



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΝΩΣΗ
ΓΙΑ ΤΗ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ



24 - 27
Ιουνίου
2021

Καλαμάτα
Βενεδοκείο
Filoxenia



64^η Περίπτωση

Άνδρας ασθενής με εμπύρετο και παροδικό θάμβος όρασης

Ευαγγελία Αργυρίου

Ρευματολογική μονάδα – Γ.Ν.Α Σισμανόγλειο

Δεν υπάρχει συγκρουση συμφερόντων

1^η Περίπτωση

- ❖ Άνδρας ασθενής 77 ετών
- ❖ Ατομικό Αναμνηστικό: Αρτηριακή Υπέρταση / Δυσλιπιδαιμία

ΠΡΟΣΕΡΧΕΤΑΙ

- Αναφερόμενη **κεφαλαλγία** από 2μήνου
- **Εμπύρετο** ως 38°C από 15 ημέρου
- Κόπωση

ΦΥΣΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

- **Εξέλκωση τριχωτού κεφαλής** (βρεγματικά) από 15 ημέρου

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

- ΤΚΕ=**76 mm/h**, CRP=**21mg /L** (<5mg / L)
- WBC=**10.030** (N=92%) / Λοιπά: κφ



1^η Περίπτωση – Διαφορική Διάγνωση

❑ Ποια είναι τα πιο πιθανά αίτια στη διαφορική διάγνωση της παρούσας κλινικής εικόνας?

1. Μολυσματικό κηρίο?
2. Ερπής ζωστήρ - VZV λοίμωξη?
3. Βασικοκυτταρικό καρκίνωμα δέρματος?
4. Κροταφική αρτηρίτιδα (GCA)?
5. Γαγγραινώδες πυόδερμα?

- **Μολυσματικό κηρίο**

- Οξεία εμφάνιση ελκωτικής βλάβης (σταφυλόκοκκος / στρεπτόκοκκος).
- Συνήθως αποτέλεσμα επιμόλυνσης προηγηθείσας βλάβης

Κ/ες ελκωτικής βλάβης: ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ

- **Έρπης ζωστήρ - VZV λοίμωξη**

- Προσβολή δέρματος σε περιπτώσεις κυρίως ανοσοκαταστολής

Κ/ες ελκωτικής βλάβης: ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ

- **Βασικοκυτταρικό καρκίνωμα δέρματος**

- Η πιο συνήθης ελκωτική βλάβη δέρματος (αποτέλεσμα χρόνιου ερεθισμού)

ΠΙΘΑΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

- **Κροταφική αρτηρίτιδα (GCA)**

- Σπάνιο σύμπτωμα αλλά η πιο συνήθης δερματική εκδήλωση της GCA
- Συστηματικές εκδηλώσεις

ΠΙΘΑΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Εμπύρετο - Κεφαλαλγία - ↑ΤΚΕ/CRP

- **Γαγγραινώδες πυόδερμα**

- Ουδετεροφιλική ελκωτική δερματίτιδα
- Συνδυαστικά με άλλα νοσήματα: ΙΦΝΕ / RA / Μυελοϋπερπλαστικά νοσήματα

ΠΙΘΑΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Διάγνωση εξ' αποκλεισμού

- **Μολυσματικό κηρίο**

- Οξεία εμφάνιση ελκωτικής βλάβης (σταφυλόκοκκος / στρεπτόκοκκος).
- Συνήθως αποτέλεσμα επιμόλυνσης προηγηθείσας βλάβης

Κ/ες ελκωτικής βλάβης: ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ

- **Έρπης ζωστήρ - VZV λοίμωξη**

- Προσβολή δέρματος σε περιπτώσεις κυρίως ανοσοκαταστολής

Κ/ες ελκωτικής βλάβης: ΑΡΝΗΤΙΚΕΣ

- **Βασιλοκυτταρικό καρκίνωμα δέρματος**

- Η πιο συνήθης ελκωτική βλάβη δέρματος (αποτέλεσμα χρόνιου ερεθισμού)

ΠΙΘΑΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

- **Κροταφική αρτηρίτιδα (GCA)**

- Σπάνιο σύμπτωμα αλλά η πιο συνήθης δερματική εκδήλωση της GCA
- Συστηματικές εκδηλώσεις

ΠΙΘΑΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Εμπύρετο - Κεφαλαλγία - ↑ΤΚΕ/CRP

- **Γαγγραινώδες πυόδερμα**

- Ουδετεροφιλική ελκωτική δερματίτιδα
- Συνδυαστικά με άλλα νοσήματα: ΙΦΝΕ / RA / Μυελοϋπερπλαστικά νοσήματα

ΒΙΟΨΙΑ ΒΛΑΒΗΣ

ΠΙΘΑΝΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Διάγνωση εξ' αποκλεισμού

1^η Περίπτωση – Πορεία Νόσου

Βιοψία Δέρματος - Μυός

Προσβολή αγγείων δέρματος στην χοριοεπιδερμική συμβολή και στην υποβλεννογόνια μυϊκή στιβάδα, με εικόνα **οξείας αγγειιτιδικής βλάβης**, παρουσία **πολυμορφοπύρηνων** στο αγγειακό τοίχωμα, περιαγγειακά και με παρουσία ινικής και πυρηνικά υπολείμματα

