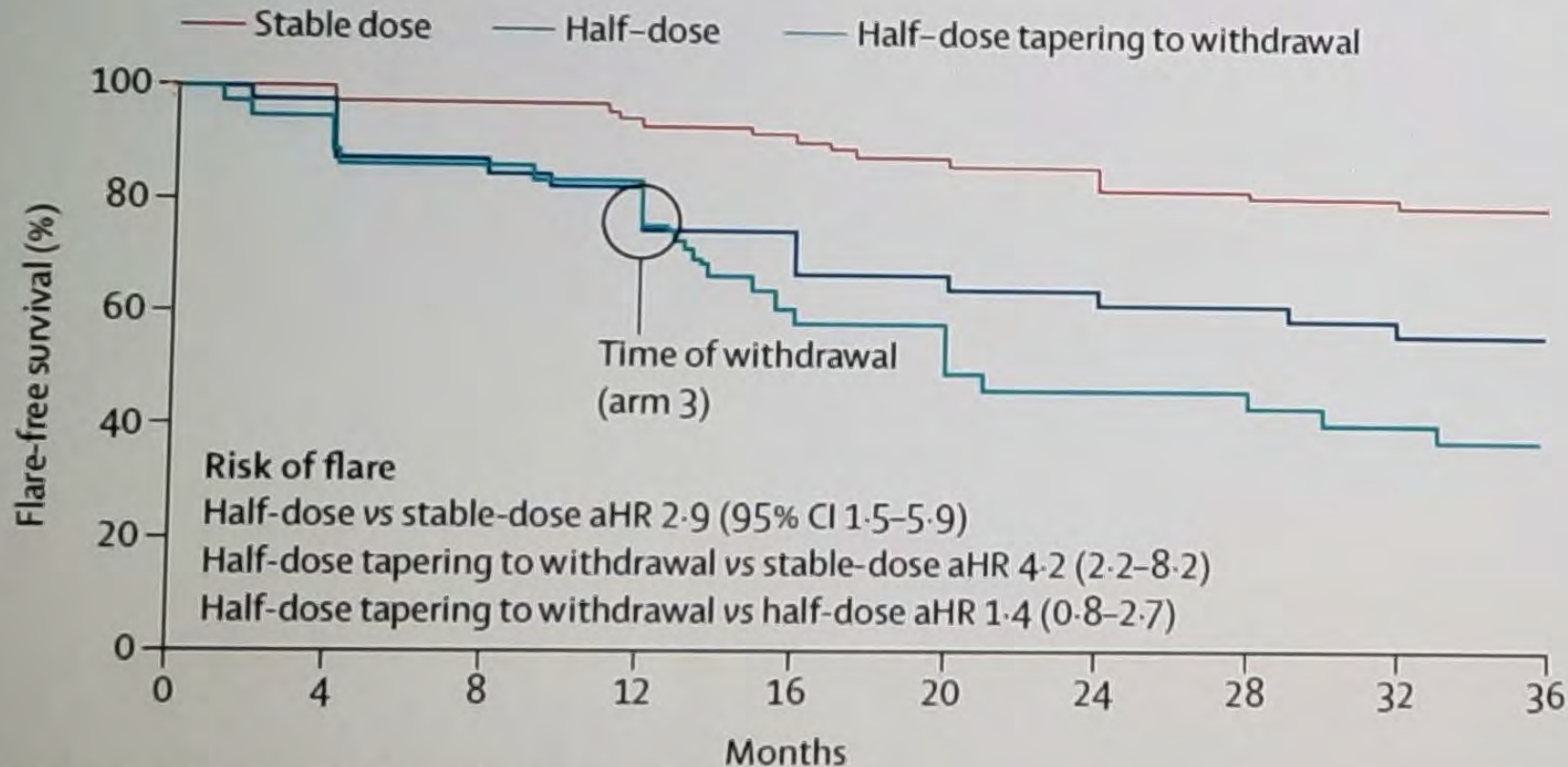
- Kombinationen von MTX+LEF und SSZ+MTX/LEF waren unabhängig voneinander mit einem signifikant höheren Risiko für SAE verbunden.
- *Interessanterweise* - Biologika/JAKi kein signifikant höheres Risiko für unerwünschte Ereignisse insgesamt sowie für schwere Infektionen

Kommentar: MTX+LEF - sogar in der Fachinformation "NICHT" empf.

Tapering csDMARD, 3-J.-Daten ARCTIC-REWIND

WIN RA: klinische Studien,
Deeskalation

- Random.-kontroll. multizentr. open-label Nichtunterlegenheits-Studie, 160 Pat., stab. Rem. ≥ 12 Mon. csDMARD; MTX p.o./s.c., SSZ, LEF, HCQ allein o. komb.; 2:1:1 stabile Dosis : halbe Dosis : halbe Dosis 12 Mon.+ Absetzen aller csDMARDs; Schub -> Rückkehr, T2T
- Prim. Endpkt.: % Schubfreies Überleben über 3 Jahre



	Stable-dose	Half-dose	Half-dose 0–12 months, then withdrawal
--	-------------	-----------	--

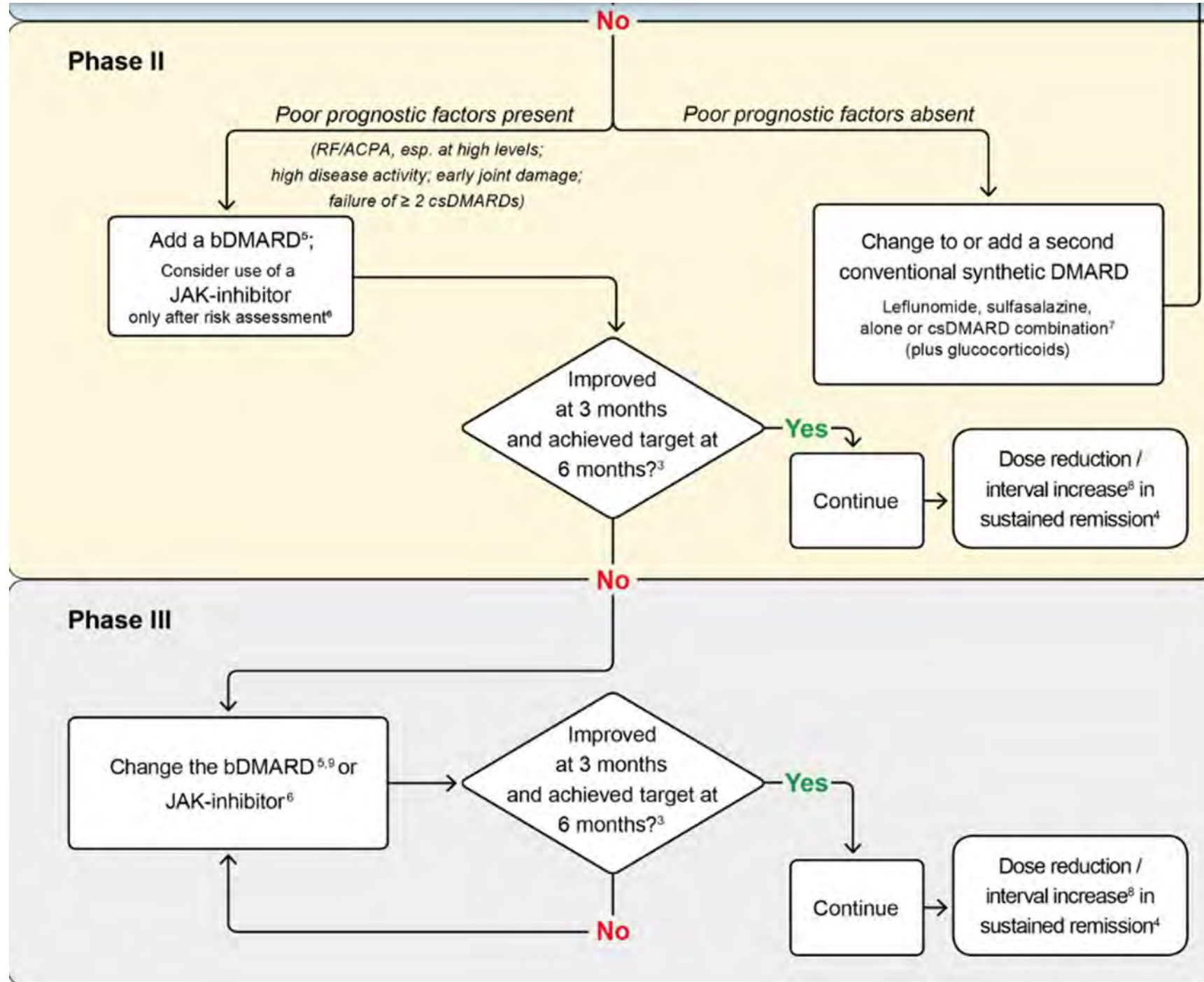
ACR-EULAR Boolean remission

12 months	56/77 (73%) [‡]	25/39 (64%)	22/36 (61%) [§]
24 months	47/73 (64%)	21/37 (57%)	20/35 (57%)
36 months	55/67 (82%) [§]	25/36 (69%)	19/34 (56%) [§]

