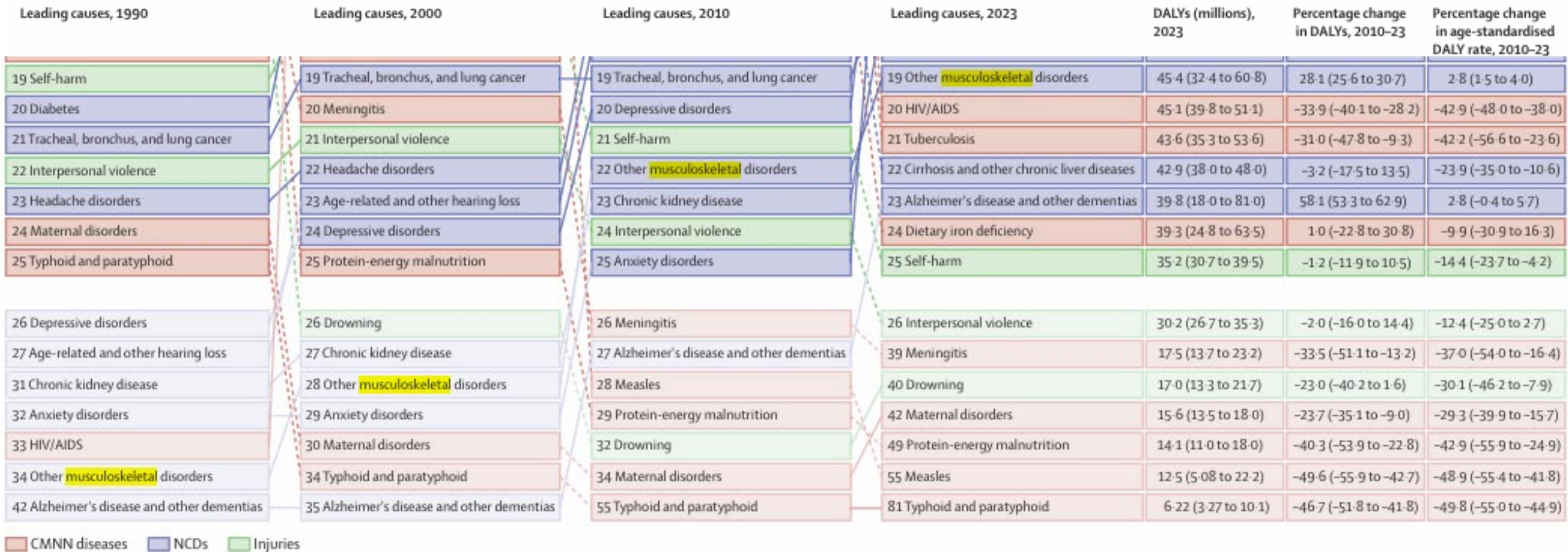


Die wichtigsten Publikationen 2025 in der Rheumatologie



PD Dr. med. Dr. rer. nat. Muriel Elhai
Oberärztin

Rheumatische Erkrankungen: Eine wachsende Krankheitslast



Neue therapeutische Wege in der Rheumatologie

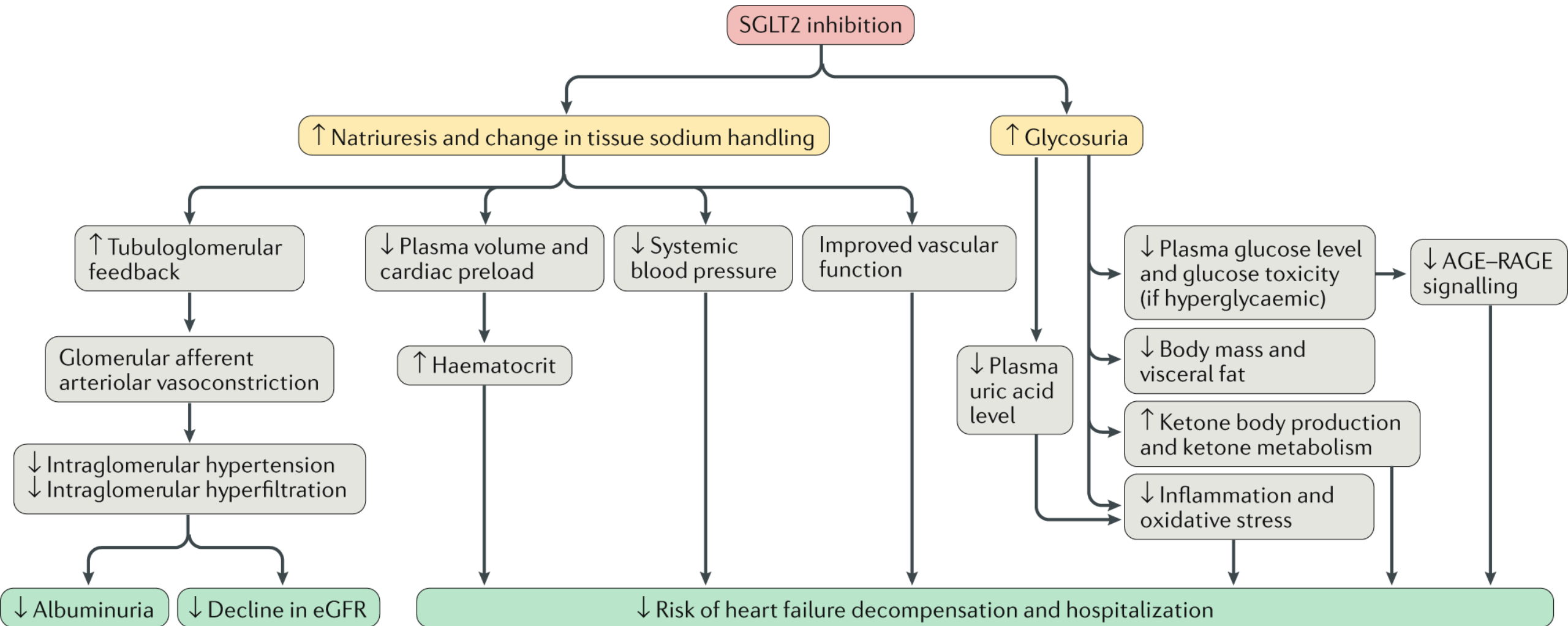
- Metabolische und intrazelluläre Targets
- Immunologische Reprogrammierung
- Prävention
- Wichtigste EULAR Richtlinien

Neue therapeutische Wege in der Rheumatologie

- **Metabolische und intrazelluläre Targets**
- Immunologische Reprogrammierung
- Prävention
- Wichtigste EULAR Richtlinien

