

Jahreskongress | Congrès annuel

Congress Centre Kursaal Interlaken

5./6. September 2019



Société
Suisse de
Rhumatologie



Schweizerische
Gesellschaft für
Rheumatologie

Symposium Health Professionals in Rheumatology
5. September 2019

**SPiRiT-
H2H^{+,1}
vs.
Humira[®]**

taltz[®]
(Ixekizumab)

**SPÜRBAR.
SICHTBAR.
BEWEGT.**

TALTZ[®] BEI PSORIASIS-ARTHRITIS*: **Stark und umfassend im Direktvergleich¹**

- ✓ **Gelenke**
51 % ACR50 in Woche 24
- ✓ **Enthesitis**
57 % vollständiges Abklingen (SPARCC = 0) in Woche 24
- ✓ **Daktylitis**
88 % vollständiges Abklingen (LDI-B = 0) in Woche 24
- ✓ **Nagel-Psoriasis**
58 % vollständig erscheinungsfrei (NAPSI = 0) in Woche 24
- ✓ **Plaque-Psoriasis**
60 % vollständig erscheinungsfrei (PASI100) in Woche 24

**Überlegenheit von Taltz[®] +/- cDMARDs vs.
Humira[®] +/- cDMARDs bei gleichzeitigem
Erreichen von ACR50 und PASI100 in Woche 24
(primärer Endpunkt)*¹**

**Stark, schnell² und langanhaltend wirksam^{3,4} –
mit über 5 Jahre bestätigtem Sicherheitsprofil⁴**

TALTZ[®]: Der IL-17A-Inhibitor mit höchster Affinität und Stabilität⁵ – bei Psoriasis-Arthritis und Plaque-Psoriasis²

*Die 52-wöchige SPiRiT-H2H-Studie ist eine multizentrische, randomisierte, open-label, Untersucher-verbundene, Parallelgruppen-kontrollierte Vergleichsstudie in Bezug auf die Wirksamkeit und Sicherheit von Taltz[®] (Ixekizumab) und Humira[®] (Adalimumab) bei Biologika-naiven Patienten mit Psoriasis-Arthritis (PsA). Humira[®] (Adalimumab), Zulassungsinhaber AbbVie AG.

*Taltz[®], alleine oder in Kombination mit konventionellen krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs, disease-modifying anti-rheumatic drugs), ist zur Behandlung erwachsener Patienten mit aktiver Psoriasis-Arthritis (PsA) indiziert, die auf eine Behandlung mit einem oder mehreren DMARDs unzureichend angesprochen haben oder diese nicht vertragen haben.

1. Mease PJ et al. Multicentre, randomised, open-label, assessor-blinded, parallel-group head-to-head comparison of the efficacy and safety of ixekizumab versus adalimumab in patients with psoriatic arthritis naive to biologic disease-modifying anti-rheumatic drugs: 24-week results. *Ann Rheum Dis*. 2019;78:261-262, abstract LB0005, poster LB0005, presented at the European Congress of Rheumatology 2019 (EULAR 2019, Madrid), late-breaking abstract session, Saturday, 15 June 2019. 2. Fachinformation Taltz[®]: www.swissmedinfo.ch 3. Chandran V et al. Efficacy and Safety of Ixekizumab in Patients With Active Psoriatic Arthritis: Three Year Results From a Phase 3 Study (SPiRiT-P1). Poster #THU0333, presented at European League Against Rheumatism (EULAR), Amsterdam, Netherlands, June 13-16, 2018. 4. Leonardi C et al. Ixekizumab Demonstrates High Sustained Efficacy and a Favorable Safety Profile in Patients with Moderate-to-Severe Psoriasis through Five Years of Treatment, Poster #548, presented at 24th World Congress of Dermatology (WCD), Milan, Italy, June 10-15, 2019. 5. Conti A et al. Efficacy and safety of switching to ixekizumab in secukinumab nonresponder patients with psoriasis: results from a multicentre experience. *Br J Dermatol*. June 2019;180(6):1547-1548. doi: 10.1111/bjd.17580

Taltz[®] (Ixekizumab) Injektionslösung I: Taltz ist zur Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis indiziert, die auf andere systemische Therapien (einschliesslich Ciclosporin oder Methotrexat oder PUVA) nicht angesprochen haben, bei denen diese Therapien kontraindiziert sind oder die diese Therapien nicht tolerieren. Taltz, alleine oder in Kombination mit konventionellen krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs), ist zur Behandlung erwachsener Patienten mit aktiver Psoriasis-Arthritis indiziert, die auf eine Behandlung mit einem oder mehreren DMARDs unzureichend angesprochen haben oder diese nicht vertragen haben. D: Plaque-Psoriasis: die empfohlene Dosis beträgt 160 mg als subkutane Injektion (zwei 80 mg Injektionen) in Woche 0, gefolgt von 80 mg (eine Injektion) in den Wochen 2, 4, 6, 8, 10 und 12, und danach 80 mg (eine Injektion) alle 4 Wochen.

Bei Patienten <100 kg kann ein alternatives Dosisschema mit 160 mg in Woche 0 und ab Woche 2 80 mg alle 4 Wochen erwogen werden. Psoriasis-Arthritis: die empfohlene Dosis beträgt 160 mg als subkutane Injektion (zwei 80 mg Injektionen) in Woche 0, gefolgt von 80 mg (eine Injektion) alle 4 Wochen. **KI:** Schwere Überempfindlichkeit, Schwere aktive Infektionen. **WV:** Bei Patienten mit chronischer oder aktiver Infektion oder rezidivierenden Infektionen in der Vorgesichte muss Taltz mit Vorsicht angewendet werden. Bei neu aufgetretenen oder exazerbierten entzündlichen Darmerkrankungen, soll die Taltz Therapie sorgfältig reevaluiert werden und ein Therapieabbruch erwogen werden. Taltz darf nicht zusammen mit Lebendimpfstoff verwendet werden. Bei schwerwiegender Überempfindlichkeitsreaktion soll Taltz umgehend abgebrochen werden und eine geeignete Therapie eingeleitet werden. Die gleichzeitige Verabreichung von Taltz mit anderen Biologika wurde nicht untersucht und wird nicht empfohlen. **IA:** Die Sicherheit von Taltz in Kombination mit anderen Immunmodulatoren oder Phototherapie sowie Impfungen mit Lebendimpfstoffen wurde nicht untersucht. Formale in vivo Studien zu Arzneimittel-Wechselwirkungen wurden nicht durchgeführt. Die Expression hepatischer CYP450-Enzyme könnte sich verändern, wenn eine Zytokinhemmung mit Ixekizumab eingeleitet wird. **Sch/S:** Während der Schwangerschaft und bei gebärfähigen Frauen, die keine wirksame Empfängnisverhütung verwenden, darf Taltz nicht verabreicht werden, es sei denn, dies ist eindeutig erforderlich. Patientinnen sollen angewiesen werden für mindestens 10 Wochen nach der letzten Gabe von Taltz wirksame Verhütungsmethoden anzuwenden und nicht zu stillen. Eine Entscheidung, entweder mit dem Stillen aufzuhören oder die Einnahme von Taltz abzubrechen, sollte unter Berücksichtigung der Vorteile des Stillens für das Kind und der Vorteile der Therapie für die Mutter gefällt werden. **UAW:** Sehr häufig: Infektionen der oberen Atemwege, Reaktionen an der Injektionsstelle. Häufig: Tinea Infektion, oropharyngeale Schmerzen, Übelkeit, Diarrhö, erhöhte Leberenzyme. Anaphylaktische Reaktionen wurden selten berichtet. P: Taltz 80 mg 1 oder 2 Fertigspritzen / 1 oder 2 Fertigspritzen). Abgabekategorie B. Kassenzulassung. Weitere Informationen finden Sie unter www.swissmedinfo.ch. Eli Lilly (Schweiz) SA, ch, des Coquelicols 16, CP 580, 1214 Vernier (GE), V03-2018

Lilly

INHALTSVERZEICHNIS

TABLE DES MATIERES

- 3 Vorwort
- 5 Préface
- 7 **Allgemeine Informationen | Informations générales**
 - Preisausschreibungen | Annonces des Prix
- 14 SGR/SSR – Congress Award 2019
- 15 AbbVie Rheumatology Grant 2019
- 16 Weiterbildungs-Grant für angehende Rheumatologen
- 18 Bourse de formation de la société suisse de rhumatologie
- 21 Pfizer Forschungspreis
- 21 Prix Pfizer de la recherche

- 24 Programmübersicht | Aperçu du programme 5. Sept. 2019
- 25 Programmübersicht | Aperçu du programme 6. Sept. 2019

- 29 **Wissenschaftliches Programm | Programme scientifique 5. Sept. 2019**

- 30 **Mitgliederversammlung SGR und Preisverleihung**
Assemblée des membres SSR et remise des prix

- 34 **Kongressdinner | Soirée du congrès**

- 35 **Symposium für Health Professionals in der Rheumatologie 5. Sept. 2019**
Symposium pour les professionnels de la santé en rhumatologie 5 sept. 2019

- 38 **Wissenschaftliches Programm | Programme scientifique 6. Sept. 2019**

- 43 Posters SGR-SSR
- 48 Posters hpr

- 49 Faculty

- 52 **Liste der Aussteller und Inserenten | Liste des exposants et des annonceurs**
 - Industriesymposien | Symposia d'industrie
- 27 Industriesymposium I: Pfizer AG
- 27 Industriesymposium II: Sanofi Genzyme
- 28 Industriesymposium III: AbbVie
- 32 Industriesymposium IV: Novartis Pharma Schweiz AG
- 33 Industriesymposium V: Eli Lilly (Suisse) SA
- 37 Industriesymposium VI: Celgene

COSENTYX® SCHENKT BEWEGUNGSFREIHEIT, HEUTE UND MORGEN^{1-3,S}



**Frühzeitige und nachhaltige Symptomverbesserung
bei PsA und AS über 5 Jahre.^{2,3}**

Cosentyx®: Aus der Schweiz, für die Schweiz*

 **Cosentyx®**
secukinumab

^S Bewegungsfreiheit bei PsA = Anhand eines vollständigen Abheilens der Entesitis (bei 4 von 5 Patienten) und der Daktylitis (bei 9 von 10 Patienten), einem hohen ACR-Ansprechen von 70/50/40 (= Ansprechen im ACR 20/50/70), einer Verbesserung der körperlichen Funktionsfähigkeit um 0.4 (HAQ-DI) und einer Verbesserung der Lebensqualität um 6.6 (SF-36 PCS), 5-Jahresdaten mit Biologika-naïven und Anti-TNF-vorbehandelten Patienten über 5 Jahre.²; Bewegungsfreiheit bei AS = Anhand von BASDAI (Reduktion der Schmerzen und Morgensteifigkeit), anhand des BASFI (Verbesserung der körperlichen Funktionsfähigkeit) und des BASMI (Beweglichkeit der Wirbelsäule) sowie einem hohen ASAS-Ansprechen von 80/70 über 5 Jahre.³

* Cosentyx® wird in der Schweiz (Stein/AG) bei Novartis Pharma Stein AG konfektioniert.

PsA = Psoriasis Arthritis; **AS** = Ankylosierende Spondylitis; **ACR** = American College of Rheumatology; **BASDAI** = Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index; **BASFI** = Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index; **BASMI** = Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index; **HAQ-DI** = Health Assessment Questionnaire-Disability Index; **SF-36 PCS** = Short Form-36 Physical Component Summary

Referenzen: **1** Cosentyx® (Secukinumab) Fachinformation, Stand der Information: Januar 2018, www.swissmedinfo.ch; **2** Mease PJ et al. Secukinumab Provides Sustained Improvements in the Signs and Symptoms in Psoriatic Arthritis: Final 5-year Efficacy and Safety Results from a Phase 3 Trial. Abstract 2568 and dazugehöriges Poster, 2018 ACR/ARHP Annual Meeting, October 19-24 2018, Chicago (USA, Illinois); **3** Baraliakos X et al. Long-Term Evaluation of Secukinumab in Ankylosing Spondylitis: 5 Year Efficacy and Safety Results from a Phase 3 trial. Abstract L13 and dazugehöriges Poster, 2018 ACR/ARHP Annual Meeting, October 19-24 2018, Chicago (USA, Illinois).

Cosentyx® (Secukinumab) gekürzte Fachinformation: **Z:** Secukinumab + Hilfsstoffe. **I:** *Plaque-Psoriasis:* Cosentyx/- SensoReady ist zur Behandlung erwachsener Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis indiziert, die auf andere systemische Therapien einschliesslich Ciclosporin, Methotrexat oder PUVA nicht angesprochen haben, bei denen diese Therapien kontraindiziert sind oder die diese Therapien nicht tolerieren. *Psoriasis-Arthritis:* Cosentyx/- SensoReady, alleine oder in Kombination mit Methotrexat, ist zur Behandlung erwachsener Patienten mit aktiver Psoriasis-Arthritis indiziert, die unzureichend auf eine vorübergehende Therapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARD) angesprochen haben. *Ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew):* Cosentyx/- SensoReady ist für die Behandlung erwachsener Patienten mit schwerer, aktiver ankylosierender Spondylitis indiziert, die unzureichend auf konventionelle Therapie (beispielsweise NSAIDs) angesprochen haben. **D:** *Plaque-Psoriasis:* Empfohlene Dosis beträgt 300 mg mit Startdosen in den Wochen 0, 1, 2, 3 und 4, gefolgt von monatlichen Erhaltungsdosen. Jede 300-mg-Dosis wird in Form von zwei subkutanen Injektionen zu je 150 mg verabreicht. Bei schwerwiegenden unerwünschten Wirkungen soll eine temporäre Unterbrechung der Therapie erwogen werden. In schwerwiegenderen Fällen von mukokutaner Kandida-Infekte ist eine Dosisreduktion auf 150 mg zu erwägen. *Psoriasis-Arthritis:* Die empfohlene Dosis liegt bei 150 mg als subkutane Injektion mit Startdosen in den Wochen 0, 1, 2, 3 und 4, gefolgt von monatlichen Erhaltungsdosen. Bei Patienten, die ungenügend auf Anti-TNFα ansprechen liegt die empfohlene Dosis bei 300 mg. Bei begleitender mittelschwerer bis schwerer Plaque-Psoriasis siehe Dosierungs- und Anwendungsempfehlungen für Plaque-Psoriasis. *Ankylosierende Spondylitis (Morbus Bechterew):* Die empfohlene Dosis liegt bei 150 mg als subkutane Injektion mit Startdosen in den Wochen 0, 1, 2, 3 und 4, gefolgt von monatlichen Erhaltungsdosen. **K:** Schwere Überempfindlichkeitsreaktionen gegenüber Wirkstoff oder Hilfsstoffe. Schwere aktive Infektionen. **VM:** Vorsicht bei Patienten mit einer chronischen Infektion oder rezidivierenden Infektionen in der Vorgeschichte; bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen; bei Impfungen. Bei Auftreten einer anaphylaktischen oder anderen schwerwiegenden allergischen Reaktionen die Gabe unverzüglich abbrechen und Therapie-massnahmen einleiten. Risiko bezüglich Aufflammen der Psoriasis bei Absetzen der Therapie („Rebound“) berücksichtigen. Gleichzeitige Verabreichung mit anderen Biologika wurde nicht untersucht und wird nicht empfohlen. Die Nadelkappe kann Trockenkauschuk (Latex) ent-halten. **IA:** Lebendvakzinen sollten nicht gleichzeitig verabreicht werden. Patienten, die Arzneimittel einnehmen, deren Dosis individuell eingestellt wird und die durch CYP450 3A4, 1A2 oder 2C9 metabolisiert werden, sollten zu Beginn und Ende einer Therapie mit Secukinumab kontrolliert werden und die Dosis dieser Substanzen bei Bedarf angepasst werden. **UW:** Infektionen der oberen Atemwege, Orale Herpes, Rhinorrhö, Diarrhö, Orale Candidose, Tinea pedis, Candidose des Oesophagus, Neutropenie, Bindehautentzündung, Leberenzyme erhöht, Bilirubin erhöht, Urtikaria. **P:** Cosentyx/- SensoReady 150 mg; 1 oder 2 Fertigtippen / 1 oder 2 Fertigspritze(n) / 1 Durchstechflasche mit Pulver zur Herstellung einer Injektionslösung Abgabekategorie: B. Weitere Informationen finden Sie unter www.swissmedinfo.ch. Januar 2018 V4, Novartis Pharma Schweiz AG, Risch; Adresse: Suurstoffli 14, 6343 Rotkreuz, Tel. 041 763 71 11.

 **NOVARTIS**

VORWORT

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

Willkommen zum Jahreskongress 2019 in Interlaken. Ein Jahr geht schnell vorüber und es ist Zeit, sich über Neues in unserem Fach zu informieren und sich mit anderen auszutauschen.

Der Zauber der Rheumatologie liegt in der Breite des Faches. Wir kümmern uns um chronische und akute Entzündungen verschiedenster Ursachen genauso wie um Verschleiss und chronische Schmerzzustände. Während wir bei der Arthritis immer besser vorankommen, verläuft der Fortschritt in anderen Feldern weniger schnell. Umso mehr freut es mich, dass jetzt z.B. auch bei der Grossgefässvaskulitis und neuerdings bei der systemischen Sklerose neue Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Sicherlich werden auch für andere Indikationen gezieltere Therapien möglich werden.

