

**Τι διαφοροποιεί τον θεραπευτικό αλγόριθμο στις ΙΦΝΕ;
Πόσο καθοριστική είναι η παρουσία εξωεντερικών εκδηλώσεων;**

**Γιώργος Μπάμιας
Αν. Καθηγητής Γαστρεντερολογίας ΕΚΠΑ,
Νοσοκομείο "Η Σωτηρία"**

Κλινική Περίπτωση

Γυναίκα 35 ετών με συμπτωματολογία απο τριμήνου:

- Κοιλιακός πόνος
- Διάρροιες [2-3 & νυκτερινές]
- Απώλεια βάρους 3kg

Ατομικό ιστορικό:

Ηπια ψωρίαση, χωρίς θεραπεία
Καπνίστρια

Εργαστηριακός έλεγχος:

- CRP 8.5 mg/L [<5];

Ερώτηση:

πρέπει να διερευνηθεί η ασθενής για νόσημα πεπτικού ?

«RED FLAGS» για ΙΦΝΕ



Οικογενειακό
Ιστορικό ΙΦΝΕ



Συμπτώματα



Ιστορικό ή
Ευρήματα



Αναιμία

Μείζονα (1)

- Διάρροια > 4 εβδομάδες
- Κοιλιακός πόνος > 3 μήνες
- Περιπρωκτική νόσος
- Αιματηρές κενώσεις
- Νυκτερινά συμπτώματα

Ελάσσονα (2/3)

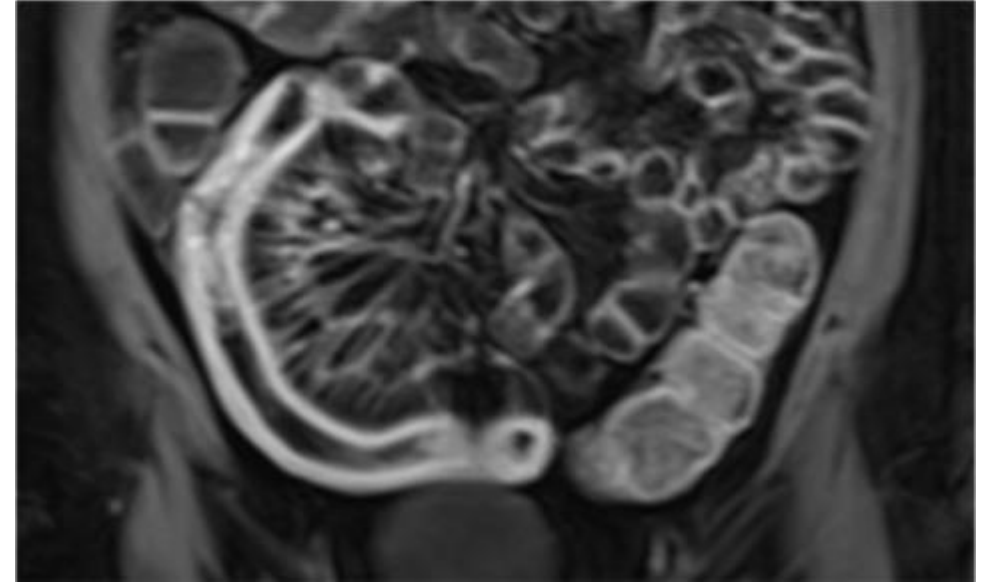
- Απώλεια βάρους (> 5% σε 3 μήνες)
- Στοματικές άφθες
- Αναιμία
- Πυρετός
- Οικογενειακό ιστορικό ΙΦΝΕ

Κλινική Περίπτωση

Καλπροτεκτίνη κοπράνων 824 $\mu\text{g/g}$

Κλινική Περίπτωση

Μαγνητική εντερογραφία



Πάχυνση τοιχώματος τελικού ειλεού μήκους 40 εκ., με επίταση στην χορήγηση σκιαγραφικού και “comb-sign” χωρίς στένωση, συρίγγια ή προσβολή άλλου σημείου στο πεπτικό σωλήνα

Παράγοντες που καθορίζουν το θεραπευτικό πλάνο στις ΙΦΝΕ

Montreal
Βαρύτητα
Διάρκεια
Κλινικό μοτίβο
Εξωαρθρικές

Νόσος

πρόγνωση

Ηλικία
Συν-νοσηρότητα
Κάπνισμα
Τρόπος ζωής
Επιδιώξεις

Ασθενής

αποτελεσματικότητα

ασφάλεια

Θεραπεία

Παράγοντες
Ενδείξεις
Διάρκεια
Ανεπιθύμητες

Αρχική εκτίμηση ασθενή

Activity factors



Episode activity

Prognostic factors



Disease severity

Predictive factors



Response to treatment



Personalized therapeutic plan

Ασθενής υψηλού ρίσκου στα ΙΦΝΕ

Κάπνισμα ❌

Μικρή ηλικία στη διάγνωση ❌

Εντόπιση στον τελικό ειλεό ❌

Στενωτική νόσος στη διάγνωση

Προσβολή «δύσκολων» περιοχών

12/λο

εγγύς λ. έντερο

πρωκτός

Μεγάλο φορτίο φλεγμονής

υψηλή CRP

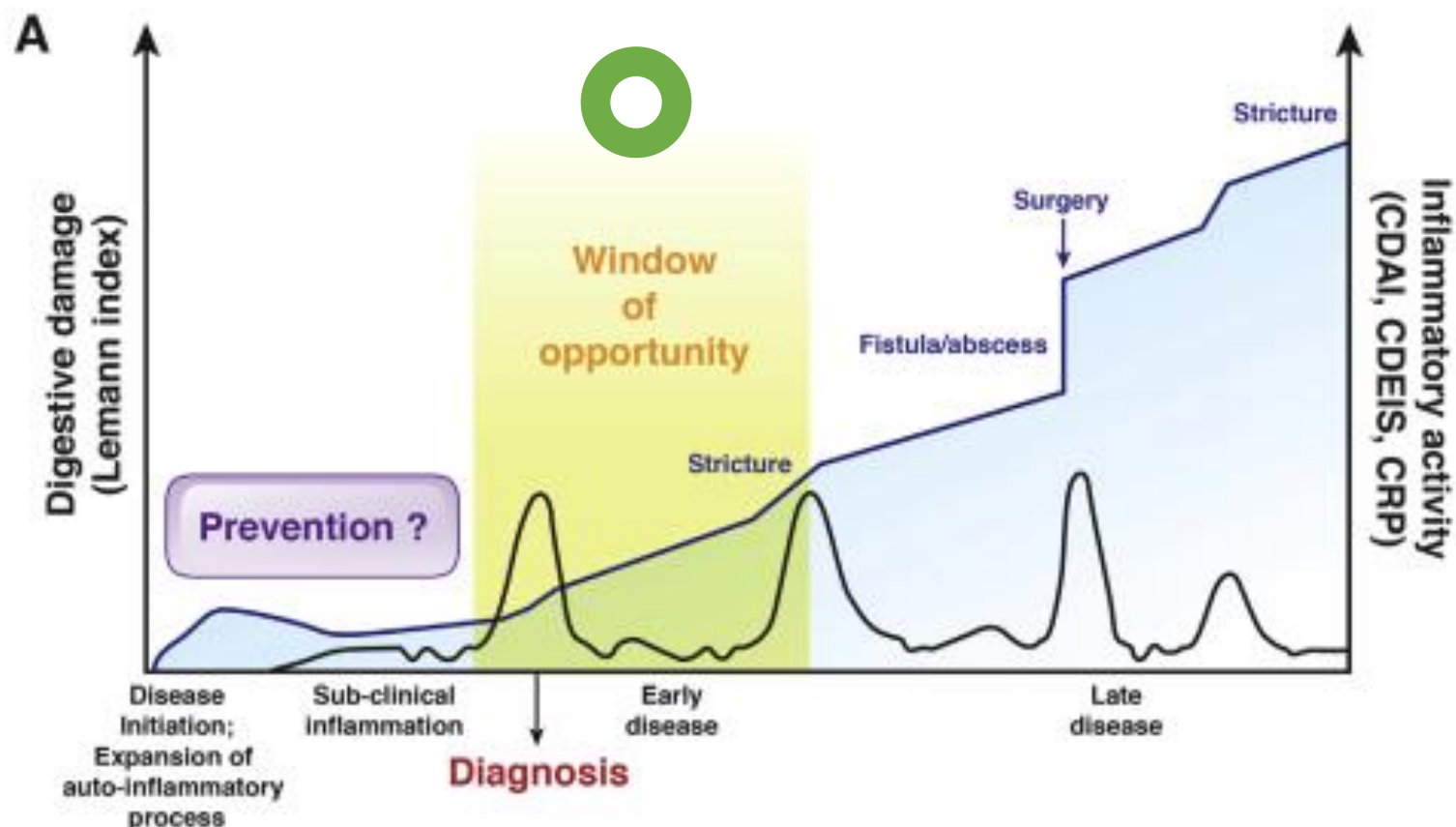
βαθεία έλκη ❌

Χορήγηση στεροειδών

Μικρή ηλικία στη διάγνωση

Εκτεταμένη κολίτις

Βαρειες ενδοσκοπικές βλάβες



ECCO statement 4B

The course of CD may be predicted by clinical factors at diagnosis and/or endoscopic findings. This should be taken into account when determining a therapeutic strategy [EL2]

ECCO statement 5G

Patients who have clinical features suggesting a poor prognosis appear the most suitable for early introduction of immunosuppressive therapy.

Κλινική Περίπτωση

- ❑ Αποφασίζεται η έναρξη κορτικοστεροειδών σε συνδυασμό με

Ερώτηση:

Η ασθενής εκτός από κοιλιακά συμπτώματα αναφέρει επίσης ψωρίαση και προβλήματα απο τις αρθρώσεις.

Αλλάζει το θεραπευτικό πλάνο?

αρθρώσεις των δακτύλων που είναι χειρότερες όταν ξυπνάει το πρωί και τη δυσκολεύουν στις καθημερινές ασχολίες.