Sodium-Glukose-Cotransporter-2 (SGLT2)-Inhibitoren

Eine Wirkung über die glykämische Kontrolle hinaus



SGLT2-Inhibitoren und autoimmune rheumatische Erkrankungen



Retrospektive **Kohortenstudie**



Landesweite Gesundheitsdatenbank **Südkoreas**



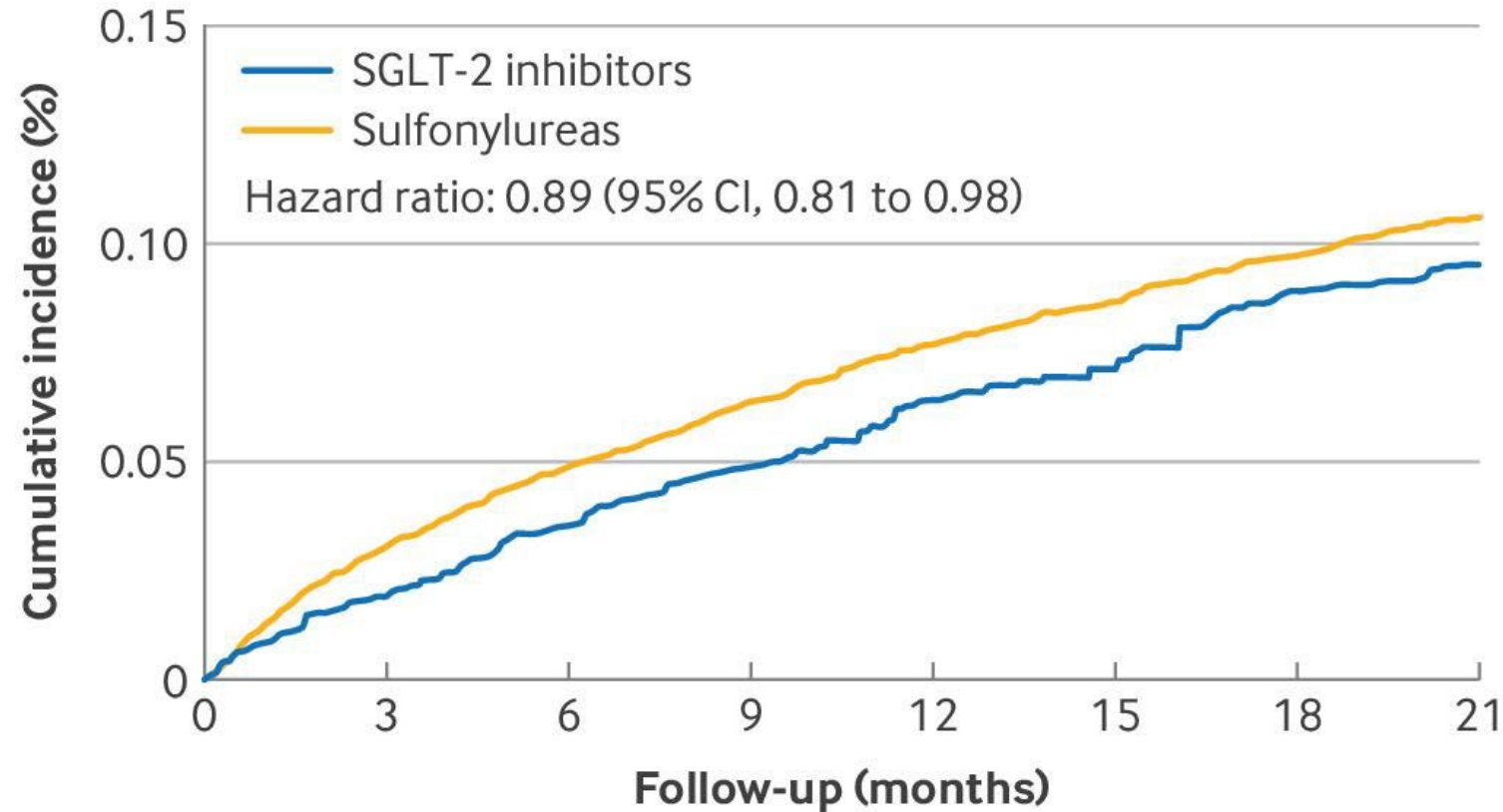
2012–2022



2 032 157 Erwachsene mit Typ-2-Diabetes

- **552 065** unter **SGLT2-Inhibitoren**
- **1 480 092** unter **Sulfonylharnstoffen**

SGLT2-Inhibitoren und autoimmune rheumatische Erkrankungen



No at risk

SGLT-2 inhibitors

1 030 088 817 314 629 230 519 051 446 256 388 418 342 879 303 517

Sulfonylureas

1 002 069 757 720 564 973 463 980 396 867 348 555 309 925 276 246

SGLT2-Inhibitoren und autoimmune rheumatische Erkrankungen

	SGLT-2 inhibitors (n=1 030 088)		Sulfonylureas (n=1 002 069)		SGLT-2 inhibitors v sulfonylureas	
	No with event	Incidence rate/100 000 person years	No with event	Incidence rate/100 000 person years	Rate difference/100 000 person years (95% CI)	Hazard ratio (95% CI)
Primary outcome						
Autoimmune rheumatic diseases	790	51.90	840	58.41	−6.50 (−11.86 to −1.14)	0.89 (0.81 to 0.98)
Secondary outcomes						
Inflammatory arthritis	571	37.53	623	43.30	−5.78 (−10.37 to −1.19)	0.86 (0.77 to 0.97)
Connective tissue disease	222	14.58	225	15.61	−1.03 (−3.84 to 1.78)	0.95 (0.79 to 1.14)

2,78-fach höheres Risiko für genitale Infektionen und ein 1,03-fach höheres Risiko für Herpes zoster

SGLT2-Inhibitoren und autoimmune rheumatische Erkrankungen

Praxis

- Bei Patient:innen mit Diabetes und Risiko von autoimmunen Erkrankungen: **SGLT2-Hemmer vorziehen**
- Mögliche **immunmodulierender Zusatznutzen**

GLP-1 Rezeptoragonisten und rheumatische Erkrankungen



Doppelblind, randomisiert, placebokontrolliert **klinische Studie**



61 Studienzentren (11 Ländern)



68 Wochen

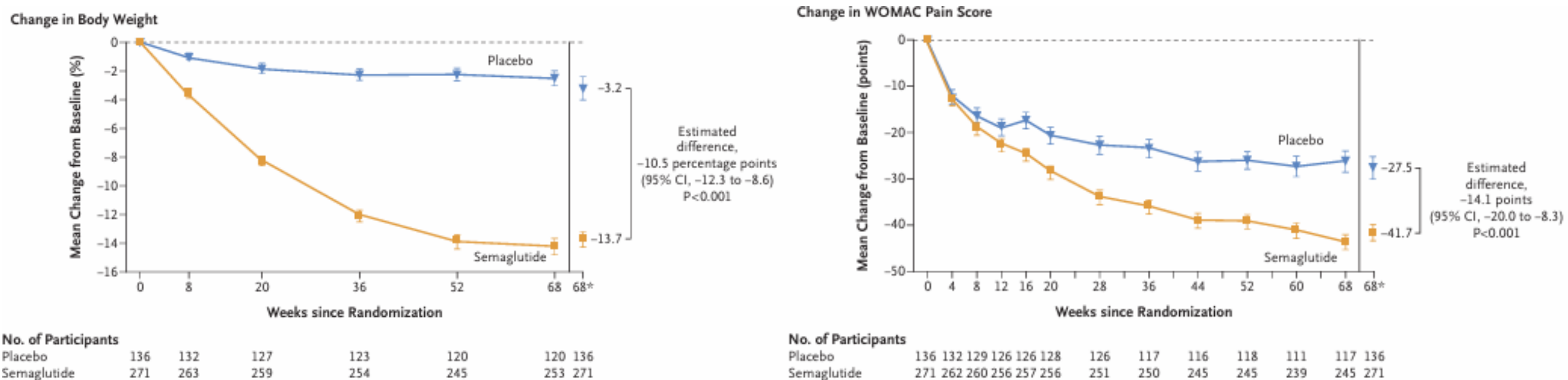


407 Teilnehmende mit Adipositas und moderate Kniearthrose

2:1 Randomisierung

- Semaglutid 2,4 mg subkutan einmal pro Woche
- Placebo einmal pro Woche

GLP-1 Rezeptoragonisten und rheumatische Erkrankungen



GLP-1-Rezeptoragonisten in der Rheumatologie



Retrospektive Kohortenstudie



119 Zentren in 17 Ländern



5 Jahre



854197 T2D mit GLP-1RAs vs. 854197 T2D ohne GLP-1RAs
230 782 Adipositas mit GLP-1RAs vs. 230 782 Adipositas ohne GLP-1RAs

GLP-1-Rezeptoragonisten in der Rheumatologie

Patienten mit Typ-2 Diabetes

Comparison	Cohort	Sample Size (n)	People with Outcome	Risk per 1000 individual	Risk Difference (95% CI)	P-value
SLE	GLP-1RA	847,278	3,138	3.70	-0.001 (-0.001 -0.001)	< 0.001
	No GLP-1RA	848,277	3,736	4.40		
Rheumatoid arthritis	GLP-1RA	854,197	21,299	24.93	0.000 (0.000 0.001)	0.043
	No GLP-1RA	854,197	20,889	24.45		
Systemic sclerosis	GLP-1RA	853,057	625	0.73	-0.000 (-0.000 -0.000)	< 0.001

Patienten mit Adipositas

Comparison	Cohort	Sample Size (n)	People with Outcome	Risk per 1000 individual	Risk Difference (95% CI)	P-value
SLE	GLP-1RA	228,111	347	1.52	-0.002 (-0.002 -0.002)	< 0.001
	No GLP-1RA	228,975	800	3.49		
Rheumatoid arthritis	GLP-1RA	230,782	3,570	15.47	-0.004 (-0.005 -0.003)	< 0.001
	No GLP-1RA	230,782	4,494	19.47		
Systemic sclerosis	GLP-1RA	230,468	44	0.19	-0.000 (-0.001 -0.000)	< 0.001

GLP-1-Rezeptoragonisten in der Rheumatologie

Ixekizumab Concomitantly Administered With Tirzepatide in Adults With Psoriatic Arthritis and Obesity or Overweight (TOGETHER-PsA)

ClinicalTrials.gov ID  NCT06588296

GLP-1 Rezeptoragonisten und rheumatische Erkrankungen

Praxis

- Ideal für adipöse Patient:innen mit Kniearthrose
- Bei RA/PsA derzeit nur Hinweise auf mögliche antiinflammatorische Effekte (präklinische Daten, Beobachtungsstudien)