Van der Heijde mod. Sharp-Score +3pt

Stable dose	Half-dose	Half-dose, withdrawal
1/68 (1,5%)	7/36 (19%)	4/35 (11%)





Das RABBIT-Register

Einschluss von Patient:innen mit Beginn einer DMARD-Therapie

Mindestens 5 und bis zu 10 Jahre Beobachtungsdauer

Regelmäßige Messzeitpunkte nach 3 und 6, dann alle 6 Monate

Rheumatolog:in

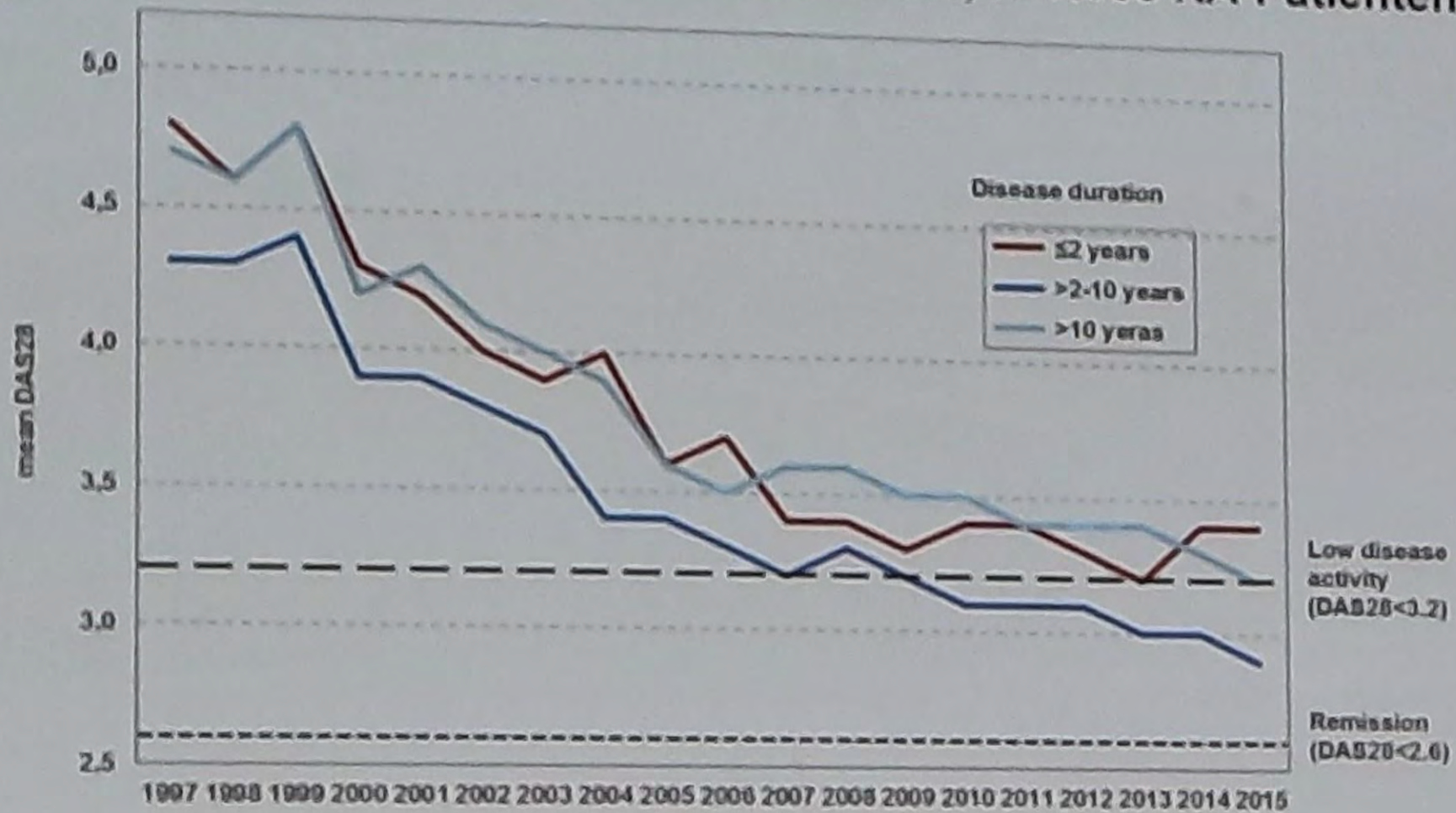


Patient:in

2001	2003	2007	2009	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Enbrel Remicade	Humira Kineret	MabThera Orencia	Cimzia RoActemra Simponi	Inflectra Remsima	Benepali	Olumiant Xeljanz Flixabi Rixathon	Kevzara Zessly	Amgevita Hyrimoz Hulio/Imraldi/ Idacio	Rinvoq Jyseleca

Kontrolle: csDMARD nach ≥ 1 DMARD Versagen

DAS28 in Abhängigkeit von der Krankheitsdauer; n≈7.000 RA-Patienten pro Jahr



Deutsche Kerndokumentation/DRFZ

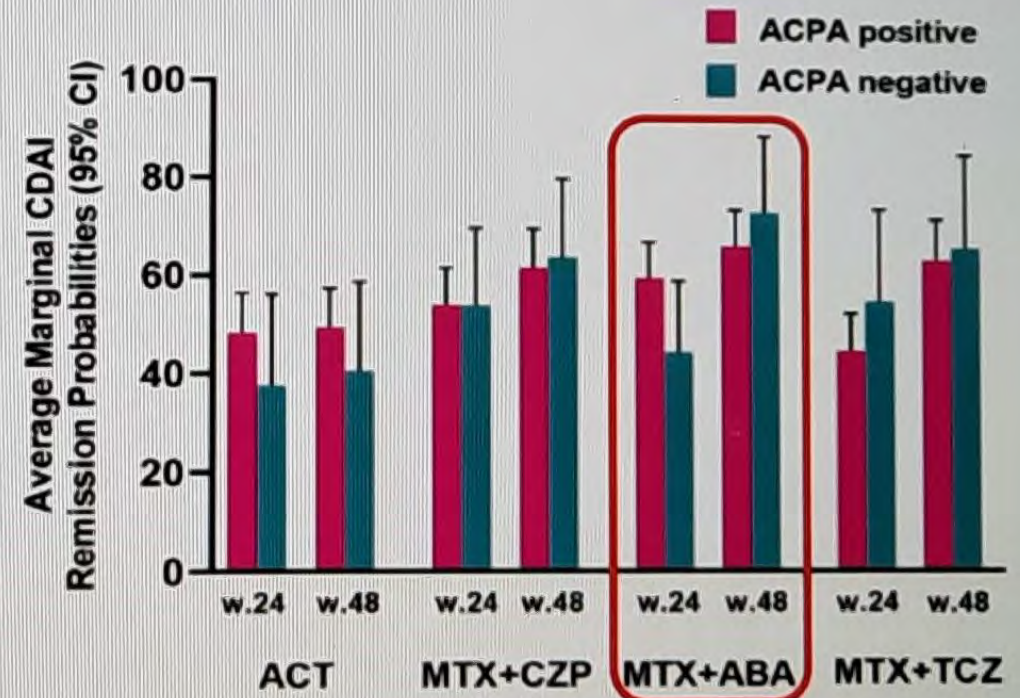
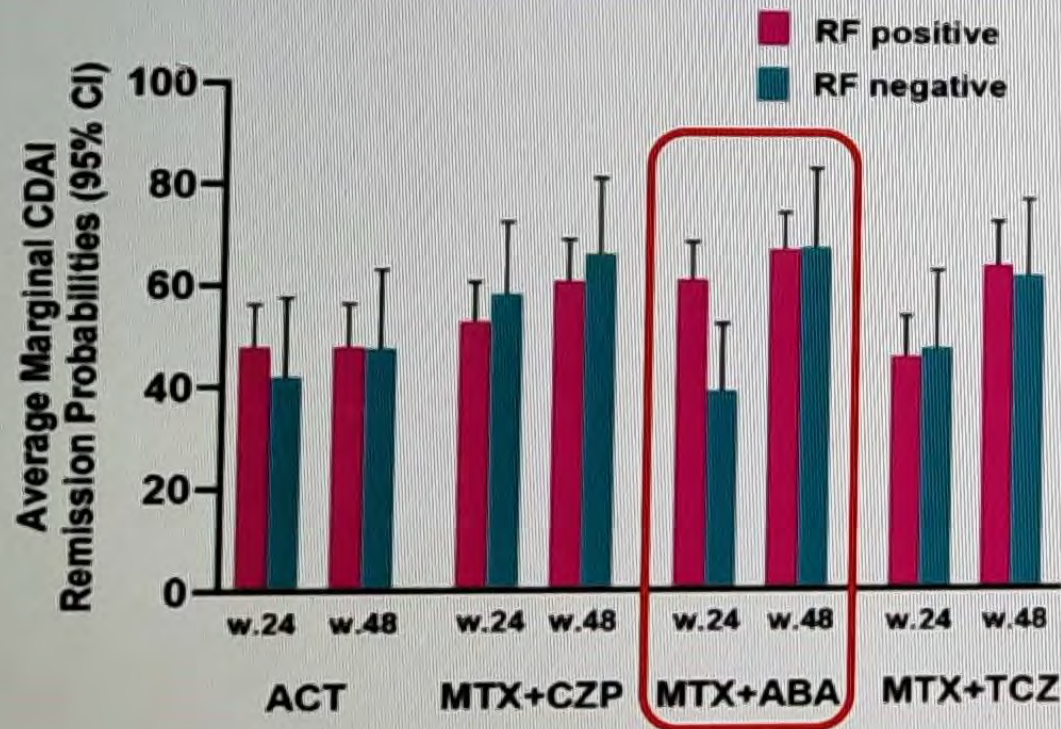
DAS28: Disease activity Score mit 28 Gelenken, DRFZ: Deutsches Rheuma-Forschungszentrum Berlin, RA: rheumatoide Arthritis.

