



■ Editorial

Liebe Mitglieder der GKJR, Freunde und Interessierte,

die spezialisierte Tätigkeit der Kinder- und Jugendrheumatologen wird zunehmend genauer in Leitlinien abgebildet. So ist eine S3-Leitlinie zur Fibromyalgie unter Beteiligung der GKJR fertiggestellt, eine neue S2-Leitlinie zur JIA folgt in Kürze. Das Memorandum zur rheumatischen Versorgung wurde veröffentlicht und benennt auch die Defizite der Versorgung bei Kindern und Jugendlichen.

Wir können die Patienteninformationen zu den in der Kinder- und Jugendrheumatologie verwendeten Medikamenten, die von Arzneimittelkommission und Vorstand erarbeitet wurden, in Kürze auf unserer Homepage zur Verfügung stellen. Zu den TNF-Blockern finden Sie neue Informationen in diesem Newsletter.

Die Politik hat in diesem Jahr eine Reihe von Neuerungen gebracht wie den EBM 2008 und den § 116B für die Versorgung von juvenilen Rheumapatienten mit dem Ziel, die Versorgungsqualität zu verbessern.

Allerdings wird die Versorgung junger Rheumatiker in Klinikambulanzen im EBM 2008 unzureichend abgebildet. Daher gibt es das Bestreben, die Kosten der ambulanten Versorgung in der Praxis und Klinik detailliert zu erfassen. Hiermit ist ein Institut des Bewertungsausschusses beauftragt. Der Vorstand der GKJR bittet trotz der zusätzlichen Arbeitsbelastung um ihre Mitarbeit, damit die Versorgung im ambulanten Sektor leistungsgerechter abgebildet und vergütet werden kann.

Nur durch kontinuierliche Information über die spezifischen Besonderheiten unserer Versorgungsaufgaben bei chronisch rheumakranken Kindern und Jugendlichen können wir den Krankenkassen und politischen Gremien unsere Arbeit transparenter machen und die Regelwerke verbessern.

Gerne weise ich auf die vor uns liegende GKJR-Tagung in Würzburg hin. Es ist uns allen eine große Freude, dass in dem exzellenten Programm auch Veranstaltungen mit den Berufen stattfinden, die sich mit uns gemeinsam um eine bestmögliche Behandlung junger Rheumatiker bemühen. Es ist die Chance, ein regelmäßiges Forum für die Begegnung und den Austausch mit diesen Berufsgruppen zu schaffen, wie es auf europäischer Ebene schon lange üblich ist. Uns ist es wichtig, diese Berufsgruppen zu aktiver Mitarbeit in unserer Gesellschaft und den Kommissionen zu gewinnen, damit die alltägliche Kooperation auch durch wissenschaftliche Zusammenarbeit weiterentwickelt wird.

Wir freuen uns auf Ihr Kommen und wünschen Ihnen eine gute Zeit.

Ihr Gerd Ganser

■ Mitteilungen der Geschäftsstelle

Informationen zur website

Versorgungslandkarte: Die Versorgungslandkarte bildet nur noch alle als Kinder- und Jugendrheumatologen zertifizierten Mitglieder der GKJR ab. Auch muss eine Autorisierung zur Veröffentlichung erfolgen. Wir möchten deshalb alle Mitglieder bitten, die Angaben auf der Versorgungslandkarte zu überprüfen und ggf. Korrekturwünsche an die Geschäftsstelle zu richten.

Memorandum zur rheumatologischen Versorgung: Das Memorandum der DRGh enthält auch Informationen zu Defiziten in der Kinder- und Jugendrheumatologie. Die Präambel befindet sich auf der website .

Inhalt

- Editorial/
Geschäftsstelle 1
- Neue Studie aus
St. Augustin 2
- FDA-Meldungen 3
- Aktuelles zu
JuMBO 4-5
- Publikationen 5-7
- Rückblicke 7
- Veranstaltungen 8



Geschäftsstelle
c/o Deutsches Rheuma-
Forschungszentrum
Charitéplatz1
10117 Berlin
email: niewerth@drfz.de

■ Fortsetzung: Informationen zur website

Geschützter Mitgliederbereich: Alle Mitglieder haben mittels Passwort Zugriff auf diesen Bereich. Sollten Sie keine Zugangsdaten erhalten haben, wenden Sie sich bitte an die Geschäftsstelle.