Ich habe 2018 das Amt des Kongresspräsidenten von Prof. Distler übernommen und danke ihm für seine hervorragende Arbeit. Ebenfalls bedanke ich mich beim wissenschaftlichen Komitee der SGR und ausdrücklich bei Herrn Adrian König von BBS Congress GmbH für die hervorragende Kongressorganisation und freundschaftliche Zusammenarbeit.

Die e-Poster Tour hat sich bewährt und konnte dieses Jahr ausgebaut werden. Neben zahlreichen Workshops möchten wir auch die fallbasierte Fortbildung stärken. Als Neuigkeit findet am Freitag eine Best Case Scenario Session statt, bei der aus fünf sehr spannenden Fällen der beste prämiert wird. Weitere Neuerungen sind ein Joint SGR-HPR Meeting sowie Treffen der offenen Interessensgruppen Sjögren Syndrom und Vaskulitis, durch die der Austausch und die wissenschaftliche Zusammenarbeit gefördert werden soll.

In diesem Sinne wünsche ich Ihnen einen informativen und austauschreichen Jahreskongress.

Thomas Hügler

Die einzige zielgerichtete Therapie gegen Riesenzellarteriitis¹⁻³

**WANN
IST ES ZEIT FÜR
ACTEMRA®?**

Überlegene Wirksamkeit und Steroid-freie Remission zum Wohle der Patienten³

- Mit ACTEMRA® sind rund 4x mehr Patienten in anhaltender Steroid-freier Remission nach 52 Wochen als mit Steroiden allein^{*,3}
- Das Nebenwirkungsprofil von ACTEMRA® ist trotz initialer Zugabe von Steroiden vergleichbar mit dem von Steroiden allein³

* Vergleich ACTEMRA® s.c. wöchentlich + Steroide (56%) oder zweiwöchentlich + Steroide (53%) über 26 Wochen, vs. Steroide allein über 26 Wochen (14%)

1 Roche NE et al. Correlation of interleukin-6 production and disease activity in polymyalgia rheumatica and giant cell arteritis. *Arthritis & Rheumatism* 1993;36(9):1286-1294.
2 Hernández-Rodríguez J et al. Tissue production of pro-inflammatory cytokines (IL-1beta, TNFalpha and IL-6) correlates with the intensity of the systemic inflammatory response and with corticosteroid requirements in giant-cell arteritis. *Rheumatology* 2004;43:294-301. 3 Stone J et al. Trial of tocilizumab in giant-cell arteritis. *N Engl J Med* 2017;377(4):317-328.

Actemra® (Tocilizumab): Monoklonaler humanisierter Antikörper gegen den IL-6-Rezeptor. **Indikationen:** **Rheumatoide Arthritis (RA):** Behandlung der mittelschweren bis schweren aktiven RA bei unvorbehandelten erwachsenen Patienten sowie bei Patienten, die auf eine Behandlung mit DMARDs oder TNF-Hemmern nicht ausreichend angesprochen haben oder Nebenwirkungen entwickelt. Gabe als Monotherapie oder in Kombination mit Methotrexat (MTX) und/oder anderen DMARDs. **Riesenzellarteriitis (RZA):** Behandlung der RZA in Kombination mit einer ausschleichenden Glukokortikoid- (GC-) Gabe bei erwachsenen Patienten, sofern sie bei Actemra-Einleitung nicht mehr als 60 mg Prednison (oder äquivalenten Wirkstoff) benötigen. **Systemische juvenile idiopathische Arthritis (sJIA):** Behandlung von Kindern und Jugendlichen ab 1 Jahr (s.c.) bzw. 2 Jahren (i.v.) mit sJIA, welche auf eine vorgängige Therapie mit nicht-steroidalen Antirheumatika und Steroiden unzureichend angesprochen haben. **Polyartikuläre juvenile idiopathische Arthritis (pJIA):** Behandlung von Kindern und Jugendlichen ab 2 Jahren mit pJIA, die eine inadäquate Antwort auf MTX zeigten. **Zytokinreisetzungsyndrom (CRS):** Behandlung von erwachsenen und pädiatrischen Patienten ab 2 Jahren bei schwerem oder lebensbedrohlichem CRS, induziert durch T-Zellen mit chimärem Antigenrezeptor (CAR). **Dosierung:** RA: i.v.: 8mg/kg alle 4 Wochen; s.c.: 162mg wöchentlich. Für RA-Patienten < 60kg in Kombinationstherapie mit MTX 162mg initial alle 2 Wochen. RZA: s.c.: 162mg wöchentlich (rezidivierende RZA), oder zweiwöchentlich (Erstmanifestation der RZA). RZA-Patienten müssen vor Therapiebeginn mit Actemra mit einer Steroidtherapie begonnen haben. Nach Beendigung des GC-Zyklus kann eine Actemra-Monotherapie bis zu einer Gesamtdauer von 52 Wochen fortgesetzt werden. sJIA: i.v. 12mg/kg alle 2 Wochen (Patienten < 30kg); i.v. 8mg/kg (Patienten ≥ 30kg) alle 2 Wochen; s.c.: 162mg alle 2 Wochen bei Patienten < 30kg (und mind. 10kg) und wöchentlich bei Patienten ≥ 30kg; pJIA: i.v. 8mg/kg alle 4 Wochen, kann bei Patienten < 30kg bei Nicht-Ansprechen nach 8 Wochen auf 10mg/kg i.v. erhöht werden s.c.: 162mg alle 3 Wochen bei Patienten < 30kg und alle 2 Wochen bei Patienten ≥ 30kg. CRS: i.v. 8mg/kg (Patienten ≥ 30kg); i.v. 12mg/kg (Patienten < 30kg); maximal 4 Actemra-Verabreichungen im Abstand von mindestens 8 Stunden. **Kontraindikationen:** Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff oder einem der Hilfsstoffe. Kombination mit TNF-Hemmern: Gleichzeitig und bis zu 1 Monat nach Behandlung mit Anti-TNF-Antikörpern. **Warnhinweise und Vorsichtsmassnahmen:** Bei aktiven Infektionen ist die Anwendung von Actemra nicht zu empfehlen; bei Neigung zu Infektionen ist Vorsicht geboten. Bei Vorliegen einer aktiven Lebererkrankung, einer Leberinsuffizienz, einer geringen Zahl an neutrophilen Granulozyten oder Thrombozyten darf Actemra nur mit Vorsicht angewandt werden. Es wurden schwere und fatale Fälle von Überempfindlichkeitsreaktionen und interstitieller Lungenerkrankung berichtet. Es wurden Fälle von schwerwiegenden medikamenteninduzierten Leberschädigungen, einschliesslich akutem Leberversagen, beobachtet. Vorsicht bei der Anwendung bei Patienten mit bekannter Divertikulitis (Perforationsgefahr). **Interaktionen:** Keine Beeinflussung durch gängige Antirheumatika. **Schwangerschaft/Stillzeit:** Es liegen keine Daten zur Anwendung in der Schwangerschaft oder Stillzeit vor. **Unerwünschte Wirkungen:** Häufigste unerwünschte Wirkungen sind Infekte, v.a. der oberen Luftwege, Kopfschmerzen und erhöhter Blutdruck während der Infusion, Reaktion an der Injektionsstelle sowie Leberenzym erhöhungen. **Packungen:** Durchstechflaschen à 80mg, 200mg und 400mg Tocilizumab als Infusionskonzentrat. Fertigspritze oder Fertipen à 162mg Tocilizumab zur subkutanen Verabreichung. Verkaufskategorie A. Weitere Informationen entnehmen Sie bitte der publizierten Fachinformation unter www.swissmedicinfo.ch. Stand Juni 2019.

Roche – seit über 120 Jahren forschend in der Schweiz



Roche Pharma (Schweiz) AG
4153 Reinach

PREFACE

Chères et chers collègues,

Soyez les bienvenues au Congrès annuel 2019 à Interlaken. Une année passe vite, et il est temps de s'informer sur les nouveaux développements dans notre spécialité et d'échanger nos idées avec les autres.

La magie de la rhumatologie réside dans l'ampleur de notre spécialité. Nous prenons en charge les inflammations chroniques et aiguës avec leurs causes diverses ainsi que l'usure et les douleurs chroniques. Tandis que nous continuons de faire des progrès dans le domaine de l'arthrite, les progrès dans d'autres domaines sont moins rapides. Je me réjouis donc d'autant plus que de nouvelles options thérapeutiques soient désormais disponibles, par exemple pour la vasculite des grands vaisseaux et, plus récemment, pour la sclérose systémique. Des thérapies plus ciblées seront certainement possibles pour d'autres indications.

J'ai succédé au Professeur Distler à la présidence du Congrès, en 2018, et je le remercie pour son travail remarquable. Je voudrais également remercier le comité scientifique de la SSR et M. Adrian König de BBS Congress GmbH pour l'excellente organisation du congrès et la coopération amicale.

Le e-Poster tour a fait ses preuves et pourrait être étendu cette année. A part les nombreux ateliers, nous aimerions également renforcer la formation par cas. Comme nouveauté, il y aura une séance «Best Case Scenario» le vendredi, au cours de laquelle le meilleur de cinq cas très intéressants sera primé. D'autres innovations sont une réunion commune SSR-HPR ainsi que des réunions des groupes d'intérêt Syndrome de Sjögren et Vasculites, à travers desquelles l'échange et la coopération scientifique doivent être encouragés.

Dans cette optique, je vous souhaite un congrès annuel riche en informations et en échanges.

Thomas Hügler

AKTIV DURCHS LEBEN

**PALEXIA® RETARD
GEGEN CHRONISCHE
SCHMERZEN**



PALEXIA®
retard

Palexia® retard (Tapentadol) **I:** Zur Behandlung von mittelstarken bis starken prolongierten Schmerzen bzw. bei ungenügender Wirksamkeit nicht-opioider Analgetika. **D:** Dosierung individuell dem Schweregrad der zu behandelnden Schmerzen anpassen. Palexia® retard sollte zweimal täglich, ungefähr alle 12 Stunden eingenommen werden. Gesamtdosen von mehr als 500 mg Palexia® retard wurden nicht untersucht und werden daher nicht empfohlen. **Kt:** Überempfindlichkeit gegen Tapentadol oder einen sonstigen Bestandteil. Ausgeprägte Atemdepression, akutes oder starkes Bronchialasthma oder Hyperkapnie. Paralytischer Ileus. Akute Intoxikation durch Alkohol, Schlafmittel, zentral wirksamen Analgetika oder psychotropen Substanzen. Nicht therapeutisch kontrollierte Epilepsie. **VM:** Bei der Anwendung potenter Opiode in der Schmerztherapie ist die entsprechende medizinische Sorgfaltspflicht vorausgesetzt. **IA:** Die Einnahme von Palexia® ist bei gleichzeitiger Einnahme von MAO-Hemmern kontraindiziert. Bei gleichzeitiger Anwendung von Substanzen, die ebenfalls auf das Zentralnervensystem wirken, ist mit einer gegenseitigen Verstärkung zu rechnen. **UW:** Übelkeit, Schwindel, Erbrechen, Somnolenz, Kopfschmerzen, Appetitverlust, Angst, Verwirrtheit, Halluzinationen, Schlafstörungen, abnormale Träume, Tremor, Erröten, Obstipation, Diarrhö, Verdauungsstörungen, Mundtrockenheit, Juckreiz, vermehrtes Schwitzen, Hautausschlag, Muskelspasmen, Erschöpfung, Müdigkeit, Gefühl der Körpertemperaturveränderung. **P:** Palexia® 25 mg, 50 mg, 100 mg, 150 mg, 200 mg und 250 mg à 30 und 60 Retardtabletten. Kassenzulässig. Liste A+. Ausführliche Angaben siehe www.swissmedinfo.ch. (01/2016) Grünenthal Pharma AG, 8756 Mitlödli, Tel. 055 647 31 31, www.palexia.ch

**GRÜNTHAL**

ALLGEMEINE INFORMATIONEN

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Kongressort | Lieu du congrès

Congress Centre Kursaal Interlaken, Strandbadweg 44, 3800 Interlaken
<http://www.congress-interlaken.ch>

Datum | Date

5./6. September 2019

Organisationskomitee | Comité d'organisation

Prof. Thomas Hügle, Lausanne (Kongresspräsident | Président du congrès)
Dr. Jürg Bernhard, Solothurn
Prof. Oliver Distler, Zürich
Prof. Jean Dudler, Fribourg
Prof. Steffen Gay, Zürich
Dr. Inès Kramers-de Quervain, Zürich
Prof. Diego Kyburz, Basel
Dr. Natalie Marcoli, Viganello
PD Dr. Rüdiger Müller, Aarau
Prof. Stephan Reichenbach, Bern
Dr. Lukas Schmid, Luzern
Prof. Johannes von Kempis, St. Gallen
Prof. Ulrich Walker, Basel
PD Dr. Hans-Rudolf Ziswiler, Bern
PD Dr. Pascal Zufferey, Lausanne

Administratives Sekretariat | Secrétariat administratif

BBS Congress GmbH, Rabbentalstr. 83, 3013 Bern
Tel. +41 (0)31 331 82 75
E-Mail: adrian.koenig@bbscongress.ch

Während des Kongresses | Pendant le congrès

Tel. 078 685 99 27

Öffnungszeiten Kongresssekretariat

Heures d'ouverture du secrétariat du congrès

5.9.2019	8h45 – 18h00
6.9.2019	7h30 – 15h45

Öffnungszeiten Ausstellung | Heures d'ouverture de l'exposition

5.9.2019	9h00 – 18h00
6.9.2019	7h30 – 14h45

OSTEOPOROSE

 **Binosto®**

Alendronsäure 70 mg
Brausetablette

Die 1. gepufferte Bisphosphonat-Lösung



SL



IN DER SCHWEIZ
HERGESTELLT



**Die Wirksamkeit
von Alendronat
als Brausetablette**



**Bevorzugte
Magenverträglichkeit**
Aufrechterhaltung eines weniger
sauren Milieus im Magen
(gepufferte Lösung pH 4,8-5,4)*



**Einfache
Anwendung**
einer Trinklösung

Binosto® Brausetabletten. Zusamm.: Acidum alendronicum 70 mg ut natrii alendronis trihydricus 91,37 mg, aromatica, excip. pro compr. eff. **Ind.:** Behandlung der Osteoporose bei Frauen nach der Menopause und bei Männern. **Dos.:** 1 x pro Woche, 1 Brausetablette in 120 ml Leitungswasser, mindestens 30 min vor der Mahlzeit. Bleiben Sie nach der Einnahme mindestens 30 Minuten und bis zur ersten Nahrungsaufnahme in aufrechter Haltung. **KI:** akute Entzündungen des GI-Traktes; klinisch manifeste Osteomalazie; Erkrankungen des Oesophagus; Unvermögen, 30 Minuten lang eine aufrechte Haltung einzunehmen; Niereninsuffizienz (Kreatinin-Clearance <30 ml/min); Überempfindlichkeit auf irgendeinen Bestandteil; Hypokalzämie; Schwangerschaft/Stillzeit. **V:** mögliche lokale Irritation der Mukosa des oberen Gastrointestinaltraktes; Halten Sie die Einnahmebedingungen ein und brechen Sie die Behandlung ab bei Schluckbeschwerden oder Schluckschmerzen, bei retrosternalen Schmerzen oder beim Auftreten oder Verschlechtern von Sodbrennen; seltene Fälle von lokalisierter Osteonekrose des Kiefers; Knochen-, Gelenk- oder Muskelschmerzen; ziehen Sie den Abbruch der Behandlung in Erwägung bei "energiearmen" Frakturen; eine Hypokalzämie vor Einleitung der Behandlung korrigieren. **IK:** Nahrungsmittel mit hohem Calciumgehalt. **UW:** Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, Dyspepsie, Verstopfung, Diarrhö, Flatulenz, Oesophagusulkus, Dysphagie, Völlegefühl, Reflux, muskuloskeletale Schmerzen. **P:** Packungen zu 4 und 12 Brausetabletten [B]. Labatec-Pharma S.A., 1217 Meyrin (Genf). Weitere Arzneimittel-Informationen finden Sie unter: www.swissmedicinfo.ch.

*Hodges LA, et al. Modulation of gastric pH by a buffered soluble effervescent formulation: A possible means of improving gastric tolerability of alendronate. International journal of pharmaceuticals. 2012 Aug; 432(1-2): 57-62.
Fotos sind vertraglich nicht bindend.

 **LABATEC**
- Valuing People. Science. Life -

ALLGEMEINE INFORMATIONEN

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Kongressanmeldung | Inscription au congrès

Online Anmeldung | Inscription online: www.bbscongress.ch

Anmeldeschluss Kongress | Délai d'inscription au congrès

28. August 2019

Teilnahmegebühren | Frais d'inscription

Ganzer Kongress | Congrès entier

	bis jusqu'au 28.8.2019	ab dès le 29.8.2019
Mitglieder Membres SGR-SSR	200 CHF	250 CHF
Nichtmitglieder Non-membres SGR-SSR	300 CHF	350 CHF
Assistenzärzte/-innen Médecins assistants	100 CHF	150 CHF
Health Professionals	100 CHF	150 CHF

Tageskarten | Cartes journalières

5.9.2019 oder | ou 6.9.2019

	bis jusqu'au 28.8.2019	ab dès le 29.8.2019
Mitglieder Membres SGR-SSR	120 CHF	170 CHF
Nichtmitglieder Non-membres SGR-SSR	170 CHF	220 CHF
Assistenzärzte/-innen Médecins assistants	60 CHF	110 CHF
Health Professionals	60 CHF	110 CHF

Symposium für Health Professionals in der Rheumatologie, 5.9.2019

Symposium pour les professionnels de la santé en rhumatologie, 5.9.2019

Mitglieder HPR Membres HPR	60 CHF
Nichtmitglieder HPR Non-membres HPR	100 CHF

Bitte überweisen Sie die Teilnahmegebühren bis spätestens 10 Tage vor dem Kongress auf nachstehendes Konto. Die Anmeldebestätigung wird nach Eingang der Zahlung per e-mail verschickt.

