

1

Hinweis

- Sollten Inhalte, Bilder oder die designtechnische Gestaltung Rechte Dritter oder gesetzliche Bestimmungen verletzen oder anderweitig in irgendeiner Form wettbewerbsrechtliche Probleme hervorbringen, so bitten ich um eine angemessene, ausreichend erläuternde und schnelle Nachricht ohne Kostennote.
 - Ich garantieren, dass zu Recht beanstandeten Passagen oder Teile dieser ausdrücklich nur für Lehrveranstaltungen verwendete Inhalte in angemessener Frist zu entfernen bzw. den rechtlichen Vorgaben umfänglich angepasst werden, ohne dass von dritter Seite die Einschaltung eines Rechtsbeistandes erforderlich ist.
 - alle Literaturstellen sind korrekt gekennzeichnet bzw. angeführt



2

Rheuma + Risiken

Chronische Entzündung:

- Gefäße (Vaskulitis) Schlaganfall, Herzinfarkt, Nierenversagen
- Herz: Myokarditis, Perikarditis
- Lunge: interstitielle Lungenerkrankung (bei RA, Sklerodermie, Myositis)
- Nieren: Lupusnephritis, ANCA-Vaskulitis
- Gelenkszerstörung Osteoporose
- Wirbelsäule - Ankylosierung incl. Melanom/NMSC (Psoriasis)
- Karzinom Depression ...
- Psychogen

Therapie:

- Corticoidnebeneffekte - Diabetes, Osteoporose
- Immunsuppression / Modulation- Blut, Leber, Niere, etc

cardio-pulm/vaskulär
Karzinom



3

RA ... und Osteoporose

- Participants with rheumatoid arthritis had a **40% higher risk of fracture** than participants without the disease.

Table 3 Risk of fractures according to RA and treatment status

	Number of fractures	Incidence ratio Person years (95% CI)	Crude HR (95% CI)	Adjusted HR (95% CI)
Exposure status				
Non-RA	9582	1488387 6.4 (6.3 to 6.6)	Ref.	Ref.
RA	88	5442 16.2 (13.1 to 20.0)	1.96 (1.59 to 2.42)	1.41 (1.13 to 1.74)
RA by DMARD treatment				
Conventional synthetic DMARDs only	78	4491 17.4 (13.9 to 21.7)	2.11 (1.69 to 2.64)	1.44 (1.15 to 1.81)
Ever biological DMARDs	10	950 10.5 (5.7 to 19.5)	1.27 (0.69 to 2.37)	1.19 (0.64 to 2.21)

die RA-Pat.
werden
älter ...

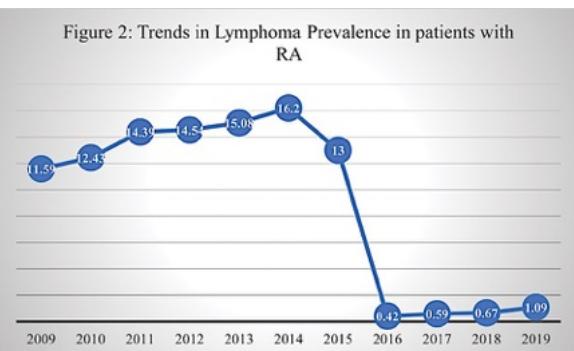
Rheumatoid arthritis, disease-modifying antirheumatic drugs and risk of major osteoporotic fracture: prospective data from the HUNT Study, Norway.
RMD Open Feb 2024, Ingeborg Tronstad



4

Lymphom(prävalenz) geht zurück - deutlich

AB0199 (2024) TRENDS IN LYMPHOMA PREVALENCE AND HOSPITAL OUTCOMES AMONG PATIENTS WITH UNDERLYING RHEUMATOID ARTHRITIS: INSIGHTS FROM THE NATIONAL INPATIENT SAMPLE DATABASE. S. K. Gandhi
ab 2009 - >53.000 Pat.



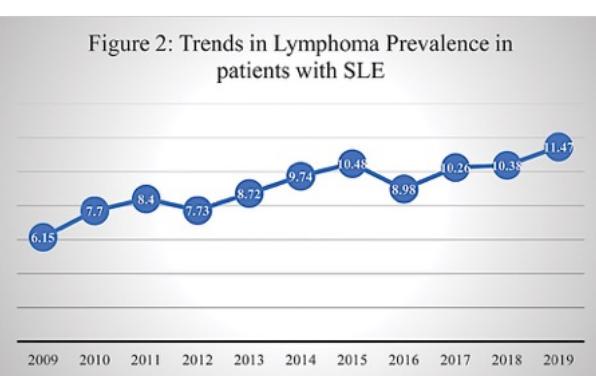
- Die Prävalenz von Lymphomen zeigte einen deutlichen Rückgang von 11,59 % im Jahr 2009 - auf 0,42 % im Jahr 2016
- Dieser Rückgang der Lymphomprävalenz scheint mit Fortschritten in der therapeutischen Behandlung von RA einherzugehen
- ... wirtschaftliche Belastung
Kosten von 17.000 US-Dollar Lymphom - eine Woche Krankenhausaufenthalts.



5

SLE - Lymphom - "... zu hoch"

AB0229 (2024) TRENDS IN LYMPHOMA PREVALENCE AND HOSPITAL OUTCOMES AMONG PATIENTS WITH UNDERLYING SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS: INSIGHTS FROM THE NATIONAL INPATIENT SAMPLE DATABASE. S. K. Gandhi, et al., USA



Die Prävalenz von Lymphomen stieg stetig von 6,15 % im Jahr 2009, auf einen Höchststand von 11,47 % im Jahr 2019

Für diesen Anstieg gibt es keine klare Erklärung.