Albrecht K, et al. Z Rheumatol. 2017;76(1):50-57.

NORD-STAR – Einfluss Serostatus, shared epitope

WIN RA: klinische Studien,
frühe RA

- Phase-4-Studie, randomisiert open-label Untersucher-verblindet, multizentrisch
- 812 Pat. mit ED RA, aktiv, DMARD-naiv, stratifiziert nach Land, Geschlecht, Serostatus; randomisiert 1:1:1:1 zu MTX+GC bzw. MTX,SSZ,HCQ+GC i.a., Abatacept/MTX, Certolizumab/MTX, Tocilizumab/MTX; prim. Endpkt.: CDAI zu Woche 24, 48



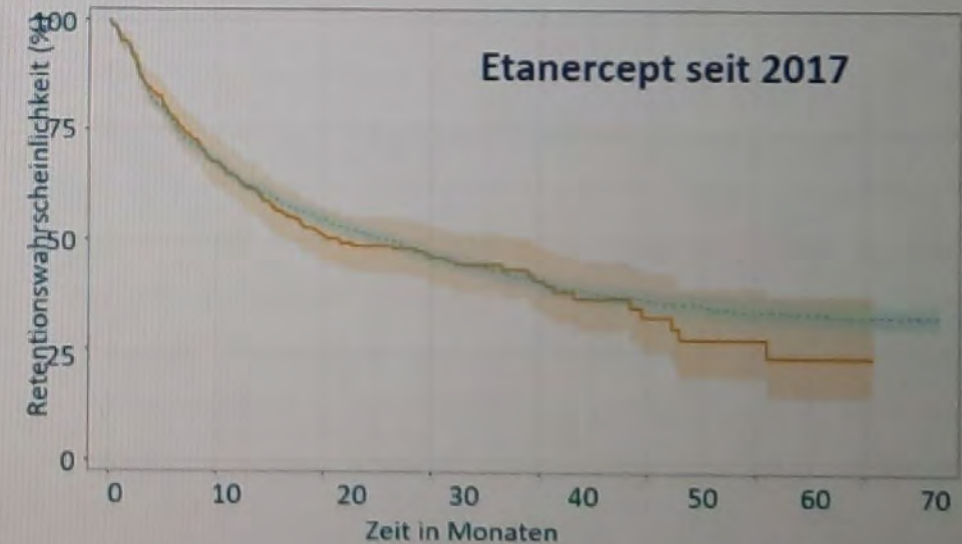
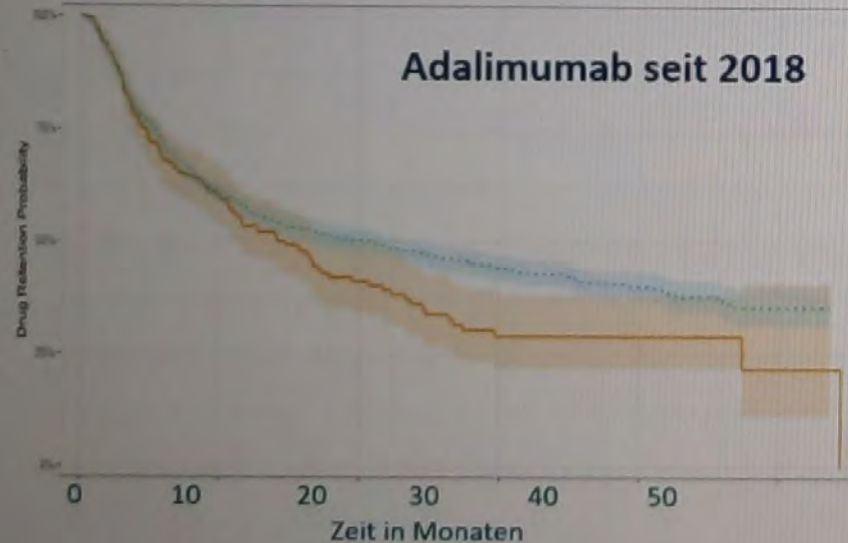
Therapiekontinuität von TNFi-Originals und ihren Biosimilars

Analysierte Episoden: Adalimumab (ADA), Etanercept (ETA) und Infliximab (INF)-Beginn nach Zulassung bis 06/2023

	ADA BO	ADA BS	ETN BO	ETN BS	IFX BO	IFX BS
Erstes Einschussjahr	2018		2017		2014	
Anzahl an Therapieepisoden	254	1857	352	2994	72	220

Ähnliche Patientencharakteristika;
Biosimilar-Starter häufiger mit
MTX Kombi, weniger
Vorthérapien, häufiger bionativ.

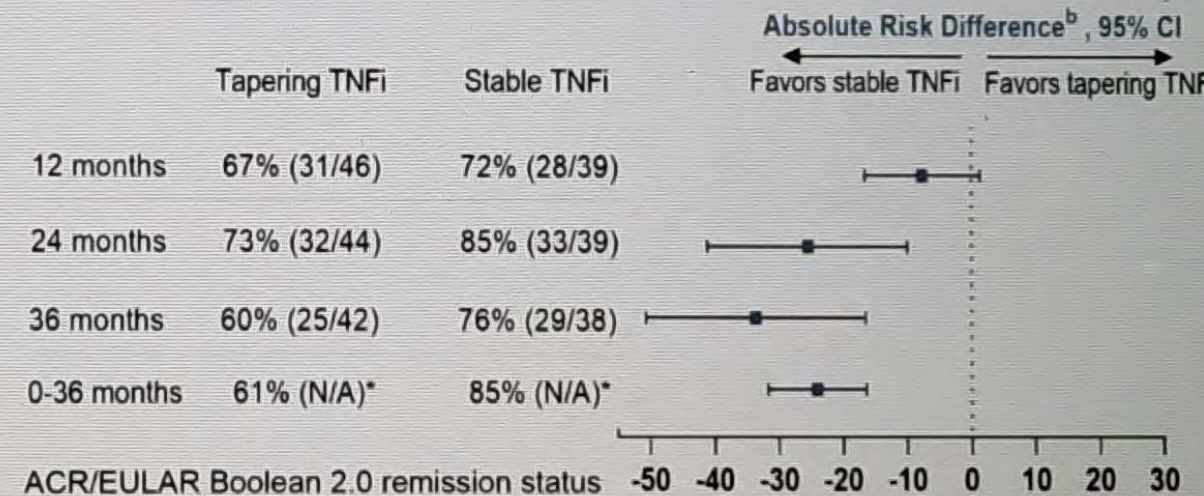
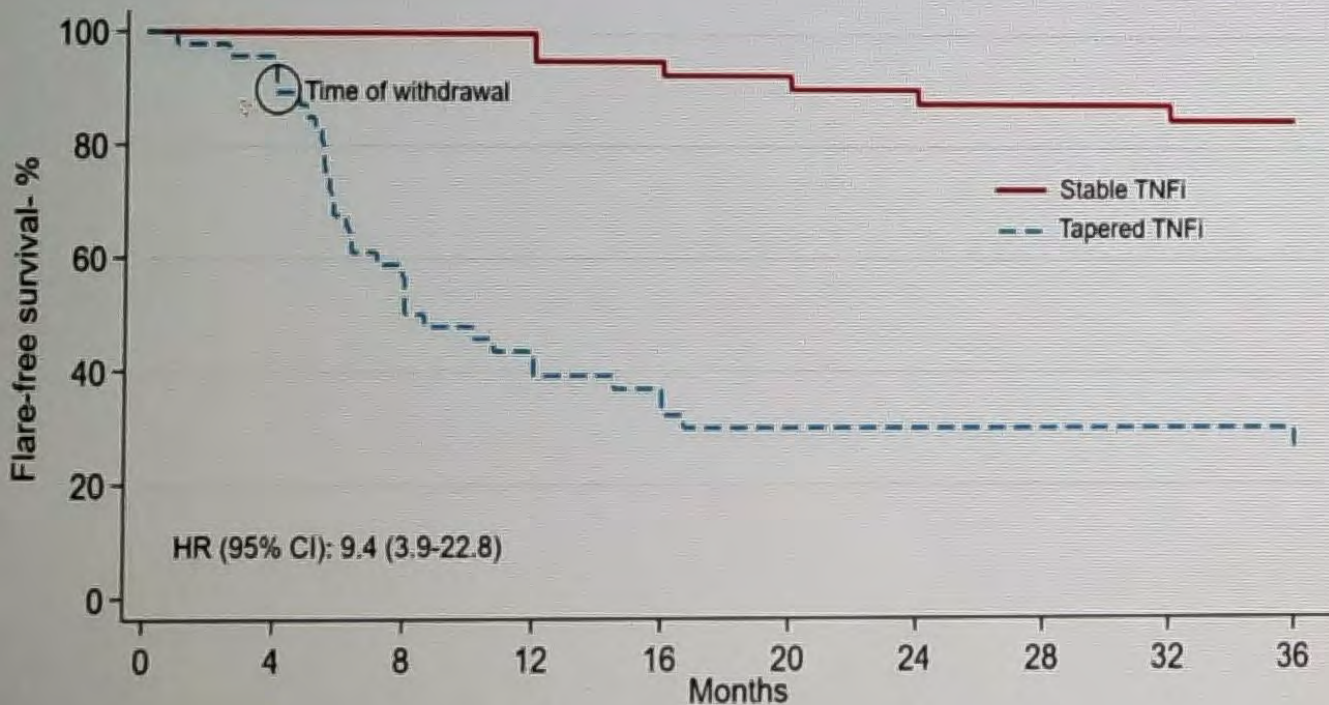
Kaplan-Meier-Kurven für Therapieretention (nur UE, Wirkversagen, non-Adhärenz)