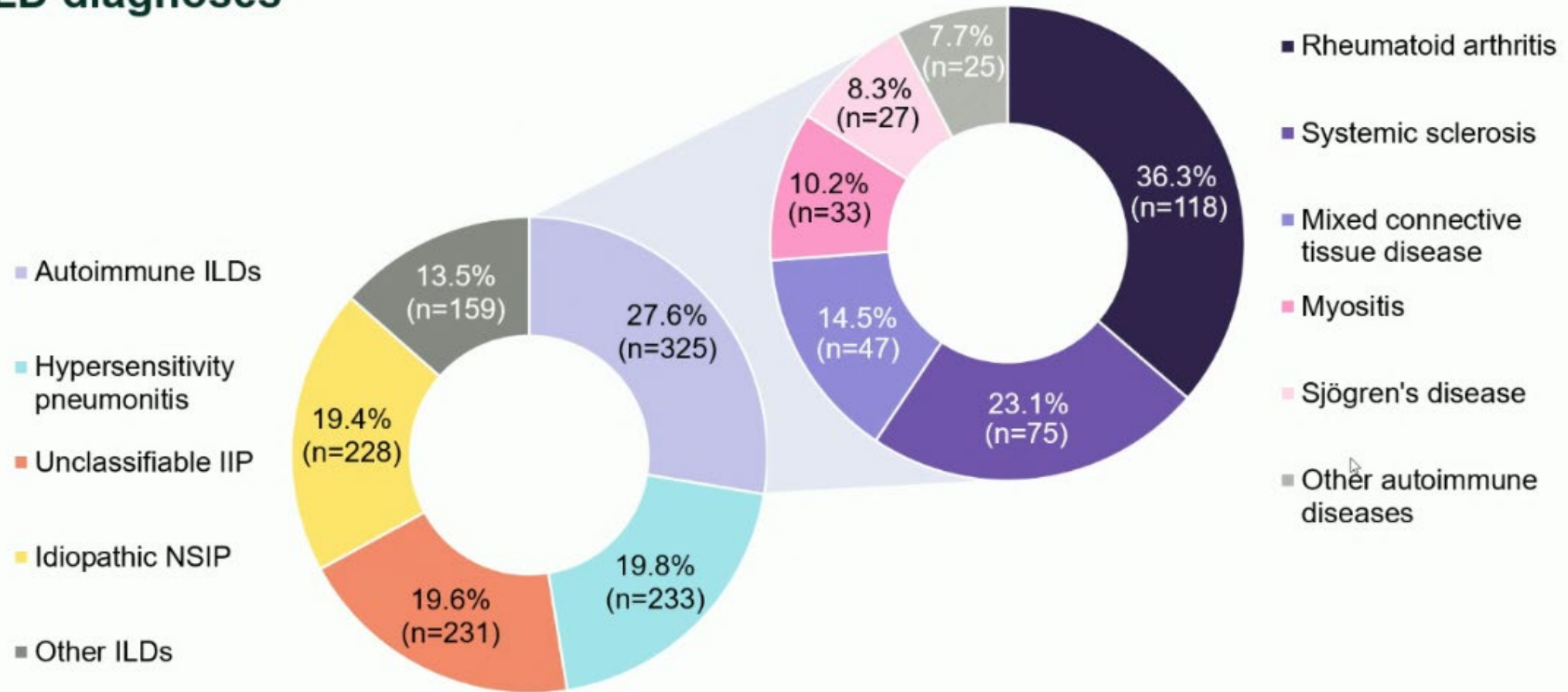
Efficacy and safety of nerandomilast in patients with autoimmune disease–related progressive pulmonary fibrosis: subgroup analysis of the FIBRONEER-ILD trial

Anna-Maria Hoffmann-Vold

Department of Rheumatology, Oslo University Hospital, Oslo, Norway;
Department of Rheumatology, University Hospital Zurich, University of Zurich,
Zurich, Switzerland