Performance of Two Screening Questionnaires for Inflammatory Arthritis in Patients with Inflammatory Bowel Disease

peripheral arthritis questions

1. Do you have joint pain?
2. When waking up in the morning, do you notice stiffness in your joints for a time equal to or greater than 30 minutes?
3. Do you have or have you had any swollen joint?

axial arthritis questions

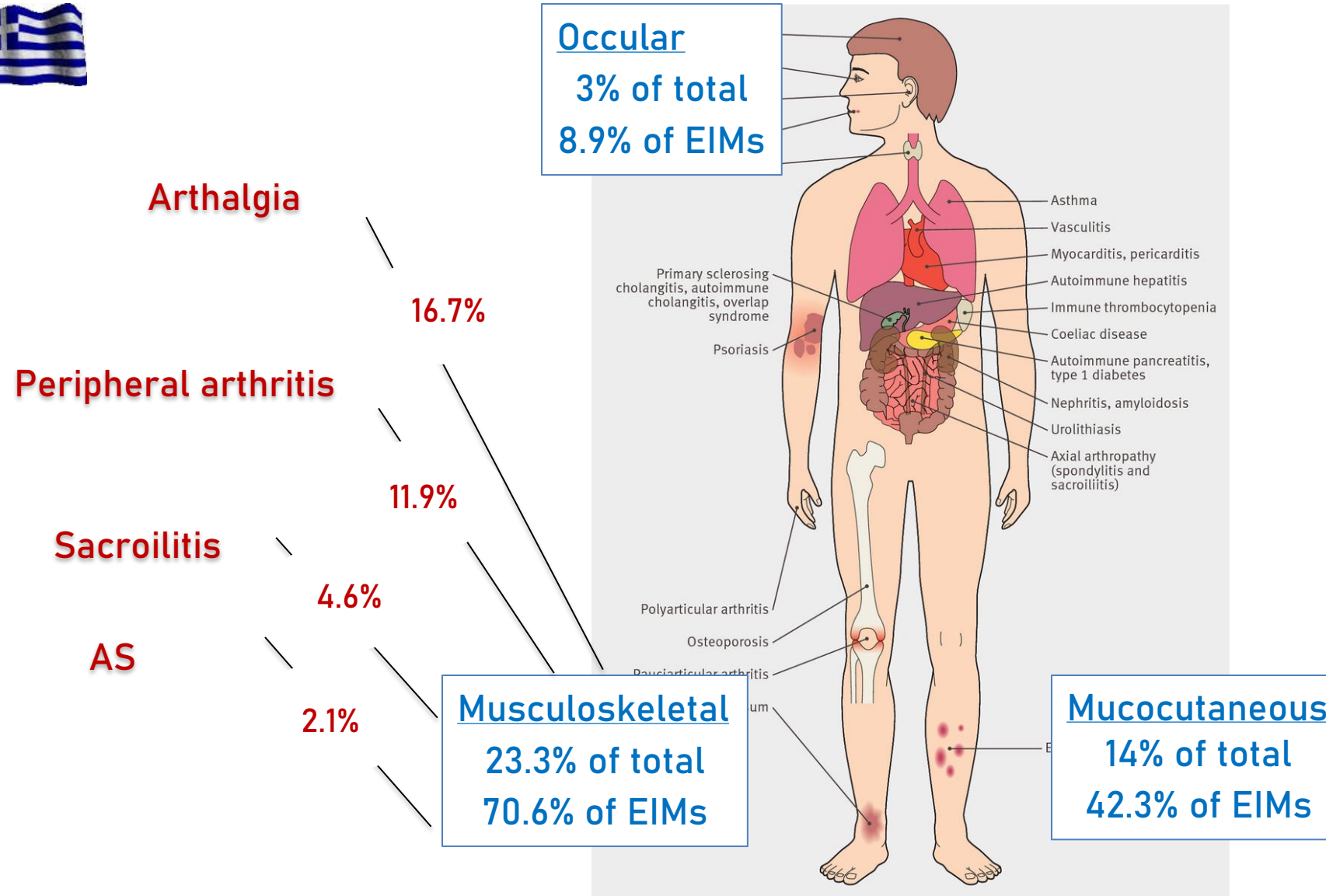
1. Do you have back pain?
2. When waking up in the morning, do you notice stiffness in your back for a time equal to or greater than 30 minutes?
3. Do you have or have you had back pain that wakes you up or interrupts your sleep?

TABLE 2: Reliability parameters of the screening questionnaires.

Parameter	Axial Q versus clinical D	Per. Q versus clinical D	US versus clinical D
Sensitivity	87.5% (67.6–97.3)	82.8% (64.2–94.2)	50.5% (36.4–71.9)
Specificity	89.8% (81.5–92.2)	87.4% (79–93.3)	64.9 (53.2–75.4)
Positive LR	8.6 (4.5–16.2)	6.6 (3.8–11.4)	1.6 (1.1–2.4)

Prevalence and Characteristics of Extra-intestinal Manifestations in a Large Cohort of Greek Patients with Inflammatory Bowel Disease

JCC, 2016, 429–436





Prevalence and Characteristics of Extra-intestinal Manifestations in a Large Cohort of Greek Patients with Inflammatory Bowel Disease

JCC, 2016, 429–436

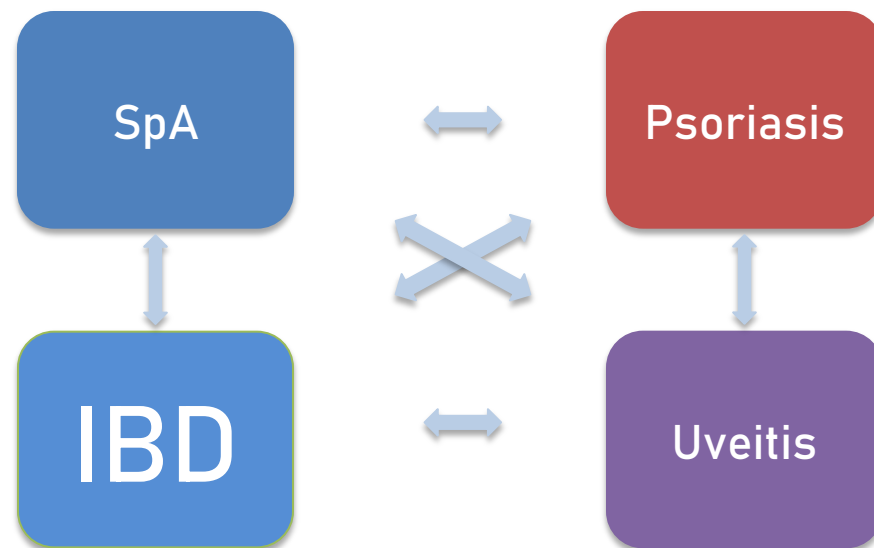
Μοτίβα συνύπαρξης πολλαπλών εξωεντερικών εκδηλώσεων

Table 4. Correlation between different extraintestinal manifestations in inflammatory bowel disease patients.

OR [95% CI] [p-value]	Ankylosing spondylitis	Sacroiliitis	Mucocutaneous EIMs	Erythema nodosum	Ocular EIMs	DVT
Arthritic EIMs			0.1 [0.1–0.2] [< 0.0001]	2.6 [1.6–4.4] [< 0.0001]		0.2 [0.1–0.7] [0.009]
Peripheral arthritis	0.3 [0.1–0.6] [0.001]	0.4 [0.2–0.6] [< 0.0001]		0.4 [0.2–0.7] [0.007]		
Ankylosing spondylitis			0.2 [0.1–0.7] [0.005]		3.8 [1.6–8.7] [0.004]	
Mucocutaneous EIMs						

CI, confidence interval; DVT, deep vein thrombosis; EIMs, extra-intestinal manifestations; OR, odds ratio. Bold: significant positive associations.

Chronic immune
diseases cluster



Κλινική Περίπτωση

Ερώτηση:

Μπορεί ο ασθενής με ΙΦΝΕ να παρει ΜΣΑΦ για το πόνο από τις αρθρώσεις ?

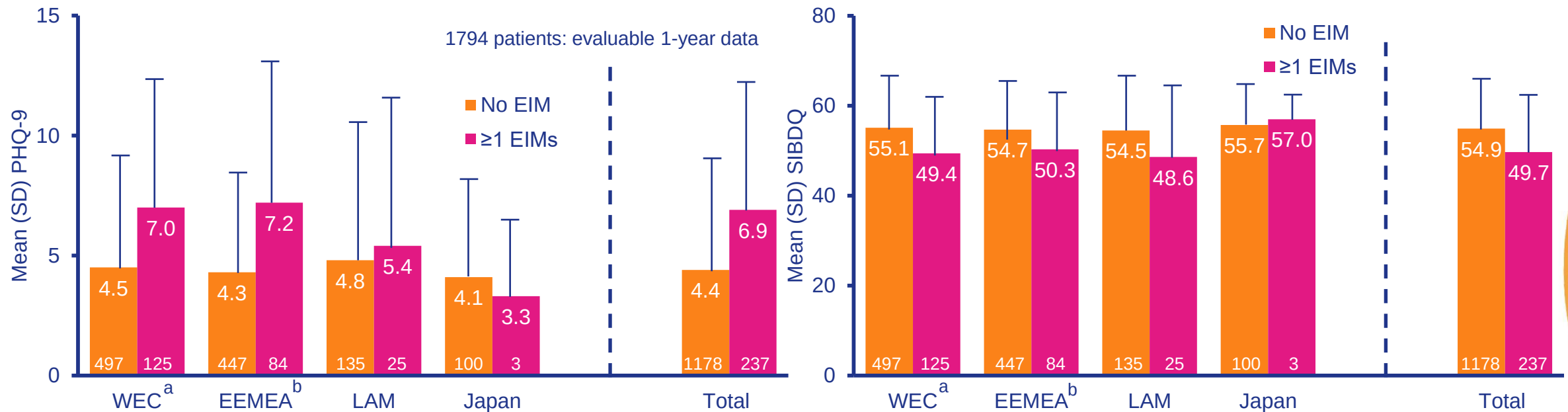
- ☐ Στη προγραμματισμένη επίσκεψη για την έναρξη θεραπείας η ασθενής

Ερώτηση:

Πρέπει/μπορεί να δοθεί μεθοτρεξάτη αντι αζαθειοπρίνης λόγω της ύπαρξης μυοσκελετικών εκδηλώσεων ?