- Inhalte:
- Mitgliederverzeichnis
 - Standardisierte Befunddokumentationen
(z.B. für EBM-Abrechnung)
Beurteilung von Schmerz, Funktion und Gesundheitszustand mittels numerischer Ratingskalen
Beurteilung der Funktionsfähigkeit im Alltag anhand des CHAQ
 - Leitlinie zur Fibromyalgie

■ Multizentrische, offene, unkontrollierte Phase IIIb Studie zur Beurteilung der Verträglichkeit und Wirksamkeit von Etanercept 0,8 mg/kg Körpergewicht einmal wöchentlich bei refraktärer polyartikulärer juveniler idiopathischer Arthritis über 12 Wochen

(G. Horneff)

Die juvenile idiopathische Arthritis (JIA) ist eine relativ seltene Erkrankung mit einer Inzidenz von 10 bis 20 bei 100.000 Kindern und Jugendlichen unter 16 Jahren und einer Prävalenz von ca. 60 pro 100.000. Sie ist damit eine der häufigsten Autoimmunerkrankungen im Kindesalter und eine häufige Ursache für eine im Kindes- und Jugendalter auftretende Behinderung. Die Prognose der Erkrankung ist bei den meisten Kindern und Jugendlichen mit einer chronischen Arthritis günstiger als bei der rheumatoiden Arthritis des Erwachsenen. Die Einführung von Tumornekrosefaktor-Inhibitoren haben erheblich zu einer Verbesserung der Prognose von Kindern mit polyartikulärer JIA beigetragen, die zuvor nicht auf eine Therapie mit Methotrexat oder anderen Antirheumatika angesprochen haben.

Etanercept wurde bereits in Studien geprüft und ist seit 2000 zur Behandlung von Kindern mit einer aktiven Polyarthritiden ab einem Alter von 4 Jahren zugelassen. Das zugelassene Dosierungsschema für Kinder mit einer juvenilen idiopathischen Arthritis ist 0,4 mg/kg Körpergewicht subkutan 2 x pro Woche mit einer maximalen Dosis von 25 mg pro Injektion. Bei erwachsenen Patienten mit einer rheumatoiden Arthritis ergab sich eine vergleichbare Wirksamkeit und Sicherheit einer Therapie mit einmal wöchentlich 50 mg subkutan im Vergleich zur Standarddosis von 2 x 25 mg subkutan pro Woche. Daraufhin wurde die Applikation von Etanercept in einer Dosis von 1 x 50 mg als Einmalinjektion pro Woche zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit rheumatoider Arthritis zugelassen.

In der vorliegenden Studie wurde die Therapie der aktiven juvenilen Polyarthritiden mit Etanercept in einer Dosis von 0,8 mg/kg KG als subkutane Injektion einmal wöchentlich anstatt 0,4 mg/kg KG als subkutane Injektion zweimal wöchentlich bezüglich der Wirksamkeit und Sicherheit untersucht. Dabei wurde die Wirksamkeit bzgl. des Ansprechens nach den ACR-JRA 30% Kriterien bemessen.

Diese Studie führten wir von Juni 2007 bis Juni 2008 durch. Insgesamt rekrutierten wir gemeinsam mit sieben weiteren Studienzentren in Deutschland 20 Studienpatienten, die über 12 Wochen einmal 0,8 mg/kg KG Etanercept erhalten haben.

In Kürze werden wir die Auswertung der Studie vornehmen, um im Anschluss daran alle gewonnenen Informationen zu veröffentlichen.

