



Doppelkonferenz

wann ist für früh ...
ist früh zu spät ...
ich behandle Pat. und kein Labor oder MRT

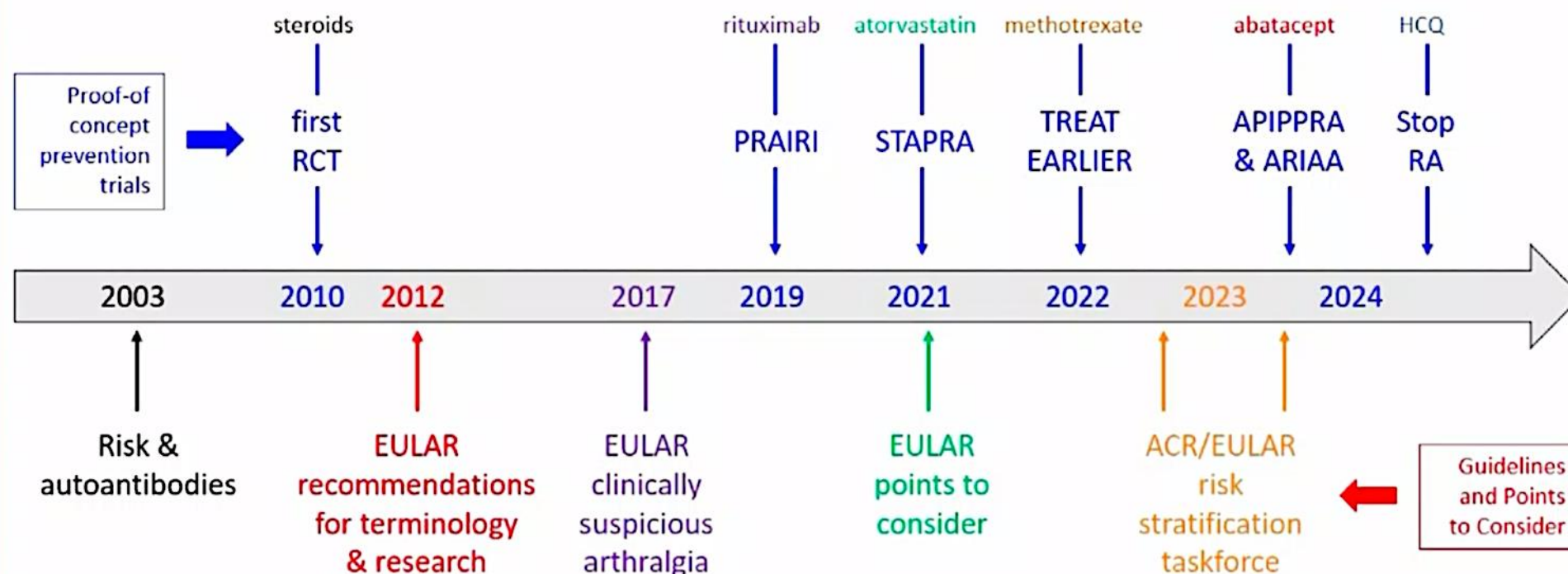


Raimund LUNZER
Barmherzige Brüder Graz



Frühbehandlung ... "immer ein Thema"

Studien zur Prävention der RA bei Risikopatienten Gibt es einen Stellenwert für eine frühen MTX Therapie?



Nach Deane et al 2025

Empfehlungen - über die Jahre ... !

4. EULAR recommendations



4. EULAR recommendations



BARMHERZIGE
BRÜDER
a. ö. Krankenhaus Graz

Just / Lunzer

50:50



wir fragen das Auditorium ...!

soll eine Pat. mit **Arthralgien** (keine Schwellungen), positiven RF u ACCP
eine Biologika Th erhalten ?

A

es reicht, ein Glucocorticoidstoss und warten ...

C

MTX und Glucocorticocide = Goldstandard

B

eh klar, sofort Biologika

D

ich schick die Pat. zu Dr. Just



Fall 1

- Patientin 38 Jahre mit Schmerzen und Schwellung eines Fingergelenkes.
- Dauer der Beschwerden ca. 6 Monate
- Sie klagt über Müdigkeit, Mattigkeit, Abgeschlagenheit
- Zudem gibt sie eigentlich Ganzkörper-Beschwerden an
- Teilweise fühlt sie sich „grippig“.
- What else –

%

Fall 1 Labor

- CRP neg
- RF negativ, CCP-AK leicht positiv
- ANA 1:160
- BB Hb 11.8

Tab. 1: RA-Klassifikationskriterien	
<i>Als Eingangskriterium ist zumindest 1 klinisch geschwollenes Gelenk nötig, bei $\geq 6/10$ Punkten erfolgt die Klassifikation als RA [adaptiert nach Aletaha et al., Ann Rheum Dis. 2010].</i>	
Gelenkbeteiligung (0–5 Punkte)	
1 großes Gelenk	0
2–10 große Gelenke	1
1–3 kleine Gelenke	2
4–10 kleine Gelenke	3
> 10 Gelenke (zumindest 1 kleines Gelenk)	5
Serologie (0–3 Punkte)	
RF negativ und ACPA negativ	0
RF niedrig positiv oder ACPA niedrig positiv	2
RF hoch positiv oder ACPA hoch positiv	3
Akutphaseparameter (0–1 Punkt)	
CRP normal und BSG normal	0
CRP erhöht oder BSG erhöht	1
Dauer der Symptome (0–1 Punkt)	
< 6 Wochen	0
≥ 6 Wochen	1

Fall 1

CSA – clinically suspected Arthralgies



DOKTOR **JUST**

CSA - „clinically suspect Arthralgiea“

- Dauer der Symptome unter einem Jahr
- Beschwerden an den MCP-Gelenken
- Morgensteifigkeit ≥ 60 min
- Beschwerden in den Morgenstunden
- Familienangehörige 1. Grades mit RA
- Schwierigkeiten beim Faustschluss
- positiver „Querdruckschmerz“ an MCP-Gelenken

ab 3 P.: Sensitivität 90%.

um auf eine Spezifität von 90% zu kommen - mindestens 4 P. pos.

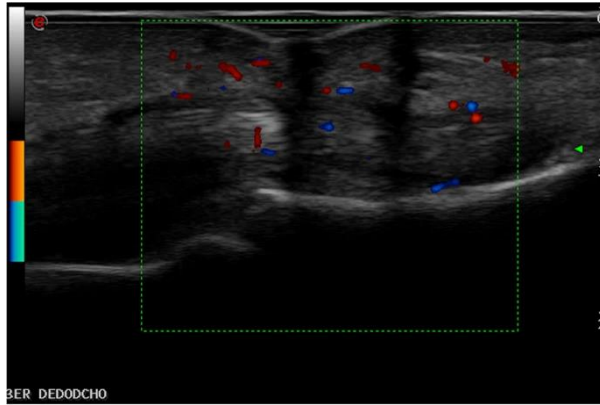
Die Anwendbarkeit dieses Scores wurde für die Ebene der Primärversorgung bisher nicht evaluiert

Ultrasound in clinically suspect arthralgia: the role of power Doppler to predict rheumatoid arthritis development

Juan Molina Collada , Katerine López Gloria, Isabel Castrejón, Juan Carlos Nieto-González, Javier Rivera, Fernando Montero, Carlos González & José María Álvaro-Gracia

Arthritis Research & Therapy 23, Article number: 299 (2021) | [Cite this article](#)

3902 Accesses | 13 Citations | 21 Altmetric | [Metrics](#)



	Grey Scale findings 47 (42.7%)	Power Doppler findings 38 (34.5%)
Synovitis		
Hands	31 (28.2%)	25 (22.7%)
Wrist	28 (25.5%)	20 (18.2%)
MCP	19 (17.3%)	16 (14.5%)
PIP	4 (3.6%)	2 (1.8%)
Feet	16 (14.5%)	8 (7.2%)
Ankle	5 (4.5%)	4 (3.6%)
Tarsal joints	3 (2.7%)	3 (2.7%)
MTP	9 (8.2%)	2 (1.8%)
Tenosynovitis		
Hands	13 (11.8%)	10 (9.1%)
2nd, 3rd, 4th or 5th flexor	7 (6.4%)	5 (4.5%)
4th extensor	1 (0.9%)	0 (0%)
6th extensor	6 (5.5%)	6 (5.5%)
Feet	4 (3.6%)	4 (3.6%)
Tibialis anterior	0 (0%)	0 (0%)
Posterior tibialis	3 (2.7%)	3 (2.7%)
Peroneus	1 (0.9%)	1 (0.9%)
Erosions		
Total	9 (8.2%)	–
Hand	6 (5.4%)	–
Feet	3 (2.7%)	–

Abbreviations: GS Grey Scale, PD power Doppler, US ultrasound, MCP metacarpophalangeal, PIP proximal interphalangeal, MTP metatarsophalangeal

A total of 110 CSA patients

After 6 months of follow-up, 14 (12.7%) developed RA and 34 (30.9%) IA.

US active inflammation was present in 38 (34.5%) patients (28.2% showed PD synovitis and 18.2% PD tenosynovitis).