Βασικοκυτταρικό Καρκίνωμα

Γαγγραινώδες Πυόδερμα

Κροταφίτις ή Αρτηρίτιδα

Κατά την 5^η ημέρα νοσηλείας

- Απώλεια όρασης (AP) οφθαλμού (διάρκεια ~ 30min)
- Οφθαλμολογική εκτίμηση → Εικόνα **πρόσθιας ισχαιμικής οπτικής νευροπάθειας (AION)**

- ✓ **Σπάνια** εκδήλωση / Καθυστερημένη διάγνωση GCA
- ✓ **Συσχέτιση** με απώλεια όρασης (**ΑΙΟΝ**) ~ **67%**
- ✓ **Εξέγκωση** συνήθως **προηγείται** των οφθαλμικών διαταραχών
- ✓ **Εκτεταμένες αγγειακές επιπλοκές** → νέκρωση γλώσσας
- ✓ Προγνωστικός παράγοντας **χαμηλότερης επιβίωσης**
- ✓ Ανάγκη για **ταχύτερη διάγνωση και θεραπεία**

Risk factors for severe cranial ischaemic complications in giant cell arteritis

Hocevar A. et al. Rheumatology (Oxford) . 2020 Oct 1;59(10):2953-2959

Variable	Coefficient	Std error	P-value	Odds ratio	95% CI
CRP	-0.007	0.003	0.011	0.993	0.988, 0.998
Smoking	0.654	0.327	0.046	1.922	1.013, 3.649
Jaw claudication	1.234	0.319	<0.001	3.434	1.837, 6.417
Age	0.080	0.021	<0.001	1.084	1.040, 1.129

Multivariable logistic regression analysis

A probability score to aid the diagnosis of suspected giant cell arteritis

F. Laskou¹, F. Coath¹, S.L. Mackie², S. Banerjee¹, T. Aung¹, B. Dasgupta¹

Weightage	-3	0	+1	+2	+3
Demographics					
Age (years)		≤49	50-60	61-65	≥66
Sex			M	F	
Duration					
Onset of symptoms		>24 weeks	12-24 weeks	6-12 weeks	<6 weeks
Laboratory					
CRP		0-5 mg/L	6-10 mg/L	11-25 mg/L	≥25 mg/L
Symptoms					
Headache		N	Y		
Polymyalgic		N		Y	
Constitutional		N	Single		Combination
Ischaemic		N			Y
Signs					
Visual (AION, CRAO, Field loss, RAPD)		N			Y
TA abnormality		N	Tenderness	Thickening	Pulse loss
Extra-cranial artery abnormality		N	Thickening	Bruit	Pulse loss
Cranial nerve palsy		N			Y
Alternative					
Infection		Y			
Cancer		Y			
Systemic Rheumatic diseases		Y			
Head and neck pathology		Y			
Other		Y			
Total score					

Έγκαιρη διάγνωση / Κλινική εικόνα ?

Clinical and Experimental Rheumatology 2019

Αναδρομική μελέτη 122 ασθενών (2016-2017)

Fast track Clinic – Leeds University Hospital, UK

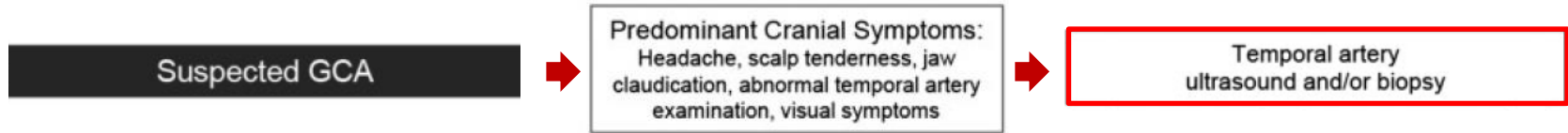
- ROC Curve → Optimal cut-off score: 9.5
 - Ευαισθησία: 95.7%
 - Ειδικότητα: 86.7%
 - Επιβεβαίωση: 88.4% των περιστατικών

❑ Ποια απεικονιστική μέθοδος θα ήταν καταλληλότερη για την επιβεβαίωση της διάγνωσης της GCA:

1. Μαγνητική αγγειογραφία εγκεφάλου (MRA)?
2. CT εγκεφάλου?
3. Βιοψία κροταφικής αρτηρίας?
4. U/S κροταφικής αρτηρίας?
5. PET κρανιακών αγγείων?

1^η Περίπτωση – Διαγνωστική προσέγγιση

EULAR Recommendations



High resolution MRI† of cranial arteries‡ to investigate mural inflammation may be used as an alternative for GCA diagnosis if ultrasound is not available or inconclusive.