Veuillez transférer les frais d'inscription au plus tard 10 jours avant le congrès sur le compte mentionné ci-dessous. La confirmation de l'inscription vous parviendra par e-mail après réception du paiement.



RASCHE UND ANHALTENDE WIRKSAMKEIT^{1,2,3} BEI RHEUMATOIDER ARTHRITIS SETZEN SIE EIN ZEICHEN

- Δ Rheumatoide Arthritis: Mono- oder Kombinationstherapie mit einem nicht biologischen DMARD bei erwachsenen Patienten mit mittelschwerer bis schwerer aktiver rheumatoider Arthritis, bei denen eine vorherige Therapie mit Methotrexat nicht angesprochen hatte oder nicht vertragen wurde.¹
 - † Colitis ulcerosa: Erwachsene Patienten mit mittelschwerer bis schwerer aktiver CU, die auf eine vorherige Therapie mit Kortikosteroiden, AZA, 6-MP oder einen TNF-Antagonisten unzureichend angesprochen haben, nicht mehr darauf ansprechen oder diese Therapien nicht vertragen haben.¹
 - ◇ Psoriasis-Arthritis: bei erwachsenen Patienten mit aktiver Psoriasis-Arthritis in Kombination mit einem konventionellen, synthetischen DMARD zur Besserung von Symptomen und der körperlichen Funktionsfähigkeit, bei Patienten, die auf eine vorherige Therapie mit einem DMARD unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen hatten.¹
- * RA: Schnelle Wirksamkeit innerhalb von 2 Wochen und anhaltende Wirksamkeit bis zu 8 Jahren.^{2,3}

AZA: Azathioprin; **CU:** Colitis ulcerosa; **DMARD:** disease-modifying antirheumatic drug; **PsA:** Psoriasis-Arthritis; **RA:** rheumatoide Arthritis; **TNF:** Tumornekrosefaktor
Die abgebildete Tablette kann von der Originalgrösse abweichen.

Referenzen: 1. Fachinformation XELJANZ[®], www.swissmedicinfo.ch. 2. Fleischmann R et al. Placebo-controlled trial of tofacitinib monotherapy in rheumatoid arthritis. N Engl J Med 2012; 367(6): 495-507. 3. Wollenhaupt, J. et al. Safety and efficacy of tofacitinib for up to 9.5 years in the treatment of rheumatoid arthritis: final results of a global, open-label, long-term extension study. Arthritis Res Ther. 2019; 21(1): 89. doi:10.1186/s13075-019-1866-2.

Kürzte Fachinformation – XELJANZ[®] (Tofacitinib)

Indikationen: Rheumatoide Arthritis (RA): Mono- oder Kombinationstherapie mit einem nicht biologischen DMARD bei erwachsenen Patienten mit mittelschwerer bis schwerer aktiver RA, bei denen eine vorherige Therapie mit Methotrexat nicht angesprochen hatte oder nicht vertragen wurde. Psoriasis-Arthritis (PsA): Erwachsene Patienten mit PsA in Kombination mit einem konventionellen, synthetischen DMARD zur Besserung von Symptomen und der körperlichen Funktionsfähigkeit, bei Patienten die auf eine vorherige Therapie mit einem DMARD unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen hatten. Colitis ulcerosa (CU): Erwachsene Patienten mit mittelschwerer bis schwerer aktiver CU, die auf eine vorherige Therapie mit Kortikosteroiden, AZA, 6-MP oder einen TNF-Antagonisten unzureichend angesprochen haben, nicht mehr darauf ansprechen oder diese Therapien nicht vertragen haben. **Dosierung:** RA: 2× täglich 5 mg, je nach klinischem Ansprechen 2× täglich 10 mg. In Kombination mit starken Inhibitoren von CYP3A4 oder CYP2C19, nicht mehr als 5 mg 2× täglich. PsA: 5 mg 2× täglich in Kombination mit einem csDMARD. In Kombination mit starken Inhibitoren von CYP3A4 oder CYP2C19, nicht mehr als 5 mg 1× täglich. CU: Induktion: 10 mg 2× täglich für min. 8 Wochen bis max. 16 Wochen; Erhaltung: 5 mg 2× täglich. In Kombination mit starken Inhibitoren von CYP3A4 oder CYP2C19: nicht mehr als 5 mg 2× täglich (falls sonst 10 mg 2× täglich) bzw. 5 mg 1× täglich (falls sonst 5 mg 2× täglich). **Kontraindikationen:** Aktive, schwere Infektionen, schwere Leberinsuffizienz und Überempfindlichkeit gegen einen Inhaltsstoff. **Vorsichtsmassnahmen:** XELJANZ[®] darf nicht an Patienten mit aktiver systemischer oder lokalisierter Infektion verabreicht werden. Vorsicht bei Patienten mit Tuberkulose, chronischen oder rekurreierenden Infektionen, chronischen Lungenerkrankungen und multiplen Allergien in der Vorgeschichte, Virus- und Tumorerkrankungen (inklusive lymphoproliferative Erkrankungen und nicht-melanozytärer Hautkrebs), Magen-Darm Perforationen, älteren Patienten und Diabetikern. Ein erhöhtes Risiko von Herpes zoster wurde beobachtet. Regelmässige Hautuntersuchung bei Patienten mit erhöhtem Hautkrebsrisiko empfohlen (Risiko ggf. unter 2× täglich 10 mg erhöht). Dosisanpassungen aufgrund Beeinträchtigung der Leber- und Nierenfunktion sind gegebenenfalls erforderlich. Vor und während der Behandlung sind Blutbildkontrollen empfohlen (Prüfung auf Lymphopenie, Neutropenie und Anämie sowie Untersuchung der Blutfettwerte), gegebenenfalls sind Dosisanpassungen erforderlich. Patienten mit RA oder PsA weisen ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen auf und sollten auf Risikofaktoren hin überwacht werden. Erhöhtes Risiko für Lungenembolie unter 2× täglich 10 mg bei Patienten ≥50 J., mit mind. einem kardiovaskulären Risikofaktor. Vor der Behandlung Impfstatus aktualisieren. Lebendimpfstoffe dürfen nicht direkt vor und während der Therapie mit XELJANZ[®] angewendet werden. Kombination mit biologischen DMARDs und starken Immunsuppressiva ist zu vermeiden. Gewisse Risiken sind unter 10 mg 2× täglich höher als unter 5 mg 2× täglich. **Interaktionen:**

Vorsicht bei gleichzeitiger Anwendung von potenten CYP3A4 Inhibitoren, potenten CYP3A4 Induktoren und mittelstarken CYP3A4 Inhibitoren welche gleichzeitig starke CYP2C19 Inhibitoren sind. **Unerwünschte Wirkungen:** schwerwiegende Infektionen, Nasopharyngitis, Harnwegsinfektion, Pneumonie, Herpes zoster, Bronchitis, Grippe, Sinusitis, Pharyngitis, Sepsis, Virusinfektion, Leukopenie, Anämie, Neutropenie, Lymphopenie, Hyperlipidämie, Cholesterin im Blut erhöht, Kopfschmerz, Parästhesie, Hypertonie, Dyspnoe, Husten, Abdominalschmerz, Erbrechen, Gastritis, Diarrhö, Übelkeit, Dyspepsie, Ausschlag, Gamma-Glutamyltransferase erhöht, Arthralgie, Kreatinphosphokinase im Blut erhöht, Fieber, Ermüdung, Ödem peripher, nicht-melanozytärer Hautkrebs (NMCS), Tumorerkrankungen u. a. **Packungen:** 5 mg und 10 mg; 56 Filmtabletten, Verkaufskategorie B. **Zulassungsinhaber:** Pfizer AG, Schärenmoosstrasse 99, 8052 Zürich. Ausführliche Informationen siehe Arzneimittel-Fachinformation unter www.swissmedicinfo.ch. (V040)



Pfizer AG
Schärenmoosstrasse 99
Postfach
8052 Zürich

ALLGEMEINE INFORMATIONEN

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Bankverbindung | Cordonnées bancaires

Credit Suisse, 3001 Bern

IBAN: CH80 0483 5021 1255 4100 9

SWIFT/BIC: CRESCHZZ30A

Begünstigte | bénéficiaire: BBS Congress GmbH, Rabbentalstr. 83, 3013 Bern

Präsentationssprache | Langue de présentation

Deutsch, Français, English

Simultanübersetzung d → f der Plenarsitzungen

Traduction simultanée f → a des séances plénières

Kongressabend | Soirée du congrès 5.9.2019

Hotel Alpenblick, Wilderswil

Preis pro Person CHF 110.- | Prix par personne CHF 110.-

Platzzahl limitiert! Nombre de places limité! Limited number of seats!

Bustransfer vom Congress Centre Kursaal Interlaken (Eingang Nord) zum Restaurant Alpenblick Wilderswil.

Abfahrtszeit 19h15

Transfert en bus du Congress Centre Kursaal Interlaken (Entrée nord) au Restaurant Alpenblick Wilderswil.

Départ 19h15

Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt Rheumatologie sind von der SGR zum Kongressabend eingeladen.

Médecins en formation postgraduée pour le titre de spécialiste en rhumatologie sont invité(e)s à la soirée par la SSR.

Unterkunft | Logement

Hotelzimmer können über den Link

<https://www.bbscongress.ch/2019/sgr-2019/> reserviert werden.

Veillez réserver une chambre online sur

<https://www.bbscongress.ch/fr/2019/ssr-2019/>

Ausstellung | Exposition

Wir bedanken uns heute schon bei allen Ausstellern und empfehlen den Besuch der Stände. Das Firmenverzeichnis finden Sie auf Seite 53.

Nous remercions dès à présent tous les exposants et recommandons de visiter les stands. La liste des entreprises se trouve à la page 53.

Gicht im Griff



Kassen-
zulässig

- Effektive und dauerhafte Harnsäuresenkung^{1,2}
- Keine Dosisanpassung bei Niereninsuffizienz^{*,1,3,4}
- Gut verträglich¹

Adenuric[®]
(febuxostat)



A. MENARINI
Pharma

Adenuric is a trademark of Teijin limited, Tokyo, Japan

* bei Patienten mit schwerer Niereninsuffizienz ist Vorsicht geboten! **Referenzen:** **1.** Adenuric Fachinformation, www.swissmedicinfo.ch, Stand Mai 2017 **2.** Schumacher HR Jr et al. Effects of febuxostat versus allopurinol and placebo in reducing serum urate in subjects with hyperuricemia and gout: a 28-week, phase III, randomized, double-blind, parallel-group trial. *Arthritis Rheum.* 2008;59:1540-8. **3.** Mayer MD et al. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of febuxostat, a new non-purine selective inhibitor of xanthine oxidase in subjects with renal impairment. *Am J Ther.* 2005;12:22-34. **4.** Hira D et al. Population Pharmacokinetics and Therapeutic Efficacy of Febuxostat in Patients with Severe Renal Impairment. *Pharmacology.* 2015;96:90-8.

Unterlagen und Referenzen können bei A. Menarini AG, Thurgauerstrasse 36/38, 8050 Zürich angefordert werden.

Adenuric[®], **Z:** Filmtablett mit Bruchrille, mit 80 mg Febuxostat. **I:** Behandlung der chronischen Hyperurikämie bei Erkrankungen, die bereits zu Uratablagerungen geführt haben. **D:** Empfohlene Anfangsdosis: 40 mg (eine ½ Tabl.) 1x täglich; bei Serumharnsäurespiegel nach 2-4 Wochen immer noch > 357 µmol/l: Dosiserhöhung auf 80 mg; keine Dosisanpassung bei leichter oder mässiger Niereninsuffizienz, oder bei leichter Leberinsuffizienz. **KI:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder sonstige Bestandteile der Filmtabletten, Co-Medikation mit Mercaptopurin/Azathioprin. **VM:** Keine Initiierung bei Gichtschub; Xanthinablagung; Schilddrüsenerkrankungen; Arzneimittelallergie; bei vorhandenen ischämischer Herzkrankheit oder dekompensierter Herzinsuffizienz nicht empfohlen. **IA:** schwache in-vitro Hemmung der CYP2C8 und CYP2D6; Induktoren der UGT-Enzyme. **UAW:** Akute Gichtanfälle, Leberfunktionsstörungen, Durchfall, Übelkeit, Kopfschmerzen, Hautausschlag und Ödeme (vorwiegend leicht oder mittelschwer). **P:** Filmtablett zu 80 mg: je 14, 28 und 98 (B). Ausführliche Informationen finden Sie unter www.swissmedicinfo.ch. V02. A. Menarini AG, 8050 Zürich. MEADE4037-19.03D

ALLGEMEINE INFORMATIONEN

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Credits

SGR SSR	5./6. Sept.	14 credits
	5. Sept.	7 credits
	6. Sept.	7 credits
SGPMR SSMR	5./6. Sept.	10 credits
	5. Sept.	4 credits
	6. Sept.	6 credits
SGAI SSAI	5./6. Sept.	9 credits
	5. Sept.	4 credits
	6. Sept.	5 credits

SGR – Kongresspreis | Prix – Congrès de la SSR

Die besten Abstracts werden während der Session «Das Jahr im Rückblick» vorgestellt und sind mit je CHF 1'000.– prämiert. Das Preisgeld wird von der SGR gestiftet

Les meilleurs abstracts seront présentés à l'occasion de session «Rétrospective de l'année». Ils seront primés chacun d'un montant de CHF 1'000.– sponsorisé par la SSR.

Programm | Programme

Programmdruck: 24. Juli 2019

Das Programm wird auf <https://www.bbscongress.ch/2019/sgr-2019/> laufend aktualisiert.

Date d'impression: 24 juillet 2019

Le programme sera continuellement mis à jour sur <https://www.bbscongress.ch/fr/2019/ssr-2019/>

Websites

<http://www.rheuma-net.ch>

<https://www.bbscongress.ch/2019/sgr-2019/>

SGR/SSR-CONGRESS AWARD 2019

Die SGR vergibt jedes Jahr Preise für die besten Abstracts, welche für den SGR Jahreskongress eingereicht werden.

Die Abstracts werden in anonymisierter Form von einer Jury bewertet. Die Besten werden am Jahreskongress in Form einer freien Mitteilung vorgestellt und mit einem Preisgeld von je CHF 1'000.– honoriert.

La SSR attribue chaque année des prix pour les meilleurs abstracts soumis pour le congrès annuel.

Un jury évalue tous les abstracts sous forme anonyme. Les meilleurs seront présentés comme communication libre et primés de 1'000 CHF chacun.

Call for projects

2019 AbbVie Rheumatology Research Support Program

Support description

This AbbVie program supports one scientific project per year.

SUPPORT & EULAR 2020: The selected project will be funded (up to a maximum of 50'000.- CHF (excl. VAT)). The selected applicant is invited to the EULAR 2020 congress in Frankfurt (in accordance with the Pharma code).

This support will be remitted to the institution account, after announcement of the selected project.

PROJECT SELECTION: According to the criteria defined by Jury Board of the independent AbbVie Rheumatology Research Support Program.

Timelines

Applicants have to complete the concept submission form available on  www.rheuma-net.ch

and **submit their complete application to the Jury president and AbbVie by 21st June 2019 via E-Mail:**

 paul.hasler@ksa.ch and martin.schulz@abbvie.com

Only formally complete submissions will be considered by the Jury. Any potential issues must be fully addressed by the applicant before the deadline.

Announcement of the selected applicant at the SGR/SGAI Congress in Interlaken, 5th– 6th September 2019.

2020 submissions will be accepted from January 2020

Criteria & Obligations ...

... for applicants

- Applicant (or co-applicant) has to be a **physician**.
- AGE & CAREER STATUS: 45 years or less.** This Support Program is addressing young scientists. Therefore, candidates with established academic careers (**e.g. Professors**) are **excluded**.
- LOCATION:** The principal investigator and his/her study center have to be **located in Switzerland**. A collaboration with other investigators and/or other centers (inside or outside of Switzerland) is allowed and has to be specified in the application.

... for the submission

- RESEARCH FIELDS: Clinical and/or basic oriented research in rheumatology and/or in the field of clinical immunology,** the planned study must have relevance for patient care.
- WRITTEN CONSENT:** Date and signature from the applicant and the Head of the Department or Institution where the project is planned to be conducted are required.
- RESPONSIBILITIES:** The principal investigator is responsible for the project and all legal permissions (ethic committee, Swissmedic notification, insurance, etc.).
- FOLLOW-UP:** The selected applicant will present the research project, as well as the final data, at the scientific session of the following SGR/SGAI Congress. The selected applicant will provide an annual report about the development to the President of the Jury Board until finalization of the research project.
- **LEGAL FORM:** Investigator driven study according to GCP and/or GLP.
- **STUDY DESIGN:** Prospective or retrospective.
- **STATUS OF THE PROJECT:** New research projects or ongoing projects.