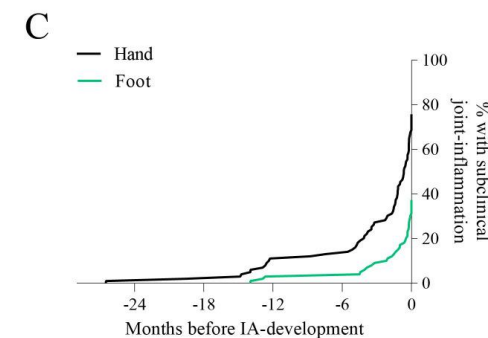
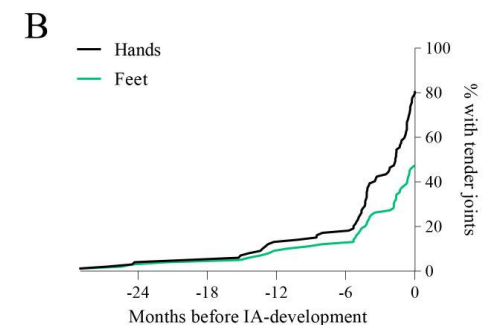
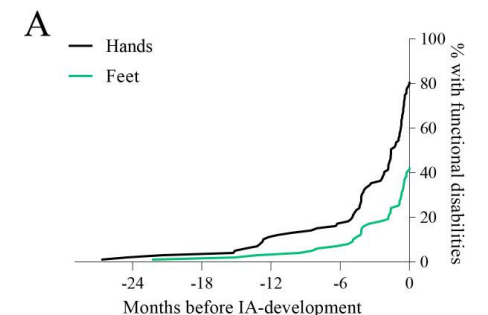
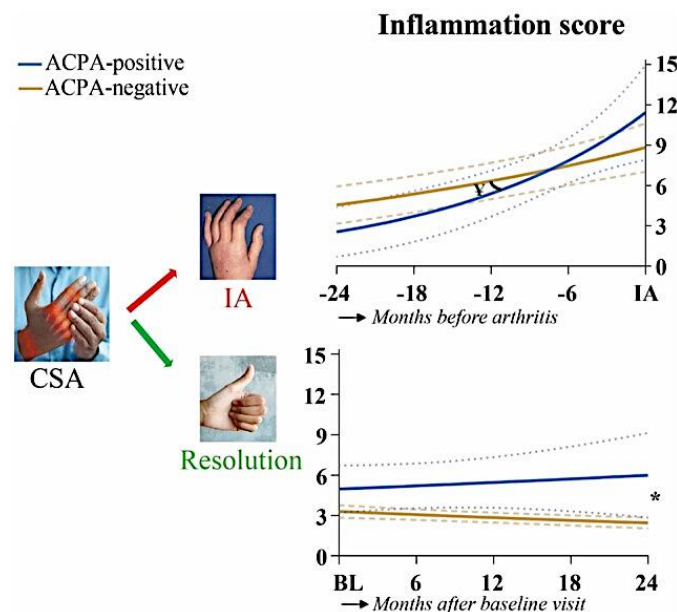
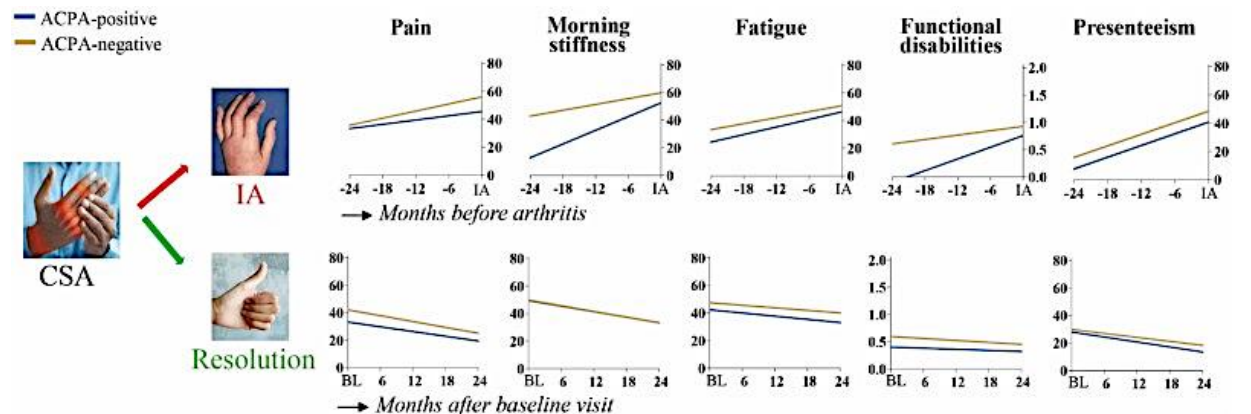
Multivariate analysis showed that ACPA and ESR were significantly associated with the detection of US active inflammation at baseline. Only PD tenosynovitis was found to be an independent predictive factor of an evolution towards RA



DOKTOR JUST



CSA – in Abhängigkeit vom ACPA Status



Fall 1

Was ist das weitere Vorgehen?

- Beginn einer DMARD Therapie
- oder Zuwarten
- eventuell mit NSAR bzw. Cortison.

... da hat "er" ein wenig vergessen

..., oder die Pat hat zum Zeitpunkt es nicht geschildert

Ausgangslage:

- "Monarthrititis" Finger
- weibl. 38 Jahre
- Sympt. >6 Mo.
- MMA
- "grippal"
- ACCP pos
- ANA pos 160

beruflich ?

familiäre Anamnese ?

rezidivierend ? - Fieber, LK; Kollagenose-typ. Beschwerden ?

Haut - Pso / / DD Vaskulitis würde die Pat schildern

Wirbelsäule entzündlich / Sehnenbeschwerden

DD:

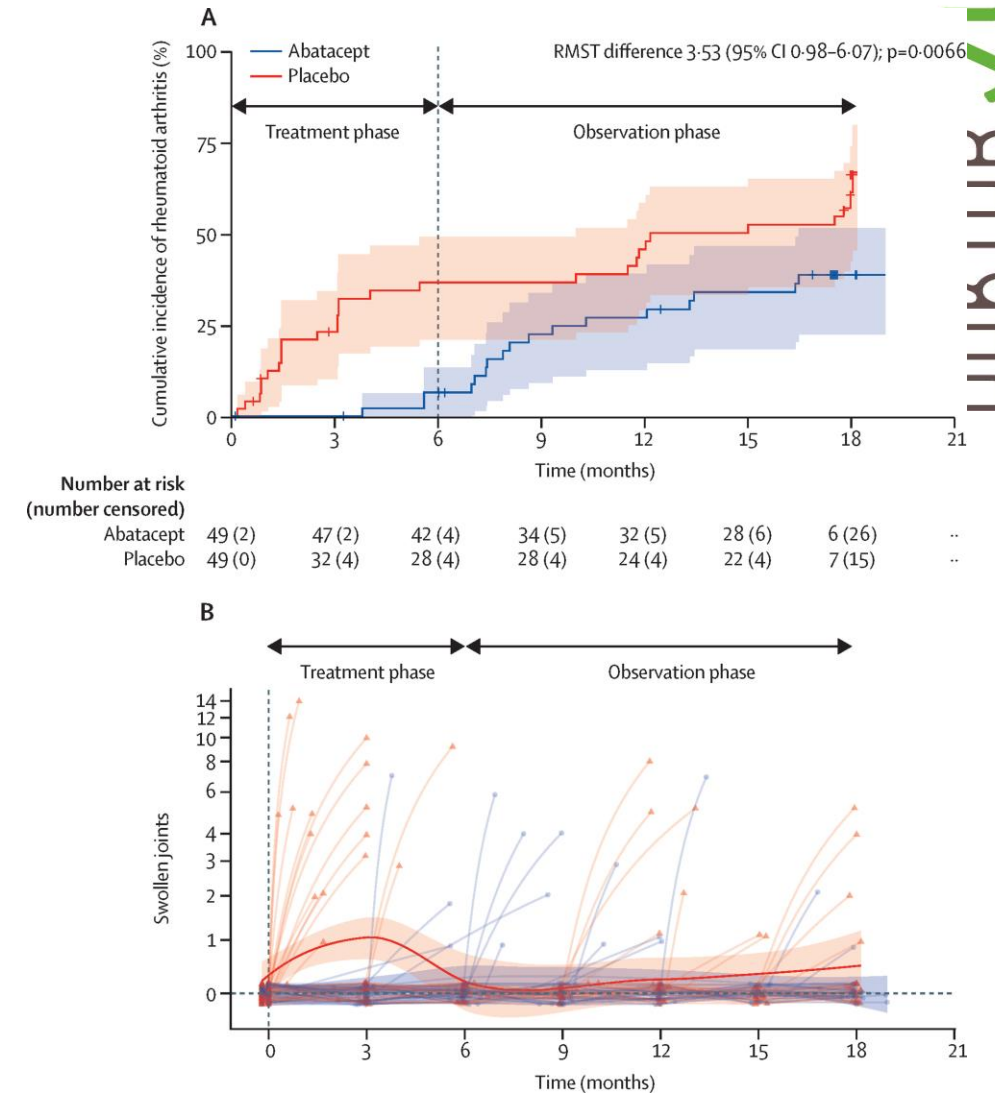
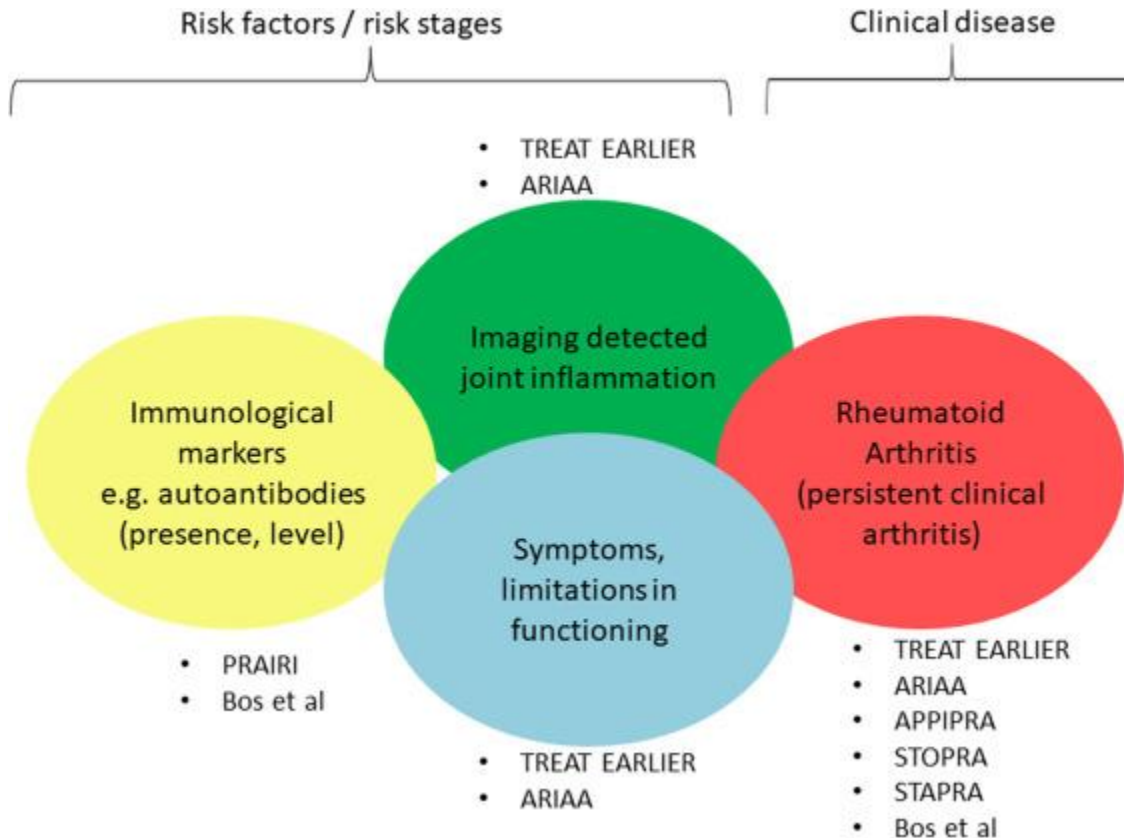
ANA im hohen Maße - durchaus infektgetriggert (virale Infekte)
auch ACCP ...