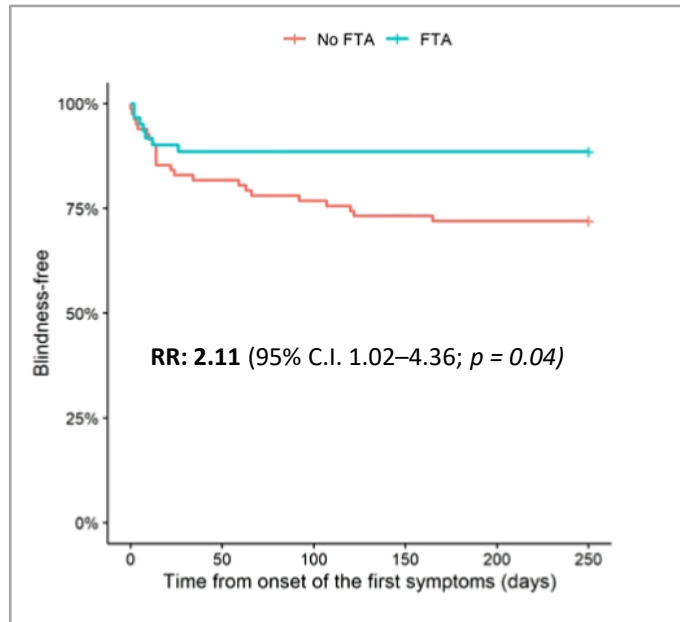
CT† and PET† are not recommended for the assessment of inflammation of cranial arteries.

Βιοψία Vs Υπέρηχος

Αναδρομική μελέτη: Ιανουάριος 2001 – Ιούνιος 2020 (Ιταλία)

- 160 ασθενείς με διάγνωση GCA / Γυναίκες: 75% / Ηλικία: 72.4 ± 8.2 έτη

• FastTrack Approach: 39.4% - No FastTrack Approach: 60.6%



Monti S. et al, Front Med (Lausanne) . 2020 Dec 8;7:589794

↑↑ Κλινική Υποψία + Απεικονιστικός Έλεγχος (+)

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Μειονεκτήματα Βιοψίας

- Τμηματική προσβολή
- Χρονοβόρος Διαδικασία
- Επεμβατική διαδικασία
- ↑Κόστος

Schmidt WA. Rheumatology 2018

1^η Περίπτωση – Διάγνωση

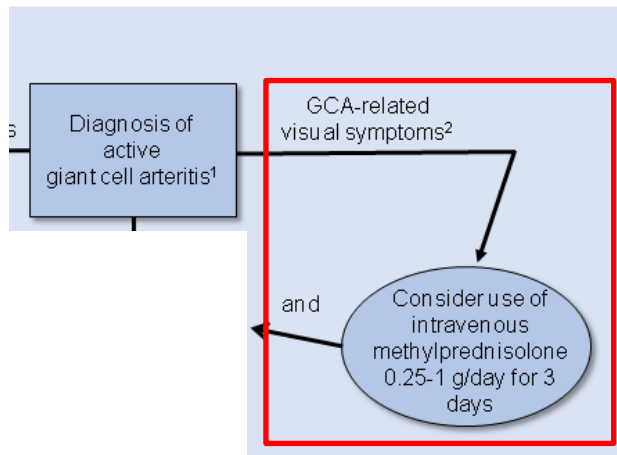
❑ Ποια είναι τα πιο πιθανά αίτια στη διαφορική διάγνωση της παρούσας κλινικής εικόνας?

1. Μολυσματικό κηρίο?
2. Ερπής ζωστήρ - VZV λοίμωξη?
3. Βασικοκυτταρικό καρκίνωμα δέρματος?
4. Κροταφική αρτηρίτιδα (GCA)?
5. Γαγγραινώδες πυόδερμα?

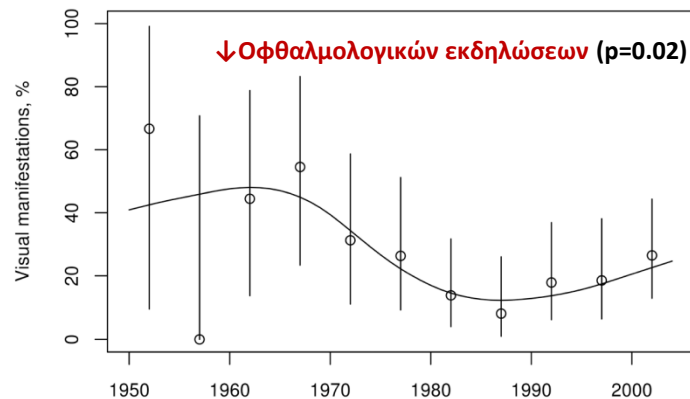
- Έλλειψη ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού → **Βιοψία Κροταφικής** (επιβεβαίωση διάγνωσης)

1^η Περίπτωση – Θεραπευτική αντιμετώπιση

EULAR Recommendations



- 204 ασθενείς με GCA / 1950-2004
- Αναδρομική, Πολυκεντρική μελέτη-USA
- Μέση ηλικία: 76.0 ± 8.2 years, γυναίκες 80%
- Διαταραχές όρασης: 23%

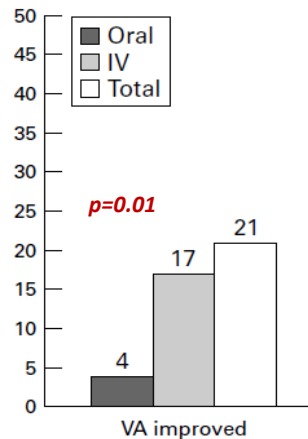


	1950-1979	1980-2004	p value
Θάμβος όρασης	25%	11%	0.015
Τύφλωση	9.8%	2%	0.014
Ισχαιμική οπτ. νευροπάθεια	15%	6%	0.03