Tapering TNFi, 3-J.-Daten ARCTIC-REWIND TNFi

WIN RA: klinische Studien,
Deeskalation

- Random.-kontroll. multizentr. open-label Nichtunterlegenheits-Studie, 99 Pat., mittlere Krank.-dauer 4J., stab. Rem. ≥ 12 Mon. TNFi; 1:1 stabile Dosis : 4 Mon. halbe Dosis + Absetzen; Begleit-csDMARD stabil
- Schub -> Rückkehr, T2T; Prim. Endpkt.: % schubfreies Überleben über 3 Jahre



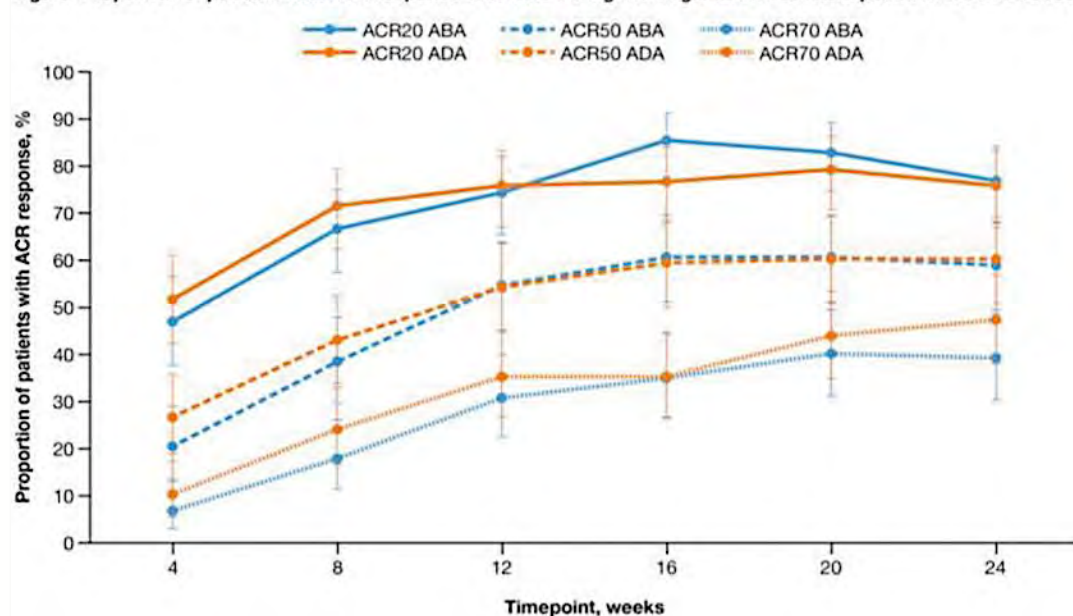


Abatacept *nicht besser* als Adalimumab "zu Beginn der RA"

OP0007 (2024) S.C. ABATACEPT VS ADALIMUMAB HEAD-2-HEAD COMPARISON IN ADULTS WITH EARLY, DUAL SEROPOSITIVE RHEUMATOID ARTHRITIS POSITIVE FOR THE SHARED EPITOPE HLA CLASS II RISK ALLELES, AND AN INADEQUATE RESPONSE TO METHOTREXATE: RESULTS FROM THE PHASE 3 AMPLIFIED TRIAL. M. A. Maldonado

Prior evidence suggests that for patients early in their RA disease course, may be predictive of an enhanced response to treatment with abatacept (ABA) compared with adalimumab (ADA).

Figure. Proportion of patients with ACR response over time during the single-blind treatment period in the SE+ subset

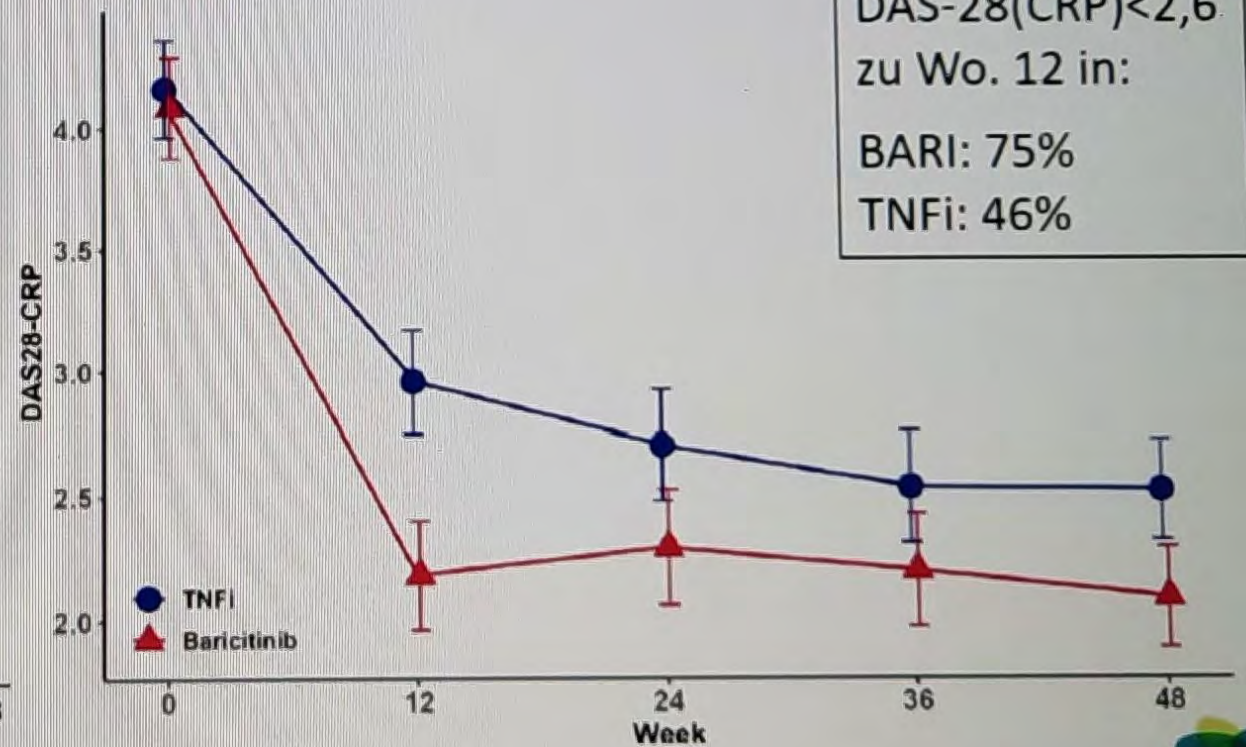
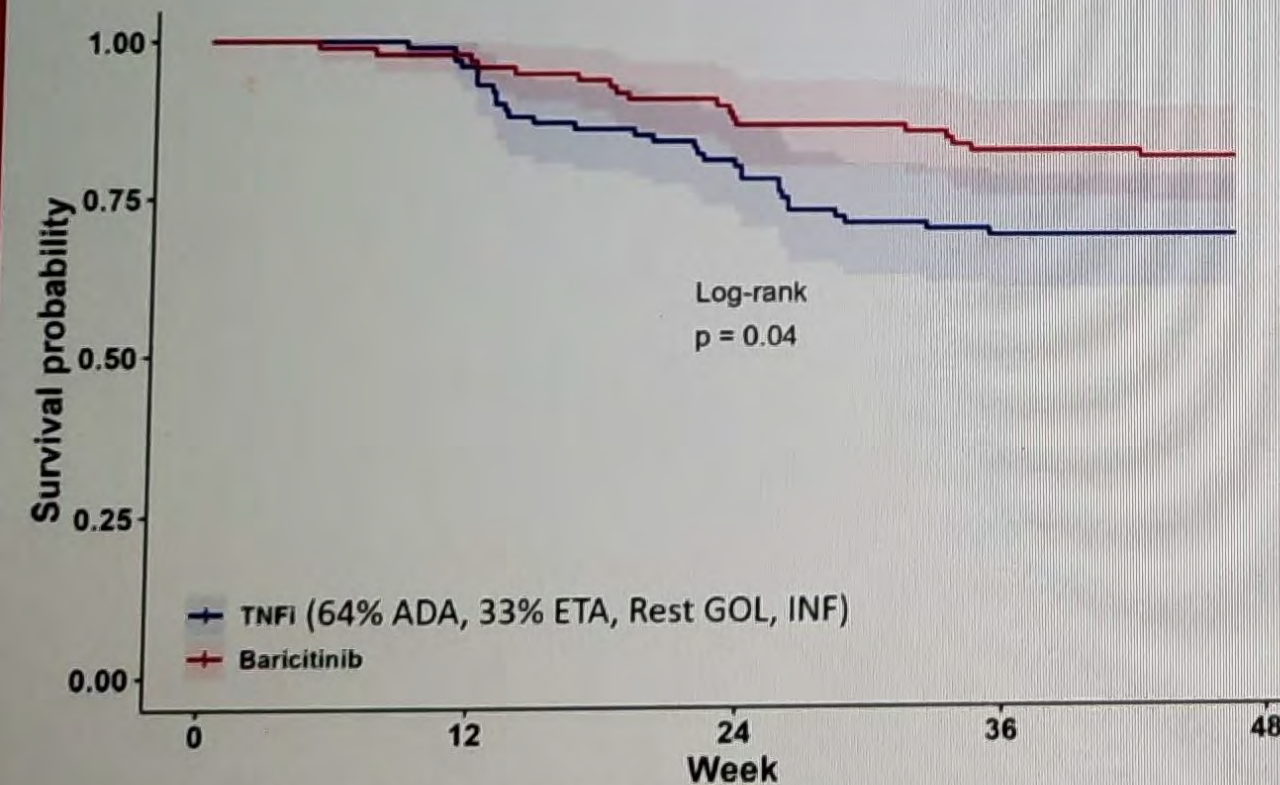