1. Option Lokaltherapie

- **MRT** - ja natürlich - aber "beruflich/privat" Belastung (Reitsport, etc)
"- nicht alles, was leuchtet wird Arthritis "
- **Sono** wenn verfügbar ideal - Sehnenentz. (in der Frühphase der RA häufig)
- **RÖ** niemals (außer Trauma)



Studien zur Frühintervention: Häufig wird die Entwicklung einer RA nicht verhindert. Fokus meist auf ACPA/RF pos. Patienten



Fall 1^{+1/2}

Gleiche Patientin ... *aber*

- RF positiv
- CCP-AK positiv
- ANA 1:160
- CRP 3.5mg/dl
- Vit D Spiegel 15

Wie gehst du vor? Ähnliches Konzept?



ACR/EULAR-Klassifikationskriterien der rheumatoiden Arthritis

(Aletaha et al., 2010)

Gelenkbeteiligung

	Punkte
1 mittleres/großes Gelenk betroffen	0
2–10 mittlere/große Gelenke betroffen	1
1–3 kleine Gelenke betroffen	2
4–10 kleine Gelenke betroffen	3
>10 kleine Gelenke betroffen	5

Serologie

Negativer RF und ACPA	0
Pos.RF u./od. ACPA in niedr. Konzent. (≤ 3 -fache Norm)	1
Pos.RF u./od. ACPA in hoher Konzent. (≥ 3 -fache Norm)	3

Dauer der Synovitis

< 6 Wochen	0
> 6 Wochen	1

Synovitis

Labor

Dauer

Fall: 1 +1/2

- "Monarthritis" Finger = 0
- Sympt. >6 Mo. = 3
- RF + ACCP pos = 1
4

Bei mindestens 6 Punkten ist eine RA anzunehmen.

Fall 1^{+1/2} ... es wurde natürlich behandelt !!!

= MTX wird nicht vertragen ...

= **Der erste bioDMARD ist ohne Effekt** (*sowieso TNF.a - "Biosimilar"*)

Was kann die Ursache sein ?

Gibt es Gründe der Erklärung ?

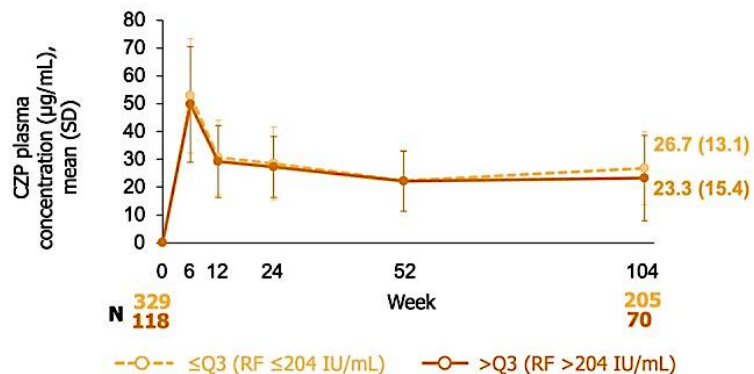




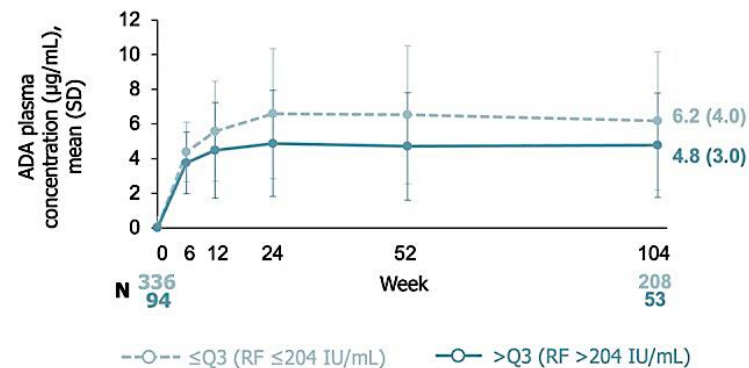
Rheumafaktoren und Ansprechen auf TNF inh.