Η παρουσία εξωεντερικών εκδηλώσεων σε ασθενείς με ΙΦΝΕ σχετίζεται με χειρότερη ποιότητα ζωής

Mean (SD) PHQ-9 and SIBDQ scores over 1 year by presence of EIMs and geographic region



Patients with UC with ≥ 1 EIM had:

- Higher PHQ-9 depression scores over Year 1 vs patients with no EIMs
- Lower SIBDQ score (ie poorer physical, social, and emotional status) over Year 1 vs patients with no EIMs

Χρήση ΜΣΑΦ στις θεραπευτικές οδηγίες των ΙΦΝΕ

ECCO Statement 2F

Treatment of underlying gut inflammation is often sufficient to treat **peripheral arthritis** [EL2], although short-term **NSAIDs** or **local steroid injection** provide symptomatic relief [EL4]. Short-term oral corticosteroids are effective [EL 3], but should be discontinued as soon as practicable.

In persistent arthritis, sulfasalazine [EL2] and methotrexate [EL4] may have a role. Anti-TNF therapy is appropriate and effective in resistant cases [EL2]

Η χρήση NSAIDs ως προδιαθεσικός παράγοντας για εκδήλωση ΙΦΝΕ

Incident CD and UC between 1990 and 2008 (outcome)
and NSAID and aspirin use (exposure)

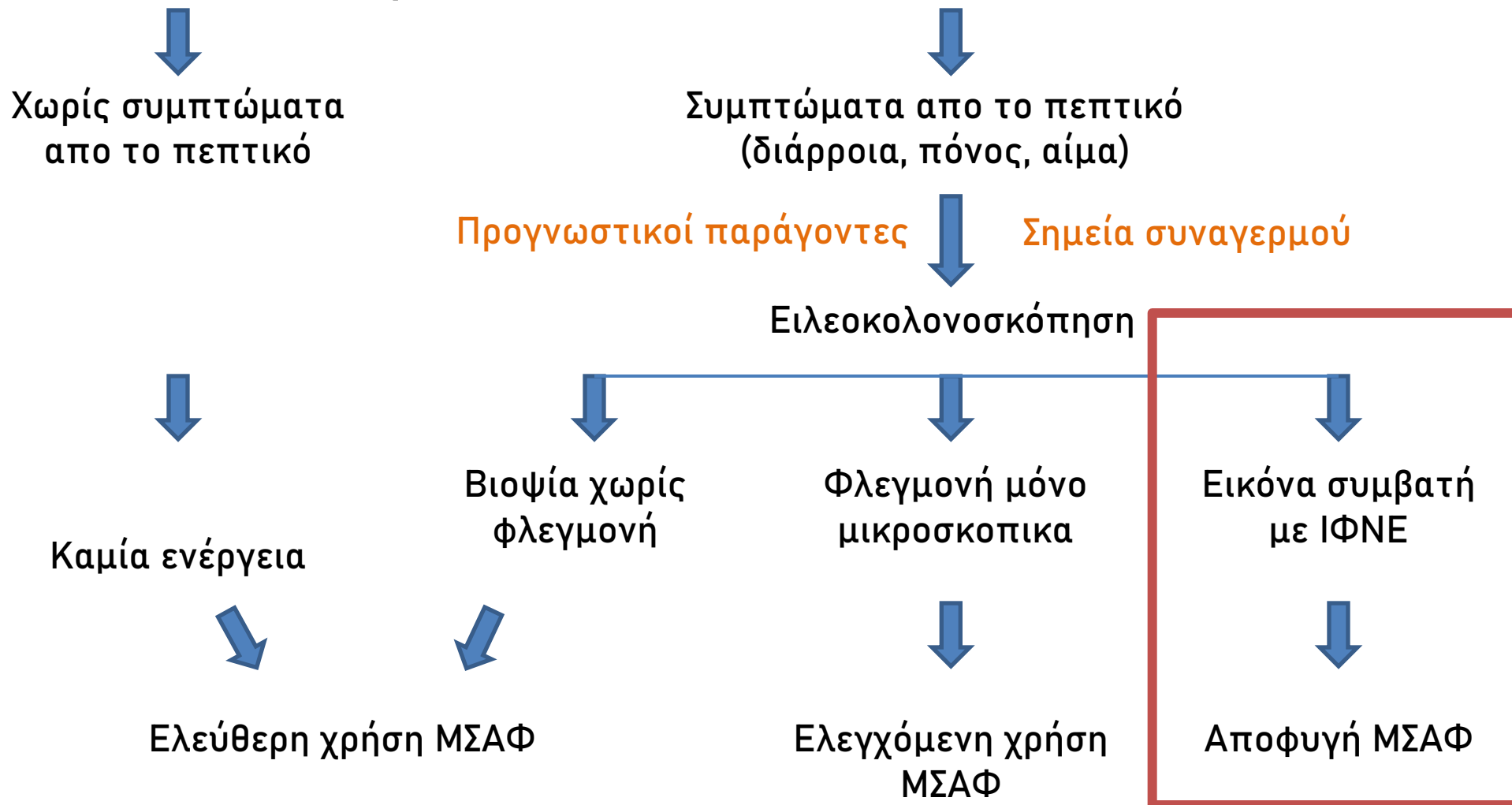
*Table 3. Risk for CD and UC, by Weekly Dose of NSAID and Aspirin Use**

Variable	0 tablets/wk	0.5–1.5 tablets/wk	2–5 tablets/wk	>5 tablets/wk
NSAIDs				
Person-years of follow-up	600 068	314 140	198 903	182 207
CD				
Cases, <i>n</i>	48	25	24	26
Age-adjusted incidence, <i>n</i> †	8	8	12	14‡
Age-adjusted HR (95% CI)	1.00 (reference)	1.13 (0.69–1.86)	1.72 (1.04–2.84)	1.78 (1.10–2.89)
Multivariate HR (95% CI)§	1.00 (reference)	1.09 (0.66–1.80)	1.68 (1.02–2.78)	1.71 (1.05–2.77)
UC				
Cases, <i>n</i>	47	23	20	27
Age-adjusted incidence, <i>n</i> †	8	7	10	15‡
Age-adjusted HR (95% CI)	1.00 (reference)	1.03 (0.62–1.71)	1.38 (0.81–2.36)	1.90 (1.18–3.07)
Multivariate HR (95% CI)§	1.00 (reference)	1.00 (0.60–1.66)	1.30 (0.76–2.21)	1.78 (1.10–2.89)

Νεότερα ΜΣΑΦ έχουν μικρότερη τοξικότητα στην ΙΦΝΕ

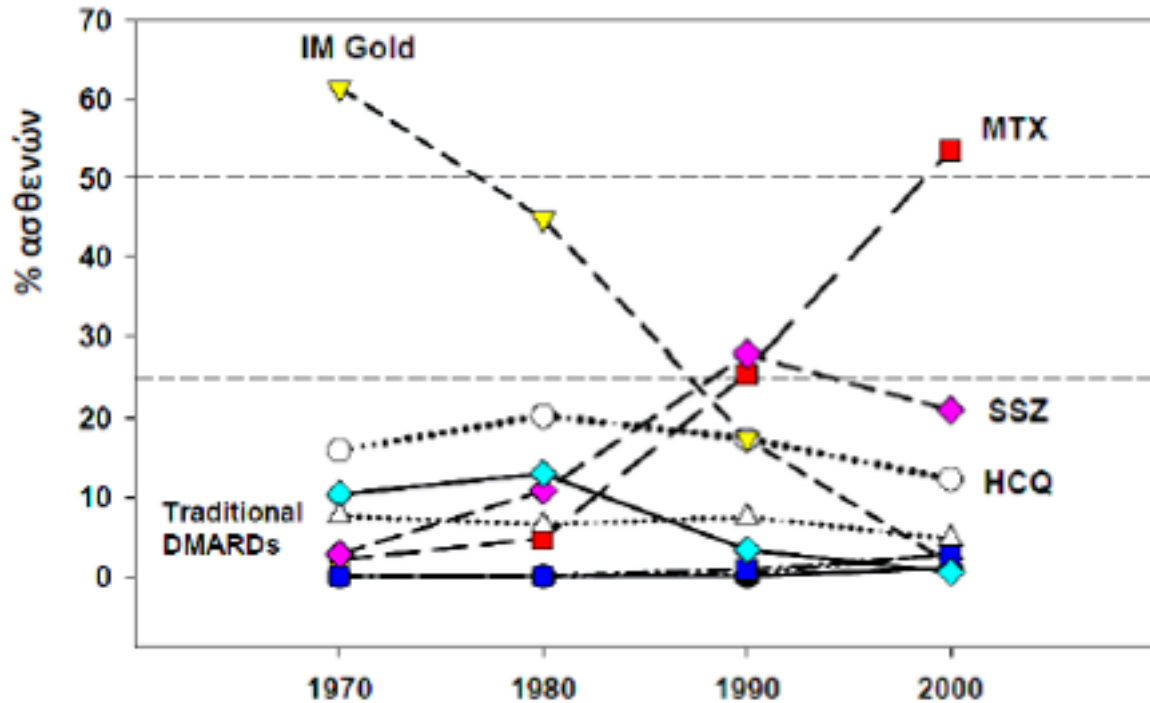
Χρήση ΜΣΑΦ στην ΑΣ σε σχέση με την ύπαρξη ΙΦΝΕ