ABA, abatacept; ACR20/50/70, 20%/50%/70% improvement in ACR criteria; ADA, adalimumab; SE, shared epitope.

- ... reagierten die Patienten sowohl auf Abatacept als auch auf Adalimumab gut.
- Anders als die Ergebnisse einer früheren Pilotstudie brachten Pos RF und shared-Epitope-Positivität in dieser Studie **keinen Vorteil** hinsichtlich des Ansprechens auf die Behandlung mit **Abatacept** gegenüber **Adalimumab**.

PerfectRA – TNFi oder JAKi n. csDMARD-Versagen ?

- Multizentr. randomisierte open-label real-world Nichtunterlegenheitsstudie BARI vs. TNFi
- 201 Pat., aktive RA n. Versagen csDMARD, b/tsDMARD-naiv , mittl. Krankheitsdauer 2J.
- 1:1 BARI : TNFi, bei fehlend. Ansprechen Switch ab Wo. 12 u. T2T, Follow-Up über 48 Wo.
- Prim. Endpkt.: Nichtunterlegenheit ACR50 BARI versus TNFi Wo.12



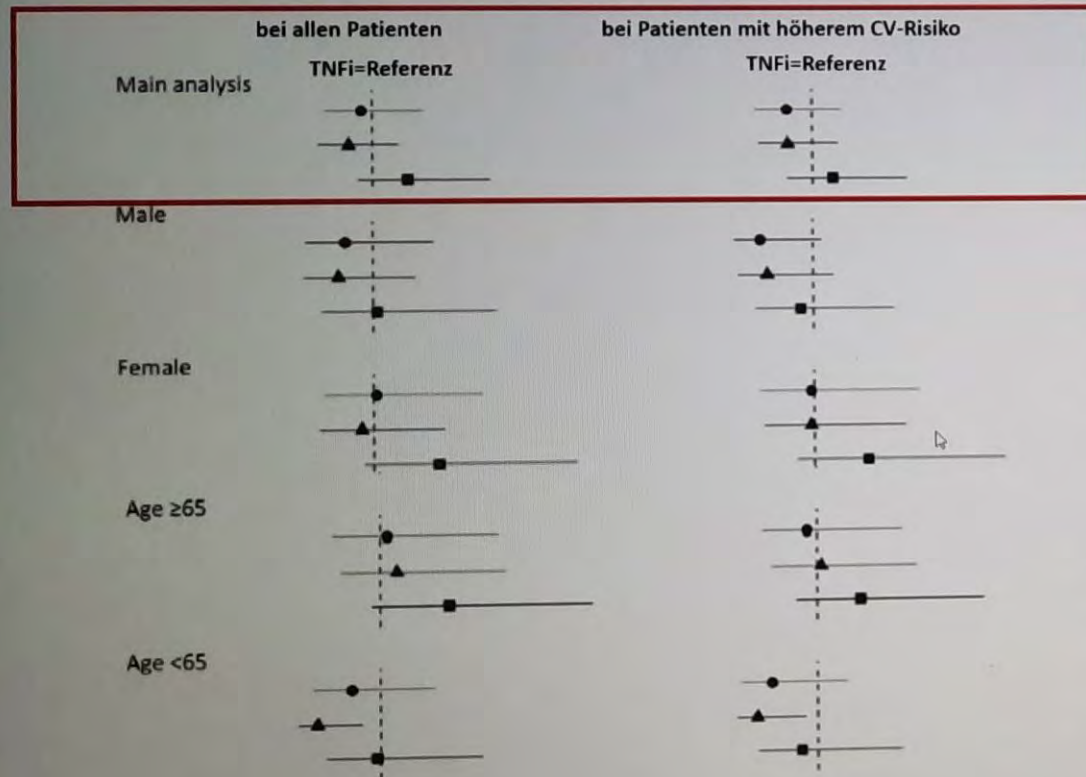
Remission n.
DAS-28(CRP)<2,6
zu Wo. 12 in:
BARI: 75%
TNFi: 46%

Hazard Raten zum kardialen Risiko



DOKTOR JUST

Hazard-Raten im Vergleich zur TNFi-Therapie



Treatment exposure group	Overall patients HR (95% CI)	Cardiovascular risk patients HR (95% CI)
JAKi	0.89 (0.52; 1.52)	0.74 (0.41; 1.31)
other bDMARDs	0.76 (0.45; 1.27)	0.75 (0.45; 1.27)
csDMARDs	1.36 (0.85; 2.19)	1.21 (0.74; 1.98)
JAKi	0.72 (0.32; 1.62)	0.46 (0.19; 1.10)
other bDMARDs	0.65 (0.30; 1.43)	0.53 (0.23; 1.21)
csDMARDs	1.04 (0.48; 2.25)	0.87 (0.41; 1.85)
JAKi	1.03 (0.50; 2.1)	0.97 (0.45; 2.09)
other bDMARDs	0.88 (0.45; 1.72)	0.97 (0.48; 1.95)
csDMARDs	1.66 (0.90; 3.06)	1.56 (0.87; 2.99)
JAKi	1.07 (0.51; 2.21)	0.90 (0.43; 1.90)
other bDMARDs	1.17 (0.60; 2.28)	1.05 (0.53; 2.05)
csDMARDs	1.70 (0.91; 3.17)	1.46 (0.78; 2.75)
JAKi	0.71 (0.32; 1.55)	0.53 (0.21; 1.32)
other bDMARDs	0.36 (0.16; 0.82)	0.38 (0.16; 0.89)
csDMARDs	0.96 (0.45; 2.05)	0.84 (0.38; 1.88)

