

# HERZLICH WILLKOMMEN!



**Hausärztefortbildung – Rheumatologie in der Praxis**  
**24. Januar 2018**

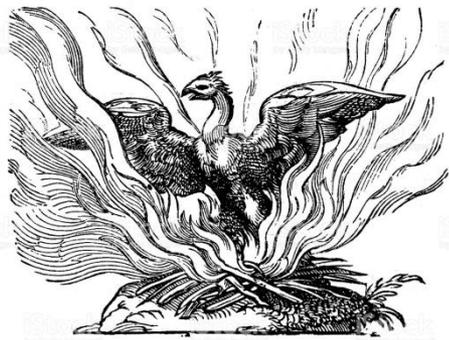
# Programm

- 18:30** Begrüssung und Einleitung  
*Dr. med. Holger Frauendorf*
- 18:45** Besonderheiten der Inneren Medizin in der Rheumatologie  
*Dr. med. Christine Kunze*
- 19:05** Möglichkeiten der interventionellen Schmerztherapie bei Rheumapatienten  
*Dr. med. Heino Prillwitz*
- 19:30** Vorstellung stationäres ASR-Konzept  
*Ramona Reiser, Physiotherapeutin*
- 19:50** Aktueller Algorithmus der osteologischen Abklärung in der KSK  
*Dr. med. David Niklaus*
- 20:10** Ernährung bei rheumatologischen Erkrankungen  
*Dr. med. Stefan Drinda*
- 20:30** Ende der Veranstaltung  
**Apéro in der Cafeteria am Rhein**

# NEUES Teil 1: Personelles

## alt

- Patric Gross → Winterthur
- Christoph Gorbach → Balgrist
- Adrian Forster → Schulthess
- Katja Göhner → USZ
  
- Ina Koppermann → USZ



## neu

- Kliniken Valens → Holger Frauendorf
- KSSG Rheuma → Nazim Reshiti PMR+...
  
- Zofingen → Christine Kunze AIM+Rh
  
- Überlingen → Stefan Drinda AIM+Rh+...
  
- Berlingen → Jaques Schäfer AIM+Ger
  
- Villingen → Norbert Löffler PT+Coach
  
- Frauenfeld → Seraina von Salis Admin



# NEUES Teil 2: Inhaltliches

## • Rehabilitation

- Geriatrische Rehabilitation
- Internistisch-Onkologisch
- Muskuloskelettal mit Arbeitsspezifischer Rehabilitation
- Psychosomatisch mit somatischer Hauptdiagnose

## • Rheumatologie

- Akutspitalzulassung Klinik St. Katharinental (RHE 1)
  - Multimodale Rheumatologische Komplexbehandlung
  - Multimodale Schmerztherapiemit somatischer und psychischer Hauptdiagnose
- Ambulanz- und Konsiliardienst KSF und KSM (RHE 2)



## • Langzeitpflege

- Neubau am Verwalterhaus / Umzug und Sanierung Ost

# NEUES Teil 3: Apparatives

## 2017

- Osteodensitometrie (DEXA) mit TBS
  - **Trabecular Bone Score**
- Sonographie mit Abdomen- und Herzsonde
  - **GE LOGIQ S7 Expert**