Ασθενείς με ΑΣ που πρόκειται να λάβουν
(μεγάλες δόσεις) ΜΣΑΦ

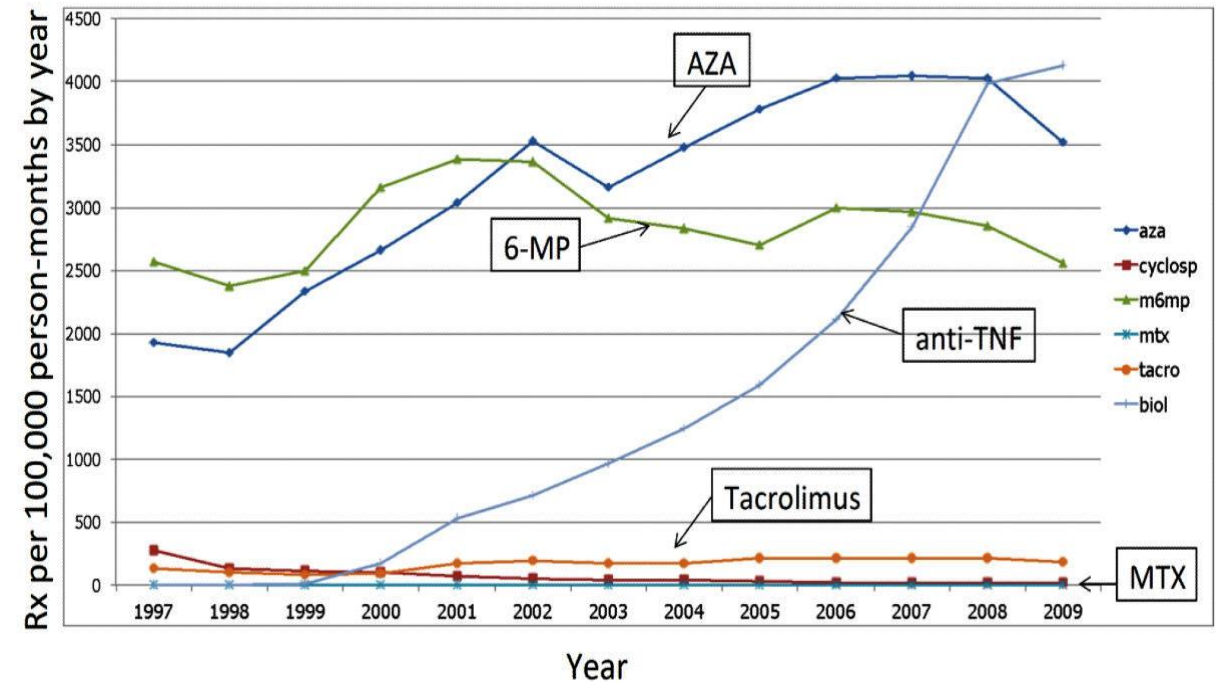


Μεθοτρεξάτη: Ενα ανοσολογικό “παράδοξο”

Η Μεθοτρεξάτη στη Ρευματοειδή αρθρίτιδα

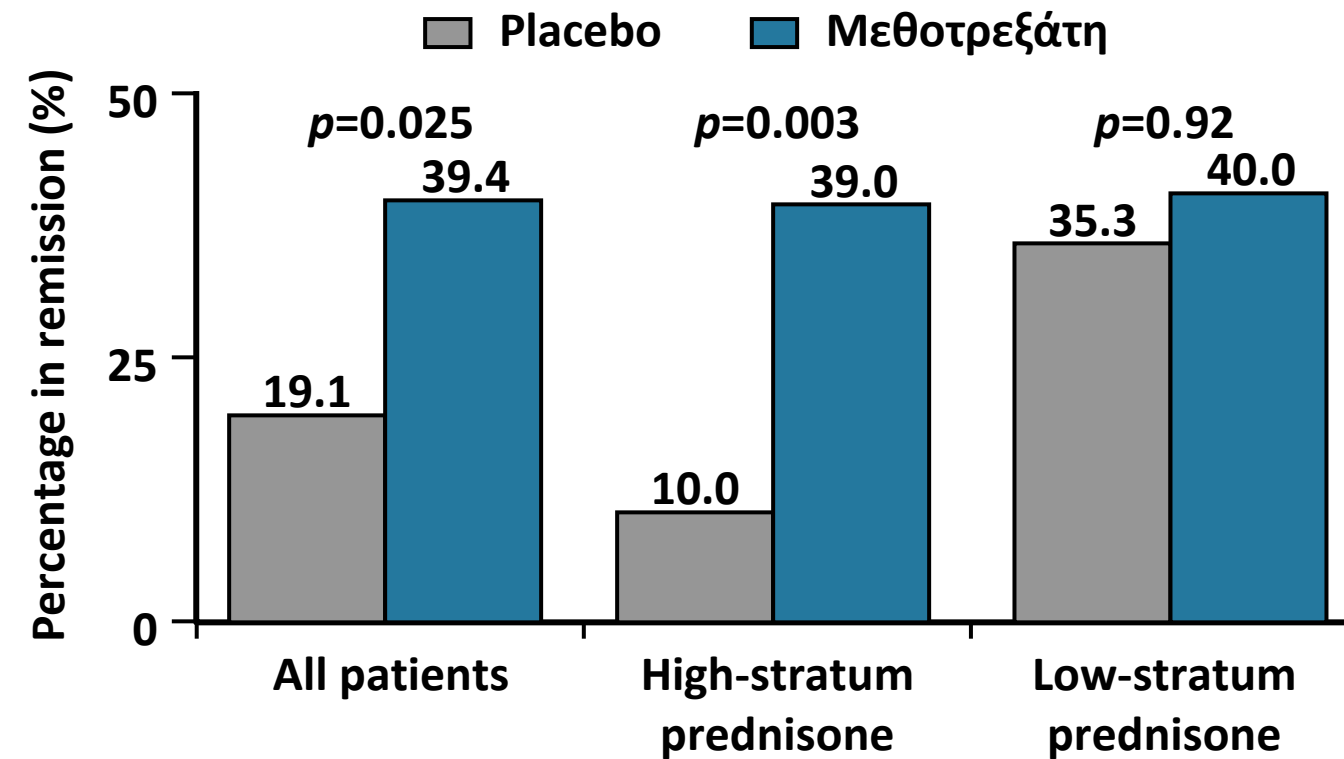


Η Μεθοτρεξάτη στα ΙΦΝΕ

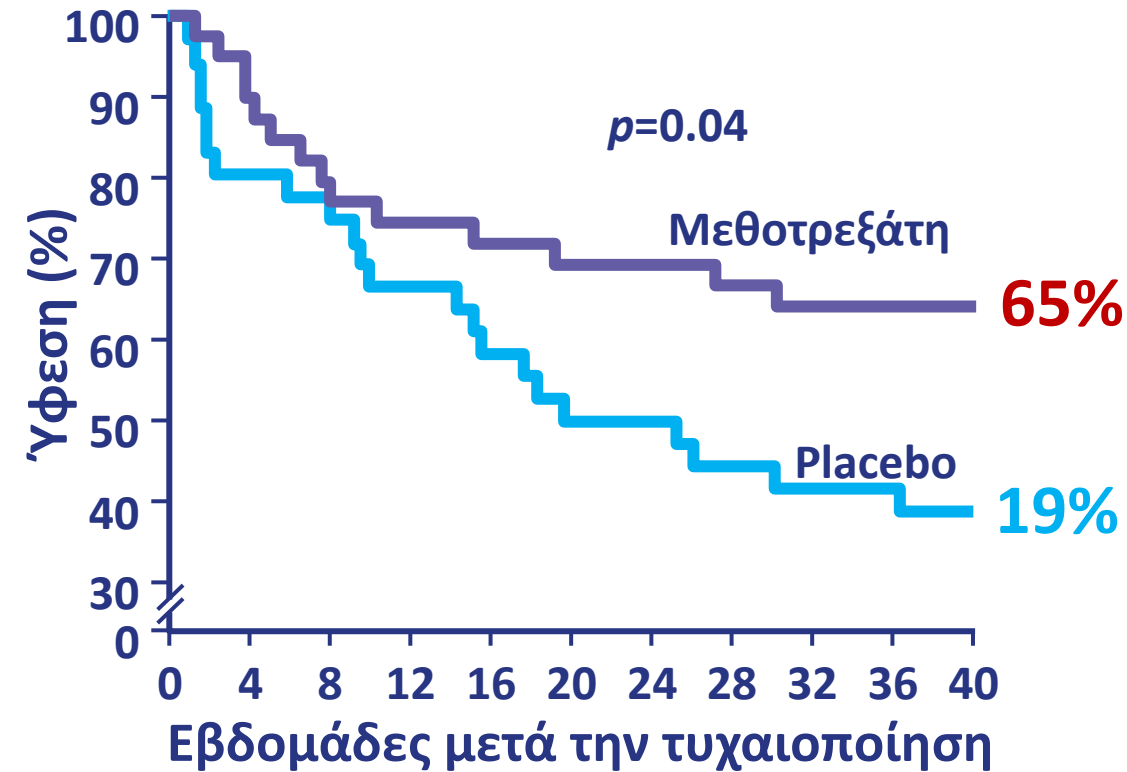


Η Μεθοτρεξάτη είναι αποτελεσματική σαν θεραπεία εφόδου και συντήρησης στην κορτικο-εξαρτώμενη ν. Crohn