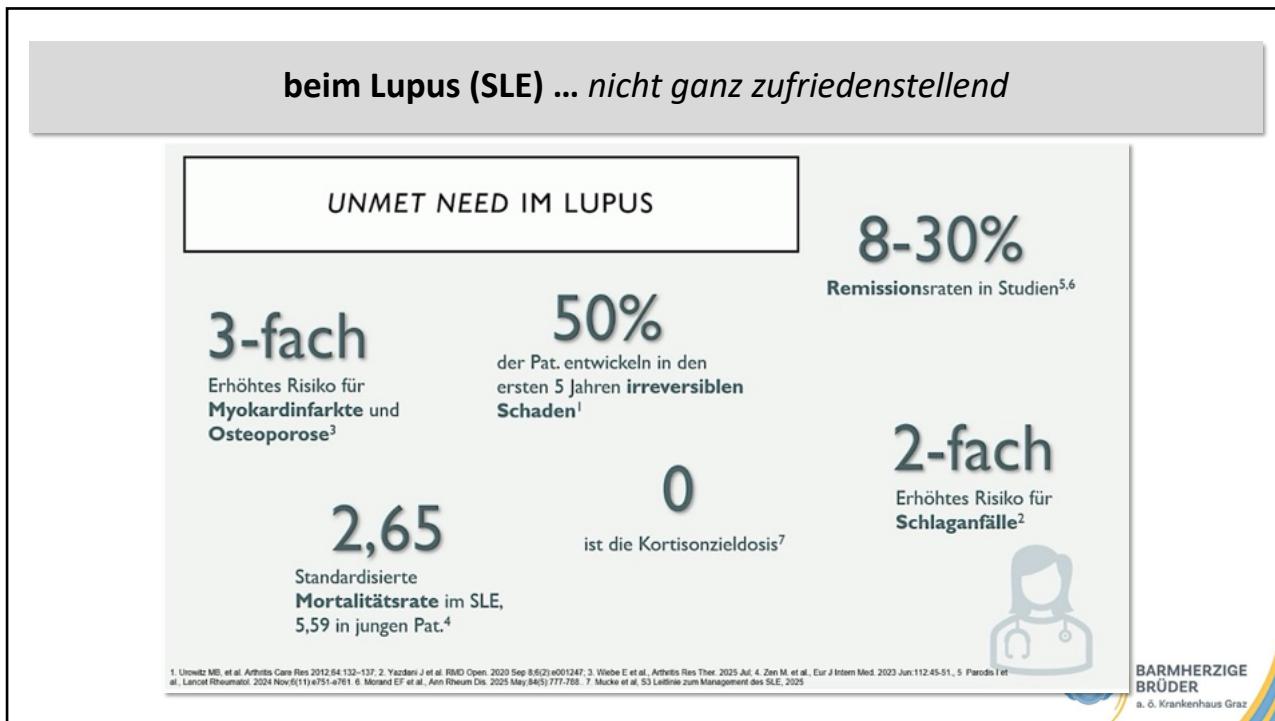
Mögliche Gründe könnten sein:

- dass Medikamente keinen Einfluss aufweisen
- das erhöhte Risiko aufgrund immunsuppressiver Medikamente
- die Verbindung von Lupus mit dem Sjögren-Syndrom

oder eine Kombination dieser Faktoren.



6



7

das ist mal ein Risiko ...! MACE: Vaskulitis Pat. gg Hypertension Pat.

2384 Major Cardiovascular Adverse Events in Patients with ANCA Vasculitis Compared with Hypertension Control Group. Lisa Rosenberg

MACE	ANCA	Control	Odds Ratio	95% Confidence Interval
Stroke	EGPA	Hypertension	4.7647	(1.6858, 13.4671)
	GPA	Hypertension	10.2857	(4.4984, 23.5188)
	MPA	Hypertension	5.4000	(1.1196, 26.0439)
MI	EGPA	Hypertension	17.6000	(4.9577, 62.4804)
	GPA	Hypertension	8.7273	(2.7577, 27.6193)
	MPA	Hypertension	8.0000	(1.2122, 52.7971)
HF	EGPA	Hypertension	3.7251	(1.2344, 11.2419)
	GPA	Hypertension	6.7407	(2.8587, 15.8944)
	MPA	Hypertension	3.3704	(0.5912, 19.2155)

ANCA-associated vasculitis is a significant risk factor of MACE

BARMHERZIGE BRÜDER
a. ö. Krankenhaus Graz

8

Mortalität bei Vaskulitis ... ! (nach wie vor)

ACR 2025 0150 Mortality in Anca-associated Vasculitis. Fabricio Benavides Villanueva, Spain. // >200 Pat. ab 2000 - 2024

- durchschnittlichen Nachbeobachtungszeit von 6 (± 5) Jahren betrug die Gesamtmortalitätsrate in der AAV-Gruppe 5,5 pro 106/Jahr
- EAIR von 4,6/100 PY und die Gesamtletalitätsrate bei 32,5 %

	MPA	GPA	EGPA
MORTALITY RATE cases/10 ⁶ inhabitants/year (95% CI)	2.8 (1.7-4)	1.8 (0.9-42.7)	0.1 (-0.1-0.2)
CASE-FATALITY RATE (%), 95% CI	38.8% (20.1-57.5)	31.9% (14-49.9)	1% (-1-3)
EAIR cases/100 PY	7.9	3.86	0.6

- Die Mortalitäts- und Letalitätsraten bei Patienten mit AAV sind nach wie vor hoch.
- Die Mortalitätsrate war bei MPA höher als bei EGPA niedriger.
- häufigsten Todesursachen Infektionen (30 %), Neoplasien (14 %) und MACE (13 %).



