



11:00-11:30

ΔΙΑΛΕΞΗ Ε΄

«10 tips για τη διαχείριση των πιο συχνών άτυπων ρευματολογικών συνδρόμων»

Προεδρείο

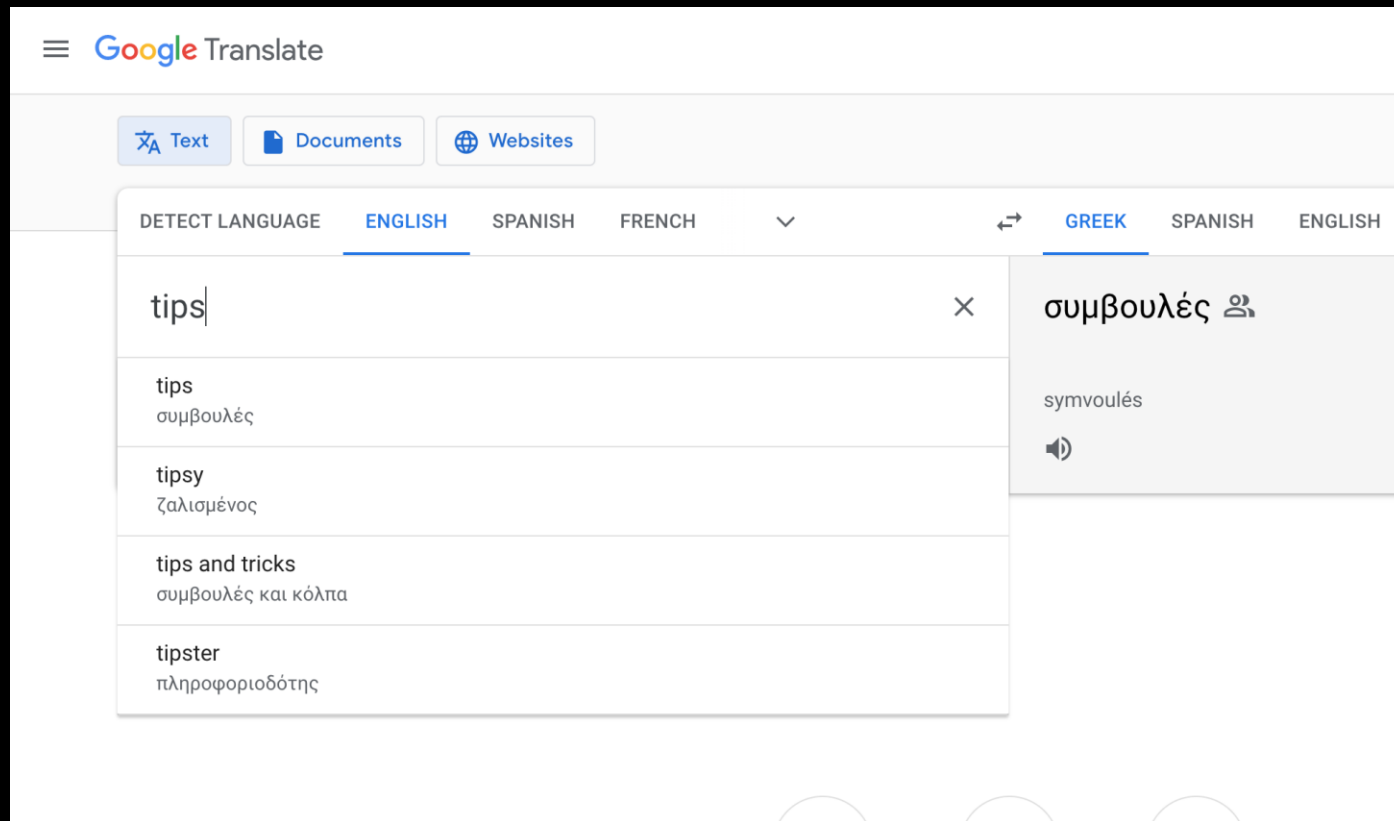
Σταυρούλα Δικαίου, Ρευματολόγος, Μαρκόπουλο Αττικής

Ομιλητής

Ανδρέας Μπούνας, Ρευματολόγος, Πάτρα

Συζήτηση

TIPS



ΑΤΥΠΟΣ



άτυπος

Πίνακας περιεχομένων [Απόκρυψη]

1 Ελληνικά (el)

1.1 Ετυμολογία

1.2 Επίθετο

1.2.1 Αντώνυμα

1.2.2 Συγγενικές λέξεις

1.2.3 Μεταφράσεις

Ελληνικά (el) [επεξεργασία]



Ετυμολογία [επεξεργασία]

άτυπος < *ελληνιστική κοινή* **ἄτυπος** < (σημασιολογικό δάνειο) *γερμανική* **informell**



Επίθετο [επεξεργασία]

άτυπος, -η, -ο

1. που δεν γίνεται **σύμφωνα** με κάποιους **τύπους** ή **κανόνες** ή δεν εμφανίζει κάποια **τυπικά χαρακτηριστικά**
2. (*νομικός όρος*) παράτυπος



dreamstime.