Smolen Js et al. Rheumatology 2024

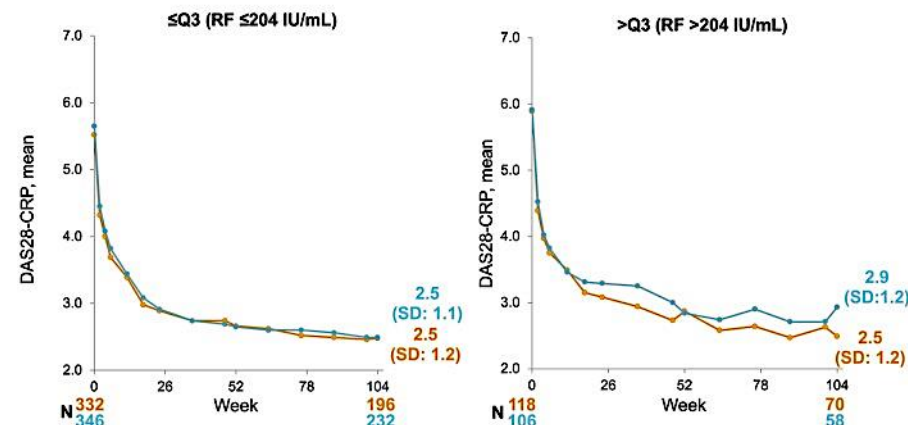
A CZP



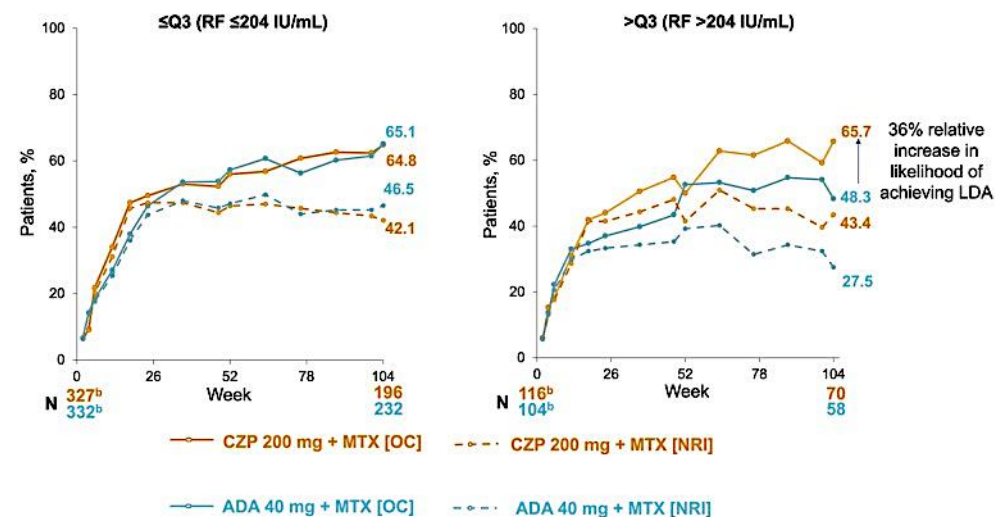
B ADA



A Mean DAS28-CRP

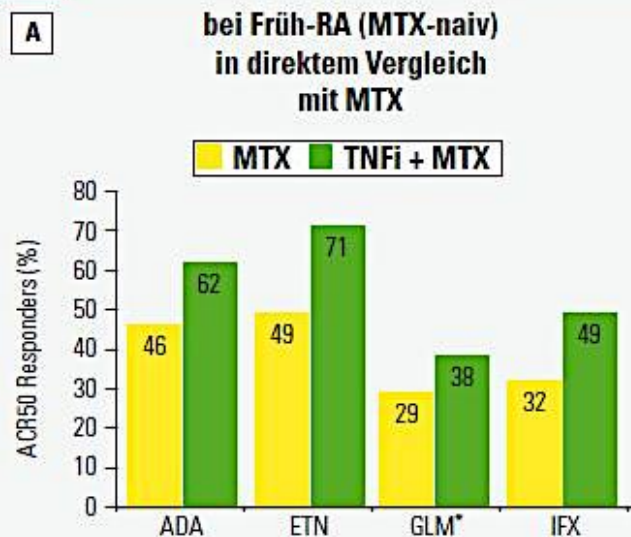


B Proportion of patients achieving DAS28-CRP LDA^a

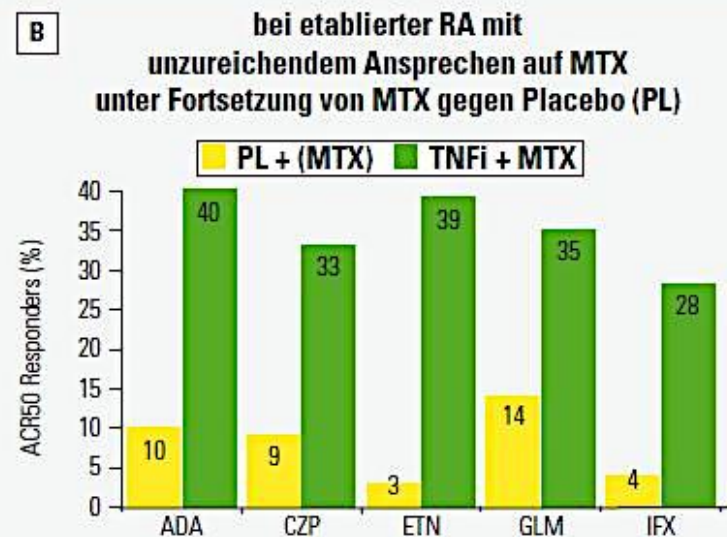


Hochpositive RF können die Effektivität von Anti TNF mAb reduzieren.

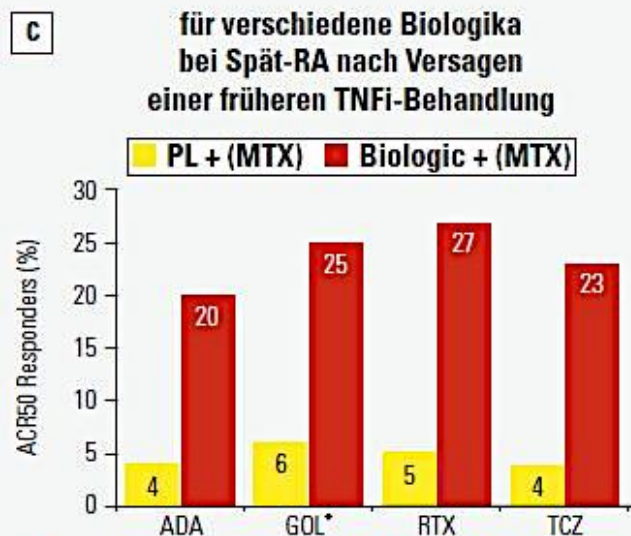
Abb. 1: ACR50 Daten für verschiedene TNF-Inhibitoren (TNFi) plus MTX



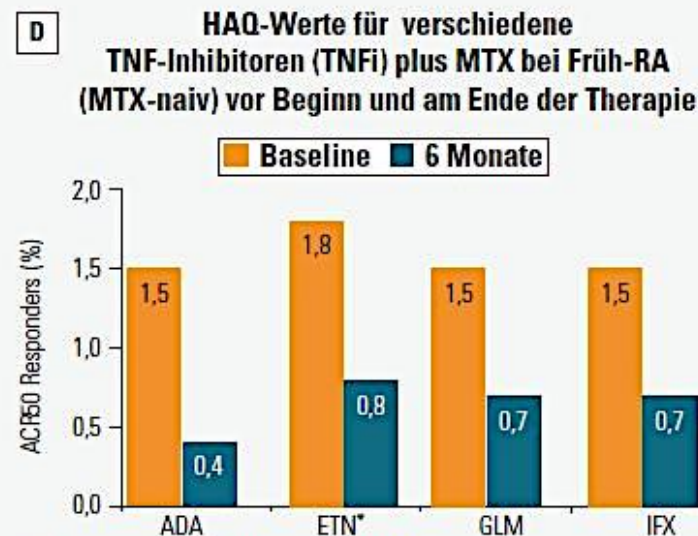
1-Jahres-Daten wurden gepoolt, wenn verschiedene Dosierungen eingesetzt wurden; * 6 Monate



Daten wurden gepoolt, wenn verschiedene Dosierungen eingesetzt wurden



Daten wurden gepoolt, wenn verschiedene Dosierungen eingesetzt wurden; * 24 Wochen-Daten für GOL + MTX



Daten wurden gepoolt, wenn verschiedene Dosierungen eingesetzt wurden; * etablierte RA (TEMPO)



DOKTOR JUST

Fall 1^{+1/2}

- Die Patientin hat einen Kinderwunsch
- Wie lange vor der Schwangerschaft setzt du ab ?
- Wird die Therapie überhaupt beendet?



- „Kein Medikament gefährdet Mutter, Schwangerschaft und Kind so sehr wie die unkontrollierte entzündliche Erkrankung.“

(Prof. M. Ostensen, Universität Bern)

Die Fertilität bei Patienten mit Rheumatoider Arthritis ist normal

- Infertilitätsraten ca. 10%-20% (= Normalbevölkerung)

ABER die Dauer bis zu Konzeption ist oft verlängert (TTP = Time to pregnancy)

- 25-40% brauchen mehr als 1 Jahr (K: 16%)

Risiko Faktor für erhöhte TTP bei RA-Patientinnen

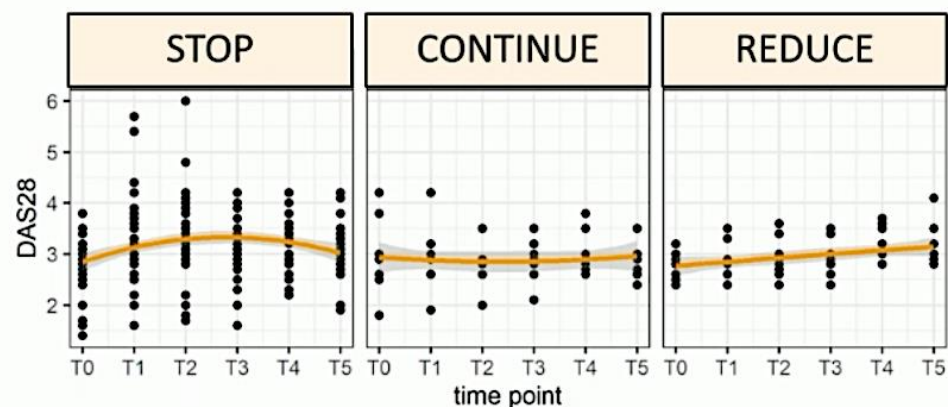
- bei NSAR (Prostalandinhemmung)
- Prednisoloneinnahme > 7,5mg/d vor SS
- Höhere Krankheitsaktivität
- mütterliche Alter

Patientinnen mit hoher Krankheitsaktivität werden seltener schwanger.

- Daher Behandeln mit bMDARD's, bis zum Positiver Schwangerschafts-Test.