Ansprechpartner:
Prof. Dr. med. Gerd Horneff
Asklepios Klinik Sankt Augustin
fon 02241/249-200
fax 02241/249-203
e-mail g.horneff@asklepios.com



■ Meldungen der FDA aus März und Juni 2008 zur Sicherheit von TNF-Blockern

Early Communication About an Ongoing Safety Review of Tumor Necrosis Factor (TNF) Blockers (marketed as Remicade, Enbrel, Humira, and Cimzia)

FDA is investigating the possible association between the use of medicines known as tumor necrosis factor (TNF) blockers and the development of lymphoma and other cancers in children and young adults. These individuals were treated with TNF blockers for Juvenile Idiopathic Arthritis (JIA), Crohn's disease or other diseases.

FDA is investigating approximately 30 reports of cancer in children and young adults. These reports were submitted to FDA's Adverse Event Reporting System over a ten-year interval, beginning in 1998 after approval of the first TNF blocker, and extending through April 29, 2008. These reports described cancer occurring in children and young adults who began taking TNF blockers (along with other immuno-suppressive medicines such as methotrexate, azathioprine or 6-mercaptopurine), when they were ages 18 or less, to treat JIA, Crohn's disease or other diseases. Approximately half the cancers were lymphomas and included both Hodgkin's and non-Hodgkin's lymphoma. Lymphoma is a cancer of the cells in the immune system. Lymphoma is not a recognized complication of JIA or of Crohn's disease. Other cancers reported included leukemia, melanoma, and solid organ cancers. While cancers are known to occur in children and young adults, the reports of these events in children and young adults receiving TNF blockers are of concern and deserve further investigation. Long-term studies are necessary to provide definitive answers about whether TNF blockers increase the occurrence of cancers in children because cancers may take a long time to develop and may not be detected in short-term studies.

TNF blockers suppress the immune system by blocking the activity of TNF, a substance in the body that can cause inflammation and lead to immune system-related diseases. There are currently four TNF blockers available in the United States. Remicade, Enbrel, Humira, and Cimzia are each approved to treat one or more of a number of immune system diseases including JIA, rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, plaque psoriasis, Crohn's disease, and ankylosing spondylitis. Remicade is approved for use in children to treat Crohn's disease. Enbrel and Humira are approved for use in children to treat JIA.

FDA has been aware of the possible association between the use of TNF blockers and the development of cancer. The prescribing information for all four TNF blockers warns about the possible risk of cancer. FDA is also aware of the risk of hepatosplenic T cell lymphoma in children and young adults with Crohn's disease treated with Remicade and immunosuppressive drugs such as azathioprine or 6-mercaptopurine. This risk was described in the Remicade prescribing information in 2006.

FDA has asked the makers of the TNF blockers approved for use in children (Remicade, Enbrel, and Humira) to provide information about all cases of cancer reported in children taking TNF blockers. The maker of Cimzia is required to conduct a study to assess long-term risks of the product, including lymphoma and other cancers. This study will begin in 2009 and take about 10 years to complete. FDA has contacted medical experts to assess the potential association between TNF blockers and cancers, including lymphoma, and to determine if there are children and young adults with JIA and Crohn's disease who may be at particular risk for developing a lymphoma or other cancer.

This early communication is in keeping with FDA's commitment to inform the public about its ongoing safety reviews of drugs. FDA will communicate the conclusions and any resulting recommendations to the public after it completes its evaluation of the new information within about six months. At the current time, the FDA believes that the potential benefits of the use of TNF blockers outweigh the potential risks in certain children and young adults having one of the diseases for which the TNF blockers are approved to treat. Until the evaluation is completed, healthcare providers, parents, and caregivers should be aware of the possible risk of lymphoma and other cancers in children and young adults when deciding how to best treat these patients.

Vor diesem Hintergrund wird die Notwendigkeit der Dokumentationen der Langzeitsicherheit biologischer Präparate bei Kindern und Jugendlichen besonders deutlich!



■ Folgeregister: „Langzeitbeobachtung Etanercept / MTX-Therapie bei juveniler Arthritis“ (M. Niewerth, K. Minden)

JUMBO wurde Mitte des letzten Jahres gestartet. Inzwischen konnten erfreulicherweise **216** volljährige Patienten mit juveniler Arthritis eingeschlossen werden.