Θεραπεία εφόδου



Θεραπεία συντήρησης

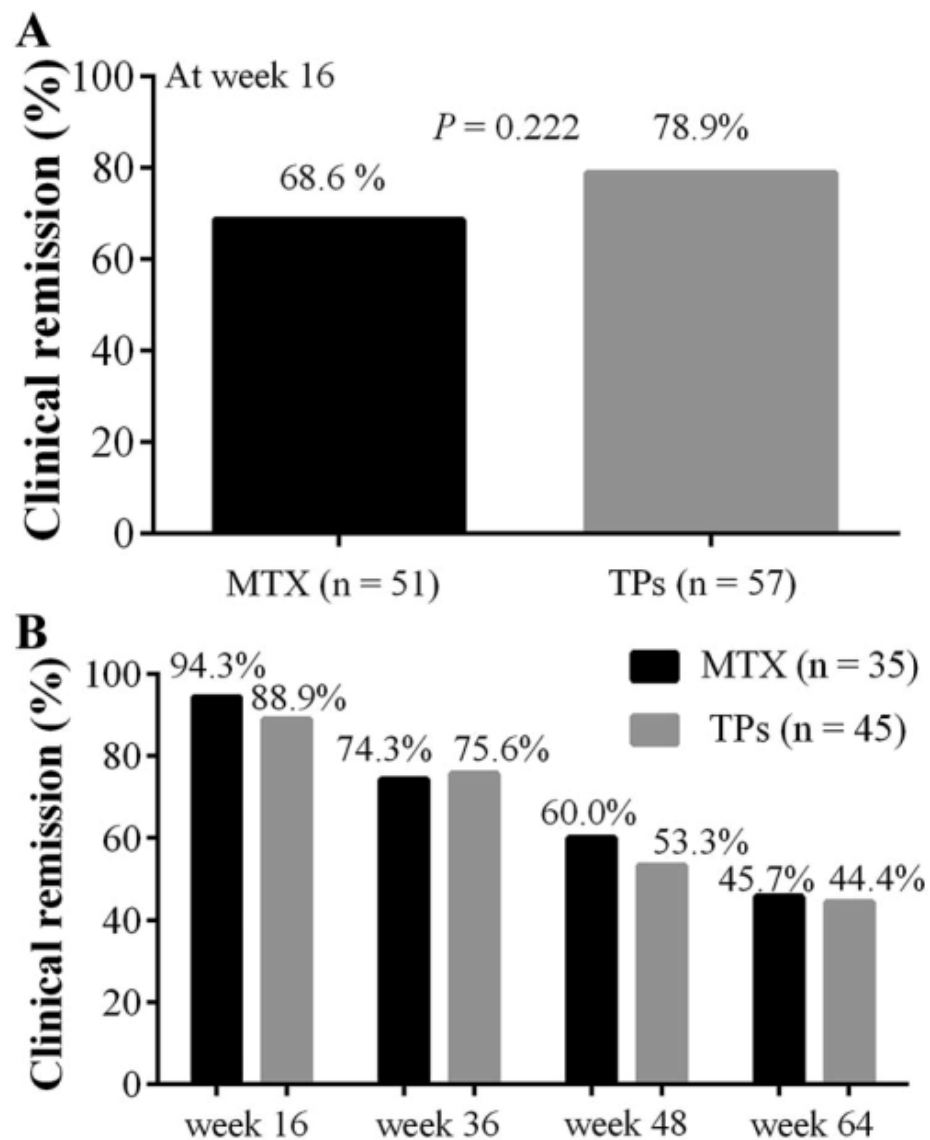


Θειοπουρίνες η μεθοτρεξάτη

51 patients MTX (20 mg/wk, subcutaneous)
vs.
57 patients azathioprine (2 mg/kg*) or
mercaptopurine (1 mg/kg*)

Conclusions:

MTX is effective in inducing and maintaining CR and achieving mucosal healing in patients with refractory Crohn's disease, and its efficacy is comparable to that of TPs for naive patients.



Η μεθοτρεξάτη ενσωματώνεται στις θεραπευτικές οδηγίες των ΙΦΝΕ

ECCO statement 6A

After the first presentation if remission has been achieved with systemic steroids, a thiopurine [EL1] **or methotrexate** [EL3] should be considered.

ECCO statement 6D

Immunosuppressive naïve patients who are dependent on corticosteroids should be treated with a thiopurine [EL1] **or methotrexate** [EL2] or anti-TNF based strategy [EL1].

Σενάρια στα οποία η μεθοτρεξάτη υπερέχει σαφώς των θειοπουρινών

- EBV (-)
- Νέοι άνδρες, παιδιά
- TPMT ομοζυγώτες
- Μη συμμόρφωση σε थे
- Αρθροπάθεια ★
- Ιστορικό κακοήθειας
- Ηλικιωμένοι;

ECCO Statement 2F

Treatment of underlying gut inflammation is often sufficient to treat **peripheral arthritis** [EL2], although short-term NSAIDs or local steroid injection provide symptomatic relief [EL4]. Short-term oral corticosteroids are effective [EL 3], but should be discontinued as soon as practicable.

In persistent arthritis, sulfasalazine [EL2] and **methotrexate** [EL4] may have a role. Anti-TNF therapy is appropriate and effective in resistant cases [EL2]

Κλινική Περίπτωση

- ❑ η ασθενής ξεκινάει αγωγή με κορτικοστεροειδές και MTX 25 mg/wk
- ❑ Η ασθενής ανταποκρίνεται αρχικά αλλά έξι μήνες μετά τη διακοπή των στεροειδών υποτροπιάζουν οι διάρροιες και ο κοιλιακός πόνος, αυξάνεται η CRP και η καλπροτεκτίνη κοπράνων, ενώ τα προβλήματα από τις αρθρώσεις δεν είναι σημαντικά

What the ECCO Guidelines on Therapeutics in Crohn's Disease propose?

Induction of remission

Recommendation 1.5. ECCO CD Treatment GL [2019]

We recommend the use of TNF inhibitors [infliximab, adalimumab, and certolizumab pegol] to induce remis-

Maintenance of remission

Recommendation 2.5. ECCO CD Treatment GL [2019]

In patients with Crohn's disease who achieved remission

Ερώτηση:

Ποια είναι η θεραπεία δεύτερης γραμμής σε ασθενή με ΙΦΝΕ και συνύπαρξη ψωρίασης και αρθρίτιδας ?

Recommendation 1.9. ECCO CD Treatment GL [2019]

We recommend vedolizumab for induction of response and remission in patients with moderate-to-severe Crohn's disease with inadequate response to conventional therapy and/or to anti-TNF therapy [strong recommendation, moderate-quality evidence].

VEDOLIZUMAB

Recommendation 2.6. ECCO CD Treatment GL [2019]

We recommend vedolizumab for maintaining clinical remission in patients with moderate-to-severe Crohn's disease who achieved remission with vedolizumab [strong recommendation, moderate-quality evidence].

PERIPHERAL ARTHROPATHY IN IBD^{1,2}



Type 1 (Pauciarticular)

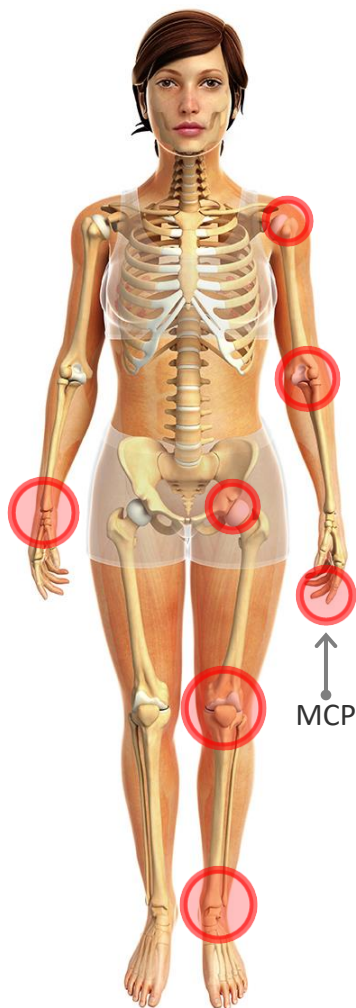
<5 joints, mainly large

Asymmetric involvement

Course parallels IBD activity

Self-limiting episodes
can last up to 10 weeks

Associated with EIMs



Type 1
~35%

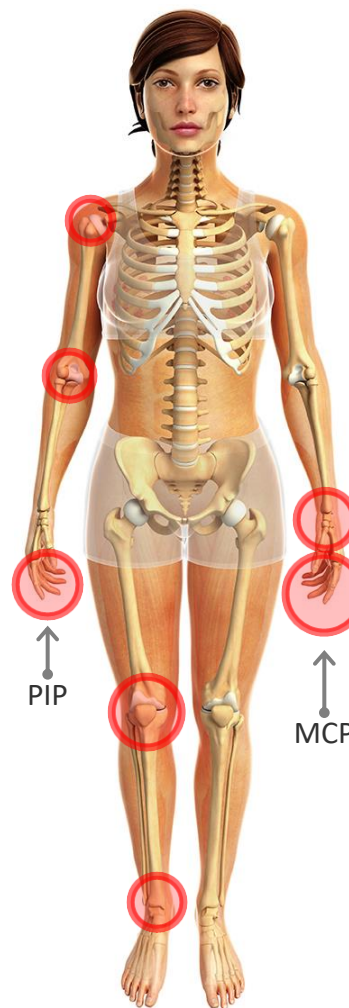
Occurrence
in UC¹

Type 2
~24%

Type 1
~29%

Occurrence
in CD¹

Type 2
~20%



Type 2 (Polyarticular)

5+ joints, mainly small

Symmetric or asymmetric;
may be erosive

Course independent
of IBD activity

Persistent inflammation
lasting months or years

Associated only with uveitis

MCP=metacarpophalangeal joint. PIP=proximal interphalangeal joint.

1. Vavricka SR, et al. *Inflamm Bowel Dis*. 2015;21(8):1982-1992. 2. Levine JS, Burakoff R. *Gastroenterol Hepatol (N Y)*. 2011;7(4):235-241.

AXIAL ARTHROPATHIES IN IBD¹⁻³



Sacroiliitis

Affects up to 25% of patients with IBD

Often symmetrical and asymptomatic

AS

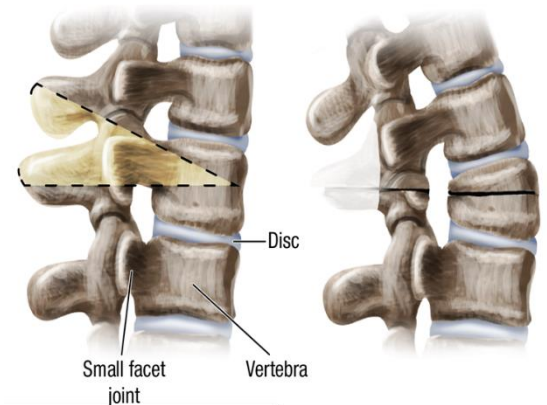
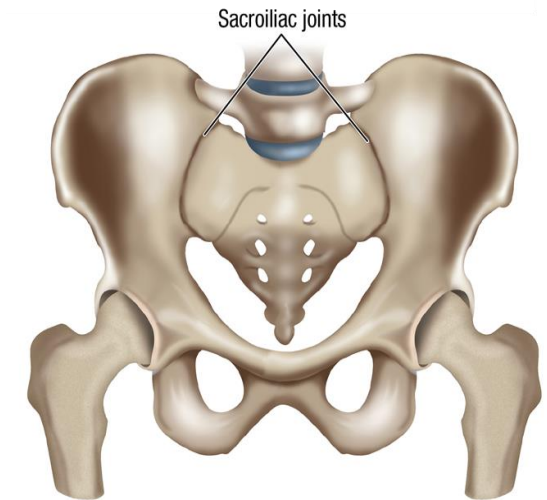
Affects approximately 3-12% of patients with IBD

More common in males than females

Patients present with chronic back or buttock pain, which is worse in the morning or after rest

Spinal pain often felt moving lumbar to cervical

Limited spinal flexion and reduced chest expansion may occur



1. Vavricka SR, et al. *Inflamm Bowel Dis*. 2015;21(8):1982-1992. 2. Levine JS, Burakoff R. *Gastroenterol Hepatol (N Y)*. 2011;7(4):235-241. 3. Friedman S, Blumberg RS. In: Kasper D, et al, eds. *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 19th ed. 2015:1947-1964.