Biologika - Schwangerschaft

- Verbesserung bei ca. **60%** in der Schwangerschaft und postpartale Schübe bei ca. **47%**



T0 = preconception, T1 = 1st trimester, T2 = 2nd trimester, T3 = 3rd trimester, T4 = 3 month postpartum, T5 = 6 month postpartum

Figure 1. course of DAS28-CRP of the groups during pregnancy and postpartum

	STOP (N=41)	CONTINUE (N=17)	REDUCE (N=12)
flare ¹ during pregnancy, n (%)	26 (63.4%)	3 (18.8%)	3 (27.3%)
Odds ratio	1	0.06 95% CI 0.01-0.57 p=0.01	0.12 95% CI 0.02-0.61 p=0.01
flare ¹ postpartum, n (%)	13 (32.5%)	2 (12.5%)	1 (9.1%)
Odds ratio	1	0.27 95% CI 0.07-0.95, p=0.04	0.29 95% CI 0.07-1.22, p=0.09
preterm birth ² , n (%)	11 (26.8%)	1 (5.9%)	1 (8.3%)
low birth weight ³ , n (%)	7 (17.0%)	-	1 (8%)

¹increase of DAS28-CRP >1.2 or >0.6 and DAS28 ≥ 3.2, ²birth < 37 SSW, ³birth weight < 2500g

Table 3. Pregnancy outcomes

EULAR Empfehlungen: Was ist neu?

Schwangerschafts-Kompatibilität von Biologika:
TNFi, aber auch andere bDMARDs

Empfehlungen zu Säuglings-Impfungen
nach Biologika-Exposition in-utero

Restriktive Anwendung von

- NSAR vor und während Schwangerschaft
- GC in Schwangerschaft

Neue Empfehlungen auch zu Antirheumatika

- in Stillzeit
- bei Männern mit Kinderwunsch

- **signifikant weniger Schübe bei Therapiefortführung (auch postpartal!)** - trotz niedriger Aktivität bei Konzeption in allen Gruppen

TNF-a Inh. - ausdrücklich erlaubt

csDMARDs: schwangerschafts-kompatible weiterführen !

Schwangerschafts-kompatible csDMARDs und Dosierung

- Hydroxychloroquin *HCQ ≤ 400mg/d, HCQ bevorzugen gegenüber Chloroquin*
- Sulfasalazin *2g/d, mit Folsäure*
- Azathioprin /6-MP *2 mg/d*
- Cyclosporin *niedrigste effektive Dosis*
- Tacrolimus *niedrigste effektive Dosis*
- Colchicine *1-2 mg/d*

Recommendations

EULAR recommendations for use of antirheumatic drugs in reproduction, pregnancy, and lactation: 2024 update

Linda Rüegg^{1,a}, Andrea Pluma^{2,a}, Sabrina Hamroun^{3,a}, Irene Cecchi^{4,5,6}

TNFi-bDMARDs

Alle TNF Hemmer können während der gesamten Schwangerschaft eingesetzt werden

EULAR SLR n=12 817 TNFi-Expositionen

Meta-Analyse (mit TNFi versus ohne TNFi)

Fehlgeburten	➡	nicht erhöht [aOR 1.30 (0.50; 3.30)]
Frühgeburten	➡	nicht erhöht [aOR 1.18 (0.83; 1.68)]
Niedriges Geburtsgewicht	➡	nicht erhöht [aOR 1.06 (0.60; 1.87)]
Malformationen	➡	nicht erhöht [aOR 1.24 (0.71; 2.16)]
Kindliche schwere Infekte	➡	nicht erhöht [aOR 0.88 (0.67; 1.16)]

Fall 1^{+1/2}

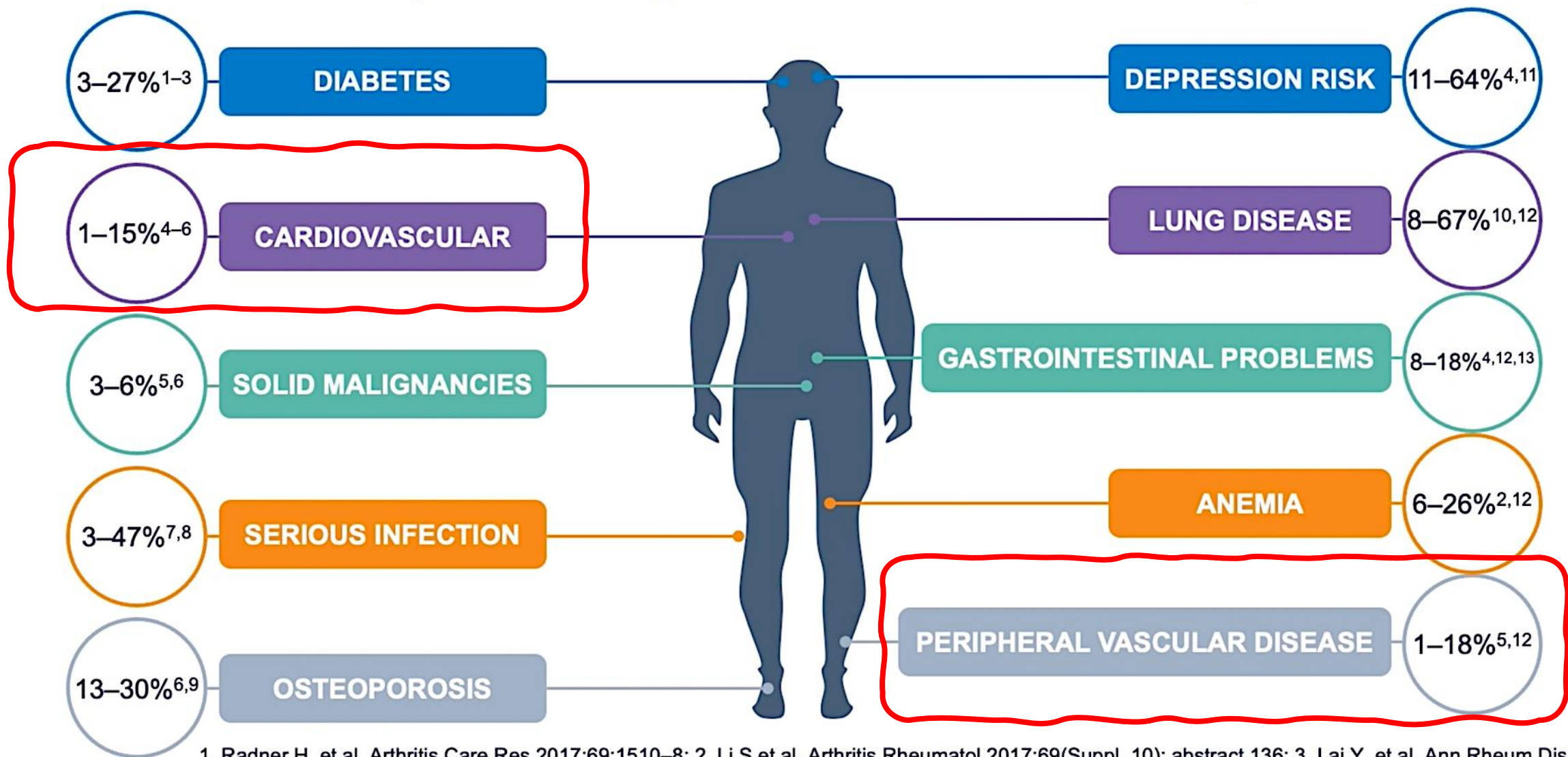
Gibt es einen Zusammenhang zwischen RA,
Therapie und Lungenembolie ?

- Auf Grund einer TVT erleidet die Patientin eine PAE.
- Sie nimmt Hormone und raucht
- Welche Gedanken tun sich dabei in Bezug auf die Medikation auf?
- *"du" hast ja JAK's so gern' ... trotzdem ?*



DOKTOR JUST

Comorbidities may exist in patients with RA and SpA



1. Radner H, et al. Arthritis Care Res 2017;69:1510–8; 2. Li S et al. Arthritis Rheumatol 2017;69(Suppl. 10): abstract 136; 3. Lai Y, et al. Ann Rheum Dis 2020; Mar 25;annrheumdis-2020-217313. doi: 10.1136/annrheumdis-2020-217313. Online ahead of print; 4. Dougados M, et al. Ann Rheum Dis 2014;73:62–8; 5. Maradit-Kremers H, et al. Arthritis Rheumatol 2005;52:722–32; 6. Lopez-Medina C, Molto A. RMD Open 2020;6:e001135; 7. Strangfeld A, et al. Ann Rheum Dis 2011;70:1914–20; 8. Zink A, et al. Ann Rheum Dis 2014;73:1673–6; 9. Hauser B, et al. Rheumatology 2014;53:1759–66; 10. Yunt ZX, et al. Rheum Dis Clin North Am 2015;41:225–36; 11. Zhao S, et al. Arth Res Ther 2018;20:140; 12. Zhao S, et al. Rheumatology 2020;59(Suppl. 4):iv47–57; 13. Myasoedova E, et al. Gastroenterol Res Pract 2011;2011:745829

JAK bekannt - macht' nervös ...



JAK-Inhibitoren – Risikoevaluation (DGRh)*

Folgende Risiken für schwerwiegende Nebenwirkungen sollten erfasst werden:

- **Alter:** > 65 Jahre
- **kardiovaskuläres Risiko:** bekannte koronare Herzerkrankung, signifikante Arteriosklerose (z. B. periphere arterielle Verschlusskrankheit), früheres kardiovaskuläres Ereignis (z. B. Myokardinfarkt, ischämischer Schlaganfall)
- **Raucherstatus:** aktiver Raucher, in den letzten Jahren längere Zeit und stärker geraucht
- **Tumorrisiko:** besteht oder bestand eine maligne Erkrankung, ist ein erhöhtes Tumorrisiko bekannt (familiär, Exposition)

Außerdem mit besonderer Vorsicht einzusetzen bei:

- **thrombembolischem Risiko:** v.a. frühere venöse Thrombose oder Lungenembolie, bekannte Thrombophilie, aktuelle Erkrankungen oder Medikation mit einem erhöhten Thromboserisiko.