- Εισαγωγή
- Η ζωή του
- Το έργο του
- Η σκέψη του
- Φυσικές επιστήμες
- Η επίδρασή του
- Μικρές ψηφίδες
- Εκπαιδευτικό υλικό



Η ταξινόμηση των όντων

Ο Αριστοτέλης προσπαθεί να κατανοήσει τον κόσμο και τη λειτουργία του, την κοινωνία και τον άνθρωπο, μέσα από τις εμπειρίες και την πραγματικότητα. Έτσι το πρώτο πράγμα που κάνει είναι να βάλει σε μια τάξη, να ταξινομήσει τον κόσμο της εμπειρίας, αυτόν που γίνεται αντιληπτός με τις αισθήσεις.

Ο φυσικός, ο αισθητός κόσμος, αποτελείται κατά τον Αριστοτέλη από αντικείμενα, σώματα («**όντα**»), που χαρακτηριστικό τους γνώρισμα είναι ότι υπάρχουν στο χώρο.

Τα όντα διακρίνονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες με κριτήριο την ύπαρξη ή όχι ζωής: τα **έμψυχα** και τα **άψυχα**.

Τα έμψυχα ή έμβια όντα διακρίνονται πάλι σε τρεις μεγάλες κατηγορίες, που σε αξιολογική κλίμακα είναι: τα φυτά, τα ζώα και ο άνθρωπος.

Τα φυτά διαθέτουν μόνο **θρεπτική ψυχή**, δηλ. έχουν την ικανότητα της λήψης τροφής και της αναπαραγωγής.

Τα ζώα, που βρίσκονται στην αμέσως ανώτερη κλίμακα διαθέτουν και θρεπτική ψυχή και **αισθητική ψυχή**, δηλ. έχουν αισθήματα (αισθήσεις) και τη δυνατότητα να κινούνται.

Ο άνθρωπος, τέλος, πέρα από θρεπτική και αισθητική έχει και **διανοητική ψυχή**, δηλ. λόγο (λογική και γλώσσα), που τον κάνει να υπερέχει όλων των έμβιων όντων.



Σχετικά κείμενα από τη συλλογή:

[Η μέθοδος έρευνας της φύσης](#)

[Η μελέτη της φύσης – «Σε κάθε δημιουργήμα της φύσης υπάρχει κάτι το θαυμάσιο»](#)



ΒΙΚΙΠΑΙΔΕΙΑ
η ελεύθερη εγκυκλοπαίδεια

Κύρια πύλη

Θεματικές πύλες

Προβλεπόμενα λήμματα

Τρέχοντα γεγονότα

Τυχαίο λήμμα

Συμμετοχή

Βοήθεια

Πύλη Κοινότητας

Αγορά

Πρόσφατες αλλαγές

Επικοινωνία

Δωρεές

Εργαλεία

Συνδέσεις προς εδώ

Σχετικές αλλαγές

Ειδικές σελίδες

Σταθερός σύνδεσμος

Πληροφορίες σελίδας

Παραπομπή

Αντικείμενο Wikidata

Εκτύπωση/Εξαγωγή

Χωρίς Σύνδεση

Συζήτηση για αυτή την IP

Συνεισφορές

Δημιουργία λογαριασμού

Σύνδεση

Λήμμα

Συζήτηση

Ανάγνωση

Επεξεργασία

Επεξεργασία κώδικα

Προβολή ιστορικού

Αναζήτηση σε Βικιπαίδεια

Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νοσημάτων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας

Από τη Βικιπαίδεια, την ελεύθερη εγκυκλοπαίδεια

Η **Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νοσημάτων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας** (ICD) αποτελεί μία κωδικοποίηση των νοσημάτων από τον **Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας** που αρχικά έχει ως σκοπό την όσο το δυνατόν καλύτερη ανάλυση και επεξεργασία των ιατρικών διαγνώσεων παγκοσμίως. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας διατηρεί στο διαδίκτυο μία έκδοση (στα αγγλικά) της τελευταίας αναθεώρησης η οποία είναι αναζητήσιμη.^[1]

Δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί για πολύ εξειδικευμένους σκοπούς καθώς δεν είναι δυνατή η καταχώρηση πολύ αναλυτικών καταστάσεων όπως "για ποιον λόγο ήρθε στο νοσοκομείο", είναι όμως χρήσιμη στην ομαδοποίηση και ανάλυση διαγνώσεων για επιδημιολογικούς λόγους.