Jury Board

President:	Prof. Paul Hasler, Aarau
Vice-president:	Prof. Axel Finckh, Genève
Members:	Prof. Oliver Distler, Zürich Prof. Johannes v. Kempis, St. Gallen Prof. Diego Kyburz, Basel Prof. Peter Villiger, Bern

PREISAUSSCHREIBUNGEN ANNONCE DES PRIX



WEITERBILDUNGS-GRANT FÜR ANGEHENDE RHEUMATOLOGEN REGLEMENT UND BESCHREIBUNG

ZIEL

Dieser Grant ist dazu bestimmt, einer angehenden Rheumatologin, einem angehenden Rheumatologen eine Weiterbildung im Ausland für die Dauer von mindestens 6 Monaten zu ermöglichen. Der Erhalt des Grants ist nicht exklusiv und es ist demzufolge möglich, sich auch für diesen Grant zu bewerben wenn zusätzlich eine Finanzierung aus einem anderen Fonds zur Verfügung steht.

AUSWAHL EINES KANDIDATEN

Der Grant ist für eine Rheumatologin, einen Rheumatologen in Ausbildung an einem Schweizer Spital, jünger als 40 Jahre, die/der bereits ein Jahr spezialisierte Ausbildung an einer universitären Einrichtung absolviert hat, bestimmt.

Eine Kandidatin, ein Kandidat kann den Grant nur einmal erhalten.

Eine Stelle in einem Schweizer Spital muss nach der Rückkehr aus dem Weiterbildungsaufenthalt im Ausland garantiert sein.

Falls sich nur eine Kandidatin, ein Kandidat bewerben sollte, muss sie/er unter Berücksichtigung aller Auswahlkriterien einstimmig vom wissenschaftlichen Komitee gewählt werden.

Die Auswahlkriterien für die Kandidaten berücksichtigen folgende Punkte:

1. Das Profil der Kandidatin, des Kandidaten
2. Das Weiterbildungsprojekt
3. Der Ort der Weiterbildung
4. Die Entwicklungsmöglichkeiten der Kandidatin, des Kandidaten und seines Projekts nach der Rückkehr in die Schweiz

Die Wahl wird von einem wissenschaftlichen Komitee, das vom Vorstand der Schweizerischen Gesellschaft für Rheumatologie eingesetzt wird, getroffen. Um Interessenskonflikte zu vermeiden, kann ein Jurymitglied nicht für einen Kandidaten abstimmen, der in ihrem/seiner Abteilung die Weiterbildung absolviert.

PREISAUSSCHREIBUNGEN ANNONCE DES PRIX



BETRAG DES GRANTS UND RAHMENBEDINGEN

Die Schweizerische Gesellschaft für Rheumatologie und die Sponsoren gewähren gemeinsam eine Summe von **CHF 50'000.-**.

Das Thema des Projekts der Kandidatin, des Kandidaten wird offen gelassen.

Die **Bewerbungen können bis Ende November 2019** bei der Schweizerischen Gesellschaft für Rheumatologie, Josefstrasse 92, 8005 Zürich eingereicht werden.

Der **Entscheid** wird den Kandidaten bis **Ende Januar 2020** mitgeteilt. Die Nutzung des Grants kann sofort oder verzögert während des ganzen Jahres 2020 erfolgen.

Die offizielle Übergabe des Grants erfolgt am Kongressabend des nächsten SGR-Kongresses, welcher jeweils im Herbst stattfindet. Die Anwesenheit des Preisträgers an diesem Anlass ist Bedingung für den Erhalt des Grants.

FEEDBACK

Nach Beendigung der Weiterbildung und Rückkehr in die Schweiz muss die Stipendiatin, der Stipendiat einen Bericht erstellen und diesen dem Präsidenten der Schweizerischen Gesellschaft für Rheumatologie mit Kopie an den Präsidenten des wissenschaftlichen Komitees zukommen lassen. Zudem soll am SGR-Kongress eine Kurzpräsentation erfolgen und ein Poster publiziert werden.

PREISAUSSCHREIBUNGEN ANNONCE DES PRIX

Schweizerische
Gesellschaft für
Rheumatologie



BOURSE DE FORMATION DE LA SOCIÉTÉ SUISSE DE RHUMATOLOGIE RÈGLEMENT ET DESCRIPTION

BUT

Cette bourse est destinée à la formation d'un(e) jeune rhumatologue à l'étranger pour une période au minimum de 6 mois. L'obtention de la bourse n'est pas exclusive et il est par conséquent possible de demander cette bourse avec un subside d'une autre fondation dans le cadre de la formation à l'étranger.

CHOIX DU CANDIDAT

La bourse est destinée à un ou une rhumatologue en formation dans un hôpital suisse et âgé de moins de 40 ans, ayant déjà accompli au moins 1 année de formation spécialisé dans un centre académique.

Un candidat ne pourra recevoir cette bourse qu'une seule fois.

Le retour doit être garanti dans un service hospitalier en Suisse après la formation à l'étranger.

Dans le cas où il y aurait un seul candidat, celui-ci devrait obtenir l'unanimité du Comité Scientifique en ce qui concerne tous les critères de sélection.

Les critères pour l'évaluation des candidats seront les suivants:

5. le profil du candidat.
6. le projet de formation
7. le lieu de formation
8. les possibilités de développement pour le candidat et son projet au retour en Suisse.

La sélection sera effectuée par un Comité Scientifique désigné par le Comité de la Société Suisse de rhumatologie. Afin d'éviter des conflits d'intérêts, un membre du jury ne pourra pas voter pour un candidat qui fait ou effectuera sa formation dans son service.

PREISAUSSCHREIBUNGEN ANNONCE DES PRIX



MONTANT DE LA BOURSE ET CONDITIONS CADRES

La somme allouée par la Société Suisse de Rhumatologie et les sponsors sera de **CHF 50'000.-**.

Le thème du projet est ouvert pour la première fois.

Les candidatures peuvent être déposées auprès du Comité de la Société Suisse de Rhumatologie, Josefstrasse 92, 8005 Zurich **jusqu'à fin novembre 2019**.

La réponse aux candidats sera donnée **fin janvier 2020** avec utilisation immédiate ou différée de la bourse pendant toute l'année 2020.

La remise officielle du grant se déroule lors de la soirée du prochain congrès de la SSR. Le congrès a lieu en automne de chaque année. La présence du lauréat à cette manifestation est une condition préalable pour l'attribution du grant.

FEEDBACK

Après son stage, au retour en Suisse, il est demandé au boursier d'établir un rapport de stage à remettre au Président de la Société Suisse de Rhumatologie avec copie au Président du Comité Scientifique. En outre le boursier doit faire une petite présentation et publier un poster au congrès annuel de la SSR.

Bei mittelschwerer bis schwerer aktiver rheumatoider Arthritis¹

ÜBER DAS GEWOHNTHE HINAUS^{*,2}

Selektiver und reversibler JAK 1 & JAK 2 Inhibitor¹

Schnelle und anhaltende Wirkung bis Woche 52³

* Überlegenheit von Olumiant® + MTX vs. Adalimumab + MTX für ACR20 & DAS28-CRP in Woche 12³

Günstiges Nutzen-Risiko-Profil⁴



Olumiant® (baricitinib) Filmtabletten

I: Kombinationstherapie mit konventionellen DMARDs einschliesslich Methotrexat (MTX) bei erwachsenen Patienten mit mittelschwerer bis schwerer aktiver rheumatoider Arthritis (RA), die auf eine Behandlung mit einem oder mehreren DMARDs unzureichend angesprochen haben oder diese nicht vertragen haben. Monotherapie bei Unverträglichkeit gegenüber MTX oder wenn eine Behandlung mit MTX nicht angebracht ist. Die Wirksamkeit alleine oder mit MTX wurde in zuvor unbehandelten Patienten nachgewiesen. D: 4 mg einmal täglich. Bei Patienten ≥ 75 Jahren und für Patienten mit chronischen oder wiederkehrenden Infektionen ist möglicherweise eine Anfangsdosis von 2 mg angemessen. Für Patienten, die unter 4 mg einmal tägliche eine anhaltende Kontrolle der Krankheitsaktivität erreicht haben, kann eine Erhaltungsdosis mit 2 mg ausreichend sein. **Spezielle Anweisungen:** Die empfohlene Dosis beträgt 2 mg einmal täglich bei Patienten, die Probenecid anwenden, und bei Patienten mit einer geschätzten glomerulären Filtrationsrate zwischen 30 und 60 ml/min/1,73 m². **Kl:** Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff oder einem der Hilfsstoffe. **W/V:** Nicht anwenden und/oder Therapie absetzen im Falle von: aktiver systemischer Infektion, chronischen oder rekurreierenden Infektionen oder schwerwiegender oder opportunistischer Infektion in der Vorgeschichte, Virusreaktivierung (z.B. Herpes zoster, Hepatitis B/C), aktiver Tuberkulose, absoluter Neutrophilenzahl $< 1 \times 10^9$ Zellen/l, absoluter Lymphozytenzahl $< 0,5 \times 10^9$ Zellen/l, Hämoglobinwert < 8 g/dl, schwerer Einschränkung der Nieren- oder Leberfunktion. Lipidparameter überwachen. Vor Beginn der Behandlung, Impfstatus aktualisieren. Olumiant sollte bei Patienten mit Risikofaktoren für tiefe Venenthrombose / Lungenembolie mit Vorsicht angewendet werden. **IA:** OAT3-Inhibitoren (Probenecid). **Sch/S:** Während der Schwangerschaft nicht anwenden, es sei denn, es ist eindeutig erforderlich. Während der Behandlung nicht stillen. **UAW:** Sehr häufig: Infektionen der oberen Atemwege, erhöhtes LDL-Cholesterin $\geq 3,36$ mmol/l. Häufig: Herpes zoster, Herpes simplex, Thrombozytose $> 600 \times 10^9$ Zellen/l, Übelkeit, erhöhte ALT $\geq 3 \times$ ULN. **Gelegentlich:** Neutropenie $< 1 \times 10^9$ Zellen/l, erhöhte Kreatinphosphokinase $> 5 \times$ ULN. **P:** Olumiant 2 mg und 4 mg, 28 Filmtabletten. Abgabekategorie B. Kassenzulässig. Weitere Informationen finden Sie unter www.swissmedinfo.ch. Eli Lilly (Suisse) SA, ch, des Coquelicots 16, CP 580, 1214 Vernier (GE), V11.2018

1. Fachinformation Olumiant® (Baricitinib) www.swissmedinfo.ch

2. Smolen JS et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2016 update. *Ann Rheum Dis.* 2017;76(6):960-977.

3. Taylor PC et al. Baricitinib versus Placebo or Adalimumab in Rheumatoid Arthritis. *NEJM* 2017;376(7):652-662, including supplementary appendix.

4. Smolen JS et al. Safety Profile of Baricitinib in Patients with Active Rheumatoid Arthritis with over 2 Years Median Time in Treatment. *J Rheumatol.* 2019;46(1):7-18.

PREISAUSSCHREIBUNGEN
ANNONCE DES PRIX

PREISREGLEMENT PFIZER FORSCHUNGSPREIS

<https://www.pfizerforschungspreis.ch/de/forschungspreis>

RÈGLEMENT DU PRIX PFIZER DE LA RECHERCHE

<https://www.pfizerforschungspreis.ch/fr/le-prix-pfizer-de-la-recherche>

Referenzen: 1. Fachinformation SIMPONI® (Golimumab), www.swissmedicinfo.ch, Stand November 2018. 2. Deodhar A et al. Golimumab administered subcutaneously every 4 weeks in ankylosing spondylitis: 5-year results of the GO-RAISE study. Ann Rheum Dis. 2015;74(4):757–761 and online supplement. 3. Kavanaugh A et al. Clinical efficacy, radiographic and safety findings through 5 years of subcutaneous golimumab treatment in patients with active psoriatic arthritis: results from a long-term extension of a randomised, placebo-controlled trial (the GO-REVEAL study). Ann Rheum Dis. 2014;73(9):1689–1694. 4. Keystone E.C. et al. Safety and Efficacy of Subcutaneous Golimumab in Patients with Active Rheumatoid Arthritis despite Methotrexate Therapy: Final 5-year Results of the GO-FORWARD Trial. J Rheumatol. 2016;43:298–306.

Kurzfachinformation und Standard-Sicherheitshinweise Simponi® (Golimumab). Simponi® (Golimumab): W: Golimumab. **I:** Erw.: mittelschwere bis schwere aktive rheumatoiden Arthritis (**RA**) bei unzureichendem Ansprechen auf krankheitsmodifizierende Antirheumatika (DMARDs, einschliesslich MTX) und bei schwerer, aktiver und progredienter RA ohne MTX-Vorbehandlung; **Axiale Spondyloarthritis (AxSpA):** schwere, aktive ankylosierende Spondylitis (**AS**), die auf eine konventionelle Therapie unzureichend anspricht sowie bei schwerer, aktiver nicht-radiographischer axialer Spondyloarthritis (**nr-axiale SpA**) mit objektiven Anzeichen einer Entzündung mit erhöhtem C-reaktivem Protein und Magnetresonanztomographie-Befund, die auf nichtsteroidale entzündungshemmende Medikamente (NSAR) unzureichend ansprechen; aktive und fortschreitende Psoriasis-Arthritis (**PsA**) nach unzureichendem Ansprechen auf antirheumatische Basistherapie (DMARD-Therapie); mässige bis schwere, aktive Colitis ulcerosa (**CU**), die auf eine konventionelle Therapie (inkl. Kortikosteroiden und 6-Mercaptopurin (6-MP) oder Azathioprin (AZA)) unzureichend anspricht; **D:** s. c. Injektion; RA, AxSpA, PsA: 50 mg einmal im Monat, bei Körpergewicht > 100 kg ist eine Erhöhung der Dosis von Golimumab auf 100 mg einmal monatlich abzuwägen; CU: Körpergewicht ≥ 80 kg: Initial 200 mg gefolgt von 100 mg nach 2 Wochen und danach alle 4 Wochen 100 mg; Körpergewicht < 80 kg: initial 200 mg anschliessend 100 mg nach 2 Wochen, danach 50 mg alle 4 Wochen ab Woche 6 oder bei ungenügendem Ansprechen bis Woche 6 und danach alle 4 Wochen 100 mg; **KI:** Simponi® darf nicht angewendet werden bei einer Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile, bei aktiver Tuberkulose (TB) oder anderen schweren Infektionen wie einer Sepsis und opportunistischen Infektionen, bei mittelschwerer oder schwerer Herzinsuffizienz (NYHA-Klasse III/IV); **Vor Behandlungsbeginn:** Die Simponi® Patienten-Hinweiskarte enthält wichtige Sicherheitsinformationen für den Patienten. Jeder Patient muss sie erhalten, erklärt bekommen sowie während und bis zu 6 Monaten nach der Behandlung mit Simponi® müssen die Patienten die Hinweiskarte jeder Ärztin/jedem Arzt bei der/dem sie sich behandeln lassen, vorlegen; Die Patienten müssen untersucht werden auf a) aktive und latente Tuberkulose (TB), Patienten mit aktiver TB dürfen nicht mit Simponi® behandelt werden. Wird eine latente TB nachgewiesen, muss vor Beginn der Simponi®-Behandlung eine geeignete Therapie durchgeführt werden b) (Frühere) HBV-Infektion: Die Erfolgsaussichten einer anti-viralen Therapie zur Verhinderung einer HBV-Reaktivierung bei Patienten unter TNF-Antagonisten sind nicht bekannt. Bei Patienten, die positiv auf eine HBV-Infektion getestet werden, wird empfohlen, einen in der Behandlung der Hepatitis B erfahrenen Arzt zu konsultieren, und diese Patienten müssen engmaschig bezüglich einer HBV-Reaktivierung kontrolliert werden; **Während der Behandlung:** Eine Überwachung ist erforderlich bei allen Patienten auf das Auftreten von Infektionen, einschliesslich Sepsis und Tuberkulose, auf das Neuaufreten oder eine Verschlechterung einer Herzinsuffizienz, auf anaphylaktische oder andere schwerwiegende allergische Reaktionen, sowie regelmässige Hautuntersuchungen, besonders für solche mit Risikofaktoren für Hautkrebs und sowie bei HBV-Trägern auf Hepatitis B. Ein potentielles Risiko ist bereits nach der 1. Anwendung für akute Injektionsreaktionen und schwere Hypersensitivitätsreaktionen vorhanden. Beim Eintreten solcher Ereignisse muss die Behandlung mit Simponi® abgebrochen und eine geeignete Therapie eingeleitet werden. **Ad Simponi®-Injektionen:** Die Packungsbeilage enthält ausführliche Anweisungen wie Simponi® zu verabreichen ist weitere Unterlagen sind verfügbar, nach einem ausführlichen Training können Patienten mit Zustimmung des behandelnden Arztes die Injektion selbst durchführen, bei jeder Injektion muss die gesamte Menge Simponi® verabreicht werden (Bitte melden Sie jeden Fall, bei dem Simponi® nicht oder nicht vollständig verabreicht wurde); Leichte Reaktionen an der Injektionsstelle treten häufig auf. Sollte eine schwere Reaktion auftreten, muss Simponi® abgesetzt werden; **WH:** Infektionen; latente TB (prophylaktische tuberkulostatische Therapie empfohlen), Hepatitis-B (HBV)-Reaktivierung, Lymphome und Malignome, Leukämie, COPD, Kolondysplasie/-karzinom; Hautkrebs (nicht-melanomatös, Melanom und Merkelzellkarzinom); dekompensierte Herzinsuffizienz, Neurologische Ereignisse, chirurgischer Eingriff, Immunsuppression, Autoimmunprozesse, hämatologische Reaktionen, gleichzeitige Anwendung mit anderen Biologika, Lebendimpfstoffe/infektiöse therapeutische Agenzien, Überempfindlichkeitsreaktionen, Latempfindlichkeit; **SS:** Verabreichung nur, wenn eindeutig medizinisch indiziert, Empfängnisverhütungsmassnahmen über ≥ 6 Monate nach letzter Behandlung, nicht stillen während ≥ 6 Monaten nach letzter Behandlung, Säuglinge: Lebendimpfstoffe erste 6 Monate nach Geburt nicht empfohlen; **UAW (<1/10; >1/100):** Infektion der oberen und unteren Atemwege, Bakterielle und virale Infektionen, Bronchitis, Sinusitis, oberflächliche Pilzinfektionen, Abszess, Leukopenie (einschliesslich Neutropenie), Anämie, Allergische Reaktionen, Depression, Schlaflosigkeit, Schwindel, Kopfschmerzen, Parästhesie, Hypertonie, Asthma und verwandte Symptome, Dyspepsie, gastrointestinale und abdominale Schmerzen, Übelkeit, entzündliche Magen- und Darmerkrankungen, Stomatitis, Erhöhte Alanin-Aminotransferase (ALT/GPT)-Werte, erhöhte Aspartat-Aminotransferase (AST/GOT)-Werte, Juckreiz, Hautausschlag, Alopezie, Dermatitis, Fieber, Asthenie, Reaktion an der Injektionsstelle, Beschwerden im Brustbereich; **Lagerungshinweis:** gekühlt lagern (2–8 °C) **P:** Packungen mit 1 Fertigspritze oder 1 vorgefüllten Injektor à 50 mg oder 100 mg; **AK: B; Z:** MSD Merck Sharp & Dohme AG, Luzern. (V1) CH-GOL-00003.