*[https://dgrh.de/Start/Publikationen/Empfehlungen/Medikation/Januskinase-Inhibitoren-\(JAKi\).html](https://dgrh.de/Start/Publikationen/Empfehlungen/Medikation/Januskinase-Inhibitoren-(JAKi).html)

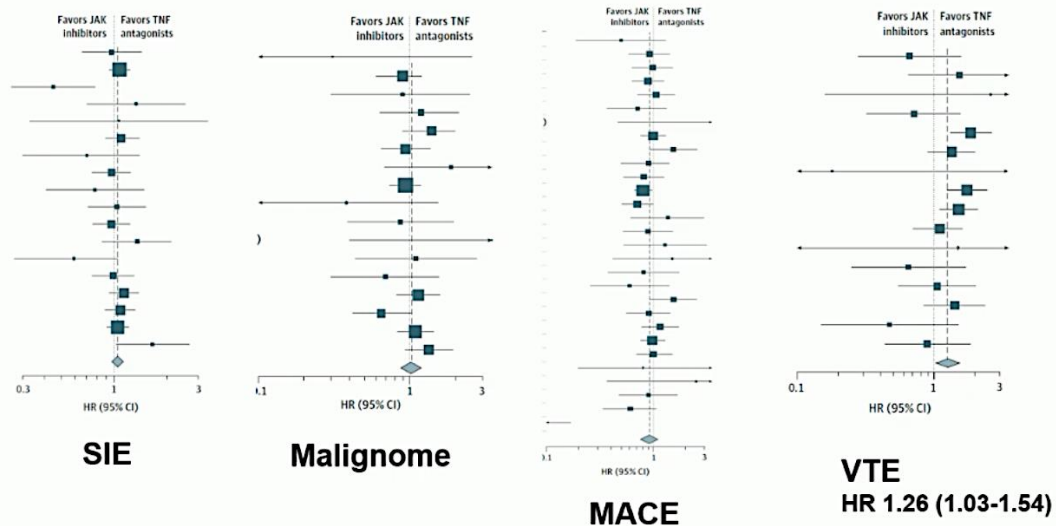


MACE ja, aber nur ab 65 Jahren und mit Risikofaktoren

Neu: Systematischer Review mit Vergleich JAKi/TNFi

Solitano V et al., JAMA Network Open 2025; 8: e2531204

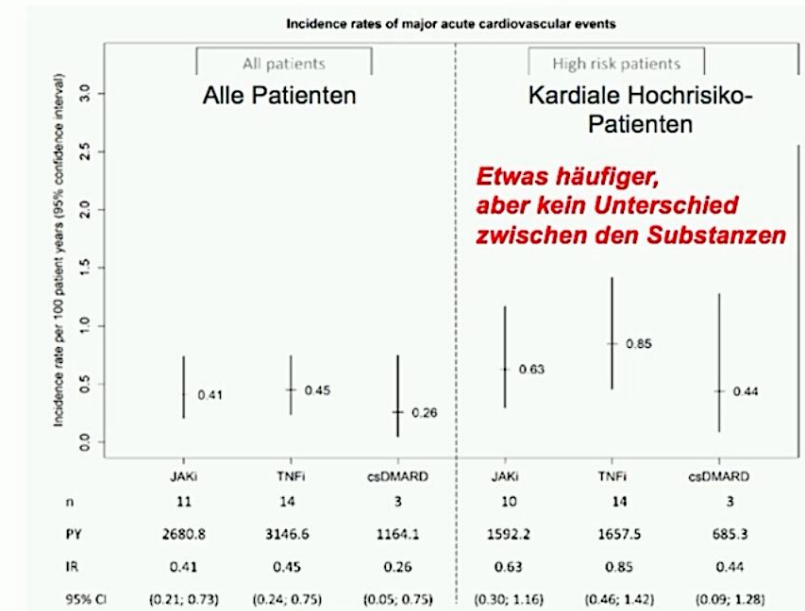
Auswertung von 42 H2H-Studien bei IMiDs mit 128705 JAKi-Pat. und 685176 TNFi-Patienten. Median Follow-up 23/22 Monate.



MACE im RABBIT-Register

Meissner Y et al, RMD Open 2023; 9: e003489

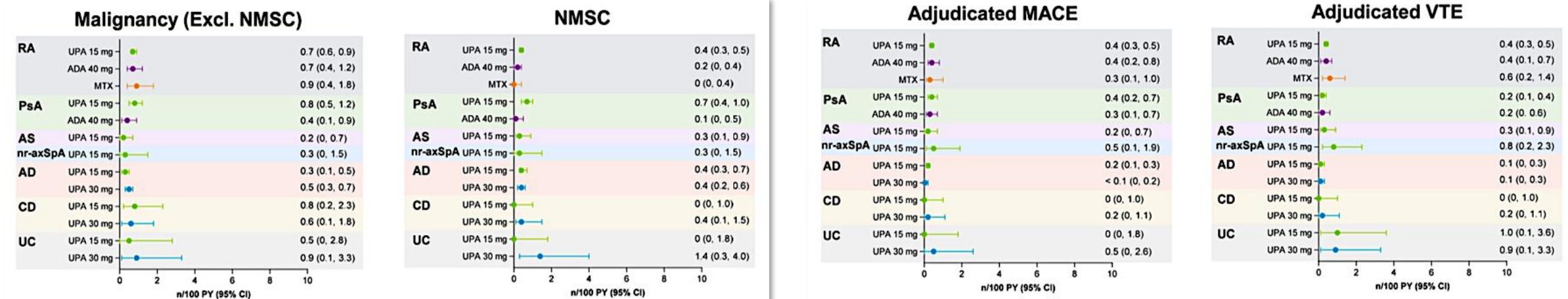
Im Zeitraum 1/2017 bis 4/2022 insgesamt 154 MACE.



Sicherheits-update 7/2025 - >8600 Pat. (27.000 Pat.Jahre / 16 Studien)

Safety Profile of **Upadacitinib**: Descriptive Analysis in Over 27,000 Patient-Years Across Rheumatoid, Arthritis, Psoriatic Arthritis, Axial Spondyloarthritis, Atopic Dermatitis, and Inflammatory Bowel Disease. Gerd R. Burmester, Adv Ther. July 2025

In rheumatoid arthritis and psoriatic arthritis, malignancy (*excluding NMSC*), MACE, and VTE occurred at similar rates between upadacitinib and active comparators (adalimumab and methotrexate), while herpes zoster, NMSC, and elevated creatine kinase occurred more frequently with upadacitinib



hier geht es nicht mehr um Effektivität!
wenn diese Pat. auf Therapie bleiben ... also Ansprechen müssten die Therapien schon!

Fall 1^{+1/2}

- Auf Grund einer TVT erleidet die Patientin eine PAE.
- Sie nimmt Hormone und raucht *(Frage nach Faktor 5 Leiden)*
- Welche Gedanken tun sich dabei in Bezug auf die Medikation auf?
- *"du" hast ja JAK's so gern' ... trotzdem ? =*

*"nicht sofort"
bei CV Risiko - IL-6 Inh. von Vorteil*

die Krankheit ist das Problem
nicht die Therapie

Rauchen geht gar nicht ...!

nicht's ist schwerwiegender
als eine unkontrollierte RA

Fall 1^{+1/2}

- In ihrer Familie besteht von mütterlicher Seite eine positive Belastung hinsichtlich eines Mamma Carzinom

Auftreten Carcinom: bei "jüngeren" Ø 48 Jahren

ACR 2024 1678 Comparative Safety of Biologic and Targeted Synthetic Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs for Cancer in Rheumatoid Arthritis. Xavier Sendaydiego; WA

- >37.000 Pat. / 78 % weibl. / Alter 48 Jahren / Nachbeobachtungszeit 360 Tage - 379 Krebserkrankungen
- jüngeren Bevölkerung = geringere Gefährdungsquote für das Auftreten von Carcinom