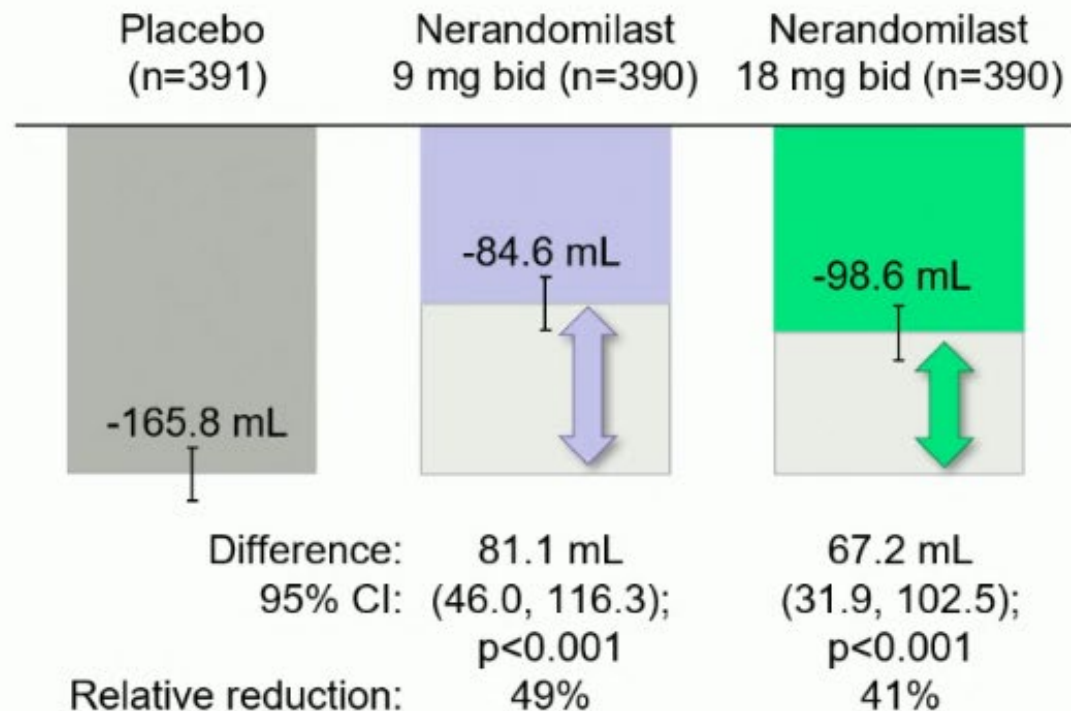
ILD diagnoses



Changes in FVC (mL) at week 52

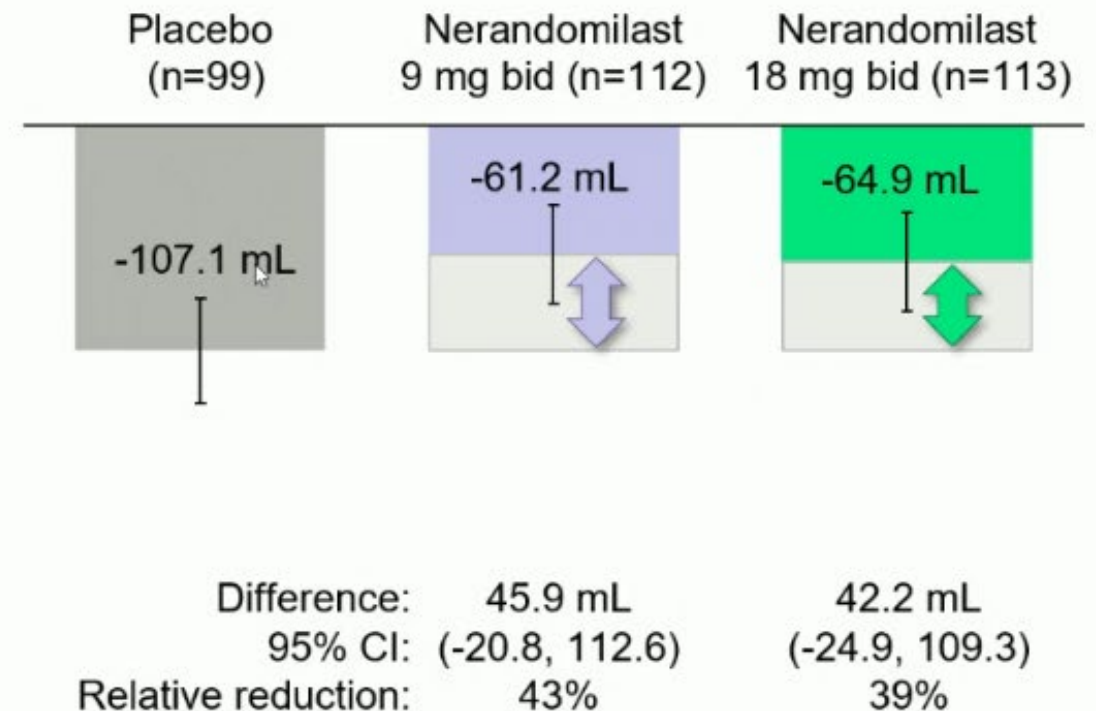
Overall trial population¹

43.7% were taking background nintedanib

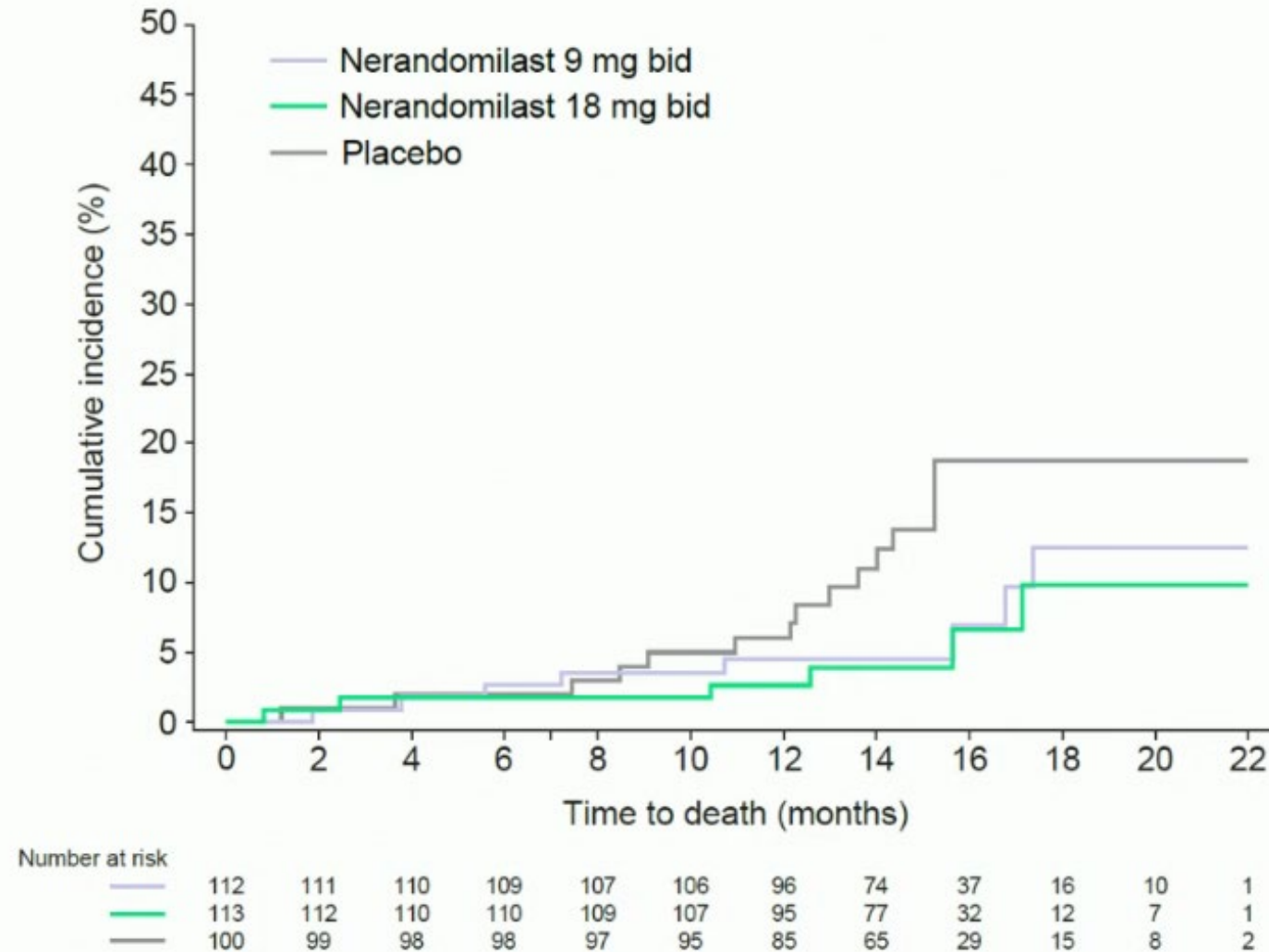


Patients with autoimmune ILDs

34.2% were taking background nintedanib



Time to death in patients with autoimmune ILDs



Nerandomilast und CTD-ILD

Praxis

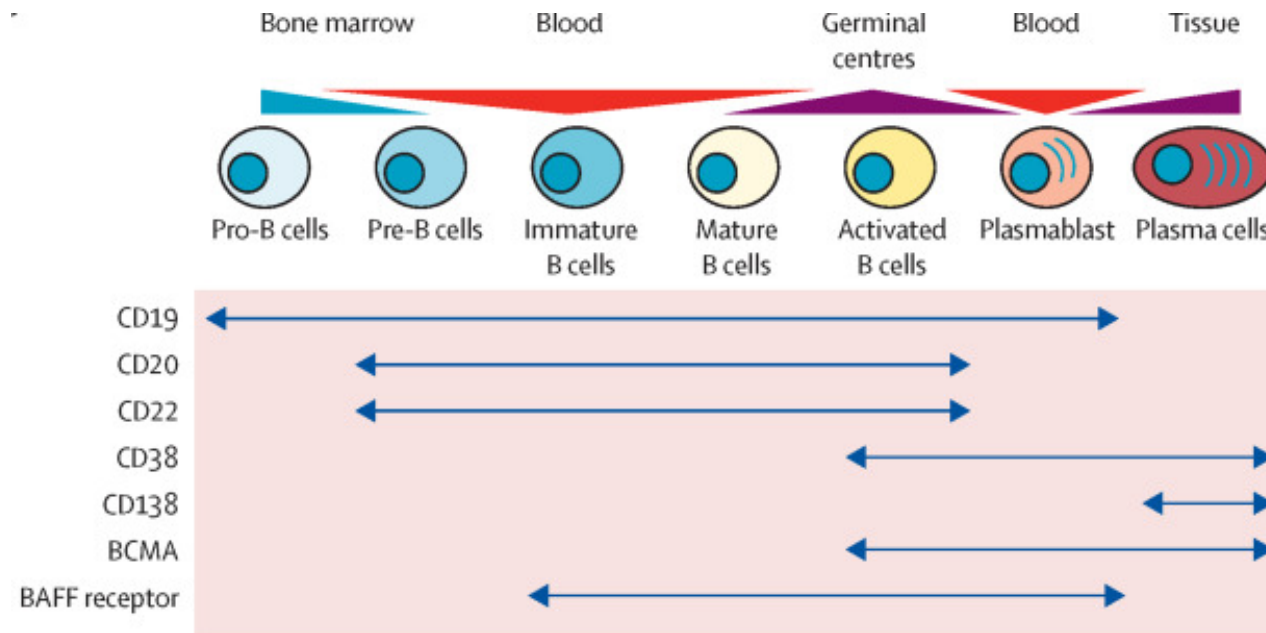
- Eine neue therapeutische Option bei CTD-ILD
 - Erste Therapie mit nachgewiesenem Einfluss auf die Mortalität
 - Unterstützt das Konzept der Kombinationstherapie
- Laufende Studie am USZ

Neue therapeutische Wege in der Rheumatologie

- Metabolische und intrazelluläre Targets
- **Immunologische Reprogrammierung**
- Prävention
- Wichtigste EULAR Richtlinien

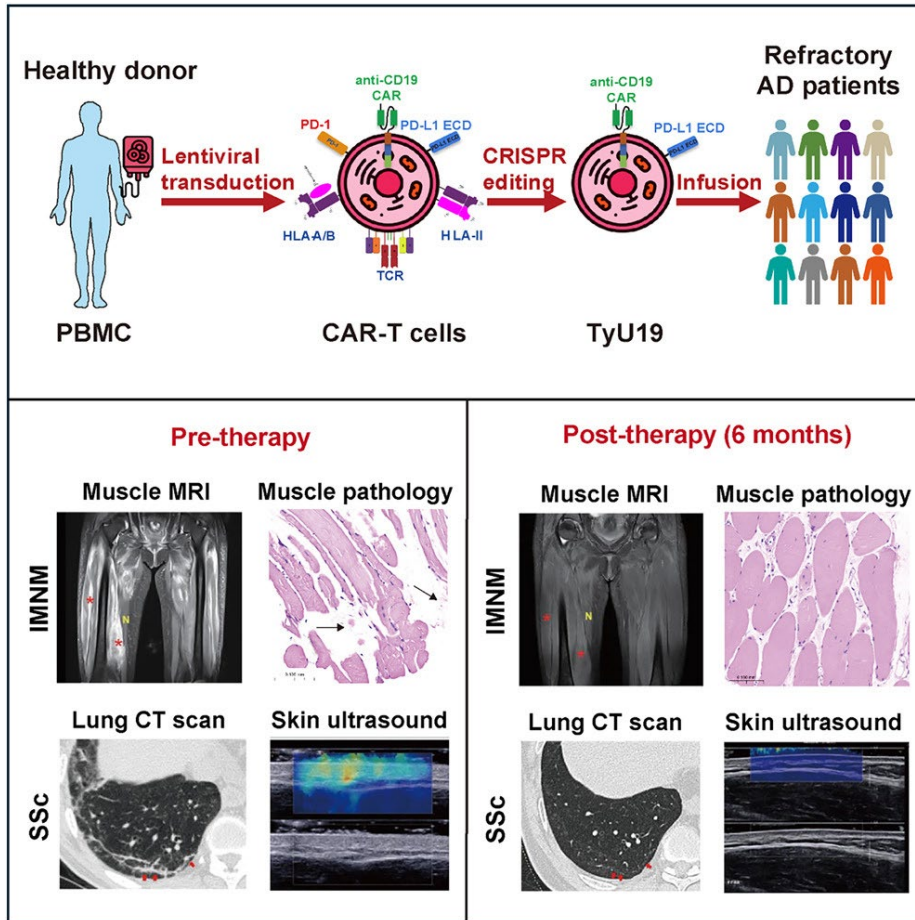
CAR-T-Zellen in der Rheumatologie – Neuigkeiten 2025