In JUMBO sollen möglichst alle vormals im Kinder-Enbrel-Register erfassten Patienten weiter beobachtet werden bzw. zumindest wenige Informationen über ihren aktuellen Gesundheitszustand (z.B. telefonisch) geben.

Um dieses Ziel zu erreichen, sind wir auf Ihre Mitarbeit angewiesen bei:

- 1.) der **Suchaktion** von Patienten, die bereits vor dem Start von JUMBO die kinderrheumatologische Betreuung verlassen hatten
- 2.) der **zeitgerechten Überführung der Patienten**, die in diesem Jahr das 18. Lebensjahr erreichen.



1. Wo stehen wir mit der Suchaktion?

Die Suchaktion ist noch nicht abgeschlossen, 175 Patienten müssen noch kontaktiert bzw. an eine Rückmeldung erinnert werden. Der aktuelle Stand ist der Tabelle zu entnehmen.

**Juvenile Arthritis - Methotrexate /
Biologics long-term Observation**
Deutsches Rheuma-Forschungszentrum,
Berlin
JUMBO - Hotline: 030/28460-632 /-624
Fax 030/28460-626
e-mail jumbo@dfz.de

Einrichtung	Kontaktierte Patienten	Patienten in JuMBO überführt	Einrichtung	Kontaktierte Patienten	Patienten in JuMBO überführt
Kinderrheumaklinik GAP	65%	37	Universitätsklinik Tübingen	92%	4
Praxis Foeldvari, Hamburg	91%	32	Universitätsklinik Würzburg	56%	3
Carl-Thiem-Klinikum, Cottbus	90%	26	Helios Klinikum Vogtland	67%	2
Rheumaklinik Bad Bramstedt	97%	20	Klinikum Brandenburg	100%	1
Universitätsklinik Charité, Berlin	100%	19	Universitätsklinik Freiburg	100%	1
Helios Klinikum Berlin-Buch	100%	18	Rheumat. Praxis Linde, Halle	100%	1
Med. Hochschule Hannover	100%	8	Klinikum St. Marien, Amberg	100%	1
Fachkrankenhaus Neckargemünd	100%	8	Kinderklinik Neunkirchen	100%	1
Klinikum Bremen Mitte	100%	7	Universitätsklinik Düsseldorf	100%	1
Universitätsklinik Halle	64%	7	Universitätsklinik Bonn	100%	1
St. Josef-Stift, Sendenhorst	63%	7	Universitätsklinik Greifswald	100%	1
Klinikum St. Georg, Leipzig	77%	6	Universitätsklinik Münster	100%	0
Olgahospital, Stuttgart	100%	4	Universitätsklinik Dresden	100%	0

Die fettgedruckten Einrichtungen haben die Suchaktion erfolgreich abgeschlossen. Nachfolgende Kinderkliniken ebenfalls, hatten allerdings keine Patienten in JUMBO einzuschließen: Asklepios Kliniken St. Augustin und Universitätsklinik Aachen. Aus einigen Einrichtungen haben wir leider bisher keine Rückmeldung erhalten.

Das anspruchsvolle Ziel von JUMBO vor Augen sollen noch möglichst viele der 175 Patienten für die Langzeitbeobachtung gewonnen werden. Deshalb möchten wir in den nächsten Wochen erneut ausgewählte Einrichtungen kontaktieren. Einige Einrichtungen würden wir gern noch besuchen, anderen und bereits besuchten individuelle Unterstützungsformen anbieten.

Gelänge uns eine weitgehend vollständige Wiederfindung der Patienten, könnten wir substanziell zur aktuellen Diskussion um die Langzeitsicherheit von TNF-Blockern bei Kindern und Jugendlichen beitragen.



Juvenile Arthritis - Methotrexate /
Biologics long-term Observation

■ Fortsetzung: Folgeregister: „Langzeitbeobachtung Etanercept / MTX-Therapie bei juveniler Arthritis“

2. Wie funktioniert die Überführung der Patienten vom Kinderregister?

Für jeden Patienten, der in den diesem Jahr volljährig wurde, haben Sie im Januar bzw. Juli eine Information sowie eine Einverständniserklärung mit dem entsprechenden Patienten-Code und der Information zur Teilnahme in **JUMBO** erhalten. Sobald dem DRFZ die unterschriebene Einverständniserklärung vorliegt, erhält der Patienten seine Dokumentationsmappe.