Konsultieren Sie bitte vor einer Verschreibung die vollständige Fachinformation, publiziert auf der Homepage von Swissmedic (www.swissmedic.ch oder www.swissmedicinfo.ch).

© MSD Merck Sharp & Dohme AG, Luzern, Schweiz. Alle Rechte vorbehalten.

CH-GOL-00016; erstellt im März 2019.



Ein TNF-Inhibitor,
der anhaltend wirkt¹⁻⁴

SIMPONI behält seine
Wirksamkeit über 5 Jahre
und demonstrierte rund
70 % Therapietreue²⁻⁴


Simponi[®]
—golimumab

Für eine aktive Zukunft



MSD

MSD Merck Sharp & Dohme AG

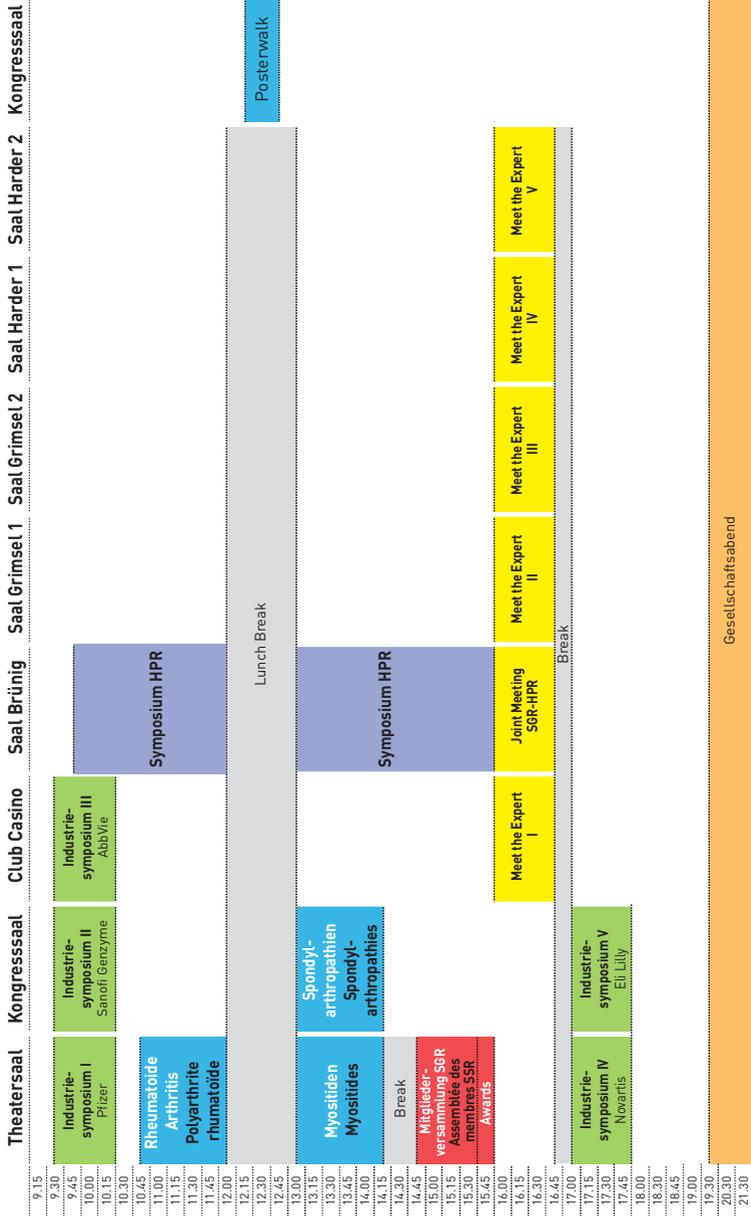
Werftstrasse 4, CH-6005 Luzern

T +41 58 618 30 30, F +41 58 618 30 40

msd.ch

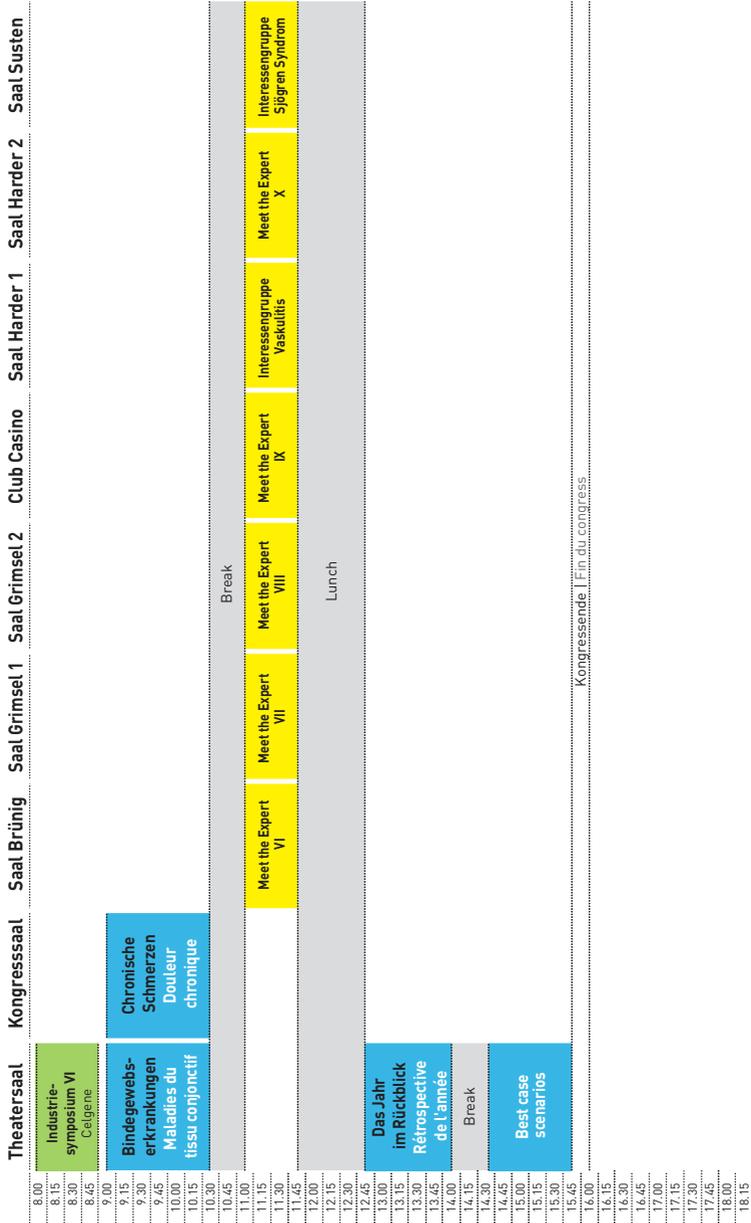
PROGRAMMÜBERSICHT APERÇU DU PROGRAMME

5.9.2019



PROGRAMMÜBERSICHT APERÇU DU PROGRAMME

6.9.2019





Otezla[®]
(Apremilast) Filmtablette

Direkt nach der
1. systemischen
Therapie¹⁻⁴



Otezla[®] – der **einzigste orale Immunmodulator** für beide Indikationen Psoriasis und Psoriasis Arthritis¹

Limitatio Otezla[®]: Behandlung von erwachsenen Patienten mit schwerer Plaque-Psoriasis, bei denen UVB und PUVA oder eine der folgenden drei systemischen Therapien (Ciclosporin, Methotrexat, Acitretin) keinen therapeutischen Erfolg gezeigt haben. Falls nach 24 Wochen kein therapeutischer Erfolg eingetreten ist, ist die Behandlung abzubrechen. Behandlung erwachsener Patienten mit aktiver Psoriasis-Arthritis als Monotherapie oder in Kombination mit DMARDs (z. B. Methotrexat), wenn das Ansprechen auf eine vorhergehende Therapie mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) unzureichend gewesen ist. Nicht in Kombination mit Biologika. Die Verschreibung kann nur durch Fachärzte der Dermatologie oder Rheumatologie oder dermatologische bzw. rheumatologische Universitätskliniken/Polikliniken erfolgen.

Referenzen: 1. Fachinformation Otezla[®]. www.swissmedicinfo.ch; Stand: März 2018. 2. Reich K, et al. Safety and efficacy of apremilast through 104 weeks in patients with moderate to severe psoriasis who continued on apremilast or switched from etanercept treatment: findings from the LIBERATE study. *J Eur Acad Dermatol Venerol.* 2018;32:397-402. 3. Nash P, et al; ACTIVE Investigators. Early and sustained efficacy with apremilast monotherapy in biological-naïve patients with psoriatic arthritis: a phase IIIb, randomised controlled trial (ACTIVE). *Annals of the Rheumatic Diseases* 2018;77:690-698. 4. BAG Spezialitätenliste. www.spezialitätenliste.ch; Stand Oktober 2018.

Kurzfassung Fachinformation: Otezla[®] (Apremilast) – Hilfsstoffe: Hilfsstoffe: Otezla[®] ist indiziert zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit mittelschwerer bis schwerer Plaque Psoriasis, die auf eine andere systemische Therapie nicht angesprochen haben, eine solche nicht tolerieren oder wenn eine solche kontraindiziert ist. Psoriatische Arthritis: Otezla[®] ist als Monotherapie oder in Kombination mit krankheitsmodifizierenden Antirheumatika (DMARDs) zur Behandlung der aktiven Psoriasis Arthritis bei erwachsenen Patienten indiziert, die auf eine vorhergehende Therapie mit DMARDs nicht angesprochen haben oder eine solche nicht tolerieren oder wenn eine solche kontraindiziert ist. **D:** Die empfohlene Dosierung von Otezla[®] beträgt 30 mg zweimal täglich oral unter Anwendung eines initialen Titrationsschemas. **KI:** Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff oder einem der Hilfsstoffe; Schwangerschaft. **VM:** Nierenfunktionsstörung; Bei Patienten mit schwer eingeschränkter Nierenfunktion muss die Dosis auf einmal 30 mg Otezla[®] pro Tag reduziert werden. Vorgängige Depression und/oder suizidale Gedanken oder suizidales Verhalten. **UAW:** Diarrhoe, Nausea, Erbrechen, Bronchitis, Infektion der oberen Atemwege, Nasopharyngitis, verminderter Appetit, Dyspepsie, Schlafstörungen, Fatigue, Kopfschmerzen, Migräne, Rückenschmerzen, Gewichtsabnahme, Hautausschlag. **IA:** Verabreichung starker CYP3A4-Induktoren wie z. B. Rifampicin, Phenobarbital, Carbamazepin, Phenytoin und Johanniskraut können die Wirksamkeit von Otezla[®] vermindern und werden nicht empfohlen. **P:** Otezla[®] Starterpackung (4 × 10 mg, 4 × 20 mg, 19 × 30 mg) mit insgesamt 27 Filmtabletten; Otezla[®] Einmonatspackung (56 × 30 mg) mit 56 Filmtabletten. **Abgabekat.:** B. Ausführliche Informationen: www.swissmedicinfo.ch; Stand der Information März 2018. **Z:** Celgene GmbH, Bändliweg 20, 8048 Zürich.

09h30 – 10h20
Theatersaal

Industriesymposium I: Pfizer

(Simultanübersetzung E-D | traduction simultanée ang.-f)

**Innovation in Rheumatology: Xeljanz® (Tofacitinib) –
The only JAK approved for RA, PsA and UC**

Chair: P. Hasler, Aarau

Switzerland as pioneer of JAK inhibition in RA:
real world insights
P. Zufferey, Lausanne

Expert Perspective: the Xeljanz psoriatic arthritis phase III
program
D. Veale, Dublin

Innovation from the patient's perspective –
the future of rheumatology
T. Hügle, Lausanne

09h30 – 10h20
Kongresssaal

Industriesymposium II: Sanofi Genzyme

EXTEND your view! A matter of your heart?

Chair: O. Distler, Zürich

Extend your view
O. Distler, Zürich

Heart matters!
R. Kurmann, Luzern

It's a match
A. Finckh, Genève

09h30 – 10h20
Club Casino

Industriesymposium III: AbbVie

(Simultanübersetzung F-D | traduction simultanée allm.-f)

**From gold salt to the gold standard and beyond –
The past, the present and the future of
RA management**

Welcome and Agenda

Moderator Kurt Aeschbacher and Chair D. Kyburz, Basel

Let's review: Gold salts & remission for few
D. Aletaha, Wien (A)

Let's discuss: Gold standard & remission for many
D. Kyburz, Basel

Let's explore: Beyond & remission for all
A. Rubbert-Roth, St. Gallen

Open Panel discussion

Closure

10h40 – 10h45 **Kongresseröffnung | Ouverture du congrès**
Theatersaal *D. Kyburz, Basel*

10h45 – 12h00 **Rheumatoide Arthritis (RA) verstehen**
Theatersaal **Comprendre la polyarthrite rhumatoïde**

Chairs: R. Müller, Aarau; D. Kyburz, Basel

10h45 RA immunopathogenesis on our way to cure
T. Huizinga, Leiden (NL)

11h20 Monotherapie bei RA: was ist die Evidenz?
Monothérapie en polyarthrite rhumatoïde: quelles sont les
données probantes?
D. Kyburz, Basel

11h40 Treat to Target – wo stehen wir?
Treat to Target – où en sommes-nous?
R. Müller, Aarau

12h00 – 13h00 Mittagspause in der Ausstellung
Pause déjeuner dans l'exposition

12h15 – 12h45 **Postertours**
Postertour 1 (P 1 – P 7):
Rheumatoide Arthritis | Polyarthrite rhumatoïde
Postertour 2 (P 11 – P 13): Knochen | Os
Postertour 3 (P 15 – P 20): Connective Tissue
Postertour 4 (P 24 – P 27): Vasculitis | Vascularite
Postertour 5 (P 30 – P 33):
Spondylarthritis | Spondylarthrite (SpA)

13h00 – 14h15 Theatersaal	Diagnose, Klassifikation und Therapie von Myositiden Diagnostic, classification et thérapie des myositides <i>Chairs: J. von Kempis, St. Gallen; U. Walker, Basel</i>
13h00	Update on clinical trials <i>J. Vencovsky, Prag (CZ)</i>
13h35	Update on diagnostics and classification <i>H. Chinoy, Manchester (UK)</i>
13h00 – 14h15 Kongresssaal	Spondyloarthritis-Konzepte im Wandel Concept de spondylarthrite en changement <i>Chairs: J. Dudler, Fribourg; P.A. Guerne, Genève</i>
13h00	Enthesis and new bone formation. <i>R. Lories, Leuven (B)</i>
13h45	Beurteilung, Zielsetzung und Remission Evaluation, objectif et rémission <i>A. Ciurea, Zürich</i>
14h15 – 14h45	Pause in der Ausstellung Pause dans l'exposition
14h45 – 15h55 Theatersaal	Mitgliederversammlung SGR und Preisverleihung Assemblée des membres SSR et remise des prix

16h00 – 16h45	Meet the Expert – Sessions (MtE) (alle Dias auf Englisch toutes les dias en anglais)
MtE I Club Casino	Fussbeschwerden in der Sprechstunde, ein praktischer Crashkurs (d) <i>P. Rippstein, Zürich</i>
Joint Meeting SGR-HPR Saal Brünig	Systemische Sklerose – Management von Raynaud Syndrom und digitalen Ulzera (d) <i>U. Walker, Basel; A. Kocher, Bern; S. Nevzati, Zürich</i>
MtE II Saal Grimsel 1	Anticoagulation management and bleeding in APS/SLE (e) <i>F. Förger, Bern; A. Angelillo-Scherrer, Bern</i>
MtE III Saal Grimsel 2	Traitements dermatologiques locaux pour rhumatologues (f) <i>C. Conrad, Lausanne</i>
MtE IV Saal Harder 1	Ultraschall in der Rheumatologie (d) <i>G. Tamborini, Basel</i>
MtE V Saal Harder 2	ANA Diagnostik (d) <i>H.-P. Brezinsek, Graz (A)</i>

17h00 – 17h50
Theatersaal

Industriesymposium IV: Novartis

(Simultanübersetzung E-D | traduction simultanée ang.-f)

**Early Treatment of Spondyloarthritis:
when is early enough?**

Chair: J. Dudler, Fribourg

Introduction

J. Dudler, Fribourg

A PsA patient case: How would you treat?