- Bestätigung der Wirksamkeit in refraktären systemischen Autoimmunerkrankungen, mit lang anhaltenden Remissionen über >12 Monate (SLE).
- Neue Zielstrukturen: co-infused autologous anti-CD19 and anti-BCMA CAR T cells (SLE)



CAR-T-Zellen in der Rheumatologie – Neuigkeiten 2025

Allogeneische CD19-CAR-T-Zellen



Allogeneische CD19-CAR-NK-Zellen

- Mildere Immunreaktionen aus als CAR-T-Zellen, mit viel geringeren Raten an CRS und Neurotoxizität
- Sofort verfügbar
- Günstiger & skalierbar

CAR-T Zellen in der Rheumatologie

Praxis

- Noch nicht für Routine: für refraktäre Fälle eine zukünftige Behandlungsoption.
 - Verbesserte Zugänglichkeit & Zielstrukturen.
- Laufende Studie am USZ

Nipocalimab (FcRn-Blocker) bei der Sjögren-Erkrankung



Multizentrische, doppelblinde Phase-2-Studie



69 Zentren (10 Ländern)



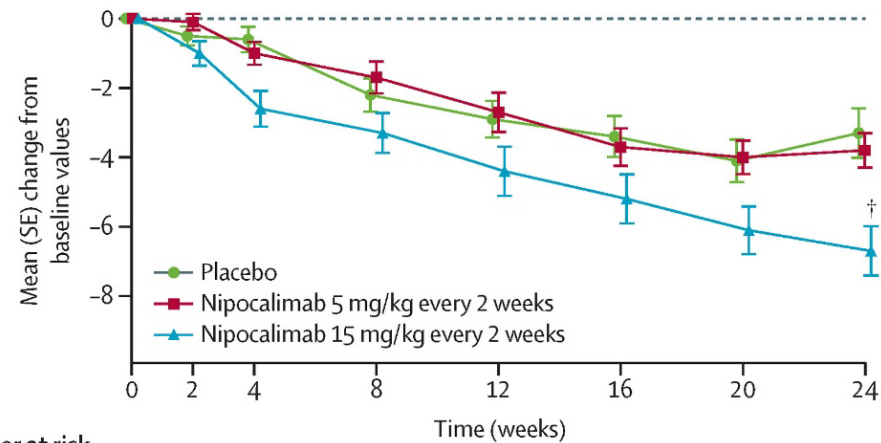
Behandlungsdauer: 24 Wochen; Nachbeobachtung von 6 Wochen



163 Patient:innen, alle anti-Ro (SSA) IgG-positiv, moderat–schwer aktiv (ClinESSDAI ≥ 6)

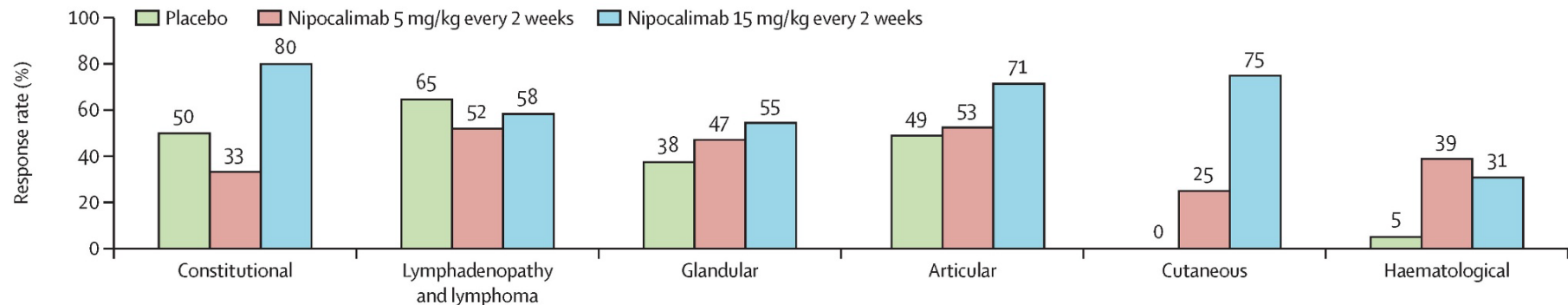
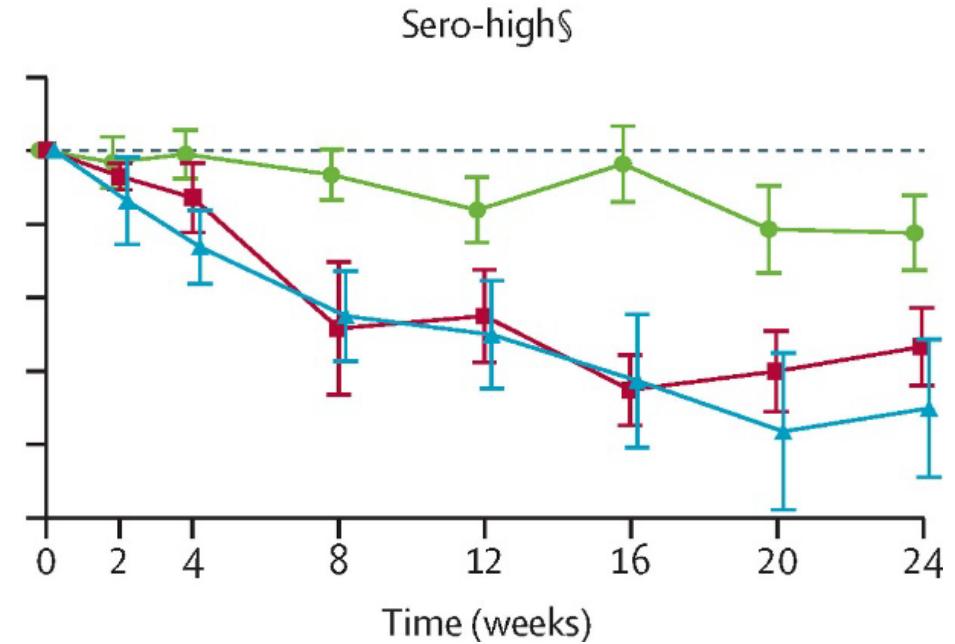
1:1:1 Randomisierung: Nipocalimab 15 mg/kg i.v. alle 2 Wochen;
Nipocalimab 5 mg/kg i.v; Placebo

Nipocalimab (FcRn-Blocker) bei der Sjögren-Erkrankung



Number at risk

	0	2	4	8	12	16	20	24
Placebo	56	54	52	52	48	46	44	44
Nipocalimab 5 mg/kg every 2 weeks	53	51	51	49	45	43	42	42
Nipocalimab 15 mg/kg every 2 weeks	54	50	49	47	44	42	41	40