Προσβολή οφθαλμού – GCA / Θεραπεία

Chan CK et al. *Br J Ophthalmol* 2001;85:1061–1064

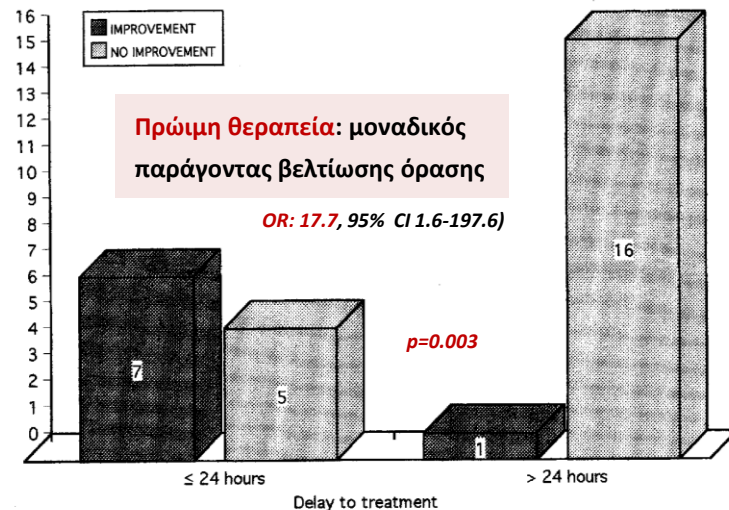
Αναδρομική μελέτη 100 ασθενών (GCA)/
Vincent's Hospital (SVH), Melbourne, Australia.
(AION): 73 ασθενείς



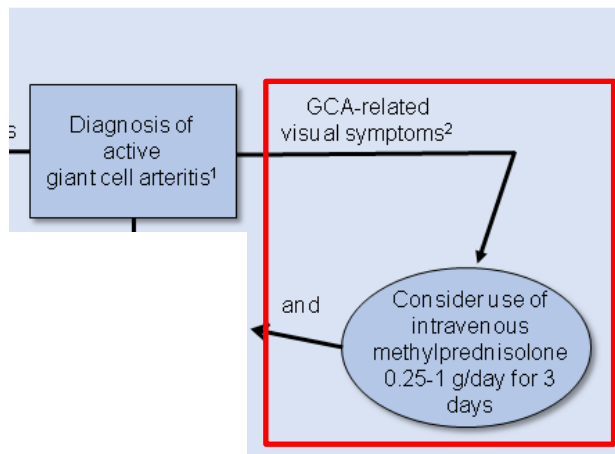
Βελτίωση όρασης
με (iv) χορήγηση
κατά τη διάρκεια
του 1^{ου} μήνα

Gonzalez-Gay MA et al. *Arthritis Rheum* 1998;41:1497–504

Πολυκεντρική Αναδρομική μελέτη / Ισπανία
239 ασθενείς / GCA
Διαταραχές όρασης: 69 ασθενείς



1^η Περίπτωση – Θεραπευτική αντιμετώπιση



Θεραπεία ~ 2 έτη

➤ Πόσο γρήγορα πρέπει να γίνει η μείωση της κορτιζόνης?

Prevalence of Giant Cell Arteritis Relapse in Patients Treated With Glucocorticoids: A Meta-Analysis

Sabine Mainbourg,¹ Alexandra Addario,² Maxime Samson,³ Xavier Puéchal,⁴ Mathilde François,⁵ Stéphane Durupt,⁵ François Gueyffier,² Michel Cucherat,² Isabelle Durieu,⁵ Quitterie Reynaud,⁵ and Jean-Christophe Lega¹

Μετα-ανάλυση 34 μελετών (2.505 ασθενείς) – 8 RCTs

Ποσοστά υποτροπής:

✓ ↑ Διάρκεια κορτικοειδών (↓ 1.7% υποτροπών

για έναν επιπλέον μήνα θεραπείας, $p < 0.001$)

✓ Διάρκεια CS < 12 μήνες: Υποτροπή = 65.8%
Διάρκεια CS > 12 μήνες: Υποτροπή = 34.5% } $p < 0.001$

✓ Σε πιο πρόσφατες μελέτες (↑ 8.3% for 1 decade; $p < 0.0001$)

1^η Περίπτωση – Συμπεράσματα

ΕΚΒΑΣΗ

- Βελτίωση κλινικοεργαστηριακής εικόνας
- Επούλωση ελκών κεφαλής (σε 15 ημέρες από έναρξη κορτιζονοθεραπείας)
- Διατήρηση ύφεσης σε μονοθεραπεία με μεθυλπρεδνιζολόνη στο 1 έτος παρακολούθησης

GCA / εξέλκωσης κεφαλής

- ✓ Σπάνια εκδήλωση
- ✓ Σημαντικό φορτίο νοσηρότητας → εκδήλωση Ισχαιμικής Οφθαλμοπάθειας (AION)
- ✓ Συσχέτιση με ↓επιβίωση
- ✓ Ανάγκη για άμεση διαγνωστική προσέγγιση και θεραπεία



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΝΩΣΗ
ΓΙΑ ΤΗ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ



**24 - 27
Ιουνίου
2021**

**Καλαμάτα
Βενεδοκείο
Filoxenia**



66^η Περίπτωση

Γυναίκα ασθενής με κόπωση και χωλότητα (ΔΕ) άνω άκρου

Ευαγγελία Αργυρίου

Ρευματολογική μονάδα – Γ.Ν.Α Σισμανόγλειο

66^η Περίπτωση

- ❖ Γυναίκα ασθενής 62 ετών / Καπνίστρια
- ❖ Ατομικό Αναμνηστικό: ΣΔ-II (μη ινσουλινοεξαρτώμενος)

Εισαγωγή σε Παθολογική Κλινική

- Αδυναμία / Απώλεια σωματικού βάρους / Νυχτερινές εφιδρώσεις
~ **B-συμπτωματολογία**
- **Αδυναμία ανύψωσης (ΔΕ) άνω άκρου** στην άρθρωση του ώμου από **3μήνου**

Φυσική εξέταση

- **Ζωτικά σημεία:** κ.φ
- **Ακρόαση:** κ.φ
- **Ψηλάφηση:** Υποχόνδρια (-) / Λεμφαδένες (-)
- **Χωρίς** σημεία περιφερικής **αρθρίτιδας**
- Αδρή Νευρολογική Εκτίμηση (-)

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ			
Ht	32	HIV	(-)
Hb	10.4	HBV	(-)
MCV	88	HCV	(-)
WBC	9310	Ανοσολογικός	
NEUT	63	ANA	(-)
LEMF	31	dsDNA	(-)
MON	5	RF	(-)
PLT	395000	C3	98
CRP	53	C4	22
TKE	78	ANCA	(-)
CREAT	1.1	γ. σφαιρ	16.5
SGOT	18	IgG4	Κ.φ
SGPT	20	Πήξη	
Γ.ούρων	Κ.φ	INR	1.09
Mantoux	(-)	aPTT	38.5

ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

- CT θώρακος
 - CT άνω και κάτω κοιλίας
- } Χωρίς παθολογικά ευρήματα

Ενδοσκοπήσεις

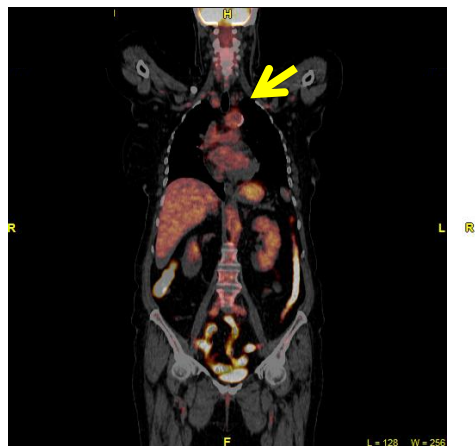
- Γαστροσκόπηση
 - Κολονοσκόπηση
- } Χωρίς παθολογικά ευρήματα

Οστεομυελική βιοψία

Χωρίς ευρήματα αιματολογικής κακοήθειας

PET / CT scan

PET / CT scan



Καθήλωση ραδιοφαρμάκου
(SUVmax 3,15)

- ✓ Θωρακική αορτή
- ✓ Αγγεία Τραχήλου
- ✓ Υποκλείδιες αρτηρίες
- ✓ Δεξιά μασχαλιαία



Υπόνοια αγγειίτιδας

Inflammatory

Large-Vessel Vasculitis

Giant cell arteritis (temporal arteritis)

Infectious

Bacterial

- Salmonella spp.
- Staphylococcus spp.
- Streptococcus pneumoniae
- Other

Luetic (Syphilis)

Mycobacterial (i.e., *M. tuberculosis*)

Other

Isolated Aortitis

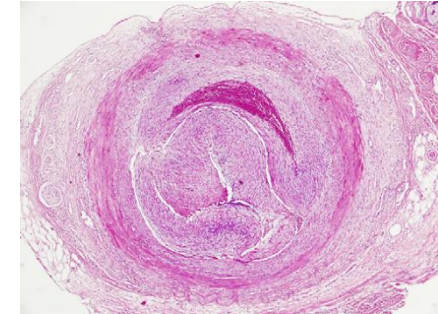
Isolated idiopathic (thoracic) aortitis

Chronic periaortitis

- Idiopathic retroperitoneal fibrosis (Ormond's disease)
- Inflammatory abdominal aortic aneurysm
- Perianeurysmal aortitis
- Idiopathic isolated abdominal periaortitis

Βιοψία Κροταφικής (GCA)

Εκτεταμένη και πυκνή διήθηση μέσου χιτώνα από λεμφοκύτταρα και γιγαντοκύτταρα

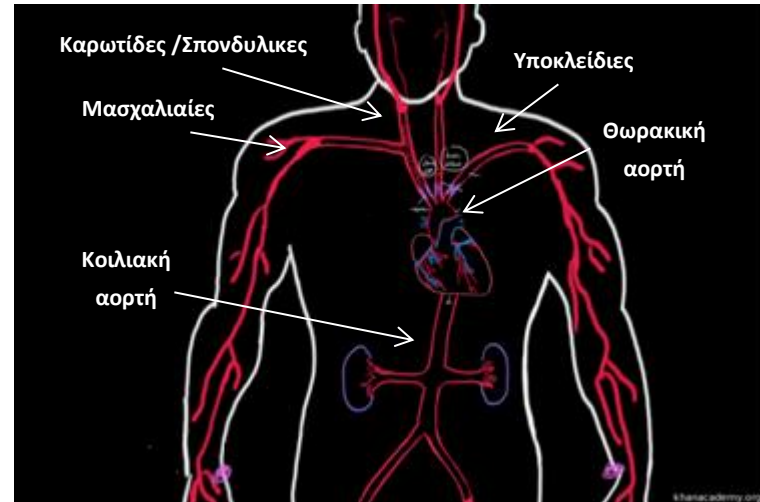


66^η Περίπτωση – Πόσο συχνή είναι η εξωκρανιακή μορφή της GCA?