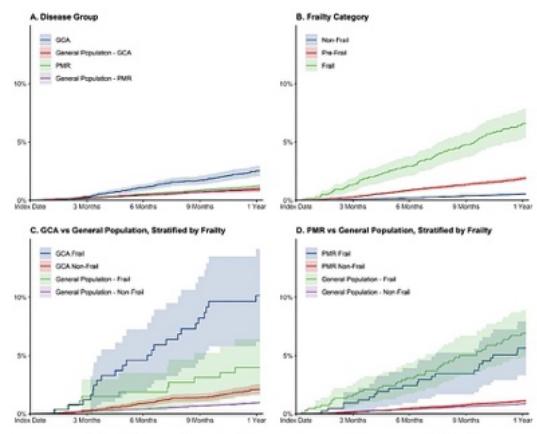
9

RZA/GCA - Frailty - steigert Mortalität "doppelte"

ACR 2025 0746 Impact of Frailty on Mortality in GCA and PMR: A Retrospective Cohort. Fatima Hassan >60.000 Pat.

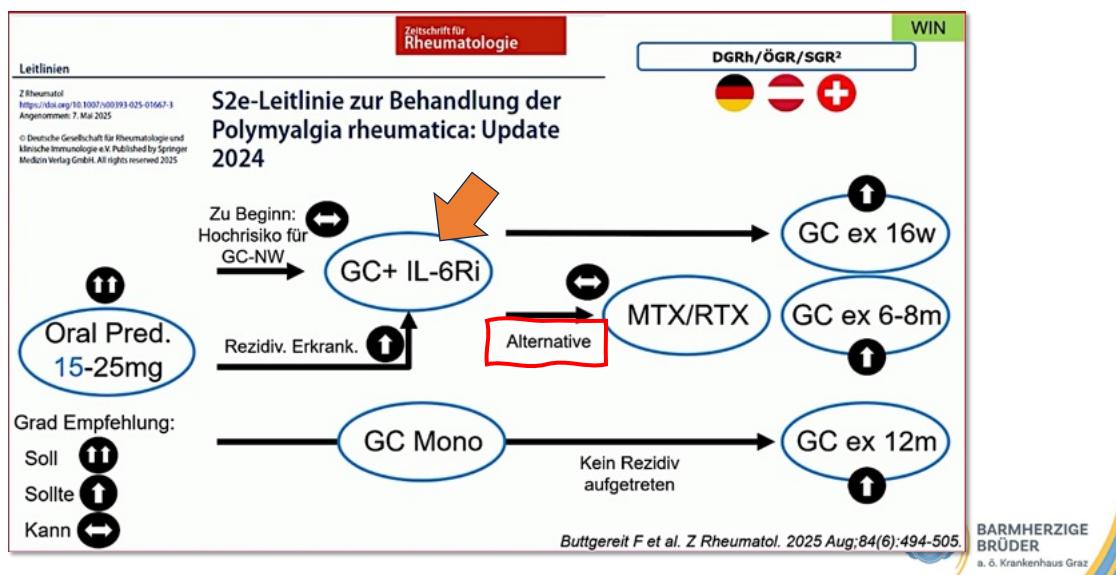
Sterberisiko bei Patienten mit RZA/PMR HR 2,17

- Patienten mit PMR hatten jedoch kein erhöhtes Sterberisiko, sofern sie nicht zusätzlich *gebrechlich* waren.
- Frailty bei Patienten mit RZA und PMR identifiziert eine Patientengruppe mit Sterberisiko und unterstreicht den Wert der Gebrechlichkeitsdiagnostik.



10

PMR-Therapie "Leitlinie !!" geändert

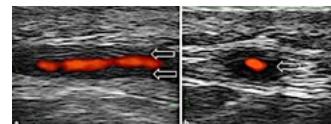


11

Bei Riesenzell Arteritis - Aneurysma bei 18% in 4.5 Jahren

Ultrasound compared to Computed Tomography in identifying thoracic aortic aneurysms in patients with Giant Cell Arteritis.
Anne C Bull Haaversen, September 2025, Arthritis Care&Res.

- A strong correlation and agreement were observed between ultrasound and CT measurements in assessing the diameter of the ascending aorta in patients with GCA. (>40mm)
- Ultrasound may be a valuable tool for longitudinal monitoring and screening for aneurysm development.
- Notably, about 18% of patients developed aortic aneurysms over a mean follow-up of 4.5 years, underscoring the critical need for regular aortic screening in this population.



Sono Screen - sinnvoll



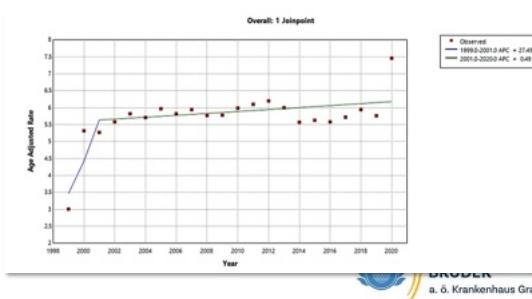
12

Komorbiditäten

Rheuma ... Hypertonus, eh klar - naja ?

ACR 2025 0235 **Mortality Trends** due to Hypertension Related Deaths in Elderly Patients with Inflammatory Polyarthropathy: A CDC WONDER Analysis of 21 Years. Zauha Fawad Memon, // entz.Erkrankungen, ab 1999

- Zw. 1999 - 2020 insgesamt 92.000 Todesfälle im Zusammenhang entzündlicher Erkrankungen und Bluthochdruck
- Die allgemeine altersbereinigte Sterberate stieg von 3,01 im Jahr 1999 auf 7,46 im Jahr 2020
- Es waren deutliche rassische/ethnische Unterschiede festzustellen.
- schwarze/afroamerik. Bev. hatte die höchste Sterberate (10,97 im Jahr 2020)
- Bei Asiaten oder Bewohnern der pazifischen Inseln insgesamt ein ähnlicher Trend
- Der Trend bei den Weißen (AAPC: 2,90, p < 0,017643) blieb nahezu unverändert



13

RA und Diabetes - Vorteile für TNF-alfa - (ja, aber ..!)

2284 Cardiovascular Outcomes in Diabetic Rheumatoid Arthritis Patients: TNF- α Inhibitors versus IL-6 Inhibitors. Sila Mateo Faxas, Cincinnati, TriNetX

Bei den mit IL-6i behandelten Patienten war: >3000 Pat.