Nipocalimab (FcRn-Blocker) bei der Sjögren-Erkrankung

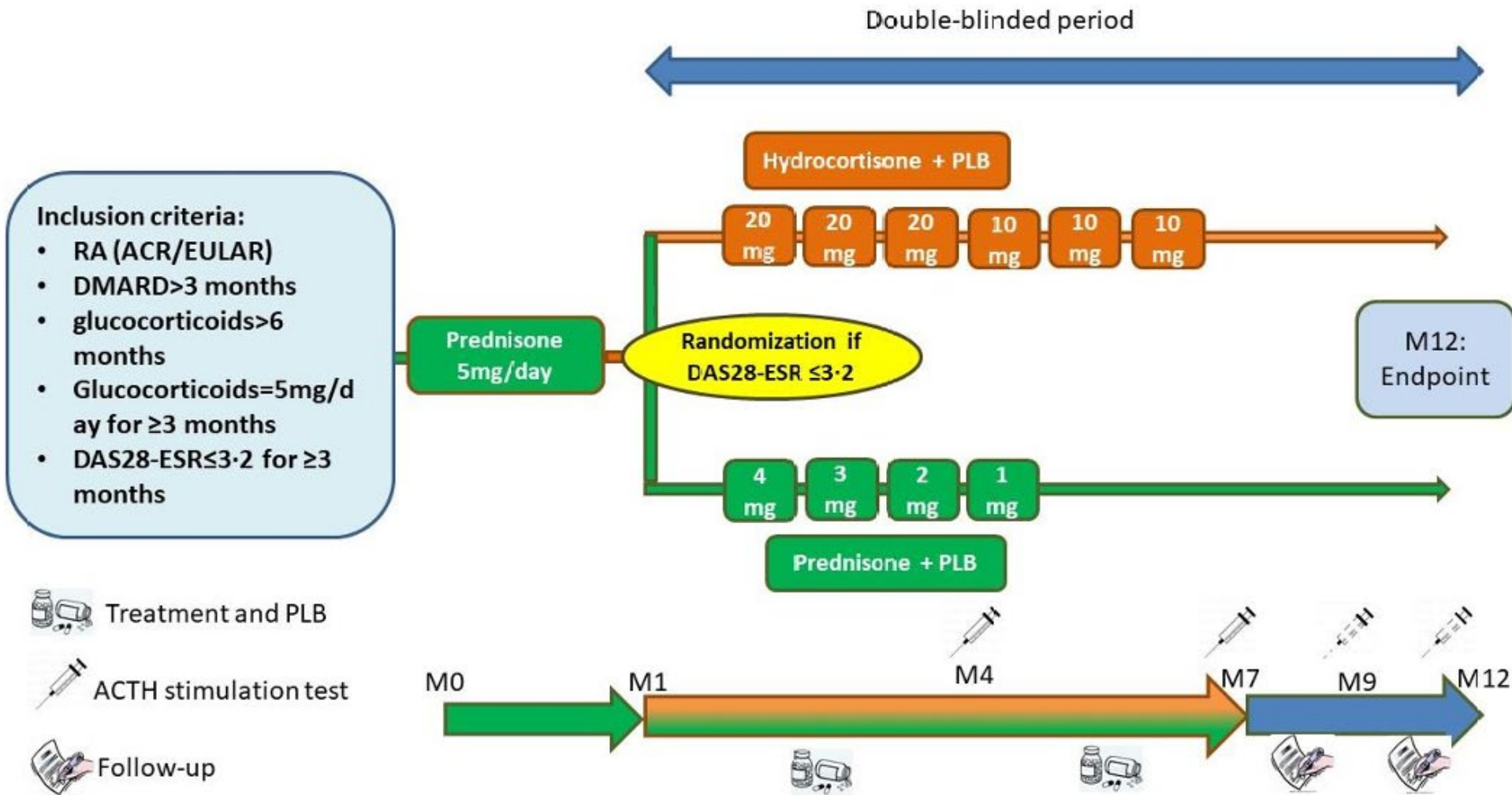
Praxis

- Hoffnung auf eine wirksame Therapie für die Erkrankung
- Potenziell sicherer als breit wirksame B-Zell-Therapien
- Daten stützen die Rolle von Autoantikörpern in der Erkrankung

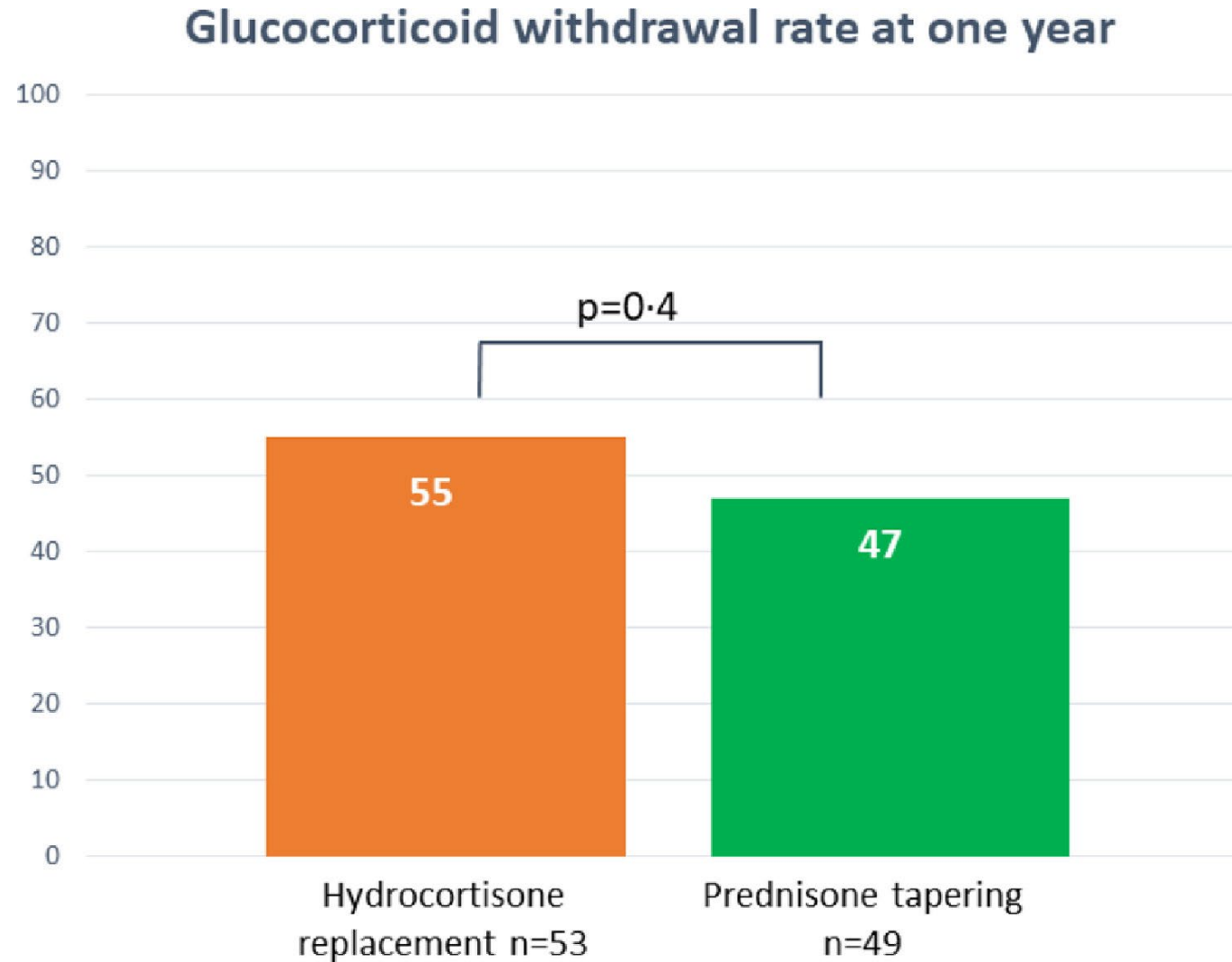
Neue therapeutische Wege in der Rheumatologie

- Metabolische und intrazelluläre Targets
- Immunologische Reprogrammierung
- **Prävention**
- Wichtigste EULAR Richtlinien

Wie erreicht man eine erfolgreiche Glukokortikoidbeendigung in RA ?



Wie erreicht man eine erfolgreiche Glukokortikoidbeendigung in RA ?