Wird der Patient zunächst weiter kinderrheumatologisch betreut, füllen Sie bitte, sobald Ihnen der Patient die Mappe mit den Erhebungsunterlagen vorgelegt, den Arztbogen aus und faxen ihn gemeinsam mit dem Patientenbogen an das DRFZ. Die Mappe verbleibt beim Patienten, der Durchschlag der klinischen Dokumentation kann in der Patientenakte abgelegt werden. Neben dem Patient (25 €, vormals 10 €) erhält auch der Arzt für die Dokumentation eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 25 € pro Messzeitpunkt. Grundlage für die jährlich zum Jahresende fällige Auszahlung ist auch hier eine vertragliche Vereinbarung, die Ihnen nach Dokumentation des ersten Patienten zu geht.

■ Publikationen* von Mitgliedern der Fachgesellschaft (Zeitraum Januar – Juni 2008)

Elbers J, **Benseler SM**. Central nervous system vasculitis in children. *Curr Opin Rheumatol* 2008;20:47-54.

Prelog M, Schwarzenbrunner N, **Sailer-Höck M**, Kern H, Klein-Franke A, Ausserlechner MJ, Koppelstaetter C, Brunner A, Duftner C, Dejaco C, Strasak AM, Müller T, **Zimmerhackl LB**, **Brunner J**. Premature aging of the immune system in children with juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis Rheum* 2008;58:2153-62.

Brunner J, Armstrong D, Feldman BM, Schneider R, **Benseler S**. Childhood stroke as the presentation of Takayasu's arteritis: diagnostic delay can cause catastrophic complications. *J Rheumatol* 2008;35:1228-30.

Prelog M, Schwarzenbrunner N, **Sailer-Hoeck M**, Kern H, Koppelstaetter C, Wurzner R, **Zimmerhackl LB**, **Brunner J**. Indications for a disturbed peripheral T-cell homeostasis in juvenile idiopathic arthritis (JIA): absent expansion of CD28 T-cells and no decrease of naive T-cells in cytomegalovirus-positive patients with JIA. *J Rheumatol* 2008;35:520-7.

Brunner J, Lotschütz D. Kelley-Seegmiller Syndrome. *Klin Padiatr* 2008;220:21-3.

Rischewski JR, Kühne T, Imbach P, **Ehl S**. Evans syndrome and idiopathic thrombocytopenic purpura in families: Consider autoimmune lymphoproliferative disease. *Pediatr Blood Cancer* 2008;50:1295-6.

Frosch M and **Roth J**. New insights in systemic juvenile idiopathic arthritis – from pathophysiology to treatment. *Rheumatology* 2008;47:121-5.

Girschick HJ, Guilherme L, Inman RD, Latsch K, Rihl M, Sherer Y, Shoenfeld Y, Zeidler H, Arienti S, Doria A. Bacterial triggers of autoimmune rheumatic diseases. *Clin Exp Rheumatol* 2008;26:12-7.

Richl P, Stern U, Lipsky PE, **Girschick HJ**. The lambda gene immunoglobulin repertoire of human neonatal B cells. *Mol Immunol* 2008; 45:320-7.

Ridder-Schröter R, Marx A, Beer M, Kreth H, Girschick H. **Abscess-forming** Lymphadenitis and Osteomyelitis in children with Bartonella henselae infection. *J Med Microbiol* 2008;57:519-24.

Holl-Wieden A, Beer M, Marx A, Bonfig R, Tappe D, Girschick HJ. Infection of an urachal cyst during **etanercept** therapy in juvenile idiopathic arthritis. *Rheumatol Int* 2008 Jan 12. [Epub ahead of print].