- Mortalitätsrisiko HR=1,6
- akute Nierenversagen HR=1,7
- Herzinsuffizienz HR=1,4 im Vergleich zu den mit TNFi behandelten Patienten signifikant höher.
- Allerdings mussten TNFi Patienten signifikant häufiger diabetesbedingte Nachuntersuchungen durchführen lassen (17,46 vs. 14,69 Besuche)

Obwohl beide Medikamentenklassen die RA-Symptome wirksam behandeln
... dass TNF- α Inh für diese spezielle Patientengruppe aus kardiovaskulärer Sicherheitsperspektive vorzuziehen.



14

Mounjaro® und RA - kann etwas ...

0445 GLP-1 Receptor Agonists Reduce Mortality and Cardiovascular Events in Patients with RA. Giorgos Loizidis, Philadelphia // 3000 Pat

- Die GLP-1-RA- Th signifi. reduzierten 12 Mo. Gesamt mortalität im Vergleich d. Kontr. (0,37 % vs. 0,93 %; HR:0,14)
- Darüber hinaus war die MACE-Inzidenz in der GLP-1-RA-Pat signifi. niedriger HR 0,60,
- hauptsächlich auf die geringere Anzahl an Herzinsuffizienzereignissen (0,74 % vs. 1,71 %; HR 0,52)
- Die Myokardinfarkt- und zerebrovaskuläre Infarktraten unterschieden sich nicht signifikant zwischen den Gruppen.

Bei adipösen, nicht-diabetischen RA-Patienten reduzierte die GLP-1-RA-Therapie die Gesamt mortalität und kardiovaskuläre Ereignisse, insbesondere Herzinsuffizienz, signifikant.

Table 3. One-Year Mortality and MACE Outcomes After Propensity Score Matching

Outcome (Excluding Prior Events)	Cohort	At Risk (n)	Events (n, %)	Log-rank p	Hazard Ratio	HR (95% CI)
All-Cause Mortality	RA/GLP-1	2,095	10 (0.37)	0.0002	0.142	(0.043-0.470)
	RA					
	RA-no GLP-1	2,690	25 (0.93)			
	IRA					
MACE (HF, MI, or Stroke)	RA/GLP-1	2,469	27 (1.09)	0.0261	0.596	(0.375-0.945)
	RA					
	RA-no GLP-1	2,513	55 (2.19)			
	IRA					
Heart Failure	RA	2,553	19 (0.74)	0.0165	0.523	(0.305-0.897)
	RA-no GLP-1	2,577	44 (1.71)			
	IRA					
Myocardial Infarction (acute)	RA	2,638	11 (0.42)	0.6513	0.838	(0.388-1.803)
	RA-no GLP-1	2,664	16 (0.60)			
	IRA					
Cerebral Infarction (stroke)	RA	2,644	10 (0.38)	0.4042	0.674	(0.265-1.714)
	RA-no GLP-1	2,650	12 (0.45)			
	IRA					

Wirksamkeit von GLP-1-RA = vielversprechende Therapieoption zur Reduktion des kardiometabolischen Risikos bei RA



15

Selbstmordgedanken, gar nicht so selten ...!

0329 Factors Associated with Suicidal Ideation Among Patients with Inflammatory Musculoskeletal Disease: A Case-Control Study. Eike von Schlichting, Xenofon Baraliakos and Uta Kiltz;

- Eine beträchtliche Anzahl von Patienten in unserer Kohorte berichtete über Suizidgedanken. Prävalenz von 3,2 %
- Interessanterweise waren die meisten gefährdeten Patienten mit kürzerer Krankheitsdauer oder einem begleitenden somatoformen oder depressiven Syndrom.
- unzureichende Bewältigungsstrategien
- leider wurden bekannte Risikofaktoren für Suizidgedanken in unserer Studie nicht als solche identifiziert.



a. ö. Krankenhaus Graz

16

bitte etwas praxisrelevanter

... wie hoch ist mein Infektionsrisiko ?



Simon Krabbe

- Rheumatoid arthritis (RA)/axial spondyloarthritis (axSpA)/psoriatic arthritis (PsA) patients treated with bDMARDs have increased risk of hospitalized infection compared with the general population
- Such knowledge may improve the shared decision making in the clinical setting: “Doctor, what is my risk for a serious infection compared with my friends?”
- Patients identified in DANBIO (the Danish rheumatology registry): First bDMARD started between Jan 2006 and Dec 2016
- Follow-up time was 12 months after start of treatment irrespective of whether treatment was continued or changed during follow-up

RISK OF HOSPITALIZED INFECTION IN PATIENTS WITH CHRONIC INFLAMMATORY ARTHRITIS TREATED WITH BIOLOGICAL DRUGS - A MATCHED COHORT STUDY.
EULAR 2019 - Denmark



17

Infektion – in den ersten 12 Monaten

	RA		AxSpA		PsA	
	Patients (n=5985)	Matched cohort (n=59848)	Patients (n=2958)	Matched cohort (n=29579)	Patients (n=2429)	Matched cohort (n=24288)
Age <40	12%	12%	50%	50%	29%	29%
40-49	17%	17%	26%	26%	28%	28%
50-59	29%	29%	16%	16%	28%	28%
≥60	42%	42%	8%	8%	15%	15%
Men	25%	25%	61%	61%	46%	46%
Symptom duration (years)*	6.7 (2.8-13.8)	- (3.2-16.4)	8.2 (2.8-12.0)	- (2.8-12.0)	6.5 (2.8-12.0)	- (2.8-12.0)
Current smokers	28%	-	35%	-	30%	-
Hospitalized infection 12 months prior to baseline	3.7%	1.3%	2.7%	0.9%	2.4%	0.9%

12.000 Pat.

RISK OF HOSPITALIZED INFECTION IN PATIENTS WITH CHRONIC INFLAMMATORY ARTHRITIS TREATED WITH BIOLOGICAL DRUGS - A MATCHED COHORT STUDY.
EULAR 2019 - Denmark