J. Dudler, Fribourg

Early diagnosis and treatment in PsA and the role of
Cosentyx

P. Nash, Queensland (AUS)

An axSpA patient case: How would you treat?

J. Dudler, Fribourg

Early diagnosis and treatment in axSpA and the role of
Cosentyx

M. Nissen, Genève

Discussion

J. Dudler, Fribourg

17h00 – 17h50
Kongresssaal

Industriesymposium V: Eli Lilly (Suisse)

(Simultanübersetzung F-D | traduction simultanée allm.-f)

**«Are TNF- α inhibitors the (g)old standard?»
What is the role of other modes of action in
rheumatology?**

Chair: D. Kyburz, Basel

Taltz® (ixekizumab) vs. Humira® (adalimumab) in Psoriatic
Arthritis

B. Möller, Bern

JAK inhibitors and TNF- α inhibitors: pros and cons for
patients with cDMARDs

L. Wildj, Winterthur

19h15

Kongressdinner | Dîner du congrès

Restaurant Alpenblick, Wilderswil

19h15 Shuttle zum|à
Restaurant Alpenblick, Wilderswil

Abfahrt ab | Départ de
Congress Centre Kursaal Interlaken
(Eingang Nord | Entrée nord)

Saal Brünig **Donnerstag | Jeudi, 5.9.2019**

**Interprofessionelles Management von entzündlich-rheumatischen
Erkrankungen und deren Komorbiditäten**
**Prise en charge interdisciplinaire des maladies rhumatismales
inflammatoires et de leurs comorbidités**

- 09h45 Begrüssung, Einführung
Accueil et introduction
A. Kocher, Bern; U. Walker, Basel
- 10h00 Komorbiditäten und immunvermittelte Erkrankungen –
Definition, Ursachen, Diagnosen
Comorbidités et maladies à médiation immunitaire
(auto-immune) – Définition, causes et diagnostics
B. Möller, Bern
- 10h50 Kaffeepause | Pause et café
- 11h10 Screening und Management von kardio-vaskuläre Risiken
am Beispiel von Dänemark – EULAR recommendations for
cardiovascular disease risk management
Dépistage et gestion des risques cardiovasculaires: un
exemple issu des soins au Danemark – EULAR recommen-
dations for cardiovascular disease risk management
J. Primdahl, Odense (DK)
- 12h00 – 13h00 Mittagspause in der Ausstellung
Pause de midi dans l'exposition
- 13h00 **Einführung in die Workshops | Introduction aux ateliers**

Workshop | Atelier A:
Tipps zur Rauchstopp-Beratung
Conseils pour arrêter de fumer
C. Abbühl, Bern

**SYMPOSIUM FÜR HEALTH PROFESSIONALS
IN DER RHEUMATOLOGIE**
**SYMPOSIUM POUR LES PROFESSIONNELS
DE LA SANTÉ EN RHUMATOLOGIE**



	<p>Workshop Atelier B: «Mini-Aktivitäten-Ansatz – stärk deine Resilienz»: ein praktisches Tool für einen vielseitigen Umgang mit chronischen Schmerzen «Les mini-activités pour renforcer sa résilience»: un outil pratique pour une approche polyvalente de la douleur chronique <i>F. Heigl, Bern</i></p> <p>Workshop C Atelier C: Kardiovaskuläres Training: Von der Evidenz in die Praxis Entraînement cardio-vasculaire: de l'évidence à la pratique <i>C. Lessert, Lausanne</i></p>
13h10	Workshop Teil I Atelier 1^{re} partie
13h55	Workshop Teil II Atelier 2^{ème} partie
14h45	<p>Mit Training kardiovaskuläre Komorbidität vorbeugen und behandeln Prévenir et traiter les comorbidités cardiovasculaires par l'entraînement <i>K. Niedermann, Winterthur</i></p>
15h15	<p>Präsentation je des besten Praxis- und Forschungs- projekts / Preisübergabe <i>Ausblick, Verabschiedung</i> Présentation des projets primés pour la clinique et la recherche / remise des prix Perspectives et clôture</p>
15h45 – 16h00	Kaffeepause Pause et café
16h00	<p>Joint Workshop «Systemische Sklerose – Management von Raynaud Syndrom und digitalen Ulzera» Session commune «Sclérodémie – Gestion du syndrome de Raynaud et des ulcères digitaux» <i>U. Walker, Basel; A. Kocher, Bern; S. Nevzati, Zürich</i></p>
16h45	Ende des Symposiums Fin du symposium

07h30 – 08h00 Welcome breakfast sponsored by Celgene GmbH

08h00-08h50
Theatersaal

Industriesymposium VI: Celgene GmbH

Behçet's Disease – Along the Silk Road to Switzerland

Chair: P. Hasler, Aarau

08h00 – 08h05
Welcome by Chair
P. Hasler, Aarau

08h05 – 08h35
Behçet's Disease: Diagnosis, Current Treatment Strategies
and Novel Options
G. Hatemi, Istanbul (TR)

08h35 – 08h45
Behçet's Disease in Switzerland
F. Lötscher, Bern

08h45 – 08h50
Q&A

09h00 – 10h30 Theatersaal	Bindegewebserkrankungen Maladies du tissu conjonctif <i>Chairs: O. Distler, Zürich; D. Dan, Lausanne</i>
09h00	New therapies of systemic lupus erythematosus <i>A. Doria, Padua (I)</i>
09h30	Prise en charge thérapeutique des vascularites associées aux ANCA Therapeutische Behandlung von ANCA-assozierten Vaskulitiden <i>B. Terrier, Paris (F)</i>
10h00	Behandlung von CTD-ILD Traitement de CTD-ILD <i>O. Distler, Zürich</i>
09h00 – 10h30 Kongresssaal	Chronische Schmerzen Douleur chronique <i>Chairs: M. Seidel, Biel ; T. Hügle, Lausanne</i>
09h00	Aktuelle Aspekte der Schmerzphysiologie Aspects actuels de la physiologie de la douleur <i>H.U. Zeilhofer, Zürich</i>
09h30	Clinical aspects of chronic pain conditions including fibromyalgia <i>E. Choy, Cardiff (UK)</i>
10h00	Behandlungsmöglichkeiten für Schmerzsyndrome mit Biologika einschliesslich Antagonisten gegen Nerve Growth Factor Options de traitement des syndromes douloureux par des médicaments biologiques, y compris des antagonistes du facteur de croissance des nerfs <i>M. Seidel, Biel</i>
10h30 – 11h00	Pause in der Ausstellung Pause dans l'exposition

11h00 – 11h45	Meet the Expert – Sessions (MtE) (alle Dias auf Englisch toutes les dias en anglais)
MtE VI Saal Brünig	Pathologies du pied (f) <i>X. Crevoisier, Lausanne</i>
MtE VII Saal Grimsel 1	Anticoagulation management and bleeding in APS/SLE (e) <i>F. Förger, Bern</i>
MtE VIII Saal Grimsel 2	Apport de l'échographie dans les maladies microcristallines (f) <i>L. Brulhart, La Chaux-de-Fonds</i>
MtE IX Club Casino	Diskussion anspruchsvoller osteologischer Fälle (d) <i>D. Aeberli, Bern</i>
MtE X Saal Harder 2	ANA Diagnostik (d) <i>H.-P. Brezinsek, Graz (A)</i>
Meeting Saal Harder 1	Interessengruppe Vaskulitis Groupe d'intérêt vascularite Diskussion über die Bildung einer zukünftigen IG Vasulitis Discussion sur la formation d'un futur groupe d'intérêt vascularite
Meeting Saal Susten	Interessengruppe Sjögren Syndrom Groupe d'intérêt syndrome Sjörgen
11h45 – 12h45	Mittagspause in der Ausstellung Paude de déjeuner dans l'exposition

12h45 – 14h00	Das Jahr im Rückblick Rétrospective de l'année	
Theatersaal	<i>Chairs: S. Reichenbach, Bern; A. Finckh, Genève</i>	
12h45	Highlights in der angewandten Grundlagenforschung Faits saillants de la recherche fondamentale appliqué <i>B. Maurer, Zürich</i>	
13h05	Highlights in der klinischen Forschung Faits saillants de la recherche clinique <i>M. Brandes, Bern</i>	
Präsentation der besten Abstracts Présentation des meilleurs résumés		
13h30	FC 1	Human lumbar spine facet joint osteoarthritis displays predominant NGF expression and signaling in synovial and subchondral bone marrow tissues <i>Seidel MF, Busso N, Chobaz V, Netzer C, Hügle T, Geurts J; Biel/Bienne, Lausanne, Basel</i>
13h40	FC 2	The predictive value of rheumatoid factor, anti-citrullinated protein antibodies, anti-carbamylated protein antibodies and anti-peptidyl arginine deiminase type-3 antibodies, alone or in combination, on radiographic damage in rheumatoid arthritis. <i>Nissen M, Lamacchia C, Courvoisier D, Jarlborg M, Roux-Lombard P, Möller B, Ciurea A, Finckh A, Bentow C, Martinez-Prat L, Mahler M, Gabay C; Genève, Bern, Zürich, San Diego (USA)</i>
13h50	FC 3	Disturbed PD-L1 upregulation is characteristic of B cells in SLE <i>Stefanski AL, Wiedemann A, Reiter K, Lino A, Doerner T, Villiger PM; Bern, Berlin (D)</i>
14h00 – 14h30	Pause in der Ausstellung Pause dans l'exposition	

14h30 – 15h45	Best case scenarios
Theatersaal	<i>Chairs: P. Zufferey, Lausanne T. Hügle, Lausanne</i>
14h30	Case 1 17q12 microdeletion syndrome as a cause of chondrocalcinosis <i>Reygaerts T, Ahmanna-Chakir F, Dudler J; Fribourg</i>
14h45	Case 2 A peculiar case of shoulder pain <i>Deibel E, Rossbach P; Zürich</i>
15h00	Case 3 Dermatomyositis after treatment with antitumor immune checkpoint inhibitor: improvement with Rituximab after TNF blocker failure. <i>Vandenberghe-Dürr S, Girard C, Jarlborg M, Guerne PA; Genève</i>
15h15	Case 4 Vertebral tuberculosis in a patient treated with Rituximab <i>Trossello B, Robert JP, Norberg M, Medinger Sadowski C, Mazza-Stalder J, Guerne PA; Gland, Lavey-les-Bains, Nyon, Genève</i>
15h30	Case 5 A spontaneously resolving aortic stenosis <i>Ahmanna Chakir F, Reygaerts T, Dudler J; Fribourg</i>
15h45	Prämierung beste Fallvorstellung Prix de la meilleure présentation de cas
16h00	Kongressende Fin du congrès

Arthrex ACP[®]-Therapie

Bei leichter bis mittelschwerer Arthrose

Vorteile

- Autologe, regenerative Therapie
- Keine unerwünschten Nebenwirkungen¹
- Aufbereitung des autologen Plasmas in nur 10 Minuten
- Geschlossenes und steriles System zur Aufbereitung und Applikation

Anwendung

- Schmerzhaft leichte bis mittelschwere Arthrosen (Grad I-III)¹

Wirkungsweise

- Unterstützung der Heilungsvorgänge mit hoher Konzentration an Wachstumsfaktoren²
- Einleitung von Regenerationsprozessen und Hemmung von Entzündungsvorgängen durch die freigesetzten Wachstumsfaktoren

¹ Smith PA: Intra-articular Autologous Conditioned Plasma Injections Provide Safe and Efficacious Treatment for Knee Osteoarthritis. The American Journal of Sports Medicine. 2016;44(4):884-91

² Mazzocca A et al: The positive effects of different platelet-rich plasma methods on human muscle, bone, and tendon cells. The American Journal of Sports Medicine. 2012;40(8):1742-9



www.arthrex.com

© Arthrex GmbH, 2019. Alle Rechte vorbehalten.

Arthrex[®]

POSTERS

Posters

- P 1 The impact of pregnancy on structural progression in premenopausal women with rheumatoid arthritis
Alpizar-Rodriguez D, Förger F, Finckh A; Genève, Bern
- P 2 Rheumatoid arthritis, biological treatment and Echinococcus multilocularis infection
Zambaz C, Zufferey P; Lausanne
- P 3 Concurrent calcium pyrophosphate deposition arthritis and rheumatoid arthritis successfully treated by tocilizumab.
Folly A, Dudler J, Baumann Benvenuti F, Ahmanna Chakir F; Fribourg
- P 4 Tocilizumab in a patient with rheumatoid arthritis secondary to checkpoint inhibitor therapy – a case report
Pirker I, Rubbert-Roth A, von Kempis J, Neumann T; St. Gallen
- P 5 Upadacitinib in patients with rheumatoid arthritis and inadequate response or intolerance to biological DMARDs: Results at 60 weeks from the SELECT-BEYOND study
Rubbert-Roth A, Genovese MC, Combe B, Hall S, Zhong S, Meerwein S, Fleischmann R; St. Gallen, Palo Alto (USA), Montpellier (F), Malvern (AUS), North Chicago (USA), Ludwigshafen (D), Dallas (USA)
- P 6 Summary of indirect comparisons to evaluate efficacy of baricitinib with targeted synthetic and biologic disease-modifying anti-rheumatic drugs in patients with rheumatoid arthritis
Emery P, Dudler J, Smolen J, Zerbini C, Burmester G, Fautrel B, van de Laar M, Fleischmann R, Fakhouri W, De Leonardi F, Zhu B, Kadziola Z, De La Torre I, Perrier C, Taylor P; Leeds (GB), Fribourg, Wien (A), Sao Paulo (BR), Berlin (D), Paris (F), Enschede (NL), Dallas (USA), Indianapolis (USA), Oxford (GB)
- P 7 Association between baseline hemoglobin levels and radiographic joint damage progression in patients with rheumatoid arthritis treated with baricitinib or standard of care
Möller B, Durez P, Finckh A, Lopez-Romero P, Perrier F, De Leonardi F, de La Torre I, Taylor P; Bern, Brüssel (B), Genève, Indianapolis (USA), Oxford (GB)
- P 8 A comparative analysis of upadacitinib monotherapy and upadacitinib combination therapy for the treatment of rheumatoid arthritis from two phase 3 trials
Rubbert-Roth A, Buch MH, Wells AF, Jain M, Schlacher C, Camp HS, Li Y, Song Y, Nash P; St. Gallen, Leeds (GB), Franklin (USA), Chicago (USA), North Chicago (USA), Brisbane (AUS)

POSTERS

- P 9 A comparison of upadacitinib plus methotrexate and upadacitinib plus other csDMARDs in patients with rheumatoid arthritis: An analysis of two phase 3 studies
Rubbert-Roth A, Kremer JM, Van den Bosch F, Radominski SC, Burmester GR, Camp HS, Meerwein S, Howard M, Song Y, Zhong S, Combe B; St. Gallen, Albany (USA), Ghent (B), Curitiba (BR), Berlin (D), North Chicago (USA), Ludwigshafen (D), Montpellier (F)
- P 10 Safety of baricitinib: update from up to 6 years of treatment in rheumatoid arthritis clinical trials
Hall S, Genovese M, Smolen J, Weinblatt M, Winthrop K, Taylor P, Burmester G, Van Den Bosch F, Dudler J, Rooney T, Dickson C, Issa M, Ishii T, Saifan C, Adhami P, Takeuchi T; Malvern (AUS), Palo Alto (USA), Wien (A), Boston (USA), Portland (USA), Oxford (GB), Berlin (D), Gent (B), Fribourg, Indianapolis (USA), Tokyo (J)
- P 11 Reduction of vertebral fractures and rapid loss of bone after discontinuation of Denosumab: A cohort study of 97 postmenopausal women treated with denosumab for 2 years, followed by a single infusion of zoledronate.
Everts-Graber J, Studer U, Ziswiler HR, Lehmann T; Bern
- P 12 Can we avoid the loss of bone mineral density one year after denosumab discontinuation? The ReoLaus Bone Project
Liebich G, Stoll D, Gonzalez-Rodriguez E, Hans D, Lamy O, Aubry-Rozier B; Lausanne
- P 13 Bone health in patients with psoriasis arthritis in a Swiss cohort
Ibrahimy Y, Aubry-Rozier B, Aeberli D, Dan D; Lausanne, Bern
- P 14 Osteoporosis (OP) diagnosis and treatment of women aged >70 years in primary care: results from a large european cross-sectional study
McCloskey E; Sheffield (GB), Cork (IRL), Linkebeek (B), Chesterfield (GB), Uxbridge (GB), Rotkreuz, Leiden (NL)
- P 15 Association between the soluble terminal complement complex C5b-9 (sC5b-9) and signs of active kidney disease in a Swiss SLE cohort
Schmiedeberg K, Mueller RB, Neumann T, Pirker I, Rein P, Ribi C, Rubbert-Roth A, Kirschfink M, Voll R, von Kempis J; St. Gallen, Lausanne, Aarau, Heidelberg (D), Freiburg (D)
- P 16 Severe myositis and perimyocarditis in anti-centromere positive systemic sclerosis complicated by thrombotic microangiopathy and renal insufficiency
Gasser M, Dobrota R, Schneider C, Ebnöther C, Triebel J, Maurer B; Zürich