Προσβολή εξωκρανιακών αγγείων → 1/3 των ασθενών

Κλινικές εκδηλώσεις GCA-LVV: **21.1% (FUO)**

- Καρωτίδες-Υποκλείδιες-Μασχαλιαίες-Σπονδυλικές
- Αορτή (θωρακική ή κοιλιακή):



Ισχαιμική προσβολή μονήρους άκρου στην GCA

Τι πρέπει να γωρίζουμε?

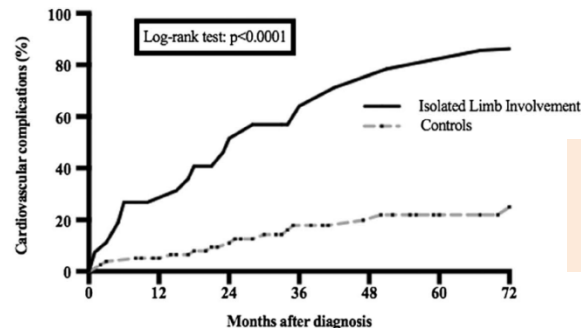
Νέα δεδομένα

GCA / Ισχαιμική συμπτωματολογία με προσβολή ενός άκρου

De Boysson et al. *J Clin Rheumatol* . 2020 Sep;26(6):248-254.

Αναδρομική μελέτη / 5 πανεπιστημιακά νοσοκομεία – Γαλλία

- 27 ασθενείς με διάγνωση GCA / ισχαιμική συμπτωματολογία ενός άκρου
 - Χωρίς τυπικά συμπτώματα GCA
 - Απεικονιστικά χαρακτηριστικά προσβολής μεγάλων αγγείων
- 81 ασθενείς με τυπική εικόνα GCA (controls)



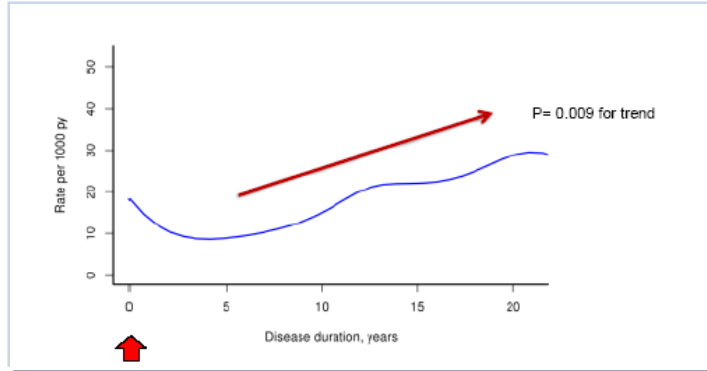
↑ επίπτωση
Καρδιαγγειακών
Συμβαμάτων

	LI-GCA (n = 27)	Control Patients (n = 81)	p value
Demographics			
Age	68 (49–80)	74 (52–91)	0.005
Female	23 (85)	53 (65)	0.05
Diagnostic delay, ^a d	263 (60–584)	25 (13–120)	0.006
Clinical manifestations			
Fever	6 (22)	26 (32)	0.33
PMR	0	34 (42)	<0.0001
Limb claudication	27 (100)	5 (6)	<0.0001
Vascular bruits	16 (59)	7 (9)	<0.0001
Paraclinical workup			
Erythrocyte sedimentation rate, mm	60 (22–120)	90 (16–131)	0.01
C-reactive protein, mg/L	55 (3–160)	92 (15–424)	0.001
Positive histology ^b	19 (73)	81 (100)	<0.0001
Positive TAB	18/26 (69)	81 (100)	<0.0001
LVV on imaging	27 (100)	27/56 (48)	<0.0001

- Άτομα μικρότερης ηλικίας
- Καθυστερημένη διάγνωση
- Όχι τυπική εικόνα GCA
- ↓ δείκτες φλεγμονής
- Σπανιότερα βιοψία (+)
- Χειρότερη πρόγνωση

Τι θα πρέπει να προσέχουμε στους ασθενείς με GCA και
προσβολή μεγάλων αγγείων (GCA-LVV) ?