18

Fazit: "Rule of thumb" – 4x höher

Hospitalized infection in patients	Hospitalized infection in matched controls	Hazard ratio (95% CI)
522/11,372 (4.6%)	1,434/113,715 (1.3%)	3.7 (3.4-4.1)

aber

12 month risk of hospitalized infection in bio-naïve patients with RA, axSpA and PsA who start first bDMARD

Count (0 to 6):

- Previous hospitalized infection within the last 5 years
- Pulmonary disease
- Diabetes
- Inflammatory bowel disease
- Myocardial infarction
- Glucocorticoids (peroral glucocorticoids or at least 2 visits with intramuscular/intraarticular injections with total dose above 2 mL during the last year)

aber
die üblichen
Verdächtigen

RISK OF HOSPITALIZED INFECTION IN PATIENTS WITH CHRONIC INFLAMMATORY ARTHRITIS TREATED WITH BIOLOGICAL DRUGS - A MATCHED COHORT STUDY.
EULAR 2019 - Denmark



19

Remission verringert das Infektionsrisiko enorm

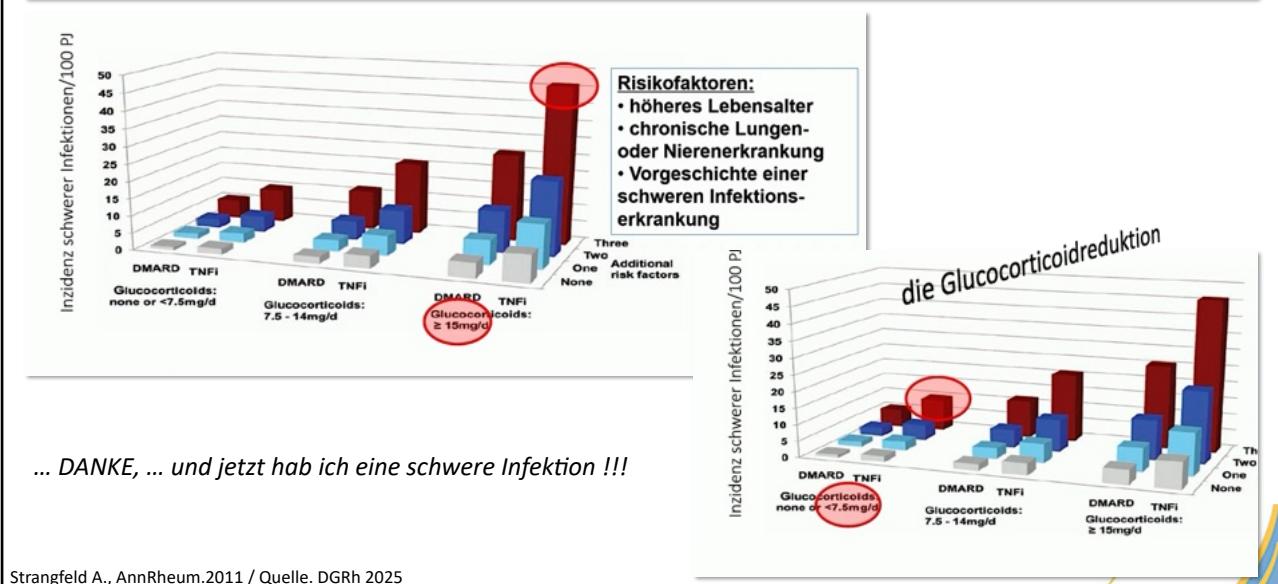
CDAI	N Patienten	schwere Infektionen / 100PJ	mittlere Pred. Dosis über 5mg/Tag
Remission CDAI ≤2.8	3355	1,03	4.5%
geringe KH Aktivität CDAI 2.8-10	3912	1,92	11,3%
mäßig – hohe KH Aktivität CDAI<10	5062	2,51	15,3%

Impact of Sustained Remission on the Risk of Serious Infection in Patients With Rheumatoid Arthritis.
Accortt NA, et al., Arthritis Care Res. 2018. California