Πίνακας περιεχομένων [Απόκρυψη]

1

Ιστορική αναδρομή

2

Κωδικοποίηση

3

Αναθεωρήσεις

3.1

ICD-9

3.2

ICD-10

4

Παραπομπές

5

Εξωτερικοί σύνδεσμοι

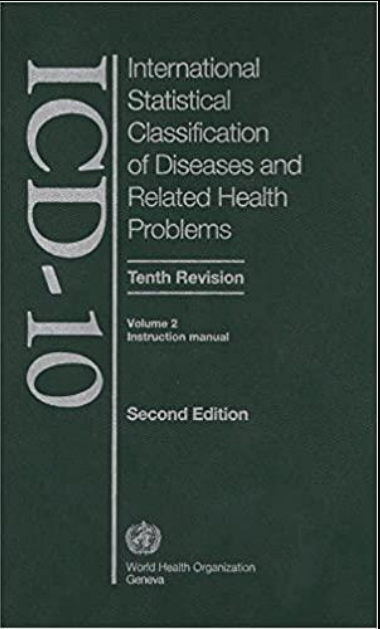
5.1

Τοπικές εκδόσεις του ICD-10

Ιστορική αναδρομή

[Επεξεργασία | επεξεργασία κώδικα]

Αρχικά είχε σχεδιαστεί για την στατιστική ανάλυση των δεδομένων θνησιμότητας που υπήρχαν συγκεντρωμένα από διάφορες χώρες και εποχές. Στην σημερινή μορφή της έχει γίνει ομαδοποίηση των διαγνώσεων κάτω από οικογένειες.



2019 EULAR/ACR
Classification Criteria
FOR SLE

New EULAR/ACR criteria for the classification of SLE

Clinical domains	Points
Constitutional domain Fever	2
Cutaneous domain Non-scarring alopecia Oral ulcers Subacute cutaneous or discoid lupus Acute cutaneous lupus	2 2 4 6
Arthritis domain Synovitis or tenderness in at least 2 joints	6
Neurologic domain Delirium Psychosis Seizure	2 3 5
Serositis domain Pleural or pericardial effusion Acute pericarditis	5 6
Hematologic domain Leukopenia Thrombocytopenia Autoimmune hemolysis	3 4 4
Renal domain Proteinuria > 0.5 g/24 hr Class II or V lupus nephritis Class III or IV lupus nephritis	4 8 10

Immunologic domains	Points
Antiphospholipid antibody domain Anticardiolipin IgG > 40 GPL or anti-β2GP1 IgG > 40 units or lupus anticoagulant	2
Complement proteins domain Low C3 or low C4 Low C3 and low C4	3 4
Highly specific antibodies domain Anti-dsDNA antibody Anti-Sm antibody	6 6

REFERENCE: Aringer et al. Abstract #2928. 2018 ACR/ARHP Annual Meeting

- ✓ Classification criteria are not diagnosis criteria
- ✓ All patients classified as having SLE must have ANA ≥ 1:80 (entry criterion)
- ✓ Patients must have ≥ 10 points to be classified as SLE
- ✓ Items can only be counted for classification if there is no more likely cause
- ✓ Only the highest criterion in a given domain counts
- ✓ SLE classification requires points from at least one clinical domain

@Lupusreference

Diagnosis versus Classification criteria

Is there
a difference ?



DIAGNOSIS
(CRITERIA)



CLASSIFICATION
(CRITERIA)

Availability for SLE?	NO !!!	YES (ACR97, SLICC2012, EULAR/ACR-2019)
Main goal?	Make a diagnosis	Make homogeneous groups of patients for clinical research, studies, trials
Source population?	General or at-risk population	Patients with confirmed SLE
Commonness?	Virtually inexistant	Available for most diseases
Typical format?	Complex medical reasoning	Checklists / Scores

We don't have DIAGNOSIS CRITERIA for lupus !!!