	Ρευματολογία/δερματολογία		Γαστρεντερολογία	
<i>Anti-TNF</i>	infliximab ® and bio- adalimumab ® and bio- golimumab certolizumab pegol Etanercept® and bio-	O X	infliximab ® and bio- adalimumab ® and bio- Golimumab certolizumab pegol Αναποτελεσματικό στις ΙΦΝΕ	UC & CD UC & CD UC CD
<i>Anti-p40 (IL-12/IL-23)</i>	Ustekinumab	O	Ustekinumab	UC & CD
<i>Anti-IL-17A</i>	Secukinumab Ixekizumab	X	Αντενδείκνυται στις ΙΦΝΕ	
<i>Anti-IL-6R</i>	Tocilizumab Sarilumab	X	Πιθανά επιβλαβές στις ΙΦΝΕ	
<i>Jak inhibitor</i>	tofacitinib	X	Tofacitinib	UC
<i>Anti-CD20</i>	Rituximab	X	Αναποτελεσματικό στις ΙΦΝΕ	
<i>IgG1 Fc-CTL4A</i>	Abatacept	X	Αναποτελεσματικό/επιβλαβές στις ΙΦΝΕ	
<i>Anti-integrins</i>	Δεν χορηγείται	X	Vedolizumab Natalizumab	UC & CD CD

Κλινική Περίπτωση

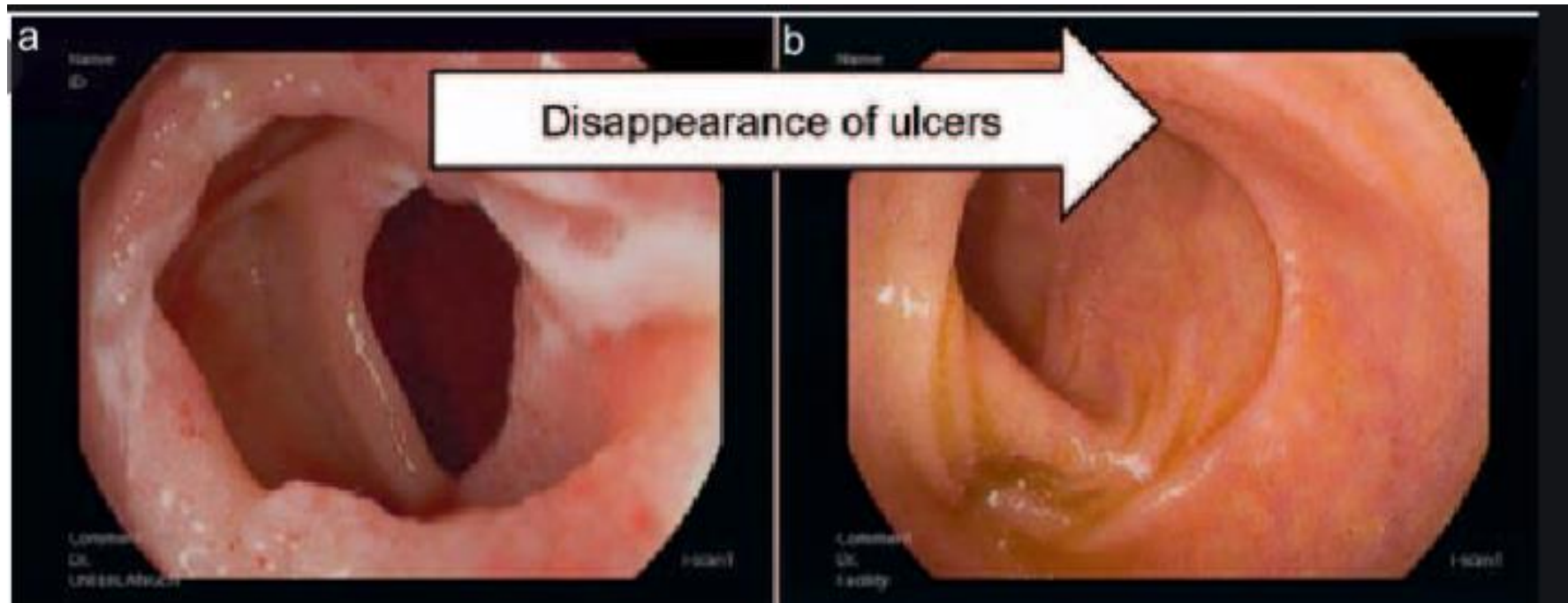
- ☐ Η ασθενής αρχίζει θεραπεία με αντι-TNF μονοκλωνικό αντίσωμα.
 - ☐ Διατηρείται η συγχορήγηση MTX επί ένα έτος για ελάττωση ανοσογονικότητας έναντι του βιολογικού φαρμάκου.
-

Η δοσολογία των βιολογικών φαρμάκων διαφέρει μεταξύ ρευματολογικών, και δερματολογικών παθήσεων και ΙΦΝΕ

	Ρευματολογία/δερματολογία	Γαστρεντερολογία
infliximab	<u>RA</u>: 3 (→7,5) mg/kg* 0-2-6 wks <u>AS, PsA</u>: 5 mg/kg* 0-2-6 wks	5 mg/kg* 0-2-6 wks & 5 mg/kg* every 8 wks
adalimumab	40 mg every 2 wks	160 mg→80mg→40 mg 0-2-4-wks & 40 mg every 2 wks
golimumab	50 mg every 4 wks , (or 100 mg every 4 wks if > 100kg)	200 mg→100mg→40 mg 0-2-6-wks & 50 mg every 4 wks (< 80kg) or 100 mg every 4 wks (> 80kg)
Ustekinumab	45mg s.c.: 0-4 wks, then every 12 wks (or 90mg doses if > 100 kg)	6mg/kg* i.v. →90mg s.c wk8 & 90 mg every 8-12 wks s.c
Tofacitinib	5 mg bid	10 mg bid for 8 wks & 5 mg bid

Κλινική Περίπτωση

Ενα χρόνο μετά, η ασθενής είναι σε πλήρη κλινική και εργαστηριακή ύφεση (καλπροτεκτίνη κοπράνων = 75 $\mu\text{g/g}$) και παρουσιάζει ενδοσκοπική επούλωση



□ Εμφάνιση δερματολογικής βλάβης τριχωτού κεφαλής

false tinea amiantacea



Εμφάνιση δερματολογικής βλάβης σε ασθενή με ΙΦΝΕ

Άμεση συσχέτιση

Σχετιζόμενη με ενεργότητα ΙΦΝΕ

Οζώδες ερυθημα



Ανεξάρτητη από ενεργότητα ΙΦΝΕ

Γαγγραινώδες
πυόδερμα



Ομοια με ΙΦΝΕ

Κατά συνέχεια ιστού
Μεταστατική

Συνύπαρξη

Δερματικές
ανοσολογικές παθήσεις

Ψωρίαση



Λεύκη



Επιπλοκή

θρόμβωση



Φαρμακευτική τοξικότητα

Ψωριασικόμορφο
Φλυκταίνωση
αγγειίτιδα



Διαφορική διάγνωση νέου εξανθήματος σε ασθενή με ΙΦΝΕ που λαμβάνει θεραπεία με αντι-TNF

Spanish registry of biological therapies

Exposure to anti-TNF: **17,329 person-years**



Ρίσκο για ανεπιθύμητη δερματολογική εκδήλωση
53/1000 person-years



Λοιμώξεις
28/1000 p-y

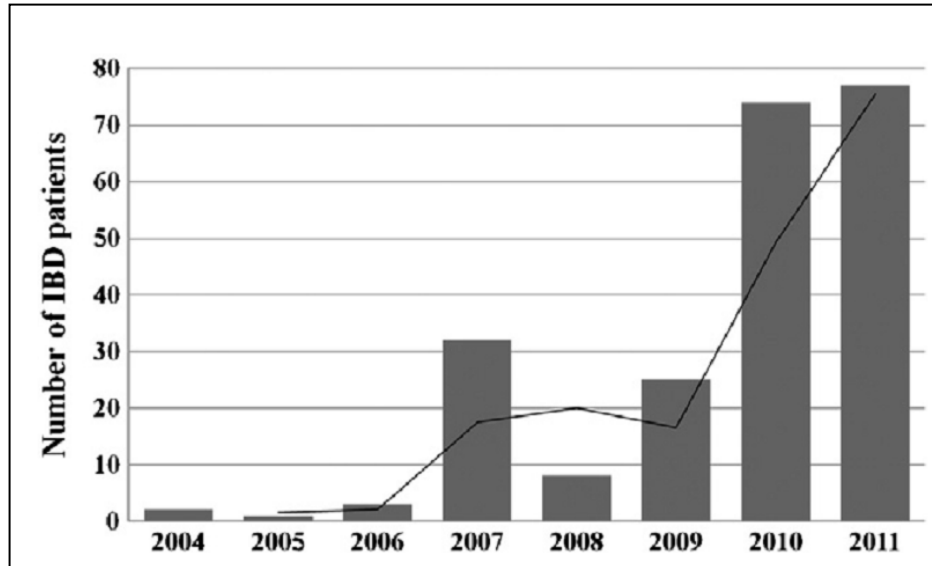


Αυτοάνοση
δερματοπάθεια
5/1000 p-y



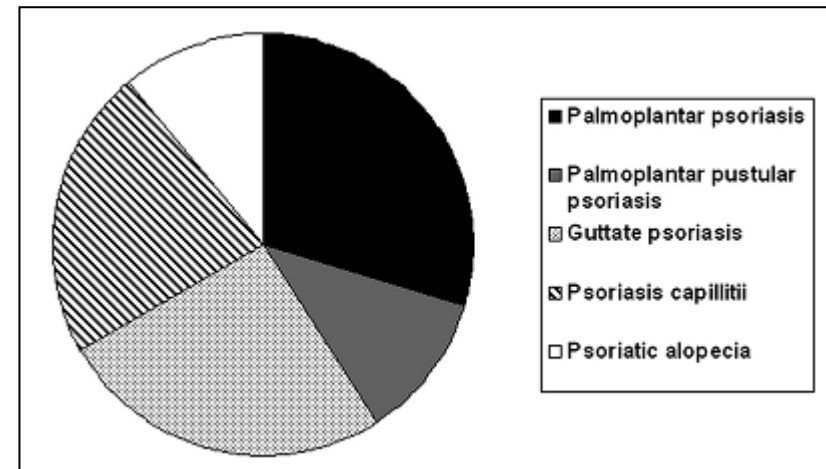
Νεοπλάσματα
3/1000 p-y

Ψωριασικές βλάβες σε ασθενείς με ΙΦΝΕ που λαμβάνουν θεραπεία με αντι-TNF παράγοντες