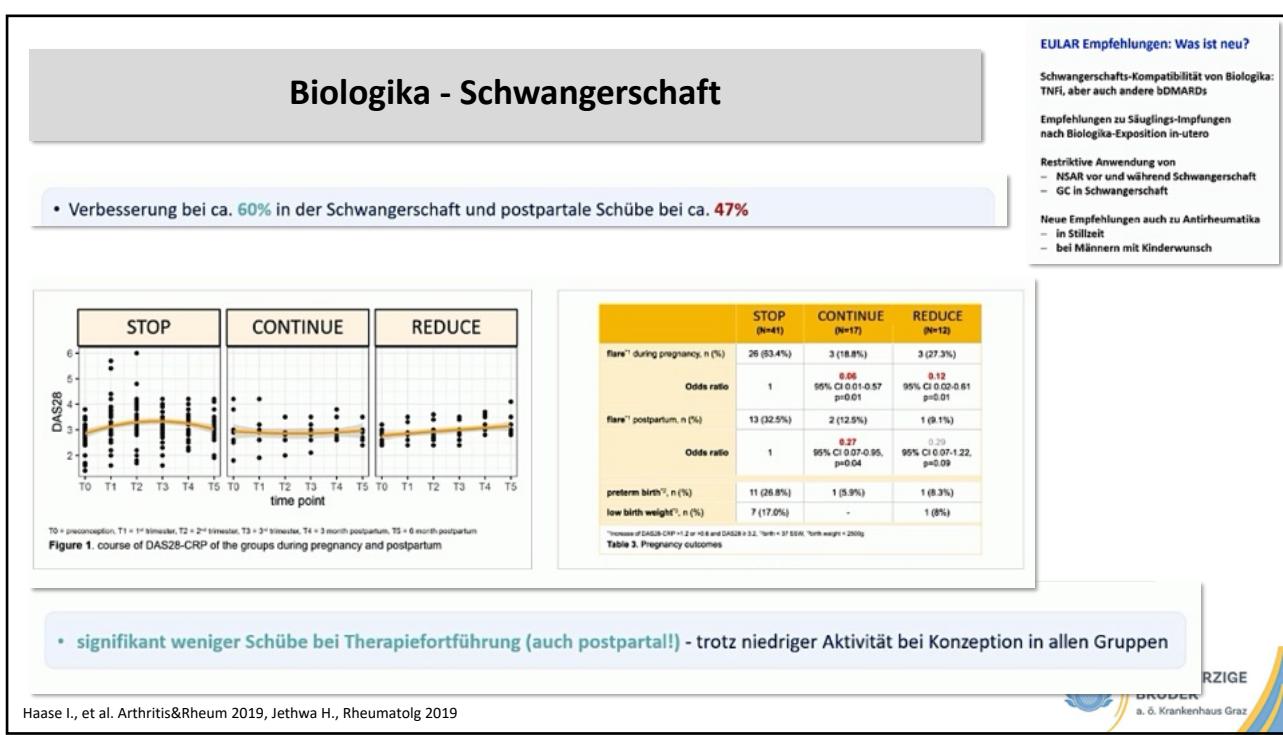


20

Bias: wenn hohe entz. Akt.+Cortison+Komorb. - "on-Top" Biologikum = Pneumonie



21



22

TNF-a Inh. - ausdrücklich erlaubt

csDMARDs: schwangerschafts-kompatible weiterführen !

Schwangerschafts-kompatible csDMARDs und Dosierung

Hydroxychloroquin	HCQ < 400mg/d, HCQ bevorzugten 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

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)]

Rüegg et al., Ann Rheum Dis 2025, Pluma A. et al., Ann Rheum Dis



23

nicht-TNF alfa Inh. - hell-grün / hell-gelb

Biologikum	Schwangerschaften, n=	EULAR Empfehlung
Abatacept	170	können bei Bedarf zur wirksamen Kontrolle der mütterlichen Erkrankung eingesetzt werden
Anakinra	70	
Belimumab	410	
Canakinumab	16	
Ixekizumab	99	
Rituximab	484	
Sarilumab	1	
Secukinumab	119	
Tocilizumab	401	
Ustekinumab	598	
gesamt n=2368		

Nicht-TNFi-bDMARDs, wenn keine Alternative

Biologikum	Schwangerschaften, n=	EULAR Empfehlung
Anifrolumab	begrenzte oder keine Daten (gesamt n=17)	nur einsetzen, wenn keine anderen schwangerschaftskompatiblen Medikamente die mütterliche Erkrankung wirksam kontrollieren können
Eculizumab		
Gusekumab	ähnliche molekulare Struktur zu anderen bDMARDs	
Mepolizumab		
Risankizumab		

Rüegg et al., Ann Rheum Dis 2025, Pluma A. et al., Ann Rheum Dis, Meissner Y. et al. Z.f.Rheumatol. 2025



24

NSAR und Glucocorticoide - restriktiver Einsatz

NSAR und orale Glukokortikoide können bei Bedarf zur Kontrolle der Krankheitsaktivität in der Schwangerschaft verwendet werden.

zur Kontrolle der Krankheitsaktivität sollte ein Austausch oder eine Ergänzung mit einem schwangerschaftskompatiblen csDMARD oder Biologikum erwogen werden.

- NSAR nur intermittierend einsetzen, nach der 28. Schwangerschaftswoche stoppen
- begrenzte Erkenntnisse zu selektiven COX-2 Hemmer, nicht-selektive NSAR mit kurzer Halbwertszeit (z.B: Ibuprofen) bevorzugen.

EULAR SLR: NSAR: n ~ 126 000

Oligohydramnion 0.7% - 3.8%

Risiko höher bei Behandlungsdauer > 10 Tage

Risiko höher bei Behandlung in 2./3. Trimester: T2/3 versus T1: RR 5.1 (95% CI 1.1.-24.0)

Konstriktion des Ductus arteriosus 0.5%

Rüegg et al., Ann Rheum Dis 2025, Pluma A. et al., Ann Rheum Dis



25

State of th Art - DMARD+Malignome / EULAR

OP0045 (2023) EULAR POINTS TO CONSIDER ON THE INITIATION OF TARGETED THERAPIES IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY ARTHRIDES AND A HISTORY OF CANCER. E. Sebbag, France, K. Laufer, J. Molina Collada, D. Aletaha, J. Askling,

POS1069 (2023) SYSTEMATIC LITERATURE REVIEW INFORMING THE EULAR POINTS TO CONSIDER TASK FORCE ON THE INITIATION OF TARGETED THERAPIES IN PATIENTS WITH INFLAMMATORY ARTHRIDES AND A HISTORY OF CANCER. E. Sebbag, et al. Strasbourg, France



- Nach Abschluss einer Malignom-Therapie sollte eine aktive RA umgehend wieder mit DMARD behandelt werden.
- Erste Wahl nach soliden Tumoren sind - TNF-Inh. und IL6 In nach hämatologischen Malignomen - Rituximab
- Abatacept und JAKi - sollten nur bei fehlenden Alternativen zum Einsatz kommen
- Bei noch laufender Tumortherapie und DMARD-Bedarf gemeinsames Konsil Onkologe/Rheumatologe nötig