*Anmerkung

Diese Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und berücksichtigt nur der Redaktion gemeldete Publikationen. Aus Platzgründen beschränkt sich die Liste auf Erst- bzw. Letztautorenschaften. Eine umfassendere Übersicht ausgewählter Publikationen finden Sie im Internet unter www.gkjr.de.



■ Fortsetzung: Publikationen* von Mitgliedern der Fachgesellschaft (Zeitraum Januar – Juni 2008)

Beer M, Stenzel M, **Girschick HJ**, Schlegel PG, Darge K. Whole-body MR imaging in children with suspected osteonecrosis after intensive chemotherapy: preliminary results. *Rofo* 2008;180:238-45.

Hedrich CM, Fiebig B, Hauck FH, Sallmann S, Hahn G, Pfeiffer C, **Heubner G, Gahr M**. Chilblain lupus erythematoses-a review of literature. *Clin Rheumatol* 2008;27:949-54.

Hedrich CM, Fiebig B, Sallmann S, Bruck N, Thielemann F, Hahn G, **Heubner G, Gahr M**. Osteoidosteome der Finger: eine atypische Lokalisation? Fallberichte von zwei Patienten und Literaturübersicht. *Z Rheumatol* 2008;67:145-8.

Horneff G, De Bock F, **Foeldvari I, Girschick HJ, Michels H, Moebius D, Schmeling H**. Safety and efficacy of combination of Etanercept and Methotrexate compared to treatment with Etanercept only in patients with juvenile idiopathic arthritis (JIA). Preliminary data from the German JIA Registry. *Ann Rheum Dis* 2008 Apr 15. [Epub ahead of print].

Horneff G. Pharmakotherapie der juvenilen idiopathischen Arthritis (JIA). *Kinder- und Jugendarzt* 2008;39:188-202.

Hospach T, Klaus G, Holl-Ulrich K, **Dannecker GE, Horneff G**. Purpura Schoenlein-Henoch - Ergebnisse der Wörlitzer Konsensusgespräche 2005 zum diagnostischen und therapeutischen Vorgehen. *Klin Padiatr* 2008;220:47-52.

Michels H, Mengel E. Lysosomal storage diseases as differential diagnoses to rheumatic disorders. *Curr Opin Rheumatol* 2008;20:76-81.

Michels H, Gerhold K, Häfner R, Häuser W, Illhardt A, **Mönkemöller K, Richter M, Schuchmann L**. Fibromyalgiesyndrom bei Kindern und Jugendlichen. *Schmerz* 2008;22:339-48.

Minden K. Prognose der rheumatischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter. *Kinder- und Jugendarzt* 2008;4:258-66.

Schuetz C, Huck K, Gudowius S, Megahed M, Feyen O, Hubner B, Schneider DT, Manfras B, Pannicke U, Willemze R, Knüchel R, Göbel U, Schulz A, Borkhardt A, Friedrich W, Schwarz K, **Niehues T**. An immunodeficiency disease with RAG mutations and granulomas. *N Engl J Med*.2008;358:2030-8.

Feyen O, Lueking A, Kowald A, Stephan C, Meyer HE, Göbel U, **Niehues T**. Off-target activity of TNF-alpha inhibitors characterized by protein biochips. *Anal Bioanal Chem* 2008 Mar 16. [Epub ahead of print]

Tzaribachev N, Kuemmerle-Deschner J, Eichner M, **Horneff G**. Safety and efficacy of etanercept in children with juvenile idiopathic arthritis below the age of 4 years. *Rheumatol Int* 2008 Mar 28. [Epub ahead of print]

Themenschwerpunkt „Sport und Rheuma“ in der "Aktuellen Rheumatologie" 2008, Jahrgang 33, Heft 1, Februar 2008

Michels H. Sport und Rheuma.

Richter M, Häfner R, Michels H. Sport und seine Bedeutung bei juvenilen Schmerzverstärkungssyndromen.

Seuser A, Böhm P, **Michels H**, Berdel P, Schumpe G, Schuhmacher M, **Nimtz-Talaska A**. Rheuma und Sport - Sicherheit durch Fakten.