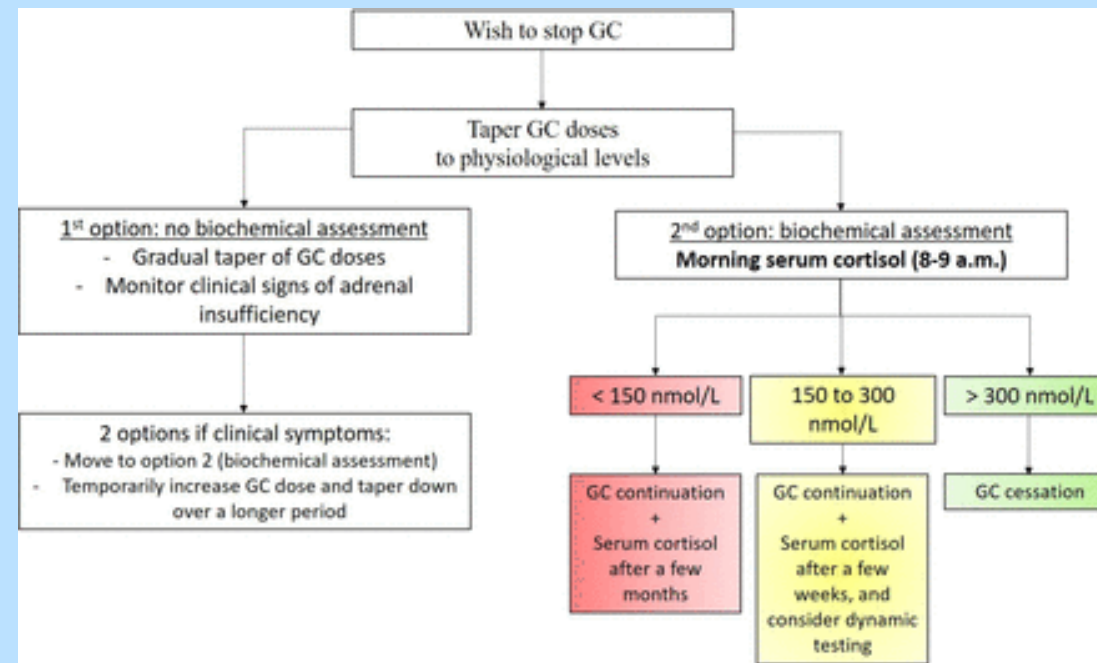


Wie erreicht man eine erfolgreiche Glukokortikoidbeendigung in RA ?

👉 Praxis

- Hydrocortison-Ersatzstrategie war nicht wirksamer als ein schrittweises Prednison-Ausschleichen

European Society of Endocrinology und Endocrine Society Leitlinie



Respiratorische Synzytial-Virus und SARDs



Retrospektive Kohortenstudie



USA



2015-2023



188 Personen mit SARDs und RSV

Respiratorische Synzytial-Virus und SARDs



51%



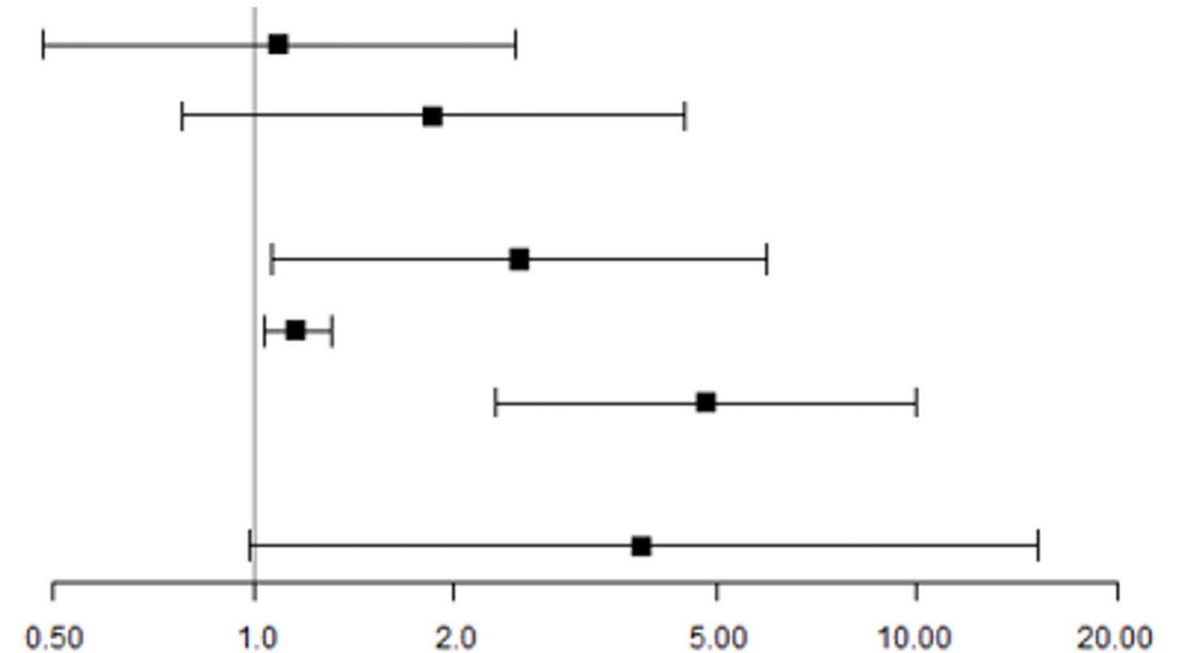
56 % der hospitalisierten Personen



6% Todesfälle

Respiratorische Synzytial-Virus und SARs: Risikofaktoren für Hospitalisation

Variables	Multivariable† OR (95% CI)
Age category	
60 - 74 years (vs. < 60 year)	1.09 (0.48, 2.48)
≥ 75 years (vs. < 60 year)	1.86 (0.78, 4.48)
P-for-trend	0.11
Concurrent infection (vs. none)	2.52 (1.07, 5.92)
CCI (per point)	1.16 (1.04, 1.31)
Frail (vs. robust/pre-frail)	4.80 (2.32, 9.94)
P-for-trend	<.0001
CD20 inhibitors (vs. csDMARD)	3.84 (0.99, 15.20)



Respiratorische Synzytial-Virus und SARDs

Richtlinien und Empfehlungen

Empfehlungen zur Impfung und Immunisierung
gegen das Respiratorische Synzytial-Virus (RSV)

Das **BAG** und die **EKIF** empfehlen die **Impfung gegen RSV aktuell** mit **1 Impfdosis**:

1. als **ergänzende Impfung** für alle Personen ab **75 Jahren**
2. als **Risikogruppenimpfung** für Personen **zwischen 60 und 74 Jahren** mit einem **erhöhten Risiko** für eine schwere RSV-Erkrankung. Dazu gehören:
 - a. **Patientinnen und Patienten mit chronischen Erkrankungen wie z. B.:**
 - Immunschwäche (aufgrund einer Erkrankung und/oder einer Behandlung mit immunsuppressiver Wirkung)
 - Lungenerkrankungen (z. B. chronisch obstruktive Lungenerkrankung, Emphysem, Asthma)
 - Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z. B. Herzinsuffizienz, koronare Herzkrankheit)
 - neurologische oder neuromuskuläre Erkrankungen
 - Nierenerkrankungen
 - Lebererkrankungen
 - hämatologische Erkrankungen
 - Diabetes mellitus.

Routinemässige laborchemische Kontrolle unter DMARDs bei RA



Retrospektive Kohortenstudie



8 rheumatologische Zentren in den Niederlanden



2008-2020



4774 RA-Patient:innen > 6 Monate cDMARDs oder bDMARDs

Routinemässige laborchemische Kontrolle unter DMARDs bei RA

Kumulative 5-Jahres-Inzidenz (%) von abnormalen / sehr abnormalen Laborwerten

Gesamtkohorte	Hämoglobin	eGFR	Thrombozyten	Leukozyten	ALT
Abnormal (5.8%)	61	39	12	11	7.5
Sehr abnormal (0.7%)	5.7	11	2.3	0.3	0.6



Aktenprüfung von n = 449 sehr abnormalen Ergebnissen

- 6.5% nach einer Dosiserhöhung
- 47.7% waren häufig bereits bekannt oder zumindest vermutet
- 24,1 % als nicht DMARD-bedingt eingestuft
- 35,8 % keine therapeutische Konsequenz

Routinemässige laborchemische Kontrolle unter DMARDs bei RA

Praxis

Besonders wichtig ist die laborchemische Überwachung

- in den ersten 6 Monaten der DMARD-Therapie
- nach Dosissteigerung
- bei neuen Begleitmedikamenten
- bei Risikopatient:innen

Neue therapeutische Wege in der Rheumatologie

- Metabolische und intrazelluläre Targets
- Immunologische Reprogrammierung
- Prävention
- **Wichtigste EULAR Richtlinien**



Contents lists available at ScienceDirect

Annals of the Rheumatic Diseases

journal homepage: <https://www.sciencedirect.com/journal/annals-of-the-rheumatic-diseases>