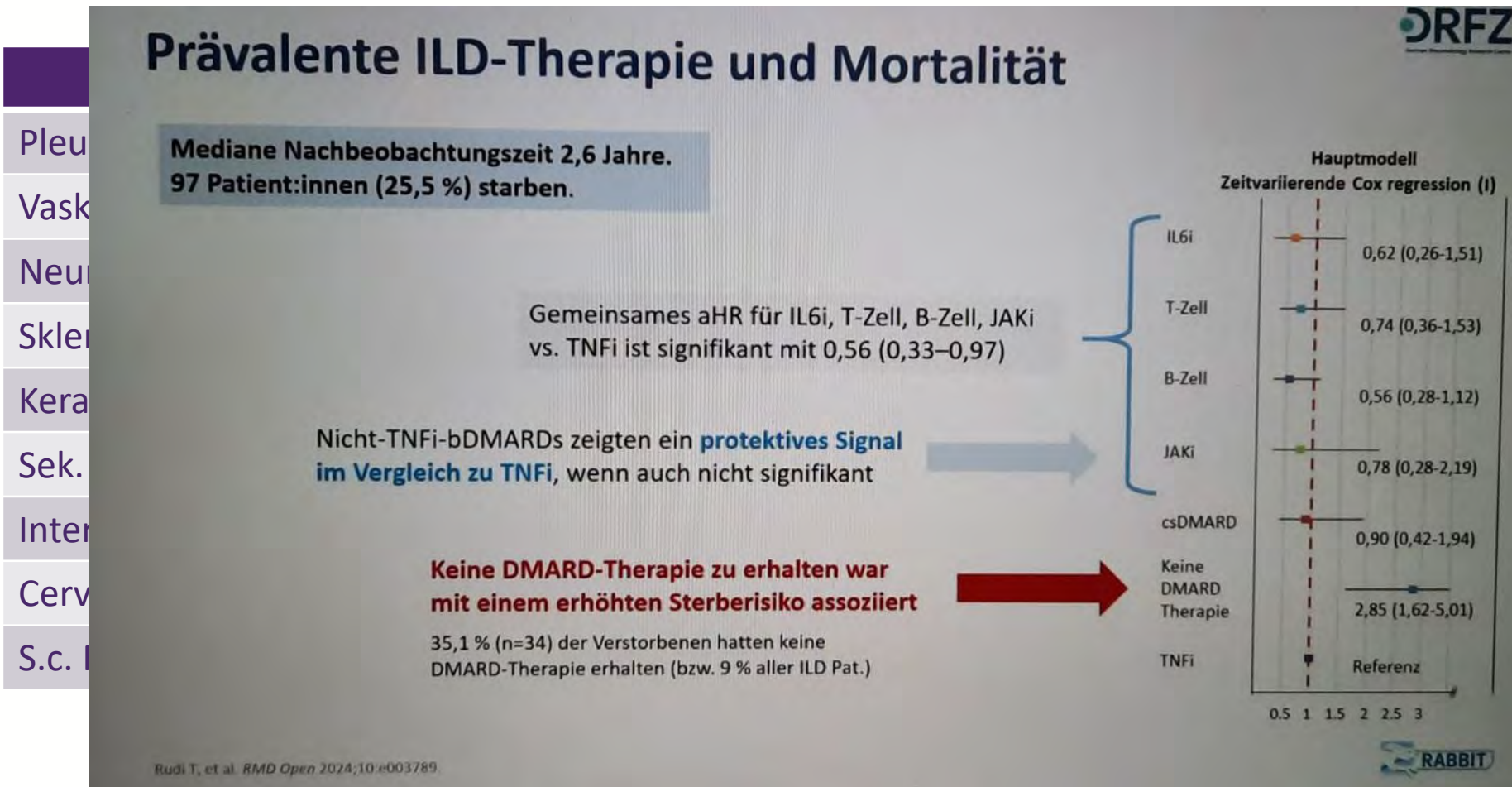
Meissner Y, et al. *RMD Open* 2023;9(4):e003489.

RA – mehr als nur Gelenke: Extraartikuläre Manifestationen

Veränderungen durch NEUE Therapien



DOKTOR JUST



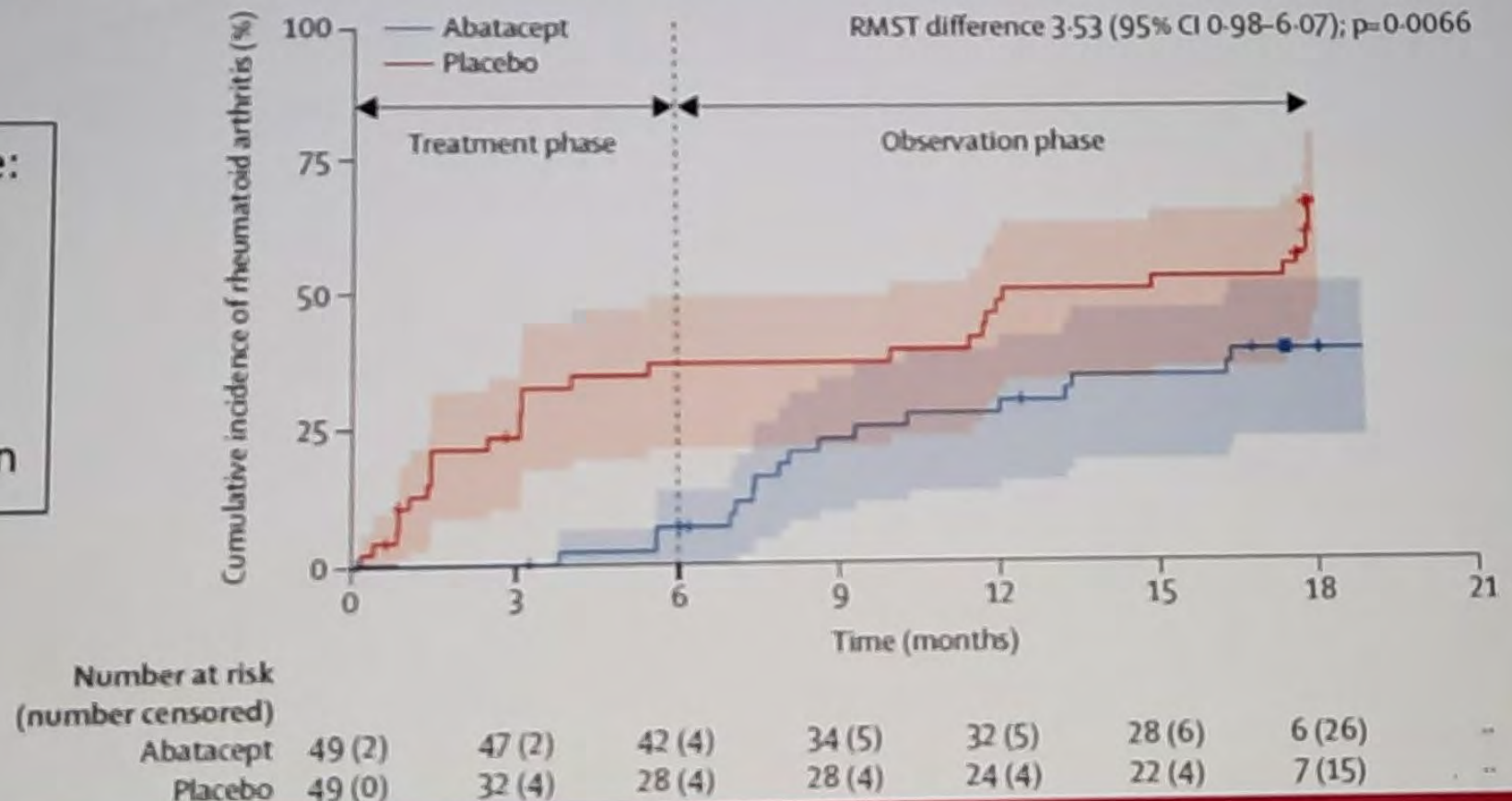
ARIAA-Studie

- Randomisiert-doppelblinde placebo-kontrollierte multizentrische Studie
- 100 Pat. ACPA+ + Arthralgien + MRT-Hand subklin. pos. (Tenosyn., Synovitis, Osteitis), therapienaiv; ABA s.c. vs. Placebo über 6 Mo. + 12 Mon. Follow up 12
- Prim. Endpkt.: % Pat. mit Red. d. Entzündungsscore MRT ≥ 1 Punkt zu Monat 6

Besserung ≥ 1 Pkt. MRT-Score:

	ABA	Placebo
Monat 6:	57%	31%
Monat 18:	51%	24%

V.a. Abnahme Tenosynovitiden

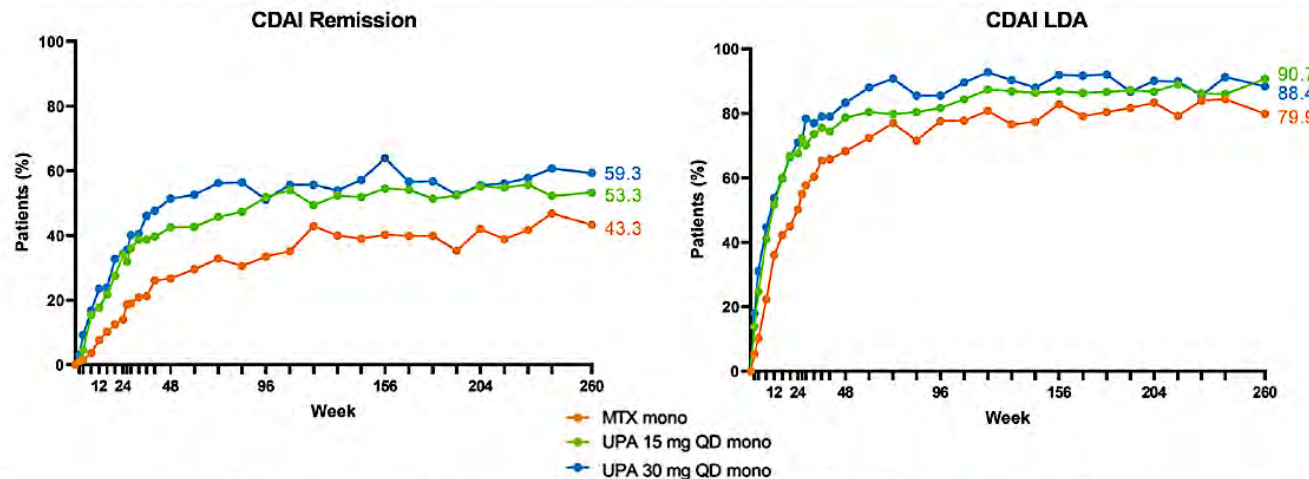


Select early

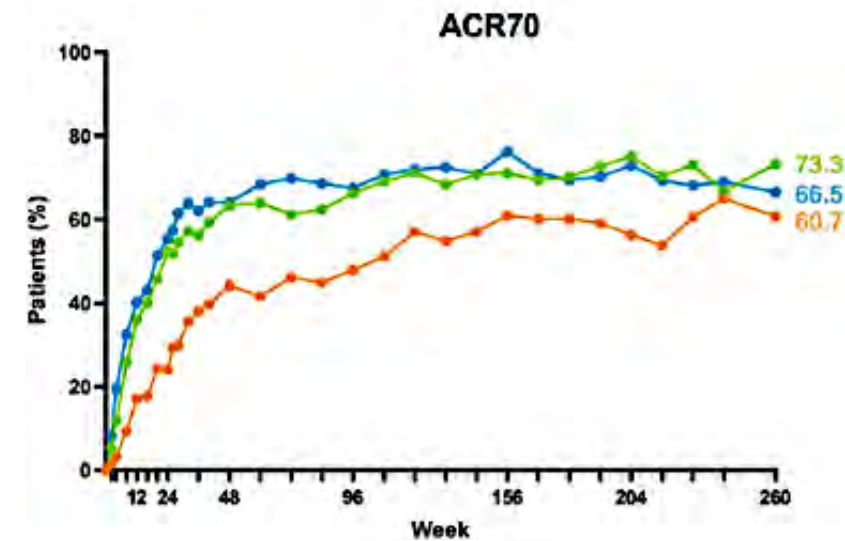
JAK - first line - "5 Jahres Daten" (Upadacitinib)

Upadacitinib monotherapy versus methotrexate monotherapy in patients with rheumatoid arthritis: Efficacy and safety through 5 years in the SELECT-EARLY. randomised controlled trial. van Vollenhoven R, Strand V, Takeuchi T, Arthritis Res Ther 2024
945 Pat. / RA seit 2-3 Ja. / 52 Ja.

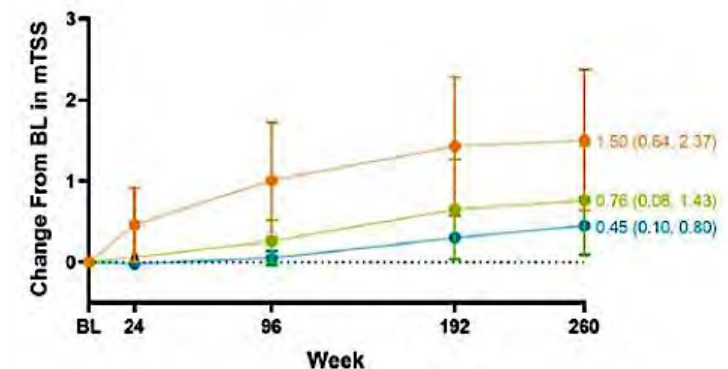
Results: Patients achieving CDAI disease activity states through 5 years (AO)



53.3% (UPA 15mg), 59.3% (UPA 30mg), and 43.3 (MTX) attained CDAI remission, and 90.7% (UPA 15mg), 88.4% (UPA 30mg), and 79.9% (MTX) achieved CDAI LDA at Wk260



mTSS



deutl. geringere radiol. Progression

RA Pat. ... hab

AB0505 (2024) A CROSS-SECTIONAL STUDY OF THE ASSOCIATION
ARTHRITIS. Y.Miwa, et al., Japan

The high rate of anxiety in RA patients was associated with
disease activity may be **necessary from a bio-psycho-social**

wenn das Ziel Remission

AB0540 (2024) TREAT (DEPRESSION TO REACH)-TO-TARGET IN RA

When the target of RA is set as remission, a comprehensive
depression as an integral part of the management



TOID
olling

DOKTOR

Danke für Ihre Aufmerksamkeit



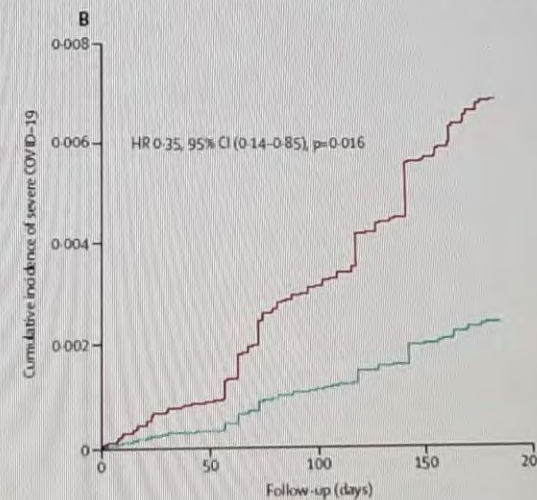
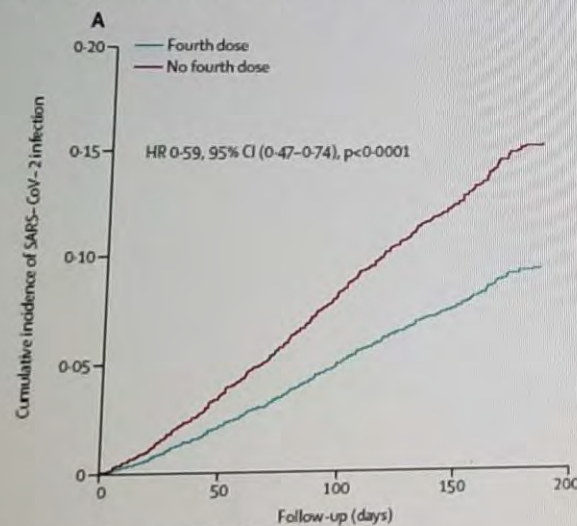
Rheuma Konferenz Seepark Hotel 06. Nov. 2024



Effizienz 4. COVID-19-Impfung

WIN RA: Impfungen

- Emulierte target-Analyse Versicherungsdaten Boston-Region, 4305 3-fach geimpfte Pat., ERE (51% RA), 55% csDMARDs, 43% b/tsDMARDs /hiervor 2,5% RIX)
- 3126 ad 4. Impf. mRNA-Vakzine, 1179 ohne, Zeit-Stratif. 1-Wo.-Intervalle; Jan–Jun 2022; Omikron; Mittl. Follow up Geimpfte 135d, Ungeimpfte 65d
- Prim. Endpkt.: SARS-CoV-2-Infektion +/- COVID-19; „overlap propensity score weighting“