@Lupusreference

New York Heart Association

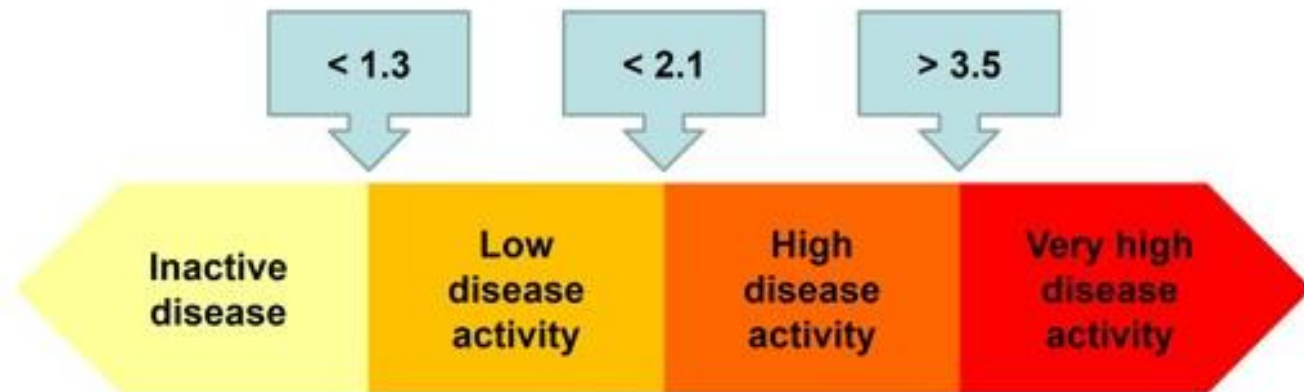
Heart Failure CLASSIFICATIONS

- 1** Cardiac disease, but no symptoms and no limitation in ordinary physical activity.
- 2** Mild symptoms and slight limitation during ordinary activity.
- 3** Significant limitation in activity due to symptoms. Comfortable only at rest.
- 4** Severe limitations. Symptoms even while at rest.



Penn Medicine

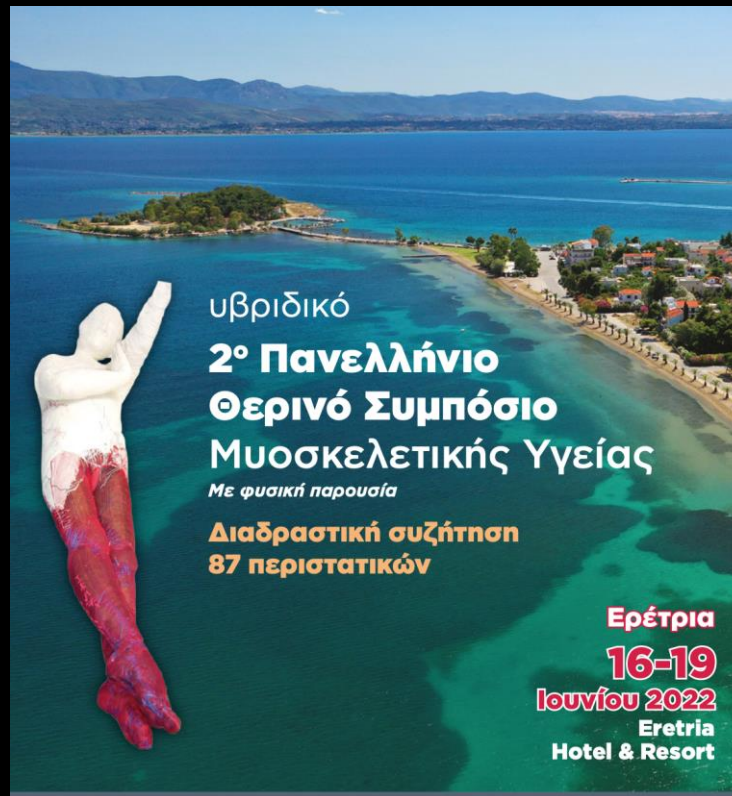
ASDAS Cut-Offs for Disease Activity States



Machado P et al. Ann Rheum Dis 2011;70:47-53 (with permission)
Machado P et al. Ann Rheum Dis 2018;77:1539-40 (with permission)



ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1 (88)



ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1 (88)

Νέα γυναίκα 28 ετών

Από 3ετίας πόνος & διόγκωση ΑΡ
γόνατος

ΟΡΤΗΘ Α' → ΜΣΑΦ → αστοχία

MRI → “αρθρίτιδα”