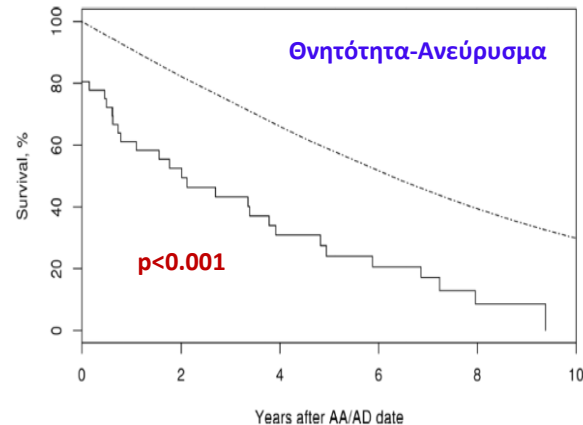
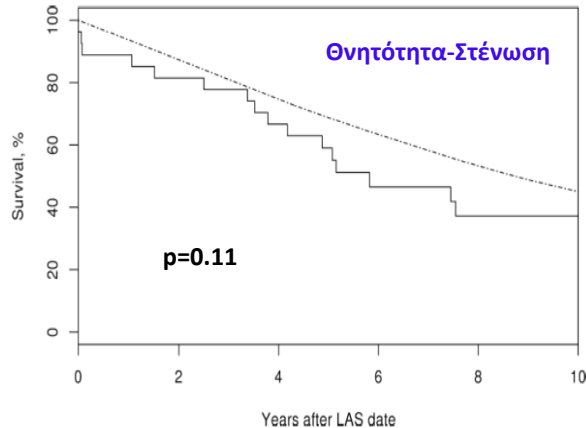
Επιπλοκές νόσου



Ανεύρυσμα Αορτής Αυξημένη επίπτωση μετά την 5ετία

Παράγοντες κινδύνου:

- Ανδρικό φύλο
- Κάπνισμα
- Υπέρταση



Ασθενείς με ανεύρυσμα Στατιστικά αυξημένη θνητότητα

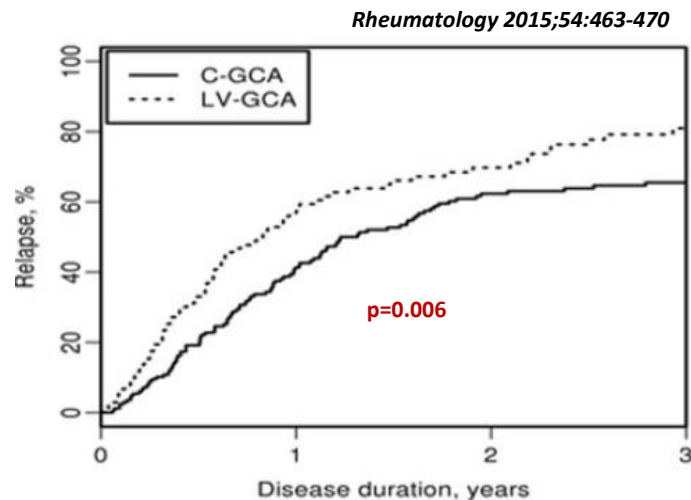
--- GCA
— GCA - LVV

Οι ασθενείς με GCA και
προσβολή μεγάλων αγγείων **υποτροπιάζουν** ?

Παράγοντες υποτροπής

Large-vessel involvement is predictive of multiple relapses in giant cell arteritis

GCA Vs GCA - LVV



Μελέτη κοορτής:

120 ασθενείς με GCA – LVV / 212 ασθενείς με κρανιακή GCA

Αναδρομική μελέτη (Γαλλία) / 1998-2018

254 ασθενείς (διερεύνηση για προσβολή μεγάλων αγγείων κατά τη διάγνωση)

Γυναίκες (73.2%), μέση ηλικία: 72 έτη / mean follow up: 32.5 μήνες

160 ασθενείς (63%) → LVV

Υποτροπή

- **46.1 % ασθενών (1 υποτροπή)**

9 μήνες / CS: 10.9 ± 11.7 mg/day

- **21. 3% ασθενών (≥2 υποτροπές)**

Παράγοντες πολλαπλών υποτροπών

- Προσβολή μεγάλων αγγείων
HR: 8.84 (2.48–31.56), $p = 0.001$

- Αρνητική βιοψία κροταφικής
HR: 2.29 (1.18–4.45), $p = 0.015$

- Μυοσκελετικές διαταραχές
HR: 2.78 (1.23–6.28), $p = 0.014$

66^η Περίπτωση – Πορεία νόσου

- Πρεδνιζολόνη 60 mg/d (pos)
- Προφύλαξη για P.jirovecii
- Αντιοστεοπορωτική αγωγή

Πορεία Νόσου

- Σημαντική κλινική βελτίωση
Υποχώρηση δεικτών φλεγμονής
- Στον 3^ο μήνα θεραπείας (αρχόμενο Cushing)
(CS δόση: 15mg /d)
- Αύξηση δεικτών φλεγμονής



Υποτροπή

Εκτίμηση πορείας ασθενών

Κλινική εικόνα ± δείκτες φλεγμονής (CRP/ΤΚΕ)