Baseline	TNFi n=29,286 (72%)	Rituximab n=1857 (5%)	Tocilizumab n=1279 (3%)	Sarilumab n=868 (2%)	Abatacept n=3139 (8%)	JAKi n=3991 (10%)
Age in years (Median, IQR)	49 (41, 55)	49 (41, 56)	50 (42, 56)	52 (45, 57)	50 (43, 56)	50 (43, 56)
Female, n (%)	22,705 (78)	1468 (79)	1011 (79)	631 (73)	2639 (84)	3206 (80)
US geographic region, n (%)						
Northeast	4136 (14)	314 (18)	201 (16)	147 (17)	468 (16)	636 (16)
Central	5812 (20)	358 (20)	240 (19)	188 (22)	586 (19)	723 (18)
South	14,444 (50)	852 (46)	592 (47)	438 (50)	1562 (50)	2050 (51)
West	4456 (15)	308 (17)	227 (18)	94 (11)	477 (15)	562 (14)
Year of Initiating Biologic Drug (Median, IQR)	2016 (2014, 2018)	2016 (2014, 2018)	2016 (2014, 2018)	2018 (2015, 2020)	2016 (2014, 2019)	2019 (2016, 2020)
Days from RA diagnosis to Initiating Biologic Drug (Median, IQR)	420 (190, 900)	590 (250, 1170)	600 (290, 1060)	720 (350, 1480)	620 (360, 1170)	640 (350, 1230)
Charlson Comorbidity Score						
1-2	25,796 (88)	1364 (73)	1069 (84)	650 (75)	2610 (83)	3466 (87)
3-4	2796 (10)	361 (19)	166 (13)	141 (16)	398 (13)	413 (10)
5+	694 (2)	132 (7)	44 (3)	77 (9)	131 (4)	112 (3)
Frailty Score®, Median (IQR)	0.13 (0.12, 0.16)	0.15 (0.12, 0.18)	0.14 (0.12, 0.17)	0.15 (0.12, 0.18)	0.15 (0.12, 0.16)	0.14 (0.12, 0.16)
Utilization in prior 12 months						
Any Hospital Admissions (n (%))	2416 (8)	477 (26)	143 (11)	107 (12)	300 (10)	314 (8)
Any Emergency Department Visits, n (%)	7903 (27)	822 (44)	425 (33)	295 (34)	935 (30)	974 (24)
Any Opioid Prescription Fills (n (%))	11,333 (39)	687 (37)	527 (41)	319 (37)	1251 (40)	1399 (35)
Any NSAID Prescription Fills (n (%))	16,340 (56)	642 (35)	594 (46)	418 (48)	1567 (50)	2244 (56)
Concomitant csDMARDs, n (%)	20,245 (69)	763 (41)	667 (52)	246 (28)	1871 (60)	2601 (65)
Any Fills of Glucocorticoids in 3 Months Prior (n (%))	13,493 (46)	903 (49)	614 (48)	237 (27)	1366 (44)	1671 (42)

HR for incident cancer - exposure to JAKi compared with TNFi, was not statistically significant

	Median (IQR) days to cancer diagnosis (among those with cancer)	Raw n of cancer diagnoses	# of cancer diagnoses/10,000 person-years (95% confidence interval)
TNF alpha	173 (91, 371)	248 (0.9%)	102 (90, 115)
Rituximab	147 (37, 246)	31 (1.7%)	264 (180, 373)
Tocilizumab	212 (189, 280)	<10 (0.6%)	76 (31, 156)
Sarilumab	146 (57, 299)	<10 (0.9%)	243 (106, 474)
Abatacept	194 (98, 359)	45 (1.4%)	188 (137, 250)
JAKi	120 (52, 292)	40 (1.0%)	143 (102, 194)

Number of cancer outcomes within 2 years of initiating biologic drug per 10,000 person-years at risk, stratified by drug category that the patient initiated.

Fall 1^{+1/2}

- Im Zuge der TNF alpha Inh Therapie entwickelt die Patientin eine Psoriasis vulgaris.
- Ändert das die Diagnose?
- Ändert das die Therapie?



overall pooled incidence of psoriasis and/or psoriasiform lesions following anti-TNF therapy was 6.0% (5.0-7.0%)

The Incidence and Management of TNF-alpha Inhibitor Induced Paradoxical Psoriasis in Children With Inflammatory Bowel Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis.

Gaston J. et al., J Dermatol. 2025 Aug

Anti-TNF-alpha induced paradoxical psoriasis in patients with ankylosing spondylitis: a systematic review.

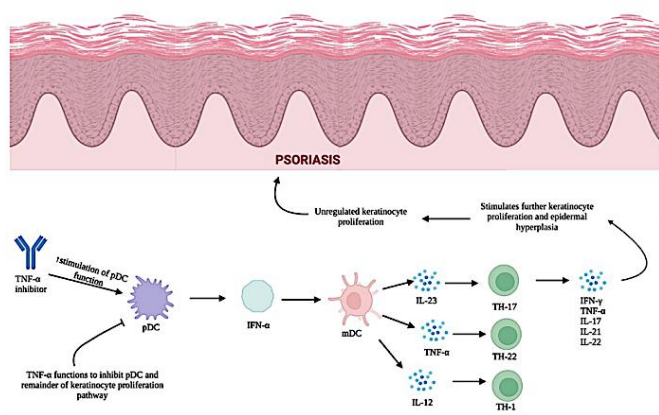
Sagonas I, et al., Clin Exp Rheumatol. 2024 Jan.

Paradoxical Tumor Necrosis Factor-Alpha (TNF-alpha) Inhibitor-Induced Psoriasis: A Systematic Review of Pathogenesis, Clinical Presentation, and Treatment.

Chokshi A. et ., Cureus. 2023 Aug

Incidence of and Risk Factors for Paradoxical Psoriasis or Psoriasiform Lesions in Inflammatory Bowel Disease Patients Receiving Anti-TNF Therapy: Systematic Review With Meta-Analysis.

Xie W, Front Immunol. 2022 Mar.



Infliximab	66 (62.3%)
Adalimumab	21 (19.8%)
Etanercept	19 (17.9%)

Fall 1⁻¹

gleiche Patientin, aber ...

- *RF neg. / ACCP neg*
- *hat Arthralgien MCP / Handgel. / MTP*
- Dauer der Beschwerden ca. 6 Monate
- Sie klagt über Müdigkeit, Mattigkeit, Abgeschlagenheit
- Zudem gibt sie eigentlich Ganzkörper-Beschwerden an
- ***ich hab' MTX begonnen - gute Idee ?!?***

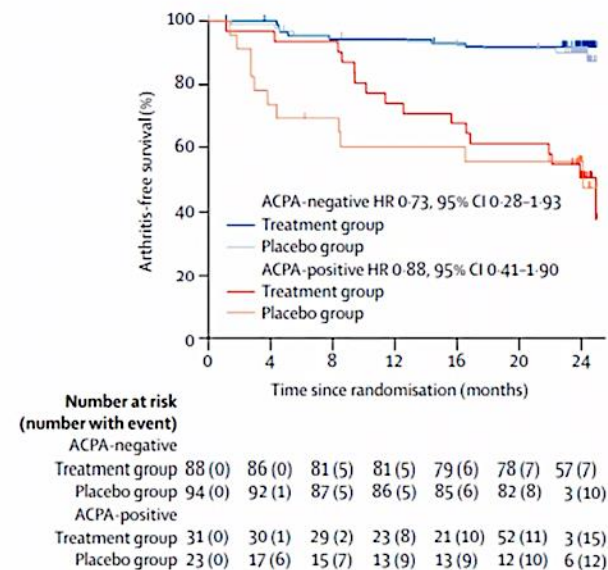


TREAT EARLIER - MTX ("*subklinische*" RA = MRT pos) verhindert **nicht** die Entwicklung einer RA - aber modifiziert der Verlauf

- Randomisierte, doppelblinde, plazebokontrollierte Studie zum Einsatz von MTX vs Plazebo bei Patienten mit Arthralgien und subklinischer Gelenkentzündung im MRT
- Subjektive Einschätzung des Rheumatologen, dass der Patient ein hohes Risiko hat, eine RA zu entwickeln
- Intervention: Einmalig 120mg Methylprednisolon i.m. und MTX über 52 Wochen (bis zu 25mg oral/Woche innerhalb der ersten 4 Wochen) + Folsäure 5mg/Woche versus Plazebo, Beobachtung weitere 52 Wochen
- Primärer Endpunkt: Entwicklung einer RA (gemäss 2010 ACR Kriterien) bzw Arthritis von ≥ 2 Gelenken über ≥ 2 Wochen
- Einschluss von 236 Patienten, 119 Pat mit aktiver Therapie, 117 Plazebo

MTX nach 12 Mo. beendet - und "follow-up" !!

aber ACPA neg
!!!



Risiko für RA bei ACPA+ > ACPA-

Bei 27-28% RA in der Familie
Mediane Symptombdauer 27-28 W
Medianer TJC 3-4
RF+ bei 28-30%
ACPA+ bei 20-26%

TREAT EARLIER - MTX ("subklinische" RA = MRT pos)
ACPA neg. - nach 4 Jahren - keine RA entwickelt ...!

MTX nach 12 Mo. beendet - follow-up 4 Jahre !!