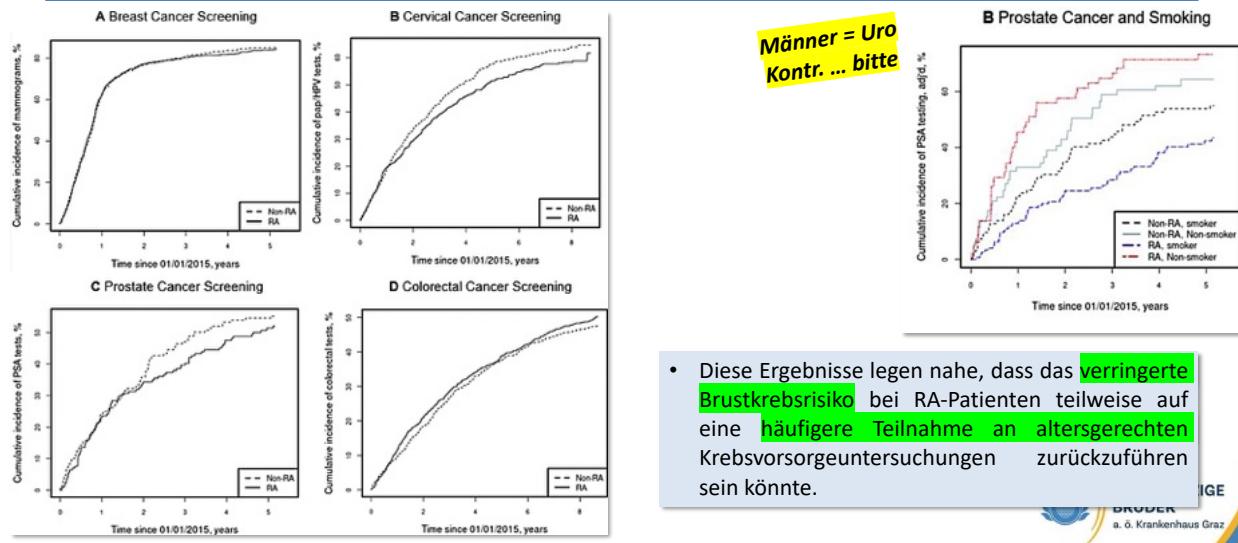


Kostine M, et al. Ann Rheum Dis 2021; Sebbag et al., AnnRheumDis 2024 // Malignom: EULAR "Points to consider 2024"

26

Karzinom - was/wann beachten ?

AB0513 (2024) RATES OF CANCER SCREENING AND INVESTIGATION OF RISK FACTORS FOR SUB-OPTIMAL SCREENING IN A POPULATION-BASED COHORT OF PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS. R. T. Brooks, USA
→1600 Pat > 8 Jahre



- Diese Ergebnisse legen nahe, dass das **verringerte Brustkrebsrisiko** bei RA-Patienten teilweise auf eine **häufigere Teilnahme an altersgerechten Krebsvorsorgeuntersuchungen** zurückzuführen sein könnte.

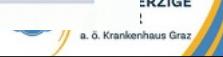


27

Malignomrisiko einzelner Medikamente

Substanz	Datenlage	Risiko	Bemerkungen
Methotrexat	grün	gelb	NMSC↑ (2021 CIRT: RCT bzgl CV-Risiko)
SSZ, HCQ	rot	grün	SSZ: Colonca., HCQ: SLE
Leflunomid	gelb	grün	(RABBIT: Pancreasca.?), in vitro günstig
CSA, Azathioprin	gelb	grün	CSA + Pso, AZA: NMSC, AZA+ CED: NHL
Mycophenolat	rot	grün	Transplant: vs CSA, Tacrolimus
Cyclophosphamid	grün	rot	Kumulativdosis: 30g, Korea: SLE, 6g
TNF-Inhibitoren	grün	gelb	NMSC↑, beste Evidenz, Lymphome widersprüchlich
Rituximab	grün	grün	B-NHL↓, Evidenz zu Rezidivrisiko
Tocilizumab	hellgrün	hellgrün	u.a. Versicherungsdaten, Effekt bei Plasmazelldyskrasien
Abatacept	hellgrün	orange	Mehr NMSC vs andere Biologika / csDMARDs?!
Interleukin 1-Inhibition	hellgrün	orange	Canakinumab bei Bronchialca., Schnitzler
Ustekinumab	gelb	grün	PSOLAR bei Pso: weniger Krebs als unter TNF
Andere Biologika	gelb	orange	
JAK-Inhibitoren	hellgrün	orange	B-NHL? Tofacitinib ORAL Surveillance! CAVE!
Apremilast	gelb	orange	Wahrscheinlich unproblematisch

DRGh 2021 M.Schmalzing



28

Das Risiko einer Krebserkrankung bei Pat. mit RMD und einer vorangegangenen malignen Erkrankung unterscheidet sich nicht nach Art der bDMARD- und tsDMARD-Exposition

Cancer risk in patients with rheumatoid arthritis receiving biologic and targeted synthetic disease modifying antirheumatic drugs: results from the BIOBADASER III registry. Juan Molina-Collada, 22 October 2025, Oxf.Rheumatol. (>4,600 RA patients, age 55.5 y, follow-up 3.6 y.)

Baseline characteristics and rate of incident cancer.