Recommendations

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

Antirheumatic drugs in male patients planning to conceive

Antirheumatic drugs in pregnancy

Drugs compatible with pregnancy		Drugs may be used if needed to effectively control maternal disease		Drugs to treat severe, refractory maternal disease, or if no alternative medication can be used	
Drug	LoE/GoR	Drug	LoE/GoR	Drug	LoE/GoR
hydroxychloroquine (HCQ) chloroquine (CQ)	2a/B HCQ 2c/B CQ	IL12/23i: ustekinumab	2b/B	IV methylprednisolone	4/C
sulfasalazine	2a/B	IL-6i: tocilizumab sarilumab	4/C	IVIg	3b/C
azathioprine 6-mercaptopurine	2a/B	IL-1i: anakinra canakinumab	4/C	sildenafil	4/C
cyclosporine tacrolimus	2a/B Cyc 2b/B TAC	IL17i: secukinumab, ixekizumab	4/C	CSi: eculizumab	4/C
colchicine	2b/B	anti-T cell: abatacept	4/C	IL-5i: mepolizumab	4/C
TNFi: adalimumab certolizumab etanercept golimumab infliximab	2a/B	anti-B cell: rituximab belimumab	4/C	IL-23i: guselkumab risankizumab	5/D
NSAIDs* prefer ibuprofen (IBU), diclofenac (DIC); (only intermittent use, stop after 28 GW)	2a/B Ibu, Dic 2b/C COX2i			iFNAR1i: anifrolumab	5/D
prednisone, prednisolone* (aiming at ≤ 5 mg/d)	2a/B				

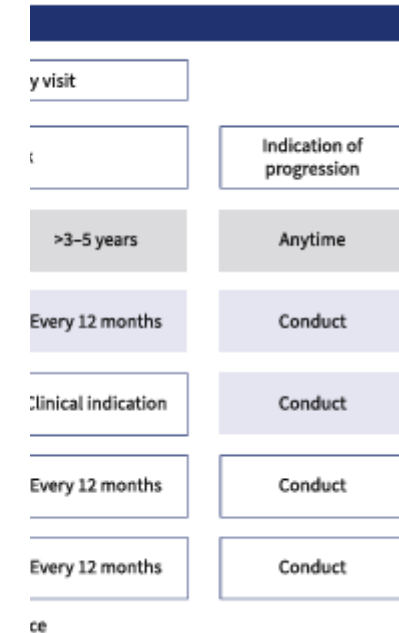
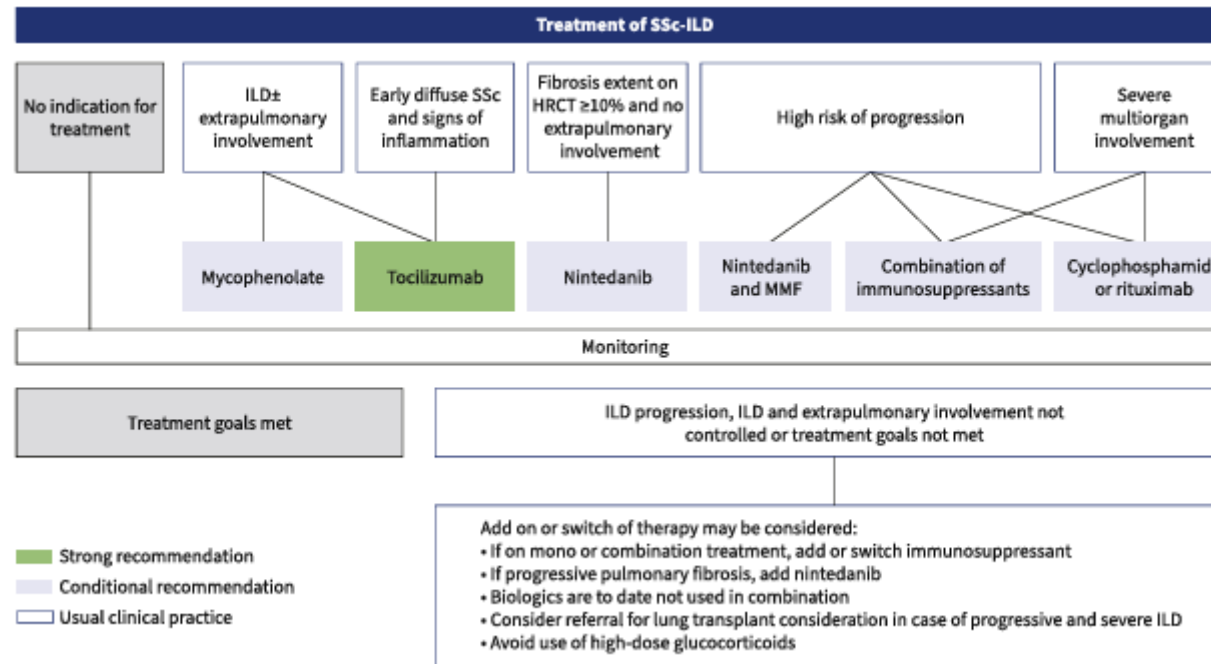
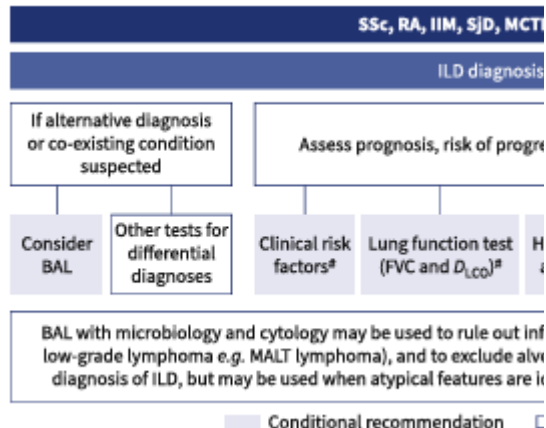
Drugs compatible in male patients trying to conceive				Drug with limited or no data in male patients, consider alternative medication		Drug to be discontinued in male patients before conception	
Drug	LoE/GoR	Drug	LoE/GoR	Drug	LoE/GoR	Drug	LoE/GoR
NSAIDs	2b/C	TNFi: adalimumab certolizumab etanercept golimumab infliximab	1b/B	JAKi: filgotinib (FIL), tofacitinib (TOF), baricitinib (BAR), upadacitinib (UPA)	1/B FIL** 4/C TOF 5/D BAR, UPA	cyclophosphamide	2b/B
prednisone, prednisolone IV methylprednisolone	2b/B	IL12/23i: ustekinumab	2b/C	apremilast	5/D		
hydroxychloroquine (HCQ) chloroquine (CQ)	2c/C	IL-6i: tocilizumab (TOC) sarilumab (SAR)	4/C TOC 5/D SAR	avacopan	5/D		
sulfasalazine*	2b/C	IL-1i: anakinra canakinumab	4/C	bosentan	5/D		
methotrexate ≤ 25 mg weekly	2b/C	IL17i: secukinumab ixekizumab	4/C	voclosporin	5/D		
leflunomide	2c/C	anti-T cell: abatacept	4/C	IL-23i: guselkumab risankizumab	5/D		
azathioprine 6-mercaptopurine	2b/B	Anti-B cell: rituximab (RTX) belimumab (BEL)	4/C RTX 5/D BEL	iFNAR1i: anifrolumab	5/D		
cyclosporine tacrolimus	2b/B	IVIg	5/D	IL-5i: mepolizumab	5/D		
mycophenolate	2b/C			CSi: eculizumab	5/D		
colchicine	2c/C						
sildenafil	4/C						

Drugs considered in breastfeeding if medication can be used		Drugs to be avoided in breastfeeding due to insufficient data	
Drug	LoE/GoR	Drug	LoE/GoR
	4/C	apremilast	5/D
	4/C	avacopan	5/D
		cyclophosphamide	4/D
		etoricoxib	5/D
		iloprost	5/D
		JAKi: tofacitinib (TOF), baricitinib, upadacitinib, filgotinib	4/D (TOF), others 5/D
		leflunomide	5/D
		mycophenolate	5/D
		voclosporin	5/D

Version of Record

ERS/EULAR clinical practice guidelines for connective tissue disease-associated interstitial lung disease developed by the task force for connective tissue disease-associated interstitial lung disease of the European Respiratory Society (ERS) and the European Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR) Endorsed by the European Reference Network on rare respiratory diseases (ERN-LUNG)

Katerina M. Antoniou^{1,36}, Oliver Distler^{2,36}, Ana-Maria Gheorghiu³, Catharina C. Moor⁴, Jens Vike^{5,6,7}, Nikoleta Bizymi¹, Ilaria Galetti⁸, Graham Brown^{9,1}, Elena Bargagli¹⁰, Vassiliki Alamanou¹¹, Tamara J. Coates¹²



TAKE HOME MESSAGES:

Ein therapeutisch sehr reiches Jahr

Entwicklung von einer klassischen Immunsuppression hin zu einem integrierten und präziseren Therapieansatz

- **Stoffwechsel als therapeutisches Ziel (SGLT2-Inhibitoren, GLP-1-Agonisten → Immun-Metabolismus)**
- **Gezielter Abbau pathogener IgG (FcRn-Blockade wie Nipocalimab → neue Autoantikörper-Strategie)**
- **CAR-T-Zelltherapien weiter präzisiert und künftig besser zugänglich**
- **Optimierung der Prävention (Steroidreduktion, Impfungen, Monitoring)**

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



Fragen?