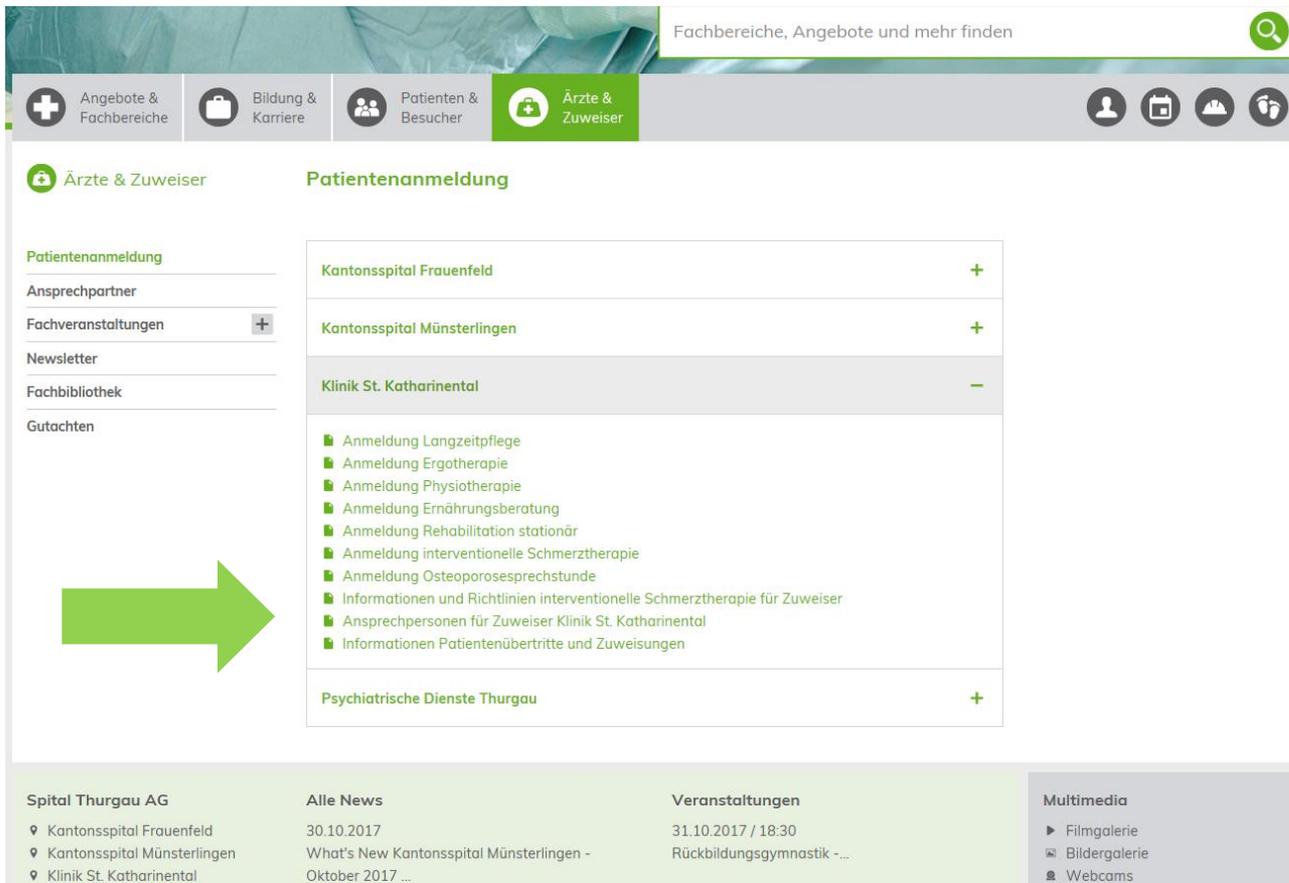


## 2018 (bestellt / geplant)

- Dysphagiediagnostik
  - **rpSzene<sup>®</sup> 10.0** auf Tablet
- ESWT (Extrakorporelle Stosswellentherapie)
  - **radiär und fokussiert** zur Schmerztherapie

# NEUES Teil 4: Homepage

<http://www.stgag.ch/aerzte-zuweiser/patientenanmeldung/>



Fachbereiche, Angebote und mehr finden

 Angebote & Fachbereiche
  Bildung & Karriere
  Patienten & Besucher
  **Ärzte & Zuweiser**





 **Ärzte & Zuweiser**

**Patientenanmeldung**

Patientenanmeldung

Ansprechpartner

Fachveranstaltungen

Newsletter

Fachbibliothek

Gutachten

Kantonsspital Frauenfeld	+
Kantonsspital Münsterlingen	+
<b>Klinik St. Katharinental</b>	-
<ul style="list-style-type: none"> <li> Anmeldung Langzeitpflege</li> <li> Anmeldung Ergotherapie</li> <li> Anmeldung Physiotherapie</li> <li> Anmeldung Ernährungsberatung</li> <li> Anmeldung Rehabilitation stationär</li> <li> Anmeldung interventionelle Schmerztherapie</li> <li> Anmeldung Osteoporosesprechstunde</li> <li> Informationen und Richtlinien interventionelle Schmerztherapie für Zuweiser</li> <li> Ansprechpersonen für Zuweiser Klinik St. Katharinental</li> <li> Informationen Patientenübertritte und Zuweisungen</li> </ul>	
Psychiatrische Dienste Thurgau	+

**Spital Thurgau AG**  
 ☉ Kantonsspital Frauenfeld  
 ☉ Kantonsspital Münsterlingen  
 ☉ Klinik St. Katharinental

**Alle News**  
 30.10.2017  
 What's New Kantonsspital Münsterlingen -  
 Oktober 2017 ...

**Veranstaltungen**  
 31.10.2017 / 18:30  
 Rückbildungsgymnastik -...

**Multimedia**  
 ▶ Filmgalerie  
 🖼 Bildergalerie  
 📹 Webcams



 **Spital Thurgau**  
ST. KATHARINENTAL

Dr. med.  
**Holger Frauendorf**  
Chefarzt  
Rheumatologie FMH  
Physikalische Medizin und  
Rehabilitation FMH  
Orthopädische Chirurgie FMH