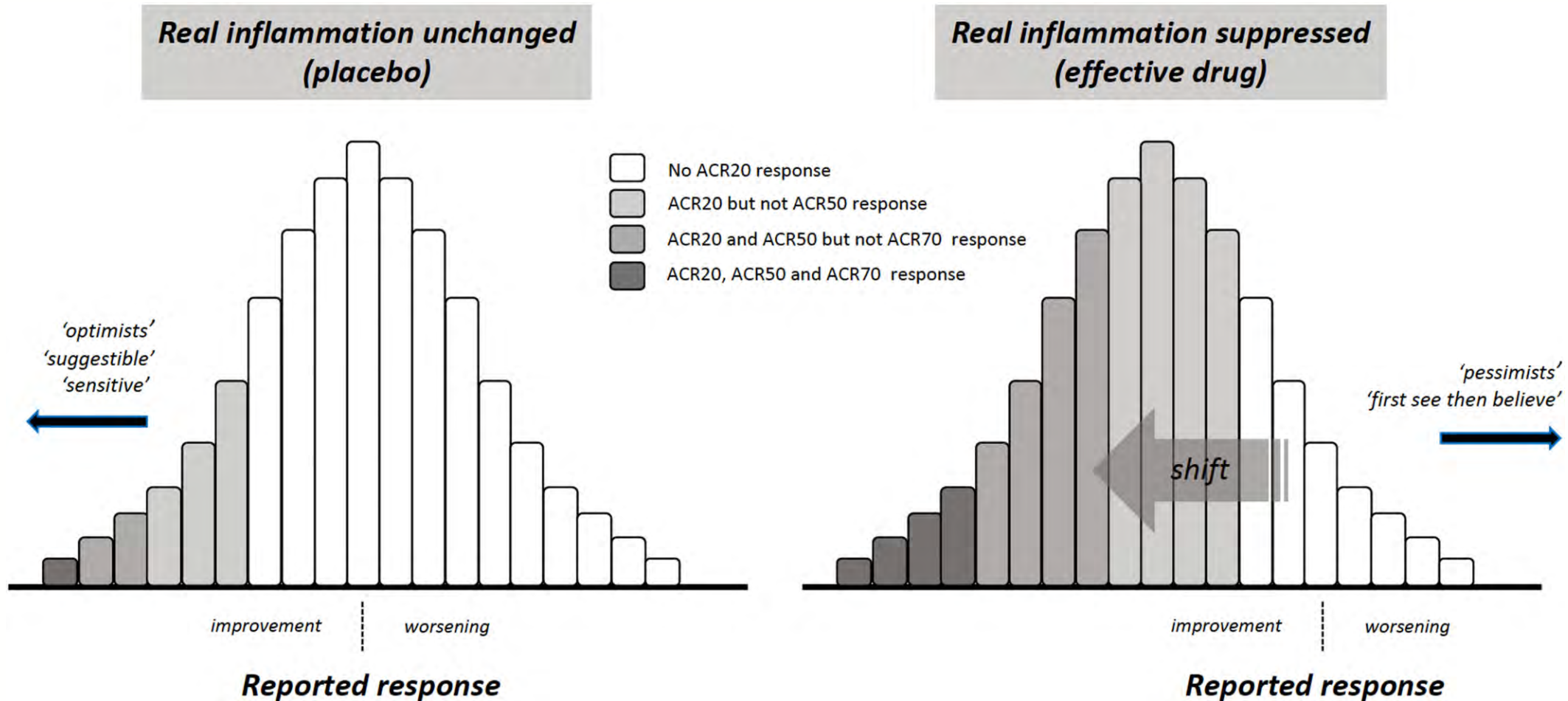


Hanberg JS et al., Lancet Rheumatol 2024;6:e21-30

Inflammation Suppression DMARD besser als NON hinsichtlich des Effektes auf Schmerz



DOKTOR JUST



Lungenbeteiligung bei RA



Fig 2. Forest plot of the pooled ORs for correlation of positive RF with RA-ILD. Data about positive RF was available for 67 RA-ILD patients and 1072 RA without ILD patients in Denis 2022 study.

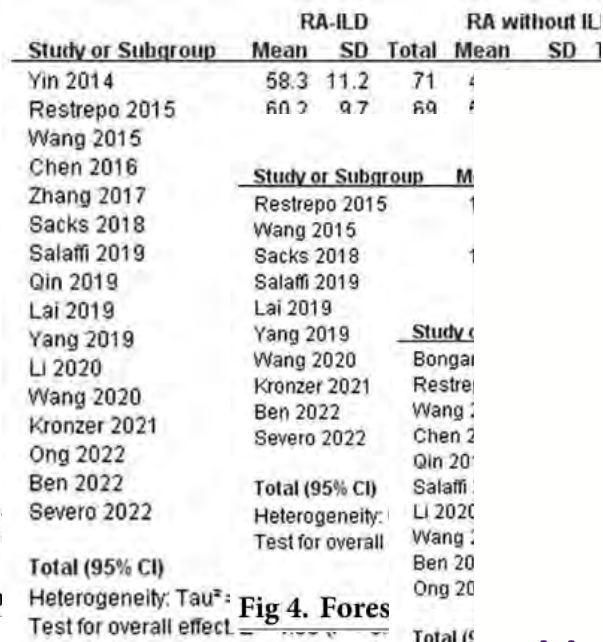


Fig 3. Forest plot of the pooled ORs for correlation of positive ACPA with RA-ILD. Data about positive ACPA was available for 67 RA-ILD patients and 1072 RA without ILD patients in Denis 2022 study.

Fig 3. Forest plot of the pooled ORs for correlation of positive ACPA with RA-ILD. Data about positive ACPA was available for 67 RA-ILD patients and 1072 RA without ILD patients in Denis 2022 study.

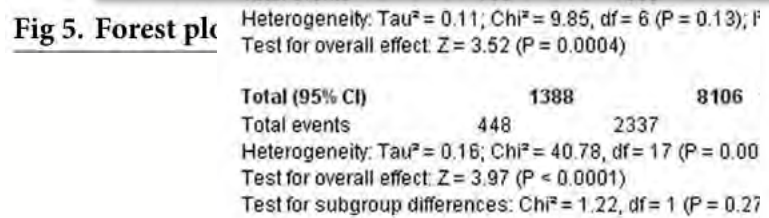


Fig 5. Forest plot of the pooled ORs for correlation of positive RF with RA-ILD. Data about positive RF was available for 67 RA-ILD patients and 1072 RA without ILD patients in Denis 2022 study.

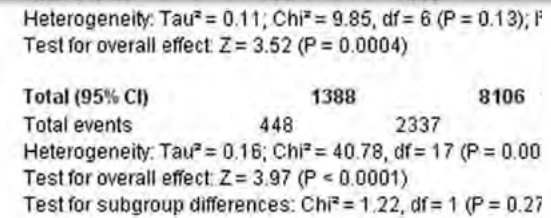


Fig 6. Forest plot of the pooled ORs for correlation of positive RF with RA-ILD. Data about positive RF was available for 67 RA-ILD patients and 1072 RA without ILD patients in Denis 2022 study.

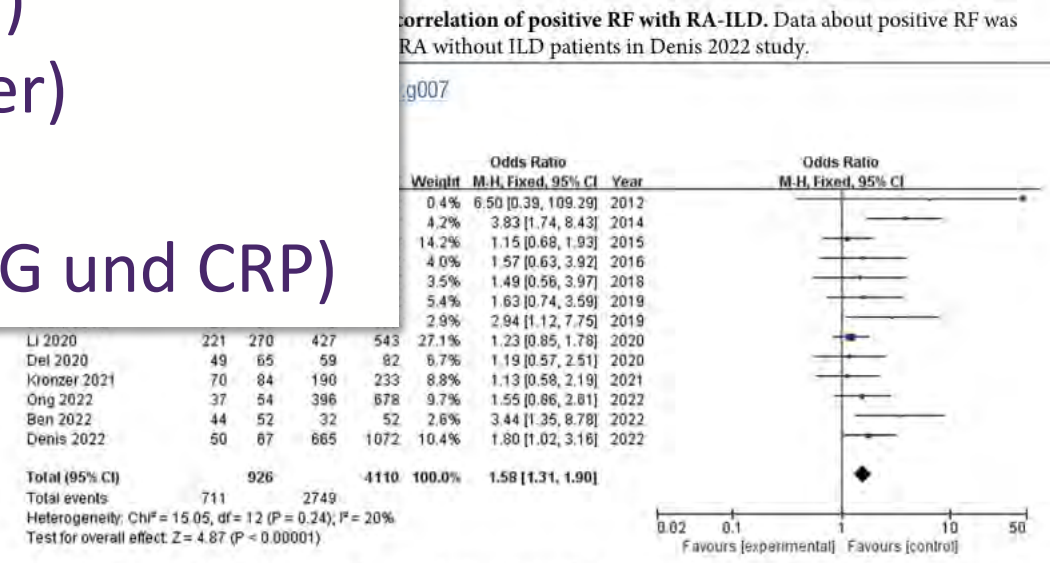
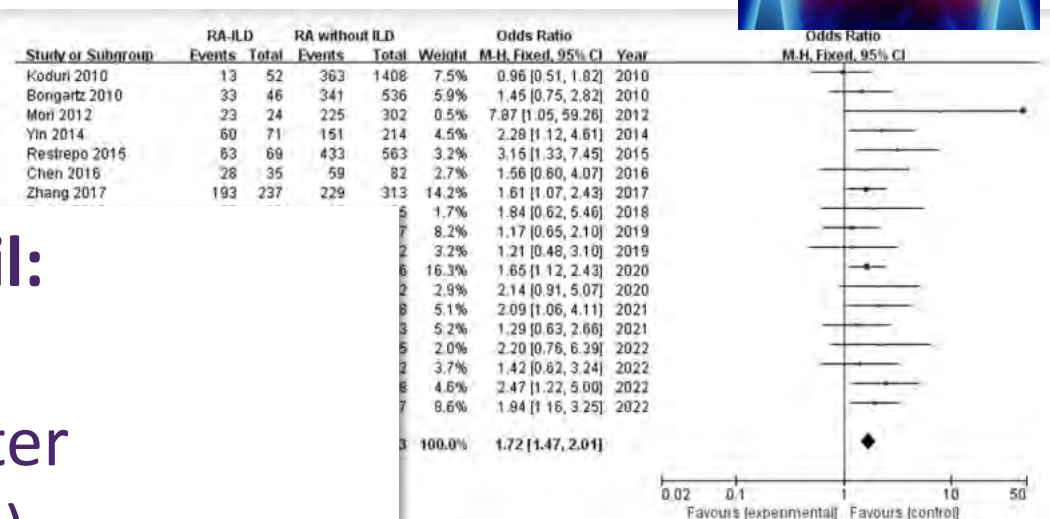


Fig 8. Forest plot of the pooled ORs for correlation of positive ACPA with RA-ILD. Data about positive ACPA was available for 67 RA-ILD patients and 1072 RA without ILD patients in Denis 2022 study.