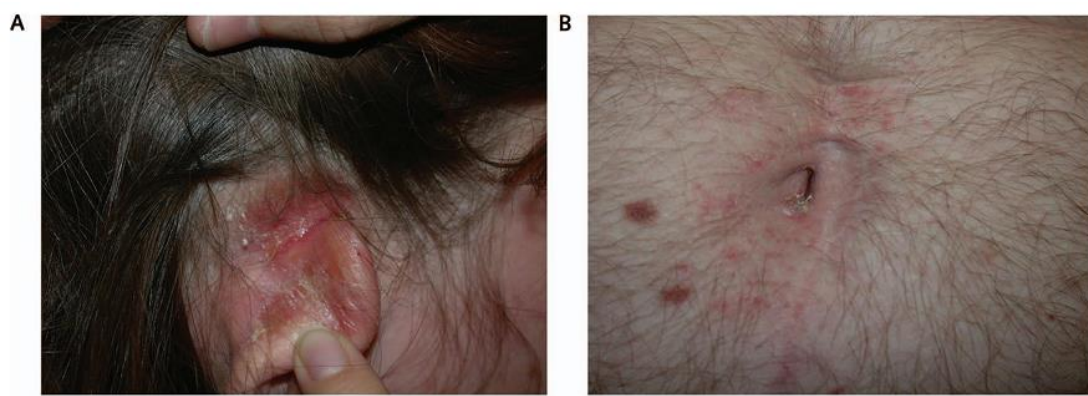
**Διαρκής αύξηση των
περιπτώσεων**

CD/UC	78/11 (%)
F/M ratio	1,3
Ηλικία (διάμεση)	26.5 (8-54)
Infliximab	69.37 %
Adalimumab	22.52 %
Certolizumab	2.70 %



**Όλοι οι τύποι δερματικών
βλαβών ψωρίασης**

Εξανθήματα σχετιζόμενα με τη χορήγηση αντι-TNF



Eczema



Palmoplantar
pustulosis



Psoriasis

Κλινική Περίπτωση

Ασθενής που αναπτύσσει εξάνθημα υπό αντι-TNF θεραπεία



Ερώτηση:

Ποιές είναι οι θεραπευτικές επιλογές μετα απο αποτυχία/δυσανεξία αντι-TNF παραγόντων σε ασθενή με ΙΦΝΕ και εξωεντερικές εκδηλώσεις απο το μυοσκελετικό και δέρμα ?

Αλλαγή σε
άλλο αντι-TNF

Αλλαγή σε
vedolizumab

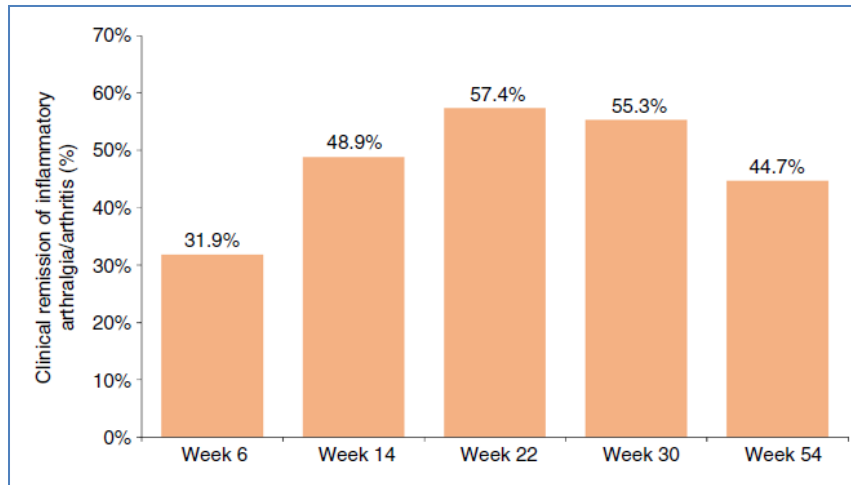
Αλλαγή σε
ustekinumab

Recommendation 1.10. ECCO CD Treatment GL [2019]

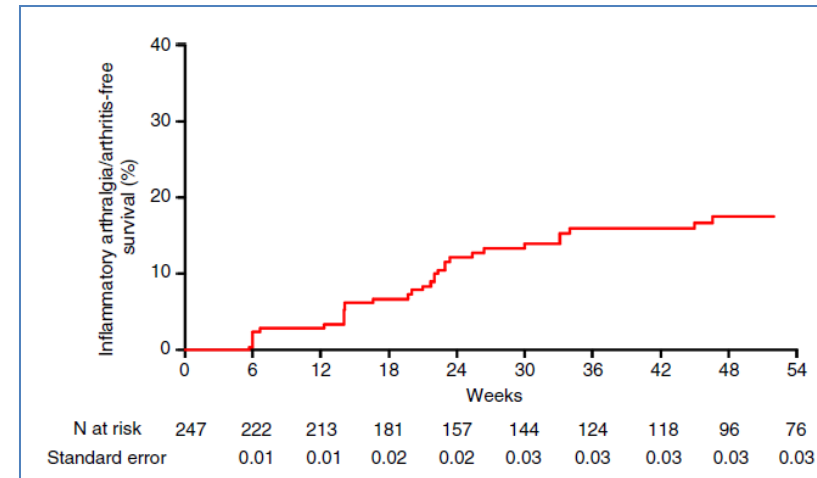
We equally suggest the use of either ustekinumab or vedolizumab for the treatment of moderate-to-severe active luminal Crohn's disease in patients who have previously failed anti-TNF therapy [weak recommendation, very low-quality evidence].

Πρωτοεμφάνιση ανοσολογικών φαινομένων μετά την έναρξη βιολογικού παράγοντα

Impact of vedolizumab therapy on extra-intestinal manifestations in patients with inflammatory bowel disease: a multicentre cohort study nested in the OBSERV-IBD cohort



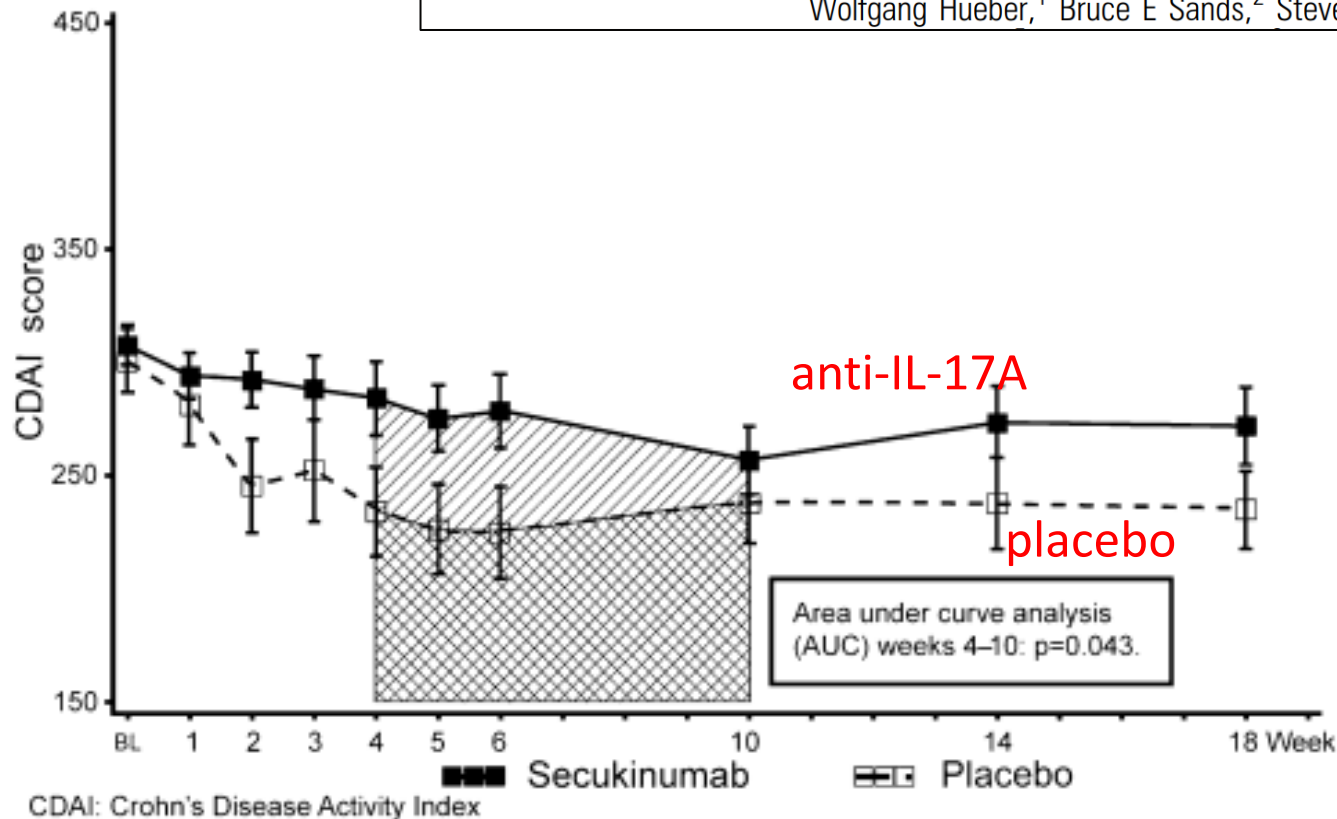
Κλινική ύφεση σε ασθενείς με φλεγμονώδη αρθραλγίας/αρθρίτιδας πριν τη χορήγηση vedolizumab