Αγωγή → νάρθηκας
ακινητοποίησης

25Y 5M,1,03129300087

11/5/2019 12:26:31 II

SI:9

C.D

Pos:96.31 mm

100% Pixel

Acc#: B141170

Original Resolution

Sag

DFOV 16.0 x 16.0 cm

Ec:1

SW 3.60 mm

|||||: FFS

|||||: KNEE RT

|||||: Sag T2*

<6-9>
A

550.00/0.00/13.30

Et:1 TA:30.00

512x512

Enc: >

1nex

3 cm

C 3334

W 6668

25Y 5M, I, 031293000087

11/5/2019 12:32:18 II

SI:9

C.D

Pos:33.92 mm

100% Pixel

Acc#: B141170

Original Resolution

Cor

DFOV 17.0 x 17.0 cm

Ec:1

SW 4.00 mm

||||| |||||||: FFS

|||||. |||||||: KNEE RT

|||||. |||||||: COR PD...

<8-9>
R

2780.00/0.00/50.54

Et:9 TA:90.00

512x512

Enc: >

1nex

3 cm

C 2842

W 5684

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1 (88)

ΟΡΤΗΘ Β' → προτείνει
αρθροσκόπηση (μηνίσκοι, κλπ)

ΟΡΤΗΘ Γ' → αρθροσκοπεί

Κανείς δεν έχει αρθοκεντήσει !!!

Βάσει της βιοψίας →
Ρευματολόγος

Βιοψία Αρθρικού Υμέν

ΗΜ/ΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ.: 03/12/1993
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΚΥΚΛΙΑΔΟΥ 9Δ, <CITY>
ΥΛΙΚΟ: ΠΛΑΚΙΔΙΟ ΗΩΣΙΝΗΣ ΚΑΙ ΑΙΜΑΤΟΞΥΛΙΝΗΣ "19-14625"
ΠΑΡΑΓΓΕΛΙΑ: ΙΑΤΡΟΥ Κου ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ
ΕΣΤΑΛΗ: 25/1/21
ΙΣΤΟΡΙΚΟ: ΜΟΝΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ, ΨΩΡΙΑΣΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ
ΚΛΙΝΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Αρ. Δεύματος: 21-78
Ημερομηνία: 28/1/21

ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΕΚΘΕΣΗ

Για ανασκόπηση / 2η γνώμη παραλάβαμε πλακίδιο αιματοξυλίνης και ηωσίνης με τα διακριτικά "19-14625".

ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

ΙΣΤΟΤΕΜΑΧΙΑ ΤΑ ΟΠΟΙΑ ΑΦΟΡΟΥΝ ΣΕ ΑΡΘΡΙΚΟ ΥΜΕΝΑ ΜΕ ΥΠΕΡΠΛΑΣΙΑ ΤΩΝ ΥΜΕΝΟΚΥΤΤΑΡΩΝ, ΧΡΟΝΙΑ ΦΛΕΓΜΟΝΗ ΚΑΙ ΣΧΗΜΑΤΙΣΜΟ ΚΟΚΚΙΩΔΟΥΣ ΙΣΤΟΥ.
ΔΕΝ ΠΑΡΑΤΗΡΟΥΝΤΑΙ ΛΕΜΦΟΖΙΔΙΑΚΕΣ ΑΘΡΟΙΣΕΙΣ.
ΣΕ ΜΕΓΑΛΗ ΕΚΤΑΣΗ ΠΑΡΑΤΗΡΕΙΤΑΙ ΙΝΩΣΗ ΚΑΙ ΕΝΑΠΟΘΕΣΕΙΣ ΙΝΙΚΗΣ ΜΕ ΔΥΣΤΡΟΦΙΚΕΣ ΑΛΛΟΙΩΣΕΙΣ.
ΤΑ ΑΝΩΤΕΡΩ ΙΣΤΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΕΙΔΙΚΑ, ΕΙΝΑΙ ΟΜΩΣ ΣΥΜΒΑΤΑ ΜΕ ΑΡΘΡΙΚΗ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΡΕΥΜΑΤΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ.
ΣΥΝΙΣΤΑΤΑΙ ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΚΛΙΝΙΚΟΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΗ ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ.