CH-8253 Diessenhofen

Tel. +41 52 631 63 01  
Fax +41 52 631 63 02  
holger.frauendorf@stgag.ch

www.stgag.ch

# Programm

- 18:30** Begrüssung und Einleitung  
*Dr. med. Holger Frauendorf*
- 18:45** Besonderheiten der Inneren Medizin in der Rheumatologie  
*Dr. med. Christine Kunze*
- 19:05** Möglichkeiten der interventionellen Schmerztherapie bei Rheumapatienten  
*Dr. med. Heino Prillwitz*
- 19:30** Vorstellung stationäres ASR-Konzept  
*Ramona Reiser, Physiotherapeutin*
- 19:50** Aktueller Algorithmus der osteologischen Abklärung in der KSK  
*Dr. med. David Niklaus*
- 20:10** Ernährung bei rheumatologischen Erkrankungen  
*Dr. med. Stefan Drinda*
- 20:30** Ende der Veranstaltung  
**Apéro in der Cafeteria am Rhein**

# **Besonderheiten der Inneren Medizin in der Rheumatologie**

Komorbiditäten bei Arthritiden

**Dr. med. Christine Kunze**

# Komorbiditäten bei Arthritiden

- Kardiovaskuläre Erkrankungen
- Pulmonale Komplikationen
- Malignome
- Infektionen
- Osteoporose
- Gastrointestinale Ulcera
- Depressionen

# Risiko für major adverse cardiovascular events (MACE)

RA mit CVD 1.5 x Risiko für cardiovasculäre Ereignisse

Wenn Krankheitsdauer > 10 Jahre

RF/ anti-CCP positiv

Extraartikuläre Manifestationen  
(EULAR 2010)

# Kardiovaskuläre Ereignisse bei RA, Psoriasis und PsA

Roubille et al 2015

- Effekte von TNF i, MTX, NSAR und Cortikosteroiden (Recherche 1960-2012)
- Assoziation zwischen kardiovaskulären Ereignissen und medikamentöser Therapie
- TNF i reduzieren das Risiko (RR 0.70), ebenso MTX (RR 0.72)
- NSAR erhöhten das Risiko (RR 1.18), auch Cortikosteroide (RR 1.47)

# Mortalität bei RA

Listing et al, 2015

*Einfluss von Krankheitsaktivität, Therapie mit Glucocorticoiden, TNF-Inhibitoren und Rituximab*

Biologika Register RABBIT (463 von 8 908 Patienten starben, Beobachtung 31 378 Patientenjahre):

Höheres Sterblichkeitsrisiko mit höherer (DAS28 > 5.1) Krankheitsaktivität

Vermindertes Sterblichkeitsrisiko unter TNF Inhibitoren, Rituximab oder anderen Biologika

# RABBIT: Risiko für Verschlechterung oder Neuaufreten einer Herzinsuffizienz

Listing J et al 2008

- Erhöhtes Risiko bei hoher Arthritisaktivität  
 $HR_{adj} = 1.5$
- Erhöhtes Risiko bei hohem GC Dosen ( $> 10$  mg  
vs  $< 10$  mg),  $HR_{adj} = 3.3$
- Kein erhöhtes Risiko für Verschlechterung  
einer Herzinsuffizienz unter TNF-i,  $HR_{adj} = 1.2$

# Statine und Mortalität der RA

Schoenfeld et al, 2015

- Kohortenstudie; RA Patienten mit zumindest einem DMARD; Mittlerer Follow-up von 4.51 Jahren
- Todesfallinzidenz mit Statin 32.6/ 1000 und ohne Statin 40.6/ 1000 Patientenjahre
- Beginn einer Statin-Therapie reduzierte die Mortalität um 21%