POSTERS

- P 17 An unexpected cause of a persistent inflammatory syndrome in a scleroderma patient
Dumusc A, Valerio F, Becce F, Sempoux C, Dan D; Lausanne
- P 18 Is very early systemic sclerosis a combination of mild and early?
Blaja E, Jordan S, Mihai C, Dobrota R, Becker M, Maurer B, Mantucci-Cerinic M, Distler O; Zürich, Florenz (I)
- P 19 Nintedanib reduced decline in forced vital capacity across subgroups of patients with systemic sclerosis-associated interstitial lung disease: data from the SENSICIS[®] trial
Distler O, Highland KB, Gahlemann M, Azuma A, Fischer A, Mayes MD, Raghu G, Sauter W, Girard M, Alves M, Clerisme-Beaty E, Stowasser S, Kuwana M, Maher TM; Zürich, Cleveland (USA), Basel, Tokyo (J), Denver (USA), Houston (USA), Seattle (USA), Biberach an der Riss (D), Reims (F), Ingelheim am Rhein (D), London (GB)
- P 20 A novel device for fast minor salivary gland biopsy in suspected Sjögren's syndrome
Dumusc A, Bannert B, Dan D, Hügler T; Lausanne, Basel
- P 21 Difficult to treat NXP2-positive polymyositis in a 38-year old woman
Roszbach P, Maurer B; Zürich
- P 22 Evidence-based consensus for the identification and management of interstitial lung disease in systemic sclerosis
Hoffmann-Vold AM, Maher TM, Philpot EE, Ashrafzadeh A, Distler O; Oslo (N), London (GB), Durham (USA), San Diego (USA), Zürich
- P 23 Dermatomyositis bei einer 66-jährigen Patientin mit schwerem Hautbefall
Droz M, Seidel M; Biel/Bienne
- P 24 Efficacy and safety of tocilizumab in patients with giant cell arteritis and visual disturbances
Rubbert-Roth A, Tschuppert S, Neumann T, Benecke U, Pirker I, von Kempis J; St. Gallen
- P 25 Long-term outcome of tocilizumab for patients with giant cell arteritis: results from part 2 of the GiACTA trial
Neumann T, Stone JH, Bao M, Han J, Aringer M, Blockmans D, Brouwer E, Cid MC, Dasgupta B, Rech J, Salvarani C, Spiera R, Unizony SH; St. Gallen, Boston (USA), Dresden (D), Leuven (B), Groningen (NL), Barcelona (E), Westcliff-on-Sea (GB), Erlangen (D), Reggio Emilia (I), New York (USA)

POSTERS

- P 26 A case of erythema induratum of bazin with aortitis and arthritis
De Lorenzo G, Blanc J, Di Benedetto C, Mainetti C, Villiger PM, Marcoli N; Lugano, Bellinzona, Bern
- P 27 Off-label use of rituximab in rheumatic diseases, a swiss tertiary centre experience
Dumusc A, Hügler T, Zufferey P; Lausanne
- P 29 Efficacy of Apremilast for oral ulcers associated with active Behçet's syndrome over 64 weeks: results from a phase III study
Hatemi G, Mahr A, Takeno M, Kim D, Saadoun D, Direskeneli H, Cheng S, McCue S, Paris M, Chen M, Yazici Y; Istanbul (TR), Paris (F), Tokyo (J), Seoul (ROK), Summit (USA), New York (USA)
- P 30 Site-specific effectiveness of TNF inhibitors for enthesitis in DMARD-naïve patients with axial spondyloarthritis
Hügler T, Möller B, Ciurea A, Nissen M, Zueger P, Schulz M, Ganz F, Scherer A, Papagiannoulis E; Lausanne, Bern, Zürich, Genève, North Chicago (USA), Baar
- P 31 Ixekizumab significantly improves signs, symptoms and spinal inflammation of active ankylosing spondylitis/radiographic axial spondyloarthritis: 16-week results of a phase 3 randomised, active and placebo-controlled trial
Navarro Compán V, Redlich K, Bird P, Bello N, Pum G, Liu Leage S, Nassab MH; Madrid (E), Wien (A), Sydney (AUS), Indianapolis (USA)
- P 32 Sustained improvements in disease activity for up to two-years with ixekizumab in patients with active psoriatic arthritis who were either biologic-naïve or with previous inadequate response to tumour necrosis factor inhibitor therapy
Jadon DR, Nassab MH, Van Beneden K, Pum G, Bradley A; Cambridge (GB), Vernier, Brüssel (B), Wien (A), Basingstoke (GB)
- P 33 Earlier treatment of non-radiographic axial spondyloarthritis with certolizumab pegol results in improved clinical outcomes
Rudwaleit M, Gensler LS, Deodhar A, Kay J, Maksymowych WP, Haroon N, Landewé R, Auteri SE, de Peyrecave N, Kumke T, Hoepken B, van der Heijde D; Bielefeld (D), San Francisco (USA), Portland (USA), Worcester (USA), Edmonton (CDN), Toronto (CDN), Heerlen (NL), Brüssel (B), Monheim (D), Leiden (NL)
- P 34 Rapid and sustained improvements in patient-reported outcomes with ixekizumab in biologic-naïve and TNF-inadequate responder patients with psoriatic arthritis
Tahir H, Nassab MH, Bradley A, Pum G, Van Beneden K; London (GB), Vernier, Basingstoke (GB), Wien (A), Brüssel (B)

POSTERS

- P 35 Efficacy and safety of ixekizumab in the treatment of radiographic axial spondyloarthritis: 16 week results of a phase 3 randomised, double-blind, placebo-controlled trial in patients with prior inadequate response or intolerance to 1 or 2 tumour necrosis factor inhibitors
González C, Aletaha D, Nassab MH, Bello N, Pum G, Bradley A, Liu-Leage S; Madrid (E), Wien (A), Indianapolis (USA)
- P 36 Efficacy and safety outcomes in patients with axial spondyloarthritis treated with certolizumab pegol: results from the 48-week run-in part of C-OPTIMISE
Landewé R, van der Heijde D, Dougados M, Baraliakos X, Van den Bosch F, Hoepken B, Thomas K, Gensler LS; Amsterdam (NL), Heerlen (NL), Leiden (NL), Paris (F), Herne (D), Ghent (B), Monheim (D), San Francisco (USA)
- P 37 Comparative effectiveness research in observational settings: evaluating two new methods to analyse response rates
Lauper K, Mongin D, Gabay C, Finckh A, Courvoisier DS; Genève
- P 38 An atypical chest pain
Fedeli M, Masina N, Badaracco A, Depaoli R; Lugano, Locarno
- P 39 Rheumatology from a to z – a web-based information tool
Villiger E, Grandinetti T, Tamborrini G; Zürich, Basel
- P 40 Preclinical evaluation of targeting TGF-beta signaling and senescence in ex vivo models of human knee and spine osteoarthritis
Geurts J, Netzer C, Schären S, Hügler T; Lausanne, Basel
- P 41 Beyond histology for assessment of joint degeneration: Proof-of-concept for contrast-enhanced micro-computed tomography in lumbar facet joints.
Geurts J, Netzer CN, Schären S, Hügler T; Lausanne, Basel
- P 42 Raumforderungen in der infrapatellaaeren Region
Tamborrini G; Basel
- P 43 Modulation of neutrophil extracellular traps using apremilast (PDE4 inhibition)
van Breda SV, Rossi S, Hasler P; Basel, Aarau

POSTERS

hpr – health professionals in rheumatology in Switzerland

- HPR 1 Entwicklung von Intake-Kriterien für ein Case-Management bei PatientInnen mit hoher Verweildauer auf der Klinik für Rheumatologie
Maier J, Freyhof B, Mertz I, Adomeit P, Distler O; Zürich
- HPR 2 Diagnostic test accuracy of clinical tests and ultrasound for the detection of cam and pincer morphology – a systematic review
Caliesch R, Hilfiker R; Bern, Sion
- HPR 3 A transition clinic or a clinic for young people – what's in a name? The challenges of developing a transition clinic from the ground up.
Daly ML, Berben L, Wörner A, Daikeler T; Basel
- HPR 4 A patient-centered approach for diagnosis and treatment of rheumatological diseases– a single center experience by an office based physician
Stucki RF; Vevey
- HPR 5 Dem Leiden eine Stimme geben – die Erfassung des Leidensdrucks mittels Pictorial Representation of Illness and Self-Measure (PRISM) an der Klinik für Rheumatologie im Universitätsspital Zürich
Freyhof B, Gashi C, Huber P, Maier J; Zürich
- HPR 6 Betätigungsfokussierte Gruppenedukation bei Menschen mit chronischen Schmerzen
Bertschi F, Schaufelberger N; Bern, Zürich

**LISTE DER REFERENTINNEN, MODERATORINNEN,
ERSTAUTORINNEN ABSTRACTS
LISTE DES ORATEURS/-TRICES, MODÉRATEURS/-TRICES
ET PREMIERS AUTEURS DES POSTERS**

- Abbühl C.**, Krebsliga Schweiz, Bern
- Aeberli D.**, PD Dr. med., Universitätsklinik für Rheumatologie, Immunologie und Allergologie, Inselspital, 3010 Bern
- Aletaha D.**, Prof. Dr. med., Medizinische Universität Wien, Klinik für Innere Medizin, Abt. Rheuma, A-1090 Wien
- Alpizar-Rodriguez D.**, PhD Dr méd., Service de Rhumatologie, HUG, 1206 Genève
- Angelillo-Scherrer A.**, Prof. Dr. med., Universitätsklinik für Hämatologie und Hämatologisches Zentrallabor (UKH-HZL), Inselspital, 3010 Bern
- Aubry-Rozier B.**, Dr méd., Service de rhumatologie, CHUV, 1011 Lausanne
- Bertschi F.**, 3011 Bern
- Blaja E.**, 8004 Zürich
- Brandes Kuchen M.**, Dr. med., Universitätsklinik für Rheumatologie, Immunologie und Allergologie, Inselspital, 3010 Bern
- Brezinsek H-P.**, Univ. Prof. Dr. med., Klinische Abteilung für Rheumatologie und Immunologie, LKH-Univ. Klinikum Graz, A-8036 Graz
- Brulhart L.**, Dr méd., Rhumatologie, Hôpital Neuchâtelois, 2300 La Chaux-de-Fonds
- Caliesch R.**, MScPT, 3954 Leukerbad
- Chinoy H.**, Prof. Dr. med., The University of Manchester, UK- Manchester M13 9PT
- Choy E.**, Prof. Dr. med., School of Medicine, Cardiff University, UHW Main Building, Heath Park, UK- Cardiff, CF14 4XN
- Ciurea A.**, PD Dr. med., Klinik für Rheumatologie, USZ, 8091 Zürich
- Conrad C.**, Prof. Dr méd., Service de dermatologie et vénéréologie, CHUV, 1011 Lausanne
- Crovoisier X.**, Prof. Dr méd., Service d'orthopédie et de traumatologie, CHUV, 1011 Lausanne
- Daly M.L.**, Department of Rheumatology, Unispital Basel, 4031 Basel
- Dan D.**, Dr méd., Service de rhumatologie, CHUV, 1011 Lausanne
- De Lorenzo G.**, Dr. med., Department of Internal Medicine, Ospedale Regionale di Lugano Sede Italiano, 6962 Viganello
- Deibel E.**, Dr. med., Klinik für Rheumatologie, USZ, 8091 Zürich
- Distler O.**, Prof. Dr. med., Klinik für Rheumatologie, USZ, 8091 Zürich
- Doria A.**, Prof. Dr. med., Div. of Rheumatology, University of Padova, I-35128 Padova
- Droz M.**, Clinique de Rhumatologie, Hôpital de Bienne, 2501 Biel/Bienne
- Dudler J.**, Prof. Dr méd., Service de Rhumatologie, HFR Fribourg – Hôpital Cantonal, 1708 Fribourg
- Dumusc A.**, Service de rhumatologie, CHUV, 1005 Lausanne
- Emery P.**, Prof. Dr. med., Leeds MSK Biomed, Chapel Allerton Hospital, UK-LS7 4SA Leeds
- Everts-Graber J.**, Dr. med., OsteoRheumaBern AG, 3011 Bern
- Fedeli M.**, I-22100 Como
- Finckh A.**, Prof. Dr méd., Service de Rhumatologie, HUG, 1211 Genève 14
- Folly A.**, Service de Rhumatologie, HFR Fribourg – Hôpital Cantonal, 1708 Fribourg

**LISTE DER REFERENTINNEN, MODERATORINNEN,
ERSTAUTORINNEN ABSTRACTS
LISTE DES ORATEURS/-TRICES, MODÉRATEURS/-TRICES
ET PREMIERS AUTEURS DES POSTERS**

- Förger F.**, Prof. Dr. med., Universitätsklinik für Rheumatologie, Immunologie und Allergologie, Inselspital, 3010 Bern
- Freyhof B.**, USZ, 8091 Zürich
- Gasser M.**, Dr. med., STZ Triemli, 8063 Zürich
- Geurts J.**, PD Dr. phil., Service de rhumatologie, CHUV, 1066 Epalinges
- Hasler P.**, Prof. Dr. med., Klinik für Rheumatologie, Kantonsspital Aarau AG, 5001 Aarau
- Hatemi G.**, Prof. Dr. med., Istanbul University, Cerrahpasa Medical School, TR-34096 Istanbul
- Heigl F.**, Ergotherapie, Inselspital, Universitätsklinik für Rheumatologie, Klinische Immunologie und Allergologie, 3010 Bern
- Hoepken B.**, Dr. med., UCB Biosciences, D-40789 Monheim
- Hügler T.**, Prof. Dr. méd., Service de rhumatologie, CHUV, 1011 Lausanne
- Huizinga T.**, Prof. Dr. med., Dept. of Rheumatology, Leiden University Medical Center, NL-2300 Leiden
- Ibrahimy Y.**, Faculty for Medicine and Biology, Lausanne University, 1005 Lausanne
- Kocher A.**, Universitätsklinik für Rheumatologie, Immunologie und Allergologie, Inselspital, 3010 Bern
- Kurmann R.**, Dr. med., LUKS/Mayo Clinic, Luzern
- Kyburz D.**, Prof. Dr. med., Rheumatologie, Universitätsspital Basel, 4031 Basel
- Lauper K.**, Dr. méd., Service de Rhumatologie, HUG, 1206 Genève
- Lessert C.**, Département de médecine, CHUV, 1011 Lausanne
- Lories R.**, Prof. Dr. med., UZ Gasthuisberg, Skeletal Biology and Engineering Research Center, B-3000 Leuven
- Lötscher F.**, Dr. med., Universitätsklinik für Rheumatologie, Immunologie und Allergologie, Inselspital, 3010 Bern
- Madelaine-Bonjour C.**, Service de rhumatologie, CHUV, 1011 Lausanne
- Maier J.**, Klinik für Rheumatologie, USZ, 8091 Zürich
- Maurer B.**, PD Dr. med., Klinik für Rheumatologie, USZ, 8091 Zürich
- McCloskey E.**, Prof. Dr. med., Metabolic Bone Centre, Sorby Wing, Northern General Hospital, UK-S57AU Sheffield
- Möller B.**, Prof. Dr. med., Universitätsklinik für Rheumatologie, Immunologie und Allergologie, Inselspital, 3010 Bern
- Müller R.**, PD Dr. med., Klinik für Rheumatologie, Kantonsspital Aarau AG, 5001 Aarau
- Nash P.**, Prof. Dr. med., Rheumatology Research Unit, University of Queensland, AUS
- Nassab M.H.**, Medical Affairs, Eli Lilly S.A., 1214 Vernier
- Neumann T.**, PD Dr. med., Klinik für Rheumatologie, Kantonsspital St. Gallen, 9007 St. Gallen
- Nevzati S.**, Physiotherapie Ergotherapie, USZ, 8091 Zürich
- Niedermann K.**, Prof. Dr. med., Institut für Physiotherapie – Department Gesundheit, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, 8401 Winterthur

**LISTE DER REFERENTINNEN, MODERATORINNEN,
ERSTAUTORINNEN ABSTRACTS
LISTE DES ORATEURS/-TRICES, MODÉRATEURS/-TRICES
ET PREMIERS AUTEURS DES POSTERS**

- Nissen M.**, Dr méd., Service de Rhumatologie, HUG, 1211 Genève 14
Pirker I., Dr. med., KSSG, Rheumatology and Immunology, 9007 St. Gallen
Primdahl J., Prof., Department of Regional Health Research, University of Southern Denmark and Danish Hospital for Rheumatic Diseases, DK-Odense
Reichenbach S., Prof. Dr. med., Universitätsklinik für Rheumatologie, Immunologie und Allergologie, Inselspital, 3010 Bern
Reygaerts T., Dr méd., Service de Rhumatologie, HFR Fribourg – Hôpital Cantonal, 1700 Fribourg
Rippstein P., Dr. med., Fusschirurgie, Schulthess Klinik, 8008 Zürich
Roffler M., Rheumaliga Schweiz, 8005 Zürich
Roszbach P., Dr. med., USZ, 8091 Zürich
Rubbert-Roth A., Prof. Dr. med., Klinik für Rheumatologie, Kantonsspital St.Gallen, 9007 St.Gallen
Schmiedeberg K., Dr. rer. nat., Klinik für Rheumatologie, Kantonsspital St. Gallen, 9007 St. Gallen
Seidel M., PD Dr. med., Rheumatologie, Spitalzentrum Biel, 2501 Biel
Stefanski A-L., Dr. med., Universitätsklinik für Rheumatologie, Immunologie und Allergologie, Inselspital, 3010 Bern
Stucki R., Dr méd., Cabinet du Rhumatologie, 1800 Vevey
Tamborrini G., Dr. med., Ultraschall Zentrum Rheumatologie – irheuma.com, 4051 Basel
Terrier B., Prof. Dr méd., Hôpital Cochin, F-75014 Paris
Trossello B., Dr méd., Consultation de rhumatologie, Centre Médical et Thérapeutique La Lignière, 1196 Gland
van Breda S.V., PhD Dr méd., Department of Biomedicine, Prenatal Medicine, University Hospital Basel, 4031 Basel
Vandenbergh-Dürr S., PhD Dr. med., Service de Rhumatologie, HUG, 1205 Genève
Veale D., Prof. Dr. med., University College Dublin, School of Medicine – St Vincent's Hospital, IRL- Dublin 4
Vencovsky J., Prof. Dr. med., Institute of Rheumatology, CZ-12850 Praha 2
von Kempis J., Prof. Dr. med., Klinik für Rheumatologie, Kantonsspital St. Gallen, 9007 St.Gallen
Walker U., Prof. Dr. med., Rheumatologie, Universitätsspital Basel, 4031 Basel
Wildi L., Dr. med., Kantonsspital Winterthur, 8401 Winterthur
Zeithofer HU., Prof. Dr. med., Inst. für Pharmakologie und Toxikologie, USZ – Irchel Campus Y17, 8057 Zürich
Zufferey P., PD Dr méd., Service de rhumatologie, CHUV, 1005 Lausanne

Mehr Bewegung. Weniger Arthrose.