	Anti-TNF(n = 185)	JAKi(n = 61)	Anti-CD20(n= 61)	Anti-IL6(n = 68)	Anti-CTLA-4(n= 47)	Anti-IL17(n= 39)	Total(n=352)
Female, n (%)	129 (69.7)	49 (80.3)	43 (70.5)	54 (79.4)	34 (72.3)	21 (53.9)	247 (70.2)
Age, mean (SD)	64.4 (13.1)	66.7 (13.1)	67.8 (10.0)	70.5 (11.6)	71.8 (10.4)	59.5 (14.6)	65.3 (13.0)
Start treatment age, mean (SD)	60.0 (12.9)	64.8 (12.8)	65.7 (9.6)	67.3 (11.3)	62.8 (12.7)	56.9 (14.5)	61.6 (12.8)
Disease duration, median (IQR)	6.7 (3.0-13.1)	12.3 (7.4-19.6)	10.8 (6.3-19.4)	8.5 (4.0-16.8)	8.2 (4.1-16.6)	8.4 (4.7-16.1)	7.0 (2.9-15.5)
Time of follow-up months, mean (SD)	23.1 (25.3)	15.9 (13.3)	11.5 (2.5)	16.8 (17.6)	23.7 (22.6)	18.4 (15.5)	17.5 (18.2)
Charlson comorbidity index	4.9 (2.0)	5.2 (2.2)	5.1 (2.0)	5.5 (2.1)	6.1 (2.6)	6.9 (2.6)	5.2 (2.1)
Prior malignancy							
Non-lymphoproliferative (solid or melanoma), n (%)	174 (94.5)	58 (95.1)	54 (88.5)	65 (95.6)	46 (97.9)	36 (92.3)	331 (94.0)
Lymphoproliferative, n (%)	9 (4.9)	3 (4.9)	13 (21.3)	4 (5.9)	4 (8.5)	5 (12.8)	29 (8.2)
Metastatic cancer, n (%)	2 (1.1)	2 (3.3)	2 (3.3)	1 (1.5)	3 (6.4)	0 (0.0)	7 (2.0)
Incident cancer							
New cancer diagnosis, n (%)	18	2	2	5	5	0	32
Time of exposure, sum (years)	470.1	91.6	163	104.9	96.8	63.8	1178.6
Rate of incident cancer (per 1,000 PY)	38.3 (24.1-60.8)	21.8 (5.5-87.3)	12.3 (3.1-49.1)	47.7 (19.8-114.5)	51.7 (21.5-124.1)	0 (0-0)	27.1 (18.6-38.3)
Rate ratio of incident cancer (vs anti-TNF)	-	0.6 (0.1-2.5)	0.3 (0.1-1.4)	1.2 (0.5-3.4)	1.3 (0.5-3.6)	-	-

- Die Gesamtrate maligner Neuerkrankungen betrug 27,1 Ereignisse/1.000 PJ
- Die Gesamtrate der Carcinom-Vorfälle unterschied sich nicht signifikant zw den NonTNF-DMARDs vs Anti-TNF-Therapie



29

"Vergleichende" Effektivität: Bari, TNFi und non-TNFi Biologika (OMA)

- SCQM: 1053 Therapiekurse: 273 Bari, 473 TNFi, 307 OMA (2017-2020)
- Baricitinib: V.a. ältere Patienten, längere RA Dauer, mehr Vortherapien

Table 1 Baseline characteristics of study population, SCQM-RA registry, 2017-2020

Variable	BARI (TC=273; 273 pts)		TNFi (TC=473; 408 pts)		OMA (TC=307; 289 pts)		p values
	N % of total in group Otherwise: mean (SD)	Miss.	Miss.	Miss.	Miss.	Miss.	
Patients							
Female	78 %	0	74 %	1	73 %	1	0.097
Age (years)	59 (14)	0	52 (15)	1	59 (13)	1	0.021
Disease duration (years)	13 (10)	4	8 (9)	19	11 (9)	5	0.027
CDAI baseline (raw data)	19 (10)	175	18 (10)	301	20 (13)	204	0.34
Seropositive (ACPA or RF)	75 %	1	70 %	7	77 %	5	0.92
TCs		Miss.	Miss.	Miss.	Miss.	Miss.	
Concomitant csDMARD	40 %	0	61 %	0	46 %	0	<0.01
Line of therapy		0	0	0	0	0	
1st (bio-naïve)	17 %		48 %		22 %		Ref.
2nd	20 %		23 %		24 %		<0.01
3rd	19 %		11 %		24 %		<0.01
4th or later	44 %		18 %		31 %		<0.01
Previous tsDMARD use (non-BARI)	33 %	0	1 %	0	5 %	0	<0.01
Concomitant glucocorticoid (at any time)	22 %	0	20 %	0	24 %	0	0.35

"first-line" = TNF-alfa
"last-line" = JAK Inh



Gilbert BTP et al. BMJ Open 2024; 14: e072300

30

die Sicherheitsdaten IL-23 Guselkumab - *(noch)* beruhigender

2120 Safety of Guselkumab in Patients with Psoriatic Disease: An Integrated Analysis of 11 Phase 2/3 Clinical Studies in Psoriasis and Psoriatic Arthritis. Bruce Strober
11 Studien: >10.000 Pso/PsA // >5 Jahre

Table 2. Overall AEs Through the End of the Reporting Period

	PsO	PsA			Pooled PsO and PsA
	Combined GUS Q8W ^a (N=3901)	Combined GUS Q8W (N=7021)	Combined GUS Q4W (N=725)	Combined GUS ^b (N=1508)	Combined GUS (N=4399)
			1106 (1.7)	2125 (1.2)	10787 (1.7)
			133 (126, 140)	146 (141, 151)	164 (162, 167)
SAEs	5.3 (4.8, 5.8)	6.3 (4.8, 8.0)	5.2 (3.9, 6.7)	5.7 (4.7, 6.8)	5.4 (4.9, 5.8)
AEs leading to study agent discontinuation	1.6 (1.3, 1.9)	2.4 (1.5, 3.5)	3.1 (2.1, 4.3)	2.7 (2.1, 3.5)	1.8 (1.6, 2.1)
Infections	65.9 (64.2, 67.6)	43.5 (39.5, 47.7)	40.6 (36.9, 44.5)	42.0 (39.3, 44.8)	61.2 (59.7, 62.7)
Serious Infections	0.88 (0.69, 1.10)	1.67 (0.97, 2.67)	1.54 (0.90, 2.46)	1.60 (1.11, 2.24)	1.02 (0.84, 1.23)
Malignancy ^c	0.74 (0.57, 0.95)	0.39 (0.11, 1.01)	0.09 (0.00, 0.50)	0.24 (0.08, 0.55)	0.64 (0.50, 0.81)
MACE ^d	0.33 (0.22, 0.48)	0.20 (0.02, 0.71)	0.27 (0.06, 0.79)	0.24 (0.08, 0.55)	0.32 (0.22, 0.44)



31



Provinzial
Frater Saji
Mullankuzhy



Barmherzige Brüder



ein herzliches Dankeschön

Raimund LUNZER

Leitung: Rheumatologie

Barmherzige Brüder Graz



32