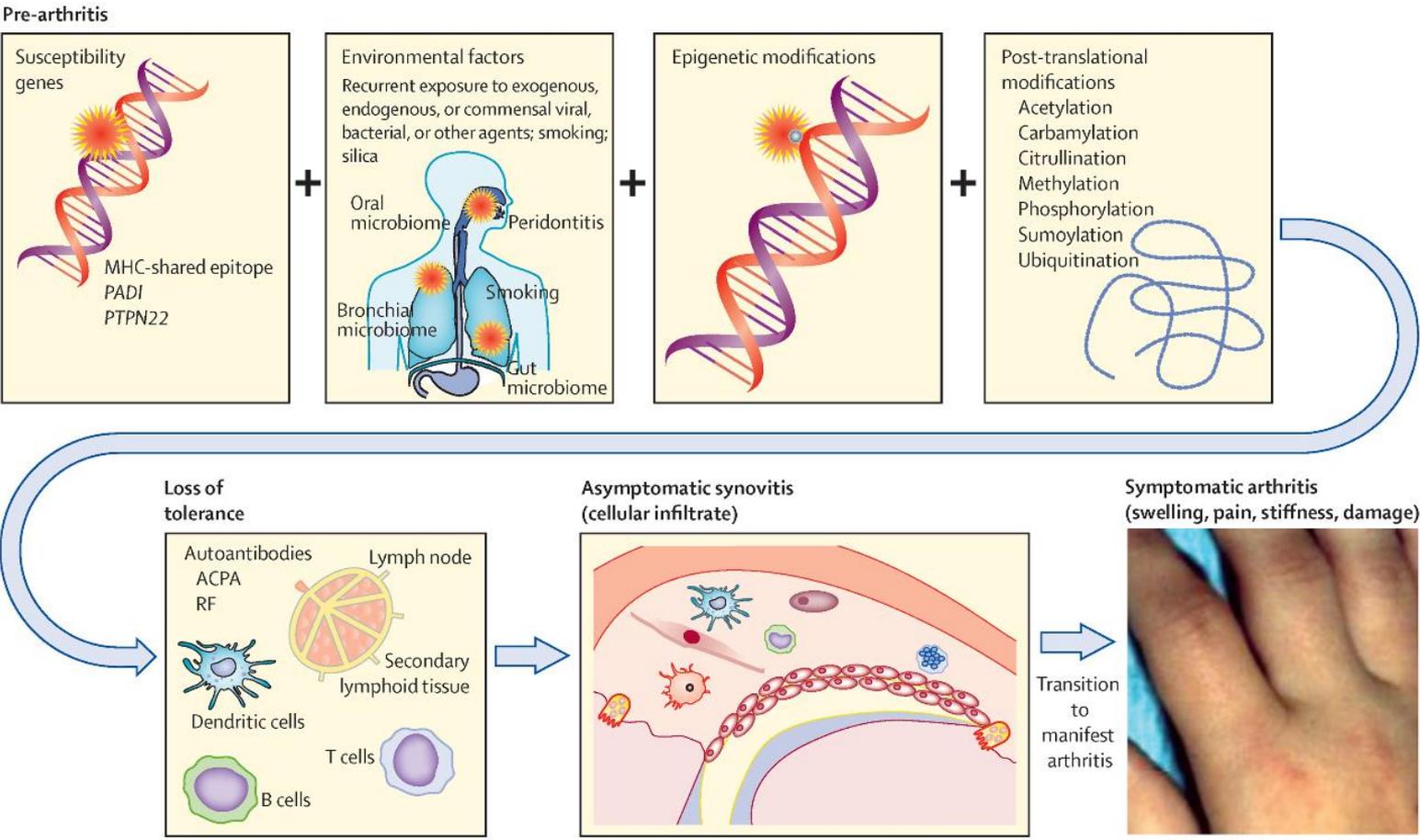
# EULAR – Empfehlungen

Agca R et al, 2017

- Höheres Risiko kardiovaskulärer Erkrankungen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung, gilt auch für AS und PsA
- Rheumatologe verantwortlich für kardiovaskuläres Risikomanagement entzündlicher Erkrankungen
- NSAR und Kortikosteroide gemäss EULAR - Richtlinien



# Negativ: Rauchen und Parodontitis



# Durch Paradontitis-Keim vermehrte Citrullinierung

Konig MF et al, Science Translational Medicine 2016

- Nur *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* triggert Arthritis durch vermehrte Citrullinierung
- Bei Patienten mit Paradontitis wurden vermehrt citrullinierte Antikörper nachgewiesen
- Anti-CCP –Antikörper

# Kein erhöhtes Lymphom-Risiko unter TNF-Inhibition

Mercer LK et al, Ann Rheum Dis 2017

- Auswertung des RA-Registers der British Society of Rheumatology
- 11 931 RA-Patienten unter TNF-Inhibitoren, verglichen mit 3367 Biologika-naiven RA- Patienten
- 84 Lymphome (88 pro 100 000 Patientenjahre) gegenüber 30 (154 pro 100 000 Patienten-jahre) bei Biologikanaiven
- Nach Adjustierung: HR 1.00