Σχόλιο:

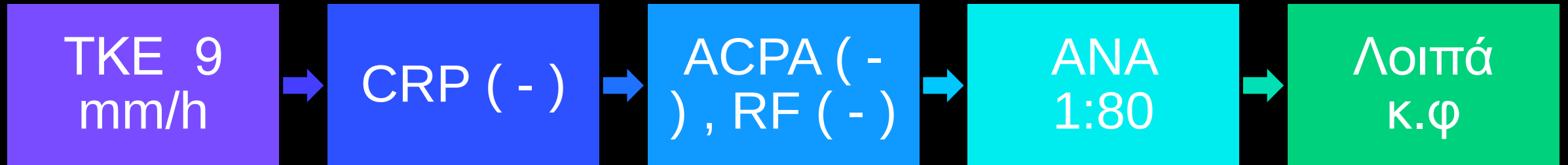
Καθώς δεν είχα στη διάθεσή μου κύβο παραφίνης δεν έγινε ιστοχημικός και ανοσοϊστοχημικός έλεγχος. που θα μπορούσαν να δώσουν περισσότερες πληροφορίες για την αρθρική αλλοίωση της ασθενούς.

Ο Ιατρός

Dr. Δ. Ι. ΠΑΠΑΧΡΗΣΤΟΥ

ΠΑΠΑΧΡΗΣΤΟΥ ΔΙΟΝΥΣΙΟΣ
ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΟΣ
ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ ΠΑΝ/ΜΙΟΥ ΠΑΤΡΩΝ
ΑΓ. ΓΕΩΡΓΙΟΥ 42 - Τ.Κ. 265 04 - ΡΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
Α.Φ.Μ. 078262130 - Α.Ο.Υ. Α' ΠΑΤΡΩΝ
Α.Μ. ΤΣΑΥ: 90583 - ΑΜΚΑ: 10087001292

Εργαστηριακά ευρήματα



ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

1 (88)

Ρευματολόγος →
ΑΡΘΡΟΚΕΝΤΗΣΗ

(ασθενής
προφορικά) →
Φλεγμονώδες
υγρό

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1 (88)

Ρευματολόγος → Medrol 16mg με tapering (EUA)

... → βελτίωση

Εντός διμήνου διακοπή κορτιζόνης (...uncle) !!!

Για ένα έτος χ.ι.ε

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 1 (88)

ΙΑΝ 2022: Από μηνός μεγάλη διόγκωση & πόνος ΔΕ γόνατος

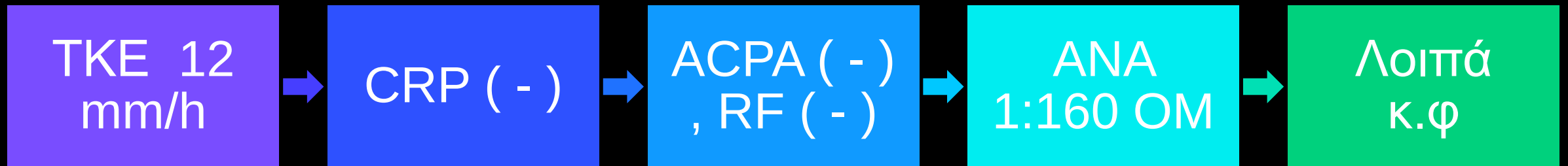
Συνέντευξη αρνητική για CTD ή SpA

Ατομ. & Οικογ. Αναμνηστικό (-) για CTD ή SpA

Κλινικά ουδέν άλλο

Εργαστηριακά όπως πρό 2ετίας

Εργαστηριακά ευρήματα



Γνωμάτευση νέας MRI (by herself)

Ημερομηνία: 20/1/2022

ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ

ΔΕΞΙΟΥ ΓΟΝΑΤΟΣ

Η εξέταση του δεξιού γόνατος με την μέθοδο του μαγνητικού συντονισμού έγινε σε τρία επίπεδα (εγκάρσιο, οβελιαίο και μετωπιαίο) με προσανατολισμό T1, T2 και πυκνότητας πρωτονίων (PD). Χρησιμοποιήθηκαν ακολουθίες spin echo, turbo spin echo, f12d, καθώς και τεχνική καταστολής λίπους (fat saturation). Στην ασθενή δεν χορηγήθηκε IV σκιαγραφική ουσία λόγω αρνήσεώς της.

Ευρήματα :

Μεγάλη συλλογή υγρού εντοπίζεται ενδοαρθρικά και στον υπερεπιγονατιδικό αρθρικό θύλακα, με συνοδό υμενίτιδα.

Οι μηνίσκοι (έσω-έξω) εμφανίζουν φυσιολογική μορφολογία και κανονική ένταση μαγνητικού σήματος (χαμηλό σε όλες τις ακολουθίες).

Οι πρόσθιος και οπίσθιος χιαστοί σύνδεσμοι εμφανίζουν φυσιολογική μορφολογία και φυσιολογικό μαγνητικό σήμα.