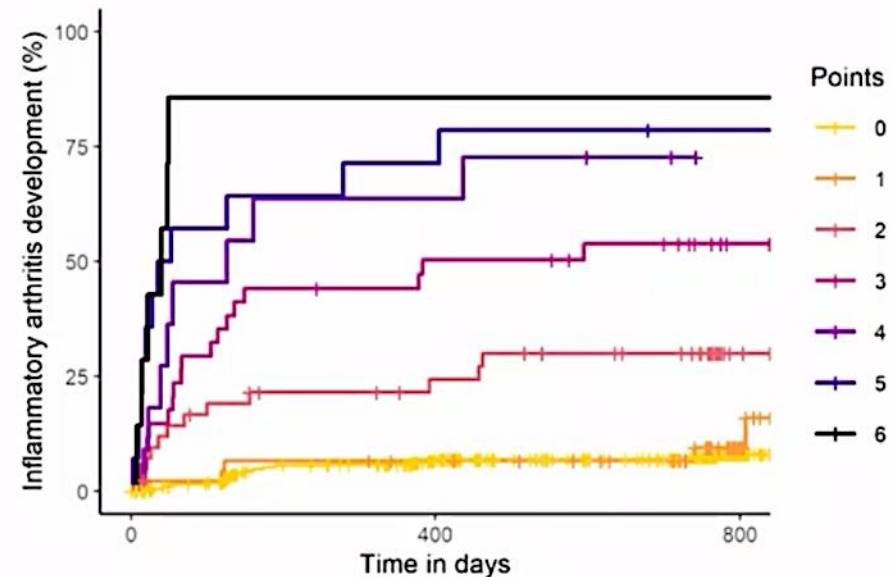
- 236 ACPA - Pat. mit CSA («clinically suspect arthralgia») und subklinischer Arthritis –
- Risikostratifizierung der ACPA negativen Patienten (niedrig (< 25%) versus erhöhtes Risiko 25-70%, hoch $\geq 70\%$)

Parameter für Risikostratifizierung:

RF-Positivität, ACPA Positivität, HAQ ≥ 1 , >2 Gelenke mit subklinischer Entzündung und Peritendinitis der MCP-Extensoren

2 Punkte für ACPA-Positivität und > 2 Gelenke mit subklinischer Entzündung, 1 Punkt für RF-Positivität und Peritendinitis der MCP-Extensoren

Kaplan Meier Kurve mit PPVs von 8%, 9%, 30%, 54%, 73%, 79% und 86% nach 2 Jahren



Fall 1⁻¹

- Welche Strategien gibt es, wenn unter cDMARD Therapie eine Remission eintritt

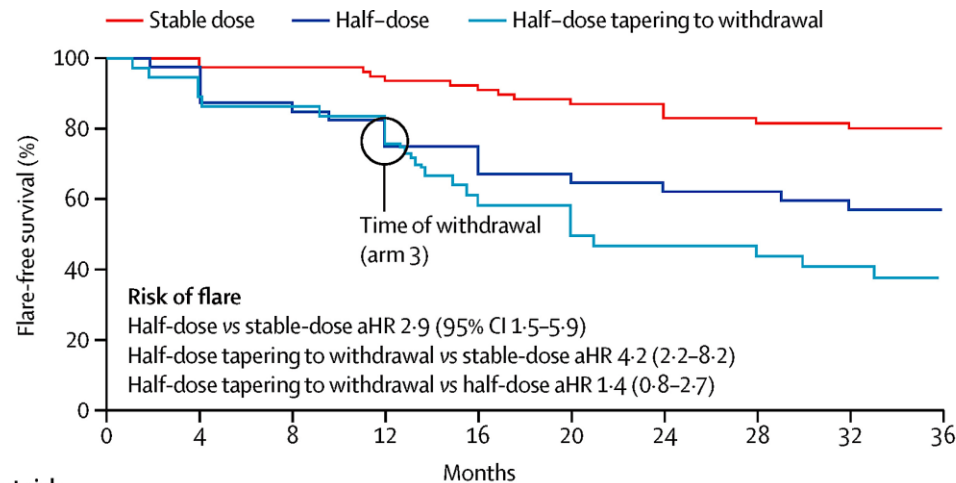
Fall 1⁻¹ Remission unter cDMARD Therapie, tapering vs withdrawal

Effects of tapering conventional synthetic disease-modifying antirheumatic drugs to drug-free remission versus stable treatment in rheumatoid arthritis (ARCTIC REWIND): 3-year results from an open-label, randomised controlled, non-inferiority trial

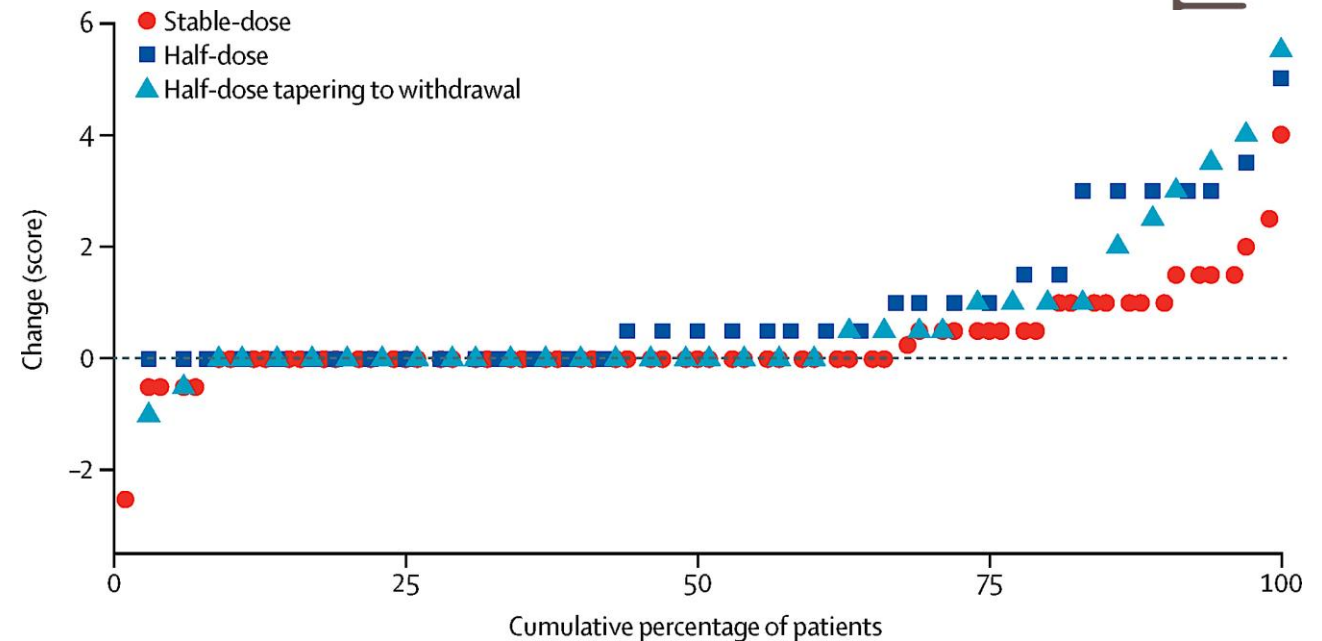
Kaja E Kjærholt¹, Nina Paulshus Sundlisæter², Anna-Birgitte Aga², Joseph Sexton²



FOR JUST



Number at risk (number censored)	0	4	8	12	16	20	24	28	32	36
Stable dose	78 (0)	78 (0)	76 (0)	74 (0)	72 (0)	66 (3)	64 (4)	59 (6)	56 (8)	53 (10)
Half-dose	40 (0)	39 (0)	35 (0)	33 (0)	29 (1)	26 (1)	25 (1)	24 (1)	23 (1)	21 (2)
Half-dose tapering to withdrawal	37 (0)	35 (0)	32 (0)	31 (0)	21 (2)	20 (2)	16 (2)	16 (2)	14 (2)	13 (2)



Just / Lunzer
50:50

wir fragen das Auditorium ...!



soll eine Pat. mit **Arthralgien** (keine Schwellungen), positiven RF u ACCP
eine Biologika Th erhalten ?

A

es reicht, ein Glucocorticoidstoss und warten ...

C

MTX und Glucocorticocide = Goldstandard

B

eh klar, sofort Biologika

D

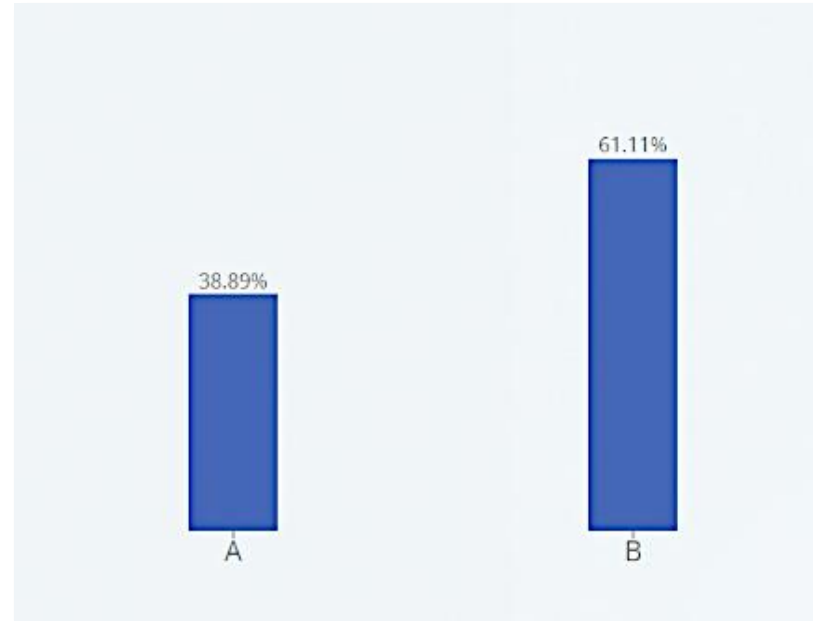
ich schick die Pat. zu Dr. Just

EULAR Kongress Barcelona

Treatment with DMARDs should be given to people at high risk for RA to prevent RA



- A. Yes, they should be treated with DMARDs
- B. No, they should not be treated with DMARDs





Doppelkonferenz

ein herzliches Dankeschön !



Raimund LUNZER
Barmherzige Brüder Graz

wir stehen früher auf ...?