Schwerpunktthema Kinder- und Jugendrheumatologie in der "Zeitschrift für Rheumatologie" 2008, Volume 67, Number 2, März 2008:

Huppertz HI. Kinder- und Jugendrheumatologie.

Minden K, Niewerth M. Klinische Formen der juvenilen idiopathischen Arthritis und ihre Klassifikation.

Niehues T, Feyen O, Telieps T. Vorstellungen zur Pathogenese der juvenilen idiopathischen Arthritis.

Dressler F, Huppertz HI. Lyme-Arthritis bei Kindern und Jugendlichen.

Girschick HJ. Sklerodermie im Kindes- und Jugendalter. Neue Aspekte zu Klassifikation, Ätiologie und Therapie.

*Anmerkung

Diese Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit und berücksichtigt nur der Redaktion gemeldete Publikationen. Aus Platzgründen beschränkt sich die Liste auf Erst- bzw. Letztautorenschaften. Eine umfassendere Übersicht ausgewählter Publikationen finden Sie im Internet unter www.gkjr.de.



■ Fortsetzung: Publikationen* von Mitgliedern der Fachgesellschaft (Zeitraum Januar – Juni 2008)

Themenschwerpunkt „systemischer Lupus erythematoses im Kindes- und Jugendalter“ in der "Aktuellen Rheumatologie" 2008, Jahrgang 33, Heft 3, Juni 2008

Borte M, Horneff G. Expertenkonsensus zum systemischen Lupus erythematoses im Kindes- und Jugendalter.

Horneff G. Ätiologie und Pathogenese des juvenilen systemischen Lupus erythematoses.

Haffner D. Nierenbeteiligung beim systemischen Lupus erythematoses im Kindes- und Jugendalter.

Girschick HJ, Morbach H. Konventionelle Therapie des systemischen Lupus erythematoses im Kindesalter.

Jansson A. B-Zell-Depletion mit Rituximab zur Therapie des juvenilen systemischen Lupus erythematoses.

Handrick W, Rodloff A, Borte M. Infektionen bei Patienten mit systemischem Lupus erythematoses – eine Übersicht .

■ Rückblicke

33. Garmischer Symposium für Kinder- und Jugendrheumatologie (H. Michels)

Vom 18.-19. Januar 2008 fand das „33. Garmischer Symposiums für Kinder- und Jugendrheumatologie“ statt. Es stand unter dem Motto „Über den Tellerrand blicken“. Die Vorträge des auch in diesem Jahr wieder gut besuchten Syposiums sind als PDF-Dateien herunterladbar (www.rheumakinderklinik.de/).



11. Wörlitzer Expertengespräche zu aktuellen Problemen der Kinder- und Jugendrheumatologie (M. Borte)

Am 25. und 26. April 2008 fanden die 11. Wörlitzer Expertengespräche zu aktuellen Problemen der Kinder- und Jugendrheumatologie statt, wie immer traditionell im Frühjahr und in den Tagungsräumen des Hotels „Zum Stein“ in unmittelbarer Nachbarschaft zum Wörlitzer Park. Hauptthema waren „Infektionen und Infektionsprophylaxe einschließlich Impfungen bei rheumatischen Erkrankungen im Kindesalter“.

Wörlitzer Expertengespräche
Termine 2009 und 2010
24. und 25. April 2009
23. und 24. April 2010



W. Handrick (Leipzig) ging in seinem Beitrag auf Infektionen unter konventioneller antirheumatischer Therapie ein, während G. Horneff (St. Augustin) über Infektionen unter Therapie mit Zytokinantagonisten referierte. In ihrem Beitrag über Nutzen und Risiken einer Therapie mit Rituximab ging A. Jansson (München) auf erste Ergebnisse aus ihrer deutschlandweiten Erfassungsstudie ein..