Οι έσω – έξω πλάγιοι σύνδεσμοι και η λαγονοκνημιαία ταινία δεν εμφανίζουν παθολογία.

Η επιγονατίδα και ο επιγονατιδικός τένοντας δεν εμφανίζουν παθολογία.

Δεν υπάρχουν παθολογικά ευρήματα εκ των οστών και των μυών της περιοχής.

Η ιγνυακή κοιλότητα είναι ελεύθερη.

Τα στοιχεία της οπίσθιας – έξω γωνίας της αρθρώσεως δεν εμφανίζουν σημεία κακώσεως.

Συμπέρασμα:

Εντόνου βαθμού ύγραρθρος – υμενίτις.

Χωρίς σημεία ρήξεως μηνίσκων και συνδέσμων.

Χωρίς οστικές αλλοιώσεις.

(Συνιστάται περαιτέρω έλεγχος).

Ο ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΩΣ ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ
ΙΑΤΡΟΣ

ΒΥΡΩΝ Β. ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΣ
ΕΙΔΙΚΟΣ ΑΚΤΙΝΟΔΙΑΓΝΩΣΤΗΣ
ΑΜΚΑ 22125802995

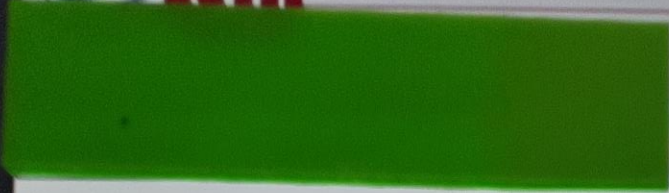
Ε / Θ

®

UPRIGHT POSITION



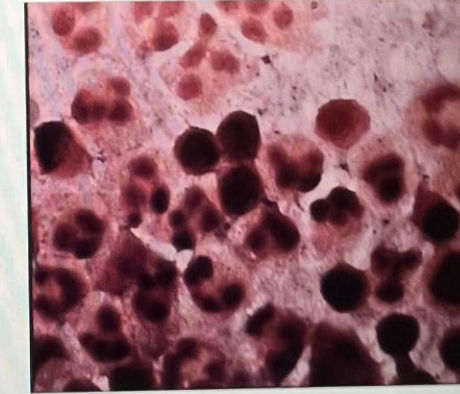
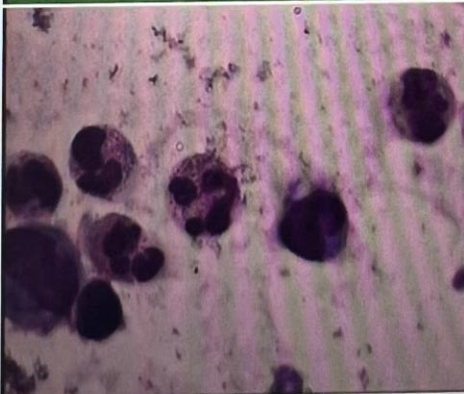
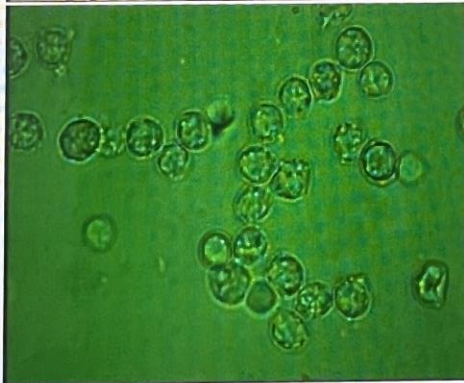
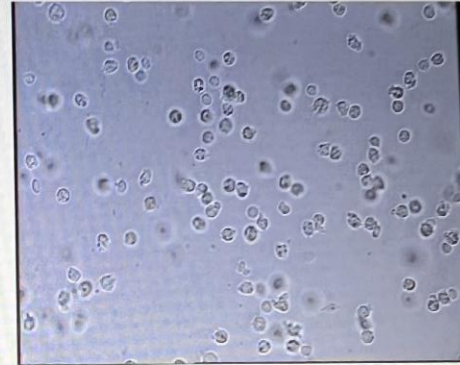
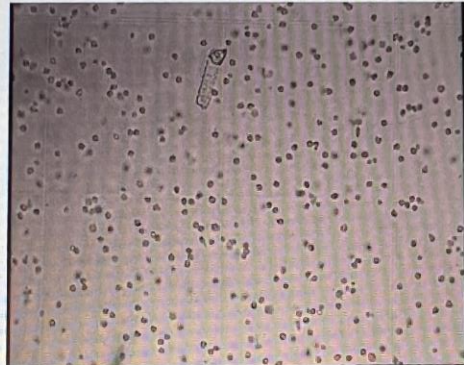
- Νέα αρθροκέντηση
- Αφαίρεση 80 ml φλεγμονώδ