**Unternehmerin Bea Petri, Kabarettist Marco Rima
und Schauspielerin Sabina Schneebeli unterstützen
die Kampagne der Rheumaliga Schweiz.**

www.rheumaliga.ch



Rheumaliga Schweiz
Ligue suisse contre le rhumatisme
Legg svizzera contro il reumatismo

LISTE DER AUSSTELLER UND INSERENTEN

LISTE DES EXPOSANTS ET DES ANNONCEURS

**Wir danken allen Ausstellern und Inserenten herzlich und empfehlen den
Besuch der Ausstellung!**
**Nous remercions vivement les exposants et les annonceurs et vous
recommandons la visite de l'exposition!**

A. Menarini AG, Zürich
AbbVie AG, Baar
Actelion Pharma Schweiz AG,
Baden
Alfasigma Schweiz AG, Zofingen
Amgen Switzerland AG, Rotkreuz
Arthrex Swiss AG, Belp
Biogen Switzerland AG, Baar
Biomed AG, Dübendorf
**Boehringer Ingelheim (Schweiz)
GmbH**, Basel
Bristol-Myers Squibb SA,
Steinhausen
Canon Medical Systems AG,
Volketswil
Celgene GmbH, Zürich
Curmed AG, Ostermündigen
Eli Lilly (Suisse) SA, Vernier
GE Medical Systems (Schweiz) AG,
Glattbrugg
Gebro Pharma AG, Liestal
Gedeon Richter (Schweiz) AG, Cham
Grünenthal Pharma AG, Mittlödi
GSK, Münchenbuchsee
HTHC High Tech Home Care AG,
Rotkreuz
IBSA, Pambio-Noranco
iQone Healthcare Switzerland,
Versoix
Janssen-Cilag AG, Zug
Labatec Pharma, Meyrin
labor team w ag, Goldach
**medica, Medizinische Laboratorien
Dr. F. Kaeppli AG**, Zürich
MediService AG, Zuchwil
MSD Merck Sharp & Dohme AG,
Luzern
Mylan, Wangen-Brüttisellen
Nordic Pharma GmbH, Zürich

Novartis Pharma Schweiz AG, Basel
Pfizer AG, Zürich
Pfizer PFE Switzerland GmbH,
Zürich
Rheumaliga Schweiz, Zürich
Roche Pharma (Schweiz) AG,
Reinach
Sandoz Pharmaceuticals AG,
Rotkreuz
Sanofi Genzyme, Baar
SCQM Foundation, Zürich
Spirig Healthcare, Egerkingen
SYNLAB Suisse SA, Kriens
Takeda Pharma AG, Pfäffikon
TRB CHEMEDICA SA, Vouvry
UCB-Pharma AG, Bulle
Zur Rose Suisse AG, Frauenfeld

Machen Sie den entscheidenden Schritt für starken Schutz mit **Prolia**^{®1,2,3}



Bei postmenopausaler Osteoporose: Prolia^{®1,2}

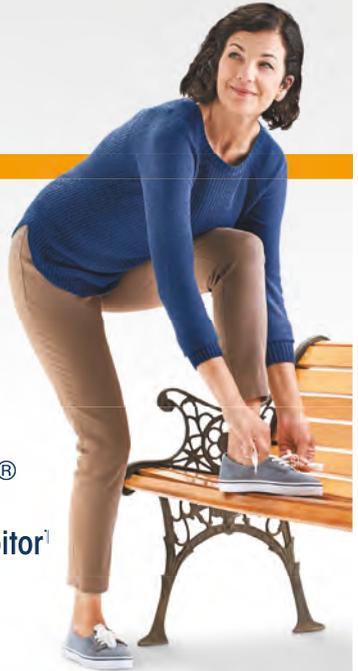
- **Einfach:** Halbjährliche Verabreichung als subkutane Injektion²
- **Wirksam:** Langanhaltend tiefe Frakturinzidenz^{1,2,3}
- **Verträglich:** Gute Verträglichkeit in der Langzeitanwendung^{2,3}



1. Cummings SR et al. Denosumab for prevention of fractures in postmenopausal women with osteoporosis. N Engl J Med 2009;361:756–765. 2. Prolia[®] Fachinformation, März 2019. www.swissmedicinfo.ch. 3. Bone HG et al. 10 years of denosumab treatment in postmenopausal women with osteoporosis: results from the phase 3 randomised FREEDOM trial and open-label extension. Lancet Diabetes Endocrinol. 2017;5(17):513–523.

Kurzinformation: Prolia[®] (Denosumab): Mittels rekombinanter DNA-Technologie hergestellter humaner monoklonaler IgG2-Antikörper. **Indikation:** Behandlung der Osteoporose bei postmenopausalen Frauen zur Verhinderung vertebraler und nichtvertebraler Frakturen. Behandlung zur Erhöhung der Knochenmineraldichte bei Männern mit Osteoporose und erhöhtem Frakturrisiko. Begleitbehandlung bei Frauen mit Brustkrebs unter adjuvanter Behandlung mit Aromatasehemmern und bei Männern mit Prostatakarzinom unter Hormonablationstherapie, wenn ein erhöhtes Frakturrisiko vorliegt. **Dosierung/Anwendung:** 60 mg einmal alle 6 Monate, als einzelne subkutane Injektion. Patienten müssen eine ausreichende Kalzium- und Vitamin D-Supplementation erhalten. **Kontraindikationen:** Hypokalzämie. Überempfindlichkeit gegenüber dem Wirkstoff oder einem der Hilfsstoffe. **Warnhinweise und Vorsichtsmassnahmen:** Nach Absetzen der Behandlung mit Prolia können multiple vertebrale Frakturen sowie ein Schwund der Knochenmineraldichte auftreten. Bevor die Behandlung mit Prolia begonnen wird und bevor sie abgesetzt wird, sollte deshalb eine individuelle Nutzen/Risiko-Abwägung erfolgen. Eine Hypokalzämie muss vor Therapiebeginn korrigiert werden. Nach Marktzulassung wurde über seltene Fälle von schwerer symptomatischer Hypokalzämie berichtet. Deshalb sollte bei Patienten mit schwer eingeschränkter Nierenfunktion (Kreatinin-Clearance < 30 ml/min), Dialysepflichtig oder anderen Risikofaktoren für die Entwicklung einer Hypokalzämie der Kalziumspiegel streng überwacht werden. Gelegentlich wurde über Hautinfektionen (hauptsächlich bakterielle Entzündungen des Unterhautgewebes) berichtet. Sehr selten wurden atypische Femurfrakturen beobachtet. Selten wurde über Osteonekrose im Kieferbereich berichtet, mehrheitlich bei Patienten mit Krebs. Deshalb ist während der Behandlung mit Prolia auf eine gute Mundhygiene zu achten. Nicht gleichzeitig mit XGEVA (enthält ebenfalls Denosumab) anwenden. Patienten mit seltener hereditärer Fructoseintoleranz sollten Prolia nicht anwenden. Interaktionen: keine bekannt. **Unerwünschte Wirkungen:** Sehr häufig: Gliederschmerzen, muskuloskeletale Schmerzen. Häufig: Harnwegsinfektion, Infektion der oberen Atemwege, Ischialgie, Hautausschlag, Ekzem, Verstopfung, Bauchbeschwerden. **Packungen:** Einzelpackungen à 1 Fertigspritze mit 60 mg Denosumab in 1 ml Lösung. Ausführliche Angaben entnehmen Sie bitte der Fachinformation unter www.swissmedicinfo.ch. **Verkaufskategorie:** B. **Zulassungsinhaber:** Amgen Switzerland AG, Risch, Domizil: 6343 Rotkreuz.

KEVZARA®
(Sarilumab)



Zurück ins Leben mit KEVZARA®

Erster und einziger vollhumaner IL-6-Rezeptor-Inhibitor¹

- ➔ Stark als 1st-line-^{2*} und 2nd-line-Therapie^{3#}
- ➔ Stark als Mono-⁴ oder Kombinationstherapie^{2,5}
- ➔ Patientenfreundlich mit 4 x 2 Anwendungsvorteilen^{1,6}

* bei Patienten, die auf eines oder mehrere DMARDs (disease-modifying anti-rheumatic drugs) unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben; # bei Patienten, die auf vorgängige Therapie mit TNF-Inhibitoren unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben; \$ 2 Wochen Dosisintervall – 2 s.c. Applikationsformen – 2 Wirkstärken – 2 Wochen Raumtemperatur.

1 KEVZARA® Fachinformation, Stand Juli 2017; www.swissmedicinfo.ch; 2 Genovese MC *et al.* Sarilumab plus methotrexate in patients with active rheumatoid arthritis and inadequate response to methotrexate: results of a phase III study. *Arthritis Rheumatol* 2015; 67(6): 1424–37; 3 Fleischmann R *et al.* Sarilumab and non-biologic disease-modifying antirheumatic drugs in patients with active RA and inadequate response or intolerance to TNF inhibitors. *Arthritis Rheumatol* 2017; 69: 277–90; 4 Burmester GR *et al.* Efficacy and safety of sarilumab monotherapy versus adalimumab monotherapy for the treatment of patients with active rheumatoid arthritis (MONARCH): a randomised, double-blind, parallel-group phase III trial. *Ann Rheum Dis* 2017; 76: 840–47.

KEVZARA®. W: Sarilumab. I: In Kombination mit Methotrexat (MTX) zur Behandlung der mittelschweren bis schweren aktiven rheumatoiden Arthritis bei erwachsenen Patienten, die auf eines oder mehrere DMARDs unzureichend angesprochen oder diese nicht vertragen haben. Kann als Monotherapie indiziert sein, wenn MTX nicht vertragen wird oder ungeeignet ist. **D:** 200 mg 1 mal alle 2 Wochen subkutan. Bei Auftreten einer Neutropenie, Thrombozytopenie oder erhöhter Leberenzymwerte Reduzierung auf 150 mg 1 mal alle 2 Wochen. **KI:** Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der Hilfsstoffe. Schwere aktive Infektionen (z. B. aktive Tuberkulose, Sepsis, schwere opportunistische Infektionen). **VM:** Bei Auftreten von Anzeichen einer Infektion engmaschig überwachen. Bei Infektion in der aktiven Phase einschliesslich lokaler Infektionen nicht mit Kevzara behandeln. Bei bestimmten Faktoren (s. FI) vor Behandlung Nutzen-Risiko abwägen. Bei Neuauftreten einer Infektion für immunsupprimierte Patienten angemessene Diagnostik durchführen und entsprechende mikrobielle Therapie einleiten und engmaschig überwachen. Vor Behandlungsbeginn auf Risikofaktoren für Tuberkulose und auf Vorliegen einer latenten Infektion untersuchen. Gegebenenfalls Tuberkulosetherapie erwägen. Unter Behandlung von Immunsuppressiva biologischen Ursprungs wurde eine Reaktivierung von Virusinfektionen beobachtet. Eine Behandlung mit Kevzara ist mit erhöhter Häufigkeit einer verringerten absoluten Neutrophilenzahl (ANC) und mit einer Abnahme der Thrombozytenzahl assoziiert. Die verringerte ANC ging jedoch nicht mit einem häufigeren Auftreten von Infektionen (einschliesslich schwerwiegender) und einer verringerten Thrombozytenzahl nicht mit Blutungsereignissen einher. Eine Behandlung bei geringer Neutrophilenzahl (2 x 10⁹/l) und mit einer Thrombozytenzahl < 150 x 10³/µl wird nicht empfohlen. Die Behandlung mit Kevzara ist mit einer erhöhten Häufigkeit eines Anstiegs der Transaminasewerte assoziiert. Der Anstieg ist vorübergehend und geht nicht mit klinisch manifesten Leberläsionen einher. Häufiger und ausgeprägter Anstieg der Transaminasewerte bei Kombination mit potenziell hepatotoxischen Arzneimitteln. Eine Behandlung wird bei erhöhten Transaminasewerten (ALAT oder ASAT > 1,5 x ULL) nicht empfohlen. Die Lipidkonzentration kann bei Patienten mit chronischer Entzündung herabgesetzt sein. Die Behandlung mit Kevzara ist mit der Erhöhung von Lipidparametern wie LDL- und HDL-Cholesterin sowie Triglyzeride assoziiert. Vorsicht bei erhöhtem Risiko für gastrointestinale Perforation. Es wurden Fälle von gastrointestinaler Perforation beobachtet, vorwiegend als Komplikation einer Divertikulitis. Eine Behandlung mit Immunsuppressiva kann das Risiko für maligne Erkrankungen erhöhen. Überempfindlichkeitsreaktionen sind möglich. Am häufigsten Ausschlag an der Injektionsstelle, Hautrötung und Urlikaria. Behandlung bei aktiver Lebererkrankung oder Leberinsuffizienz nicht empfohlen. Die gleichzeitige Anwendung von Lebendimpfstoffen ist zu vermeiden, da die klinische Sicherheit nicht nachgewiesen ist. Patient aufmerksam auf Symptome überwachen, die auf das Auftreten einer demyelinisierenden Erkrankung des zentralen Nervensystems hindeuten. **IA:** Zytokine und Zytokinmodulatoren können die Expression und Aktivität bestimmter Cytochrom-P450 (CYP)-Enzyme beeinflussen. Somit können sie bei gleichzeitiger Gabe von Arzneimitteln, die Substrate dieser Enzyme sind, potenziell deren Pharmakokinetik verändern. Wird eine Behandlung mit Kevzara eingeleitet oder abgesetzt bei Patienten mit gleichzeitiger Gabe von CYP-Substraten, ist die Wirkung (z. B. bei Warfarin) bzw. die Wirkstoffkonzentration (z. B. bei Theophyllin) therapeutisch zu überwachen und die individuelle Arzneimitteldosierung bei Bedarf anzupassen. Besondere Vorsicht bei gleichzeitiger Gabe mit einem Substrat von CYP3A4 (z. B. orale Kontrazeptiva oder Slatine). Gleichzeitige Anwendung mit Lebendimpfstoffen vermeiden. **NW:** Neutropenie, Thrombozytopenie, Infektionen, erhöhte Lipid- und Transaminasewerte, Reaktionen an der Injektionsstelle. **P:** 2 Fertigspritzen a 150 mg und 200 mg Injektionslösung, 2 Fertigspritzen a 150 mg und 200 mg Injektionslösung. **AK: B. Zul-Inh.:** sanofi-aventis (schweiz) ag, 1214 Vernier/GE. **Stand Info.:** Juli 2017 (SACH.SARI.18.04.0256). Weitere Informationen entnehmen Sie bitte der Fachinformation unter www.swissmedicinfo.ch.

Sanofi und Regeneron arbeiten gemeinsam an einem globalen Produktentwicklungsprogramm und an der Vermarktung von KEVZARA®

Kontakt:
Sanofi Genzyme
info.ch@sanofi.com
www.sanofigenzyme.ch

Zulassungsinhaber:
sanofi-aventis (schweiz) ag
3, route de Montfleury
1214 Vernier

SANOFI GENZYME