Πρωτοεμφάνιση φλεγμονώδους αρθραλγίας/αρθρίτιδας μετά τη χορήγηση vedolizumab

Secukinumab, a human anti-IL-17A monoclonal antibody, for moderate to severe Crohn's disease: unexpected results of a randomised, double-blind placebo-controlled trial

Wolfgang Hueber,¹ Bruce E Sands,² Steve Lewitzky,³ Marc Vandemeulebroecke,⁴



Η χορήγηση του μονοκλωνικού αντισώματος έναντι της IL-17A είχε κατώτερη αποτελεσματικότητα από το εικονικό φάρμακο και συνδυάστηκε με πολύ αυξημένο αριθμό λοιμώξεων

CLINICAL SCIENCE

Incidence rates of inflammatory bowel disease in patients with psoriasis, psoriatic arthritis and ankylosing spondylitis treated with secukinumab: a retrospective analysis of pooled data from 21 clinical trials

Φλεγμονώδης εντερική νόσος επί Secukinumab

Table 5 Incidence of CD and UC in the short-term placebo-controlled treatment period

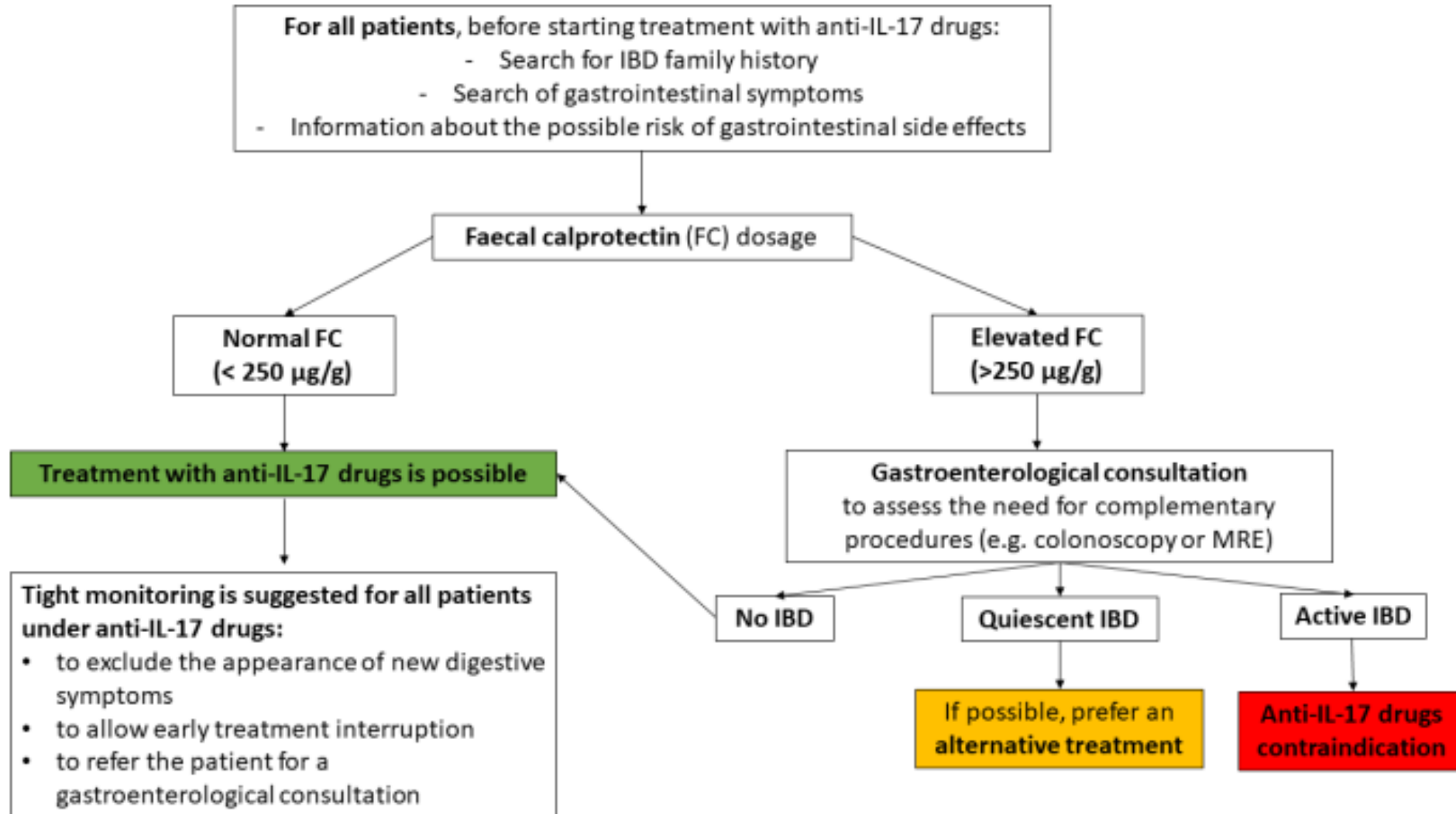
	PsO studies (Week 12)		PsA studies (Week 16)		AS studies (Week 16)	
	Any secukinumab (n=2877)	Placebo (n=793)	Any secukinumab (n=703)	Placebo (n=300)	Any secukinumab (n=394)	Placebo (n=196)
Median exposure (min–max), days	84 (1–223)	84 (1–127)	112 (8–226)	112 (28–156)	112 (8–195)	112 (1–176)
CD, n (%)	1 (0.03)	0	0	1 (0.3)	2 (0.5)	0
UC, n (%)	1 (0.03)	0	0	1 (0.3)	1 (0.3)	0

Table 6 Reporting rates for IBD in postmarketing experience from the secukinumab periodic safety update report

	PSUR date					
	26 December 2014–25 June 2015	26 June 2015–25 December 2015	25 December 2015–25 June 2016	25 June 2016–25 December 2016	25 December 2016–25 June 2017	Cumulative rate
Cases (n)	4	12	37	46	93	195
Exposure (PY)	1838	7450	16 871	28 549	41 346	96 054
Reporting rate (per 100 PY)	0.22	0.16	0.22	0.16	0.22	0.20

IBD, inflammatory bowel disease; PSUR, periodic safety update reports; PY, patient-years.

Κλινική σημασία τοξικότητας των αντι-IL-17 θεραπειών στο πεπτικό

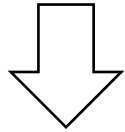


	Ρευματολογία/δερματολογία		Γαστρεντερολογία	
<i>Anti-TNF</i>	infliximab ® and bio- adalimumab ® and bio- golimumab certolizumab pegol Etanercept® and bio-	X X	infliximab ® and bio- adalimumab ® and bio- Golimumab certolizumab pegol Αναποτελεσματικό στις ΙΦΝΕ	UC & CD UC & CD UC CD
<i>Anti-p40 (IL-12/IL-23)</i>	Ustekinumab	O	Ustekinumab	UC & CD
<i>Anti-IL-17A</i>	Secukinumab Ixekizumab	X	Αντενδείκνυται στις ΙΦΝΕ	
<i>Anti-IL-6R</i>	Tocilizumab Sarilumab	X	Πιθανά επιβλαβές στις ΙΦΝΕ	
<i>Jak inhibitor</i>	tofacitinib	X	Tofacitinib	UC
<i>Anti-CD20</i>	Rituximab	X	Αναποτελεσματικό στις ΙΦΝΕ	
<i>IgG1 Fc-CTL4A</i>	Abatacept	X	Αναποτελεσματικό/επιβλαβές στις ΙΦΝΕ	
<i>Anti-integrins</i>	Δεν χορηγείται	X	Vedolizumab Natalizumab	UC & CD CD

Κλινική Περίπτωση

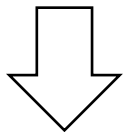
Διαγνωστική προσέγγιση:

Παράδοξη αντίδραση στην anti-TNF
θεραπεία – ψωριασικόμορφη βλάβη
τριχωτού κεφαλής



Διακοπή anti-TNF παράγοντα

Εναρξη anti-IL-12/23 (ustekinumab)



Ιαση ψωριασικόμορφου εξανθήματος
Διατήρηση ύφεσης φλεγμονής εντέρου
και αρθρώσεων



Προσέγγιση ασθενούς με ΙΦΝΕ και εξωεντερικές εκδηλώσεις

Προσβολή οργάνου άλλου απο το όργανο-στοχο

Σχέση με ενεργότητα βασικού νοσήματος



Θεραπεία βασικού νοσήματος

Εντατικοποίηση αν χρειαστεί

Ειδική θεραπεία

Ανεξάρτητες από ενεργότητα βασικού νοσήματος



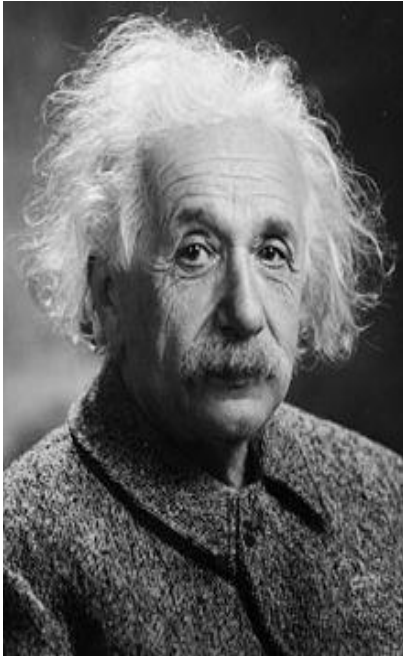
Δύσκολη θεραπεία / συχνά ανθεκτική

Θεραπεία βασικού νοσήματος αποτελεσματική στο δευτερεύον σύνδρομο

Θεραπεία βασικού νοσήματος αναποτελεσματική στο δευτερεύον σύνδρομο

Θεραπεία βασικού νοσήματος επιζήμια για το δευτερεύον σύνδρομο

Be SMART



Search for key features of systemic disease in your patients with SpA

Multidisciplinary approach
(rheumatologists, gastroenterologists,
ophthalmologists)

Assessment of EAMs and comorbidities

Refers as soon as possible with the right information

Treatment according to recommendations
(EULAR/ASAS, ACR/SPARTAN)