Όχι αναγκαστικά εκ νέου απεικονιστικός έλεγχος

Dejaco C, et al. Ann Rheum Dis 2018

4^{ος} μήνας παρακολούθησης

Χωλότητα ΔΕ άνω ακρου

Κόπωση



Tocilizumab

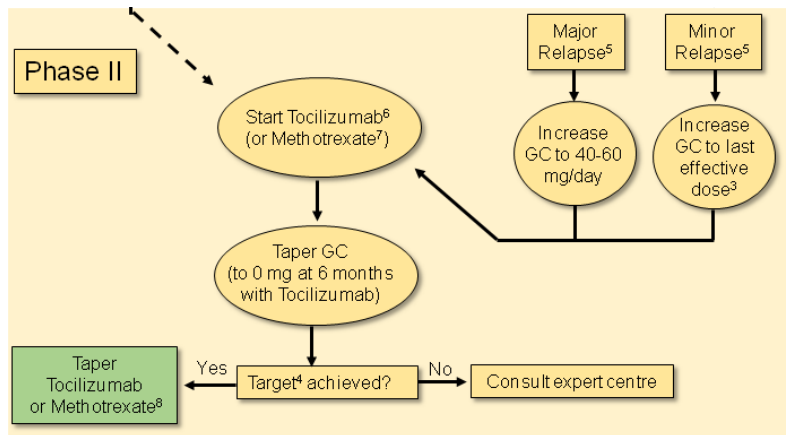


Υποτροπή

Ποια είναι η θέση του **Tocilizumab** στη **θεραπεία** των ασθενών με **GCA-LVV** ?

Νέα δεδομένα

GCA – Θεραπεία (στην φάση υποτροπής νόσου)



EULAR Recommendations

Έναρξη βιολογικής θεραπείας (tocilizumab)

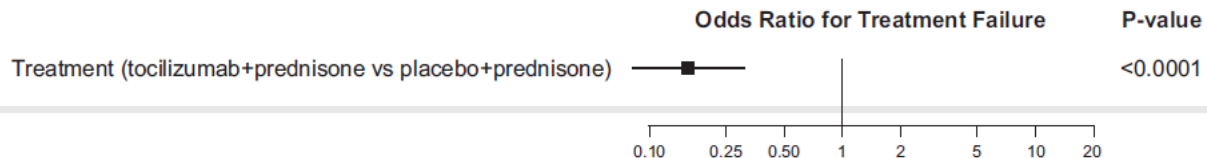
- ✓ Σε υποτροπιάζουσα νόσο
- ✓ Σε παρενέργειες από τη χρήση κορτικοειδών

Hellmich B, et al. Ann Rheum Dis 2020;79:19–30

Tocilizumab + κορτιζόνη

Σημαντικά μικρότερα ποσοστά αποτυχίας στη συνδυαστική θεραπεία

John H. Stone et al, Ann Rheum Dis . 2021 May 28;annrheumdis-2021-220347



> *Semin Arthritis Rheum.* 2021 Apr;51(2):387-394. doi: 10.1016/j.semarthrit.2021.01.006.
Epub 2021 Jan 27.

Tocilizumab in refractory giant cell arteritis. Monotherapy versus combined therapy with conventional immunosuppressive drugs. Observational multicenter study of 134 patients

Συνδυασμός TCZ + DMARDs Vs TCZ

- Χωρίς διαφορά στην επίτευξη της ύφεσης
- Ίδιο προφίλ ασφάλειας
- Ίσως η προσθήκη MTX να αυξάνει την πιθανότητα για μακροπρόθεσμη ύφεση

Abstract

Objective: To compare the efficacy and safety of TCZ in monotherapy (TCZ_{MONO}) vs. combined with conventional immunosuppressive drugs (TCZ_{COMBO}) in Giant Cell Arteritis (GCA) in a clinical practice scenario.

Methods: Multicenter study of 134 patients with refractory GCA. Patients on TCZ_{MONO} (n = 82) were compared with those on TCZ_{COMBO} (n = 52). Drugs were methotrexate (MTX) (n = 48), azathioprine (n = 3), and leflunomide (n = 1). The main outcomes were: prolonged remission (normalization of clinical and laboratory parameters for at least 6 months) and the number of relapses.

Results: Patients on TCZ_{COMBO} were younger (68.8 ± 8.0 vs 71.2 ± 9.0 years; $p = 0.04$), with a trend to a longer GCA duration (median [IQR], 18.5 [6.25-34.0] vs. 13.0 [7.75-33.5] months; $p = 0.333$), higher C-reactive protein (CRP) levels (2.1 [1-4.7] vs 1.2 [0.2-2.4] mg/dL; $p = 0.003$), and more prevalence of extra-cranial large-vessel vasculitis (LVV) (57% vs. 34.1%; $p = 0.007$). In both groups, rapid and sustained improvement was observed. Despite the longer GCA duration, and the higher CRP levels and prevalence of LVV in the TCZ_{COMBO}, the improvement was similar in both groups at 12 months. Moreover, in the TCZ_{COMBO} group, prolonged remission was significantly higher at 12-month. Relapses and serious adverse events were similar in both groups.

1^η Περίπτωση – Συμπεράσματα

ΕΚΒΑΣΗ

- Ύφεση κλινικής εικόνας
- Χωρίς υποτροπή στο 6μηνο που ακολούθησε

GCA - LVV

- ✓ Προσβολή στο 1/3 των ασθενών με διάγνωση GCA – ισχαιμική συμπτωματολογία
- ✓ Ειδικά στην περίπτωση προσβολής μονήρους άκρου → άτυπη συμπτωματολογία
 - ✓ ↑ επίπτωση καρδιαγγειακών συμβαμάτων
- ✓ ↑ κίνδυνος πολλαπλών υποτροπών
- ✓ **Tocilizumab**: αποτελεσματικότερο στην επαγωγή και διατήρηση της ύφεσης συγκριτικά της μονοθεραπείας με κορτιζόνη



Ευχαριστώ!