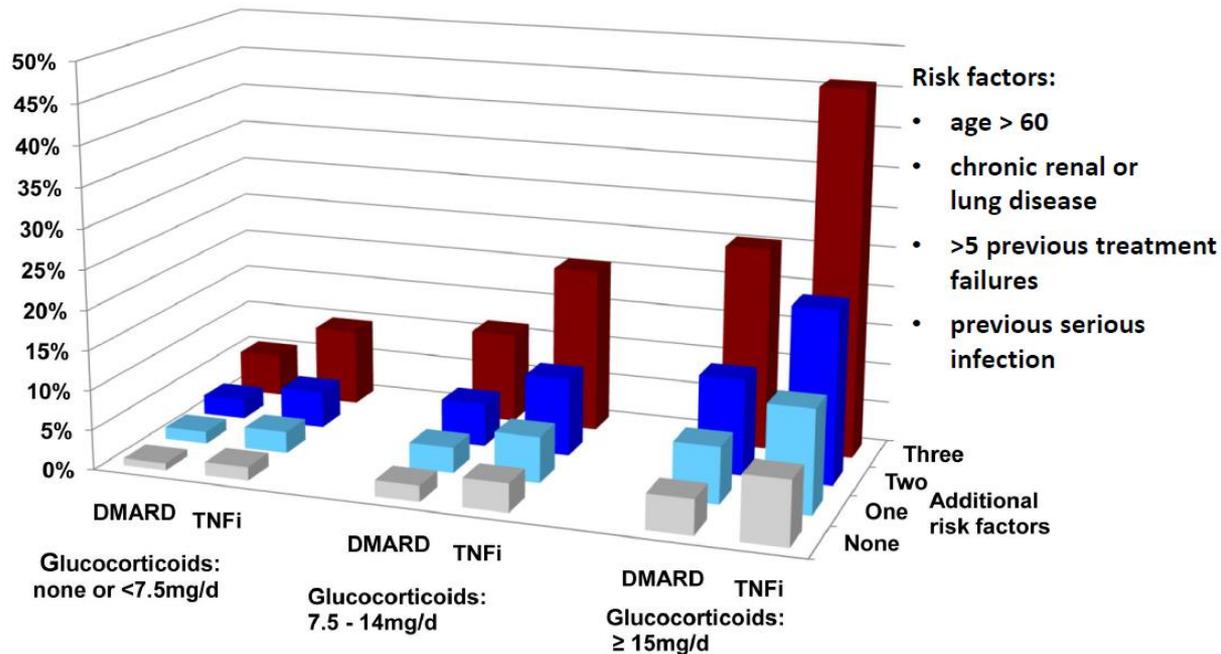
# Biologika und Risiko einer Sepsis oder Mortalität nach schwerer Infektion bei RA

- RABBIT Register: 12 097 Patienten in 12 Beobachtungsjahren
- 947 entwickelten schwere Infektionen (SI):  
137 entwickelten eine Sepsis, 85 von 137 starben
- Sepsis-Risiko unter einem Biologikum zum Zeitpunkt der SI signifikant geringer als unter traditionellem DMARD

# Infektionen

## RABBIT (RA observation of biologic therapy)

RABBIT Risk Score: Estimated incidences of serious infection in 100 patients per year by treatment and risk profile



Strangfeld A et al. Ann Rheum Dis 2011;70(11):1914-20  
 Zink A et al. Ann Rheum Dis 2013, Jun 28 [epub ahead of print]

# Corticoide 2017

- Startdosis 20-30 mg, höher ohne Vorteil
- In 6-8 Wochen  $\leq 7.5$  mg erreichen
- Therapiedauer von 6 Monaten anstreben, kein Beleg für Nutzen als Dauertherapie
- Schäden ab Dauerdosis 5 mg
- Möglichkeiten der intraartikulären Gabe nutzen

# EULAR – Empfehlungen

Agca R et al, 2017

- Krankheitsaktivität optimal kontrollieren
- CV Risiko mindestens alle 5 Jahre
- Triglyceride und HDL-Cholesterin in Remission oder geringer Aktivitätsphase bestimmen
- CV Risikomanagement nach nationalen Leitlinien
- NSAR mit Vorsicht, bes. bei Herzerkrankungen
- Glukokortikoide in möglichst geringer Dosis, Reduktionsversuch bei Remission oder geringer Aktivitätsphase

# Fazit

- Primär: Entzündungsunterdrückung
- Biologika: keine vermehrten Tumoren, langfristig besseres Outcome
- Kardiovaskuläre Risikofaktoren behandeln, ansprechen (Nikotin)
- Statineinsatz erscheint lebensverlängernd
- Gelenke und Lunge: citrullinierte Peptide