Parallelen zur Erwachsenenrheumatologie in Bezug auf Infektionen und Infektionsprophylaxe stellte T. Linde (Halle/Saale) dar. N.M. Wulffraat (Utrecht, Holland) stellte die Ergebnisse seiner großen holländischen Studie zur Masern-Mumps-Röteln-Impfung bei juveniler idiopathischer Arthritis vor. S. Borte (Leipzig) zeigte erste Ergebnisse zur Immunogenität und Sicherheit der Masern-Mumps-Röteln-Impfung unter MTX- und Etanercept-Therapie bei juveniler idiopathischer Arthritis. Nach Möglichkeit sollen alle Beiträge wieder publiziert werden.



■ Ankündigungen

Sendenhorster Kinderrheumatage

Am Samstag, den 30. August 2008 findet im St. Josef-Stift in Sendenhorst eine Fortbildungsveranstaltung zum Thema „Interdisziplinäre Kinderrheumatologie“ statt. Hierzu werden Spezialisten aus der Kinderrheumatologie und Ophthalmologie anhand von Fallbeispielen Prinzipien der Diagnostik und Therapie diskutieren.



Zu allen Veranstaltungen finden Sie nähere Informationen (z.B. Anmeldung, Teilnahmegebühr) auf der website www.gkjr.de

Kurs "Pädiatrische Rheumatologie"

Die Prof. Hess-Kinderklinik in Bremen veranstaltet in Zusammenarbeit mit der GKJR vom 28. - 29. November den Kursus "Pädiatrische Rheumatologie". Es wird ein breitgefächertes Programm geboten bei dem nicht Grundlagen, sondern neuere aktuelle Aspekte diskutiert werden. Fünf erfahrene Referenten werden zudem den aktuellen Stand zum Management der Polyarthritiden darstellen. Die Anmeldung zum Kurs sollte bis spätestens 15. Oktober 2008 erfolgen, die Teilnehmerzahl ist auf max. 20 Teilnehmer beschränkt.

18. Jahrestagung der GKJR

Sehr geehrte Mitglieder der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie,

es ist uns eine besondere Freude Sie im Herbst 31. Oktober - 2. November 2008 diesen Jahres im Rahmen unserer 18. Jahrestagung nach Würzburg einzuladen. Wir haben nun unser Programm fertig gestellt und wir hoffen Ihnen hervorragende Referenten zu den aktuellen Themen in der Kinder- und Jugendrheumatologie präsentieren zu können. Wir haben unsere Referenten gebeten zum Einen immer einen klinischen Bezug zu suchen und auch bei grundlagenwissenschaftlichen Themen immer den klinischen Bezug herauszuarbeiten. Zum Anderen haben wir versucht die Grenzgebiete hin zur Gynäkologie, zur Gastroenterologie und auch zur Infektiologie zu belegen.



Wir freuen uns sehr auf Ihr Kommen. Die Anmeldung über unserer Website (www.gkjr2008.de) ist bereits freigeschaltet. Hier finden Sie alle Hinweise zur Abstracteinreichung (Deadline : 14. September) und zu Ihrer Unterkunft, des Weiteren zur Anreise. Wir haben Ihnen hier auch schon ein Potpourri an Eindrücken aus Würzburg zusammengestellt.

Mit besten Grüßen für einen schönen Sommer

Ihr Hermann Girschick

Tagungspräsident GKJR2008

i

15th PRES Congress, London (GB)
14. - 17. September 2008

105. Jahrestagung der deutschen
Gesellschaft für Kinderheilkunde
und Jugendmedizin (DGKJ),
München
11. - 14. September 2008

36. Jahrestagung der deutschen
Gesellschaft für Rheumatologie
(DGRh), Berlin
24. - 27. September 2008

18. Jahrestagung der Gesellschaft
für Kinder- und Jugendrheumatologie
(GKJR), Würzburg
31. Oktober - 02. November 2008

ACR/ARHP Scientific Meeting,
San Francisco (USA)
24. - 29. Oktober 2008

Impressum

Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie
Dr. med. Gerd Ganser, Sendenhorst (1. Vorsitzender)
Redaktion: Martina Niewerth (MPH), Dr. med. Kirsten Minden

Der Newsletter erscheint halbjährlich und kann kostenlos über die Geschäftsstelle angefordert oder unter www.gkjr.de abgerufen werden.