

Rheumatag 12.10.2022

Neue Therapieentwicklungen in der Rheumatologie (PD Dr. med M. Pierer)

- **Neue Diagnostik bei Arthritis Urica: Dual Energy CT (DECT)** zur Differenzierung von Calcium im Knochen und Na-Urat, gut geeignet für periphere Körperregionen, erspart Punktat
- **Therapiefortschritte bei systemischen Lupus erythematoses (SLE)**
 - **Voclosporin** als Calcineurin-Inhibitor mit vierfach stärkerer Inhibition zu Ciclosporin A, aber mit besserer Pharmakokinetik (kein Monitoring nötig), weniger Nierenprobleme und geringeren Effekt auf Lipid- und Glucose-Stoffwechsel; in USA bereits zugelassen, von EMA empfohlen
 - **Anifrolumab** als anti-IFNAR-1 zeigte in doppelblinden Studie weniger Schübe sowie Hautmanifestationen; Steroidgabe konnte reduziert bzw. sogar beendet werden
 - **Obinutuzumab** als anti-CD20-Antikörper ,zunächst nur für CLL zugelassen, zeigt stärkere B-Zell –Depletion als Rituximab
 - **CAR-T-Zellen-Therapie:** bei 20jähriger Patientin mit schwerer, therapie-refraktärer SLE mit Lupus nephritis in Erlangen wurde sogar Remission erreicht; Phase 2 Studien laufen, Effekt durch Reboot des Immunsystems

COVID-19 und Rheuma – was gibt es Neues? (Prof. Baerwald)

- 34 Mio. Infektionen mit 150.000 Todesfällen; allein von gestern auf heute 200 Todesfälle aktuell in Deutschland
- Komplikationsrate höher ohne Impfung, vor allem in Bezug auf kardialen Erkrankungen
- Impfung schützt vor schweren Verlauf und Übersterblichkeit sinkt
- Impfquote entscheidend für Verlauf bei Älteren (Sachsen Impfquote bei ca. 60% als Schlusslicht zu Bremen als Spitzenreiter bei 80%)
- 4. Impfung schützt vor Infektionen und senkt Morbidität und Mortalität (Studie aus Israel)
- **COVID-Verlauf bei rheumatischen Erkrankungen:**
 - neuere Daten zeigen keinen signifikanten Unterschiede vor allem bei nicht so hoher Entzündungsaktivität
 - Rituximab (RTX) als wichtigster Pfeiler, da Immunantwort fehlt, besteht höhere Mortalität
 - Risiko für Hospitalisierung steigt bei Prednisolon über 10mg/d, andere DMARDs (Basisrheumatika) zeigen eher positiven Effekt
 - **Werden neue Autoimmunerkrankungen durch COVID ausgelöst?** Hinweise auf organspez. Erkrankungen können auftreten, allerdings sehr selten
 - Impfantwort bei m-RNA-Impfung mit höheren Titer als Vector-Impfung, Booster-Impfungen werden empfohlen, omikron-angepasste Variante sinnvoll
 - Pausen nach Impfungen werden vorgeschlagen, wie z. Bsp. bei RTX: Pause 2-4 Wochen nach 2.Impfung; JAK/MTX: 1 Woche Pause nach Impfung
 - 6 Monate nach durchgemachter Infektion keine Impfung notwendig
 - RTX-Patienten sprechen weniger auf Impfung an, da AK-Titer nicht so hoch
 - Auslösung einer Autoimmunerkrankung durch die Impfung kann eher als Rarität angesehen werden und liegt bei 1:1 Mio.