		ΙΑΤΡΙΚΟ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΒΑΣΙΛΗΣ Δ. ΛΟΥΛΕΛΗΣ 190 ΤΕΛΕΩΜΕΝΩΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΤΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ 1980-2019	
		ΗΜ/ΝΙΑ : 27/01/2022 - 0184 ΙΚΕ BIOANALYSIS	
Γενική εξέταση βιολογικών υγρών			
ΕΙΔΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ ΔΕΞΙ ΓΟΝΑΤΟ			
ΜΑΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ (πρo φυγοκέντρωσης)			
Οψη ΘΟΛΕΡΗ	Ινική ΟΧΙ	Οψη ΗΠΙΑ ΘΟΛΕΡΗ	Ινική ΟΧΙ
Χροιά ΑΧΥΡΟΧΡΟΥΝ	Ιζημα ΟΧΙ	Χροιά ΑΧΥΡΟΧΡΟΥΝ	Ιζημα ΝΑΙ
Γλοιότητα	ΕΛΑΤΤΩΜΕΝΗ		
ΒΙΟΧΗΜΙΚΑ			
Ειδικό βάρος 1015		pH 7,0	
Λεύκωμα g/dL		Ουρικό οξύ mg/dL	
Γλυκόζη mg/dL		Αλβουμίνη g/dL	
LDH U/L		Αιμοσφαιρίνη	
ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΙΖΗΜΑΤΟΣ			
<u>Αριθμός κυττάρων</u>	<u>16.300/</u>	<u>mm³</u>	<u>Τύπος κυττάρων</u>
			%
			#
			Πολυμορφοπύρηνα 66%
			Λεμφοκύτταρα 26%
			Μονοπύρηνα 8%
			Ηωσινόφιλα
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΔΕΝ ΠΑΡΑΤΗΡΗΘΗΚΑΝ ΚΡΥΣΤΑΛΛΟΙ ΠΥΡΟΦΩΣΦΟΡΙΚΟΥ ΑΣΒΕΣΤΙΟΥ Ή ΟΥΡΙΚΟΥ ΜΟΝΟΝΑΤΡΙΟΥ			
GRAM ΧΡΩΣΗ ΑΡΝΗΤΙΚΗ			

ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΡΘΡΙΚΟΥ ΥΓΡΟΥ

Δείγμα: (ΔΕ) ΓΟΝΑΤΟ

Χρήση μικροσκοπίου αντίθετης φάσης OLYMPUS με προσθήκη ειδικών φίλτρων



2020 ACR-EULAR Classification- Rheumatoid Arthritis

Joint Involvement	
1 large joint	0
2-10 large joints	1
1-3 small joints, +/- large joints	3
>10 joints (at least 1 small joint)	5
Serology (need at least 1)	
Negative RF, negative anti CCP Ab	0
Low positive RF <i>or</i> low positive anti CCP Ab	2
High positive RF <i>or</i> high positive anti CCP Ab	3
Acute Phase reactants (need at least 1)	
Normal CRP <i>and</i> normal ESR	0
Abnormal CRP <i>or</i> abnormal ESR	1
Duration of symptoms	
< 6 weeks	0
≥ 6 weeks	1

For patients with at least 1 joint with definite clinical synovitis, not better explained by another disease

Rule out:

- Psoriatic arthritis
- Viral polyarthritis
- Gout
- CPPD
- SLE

≥ 6/10 definite RA

New EULAR/ACR criteria for the classification of SLE

Clinical domains	Points
Constitutional domain Fever	2
Cutaneous domain Non-scarring alopecia Oral ulcers Subacute cutaneous or discoid lupus Acute cutaneous lupus	2 2 4 6
Arthritis domain Synovitis or tenderness in at least 2 joints	6
Neurologic domain Delirium Psychosis Seizure	2 3 5
Serositis domain Pleural or pericardial effusion Acute pericarditis	5 6
Hematologic domain Leukopenia Thrombocytopenia Autoimmune hemolysis	3 4 4
Renal domain Proteinuria > 0.5 g/24 hr Class II or V lupus nephritis Class III or IV lupus nephritis	4 8 10

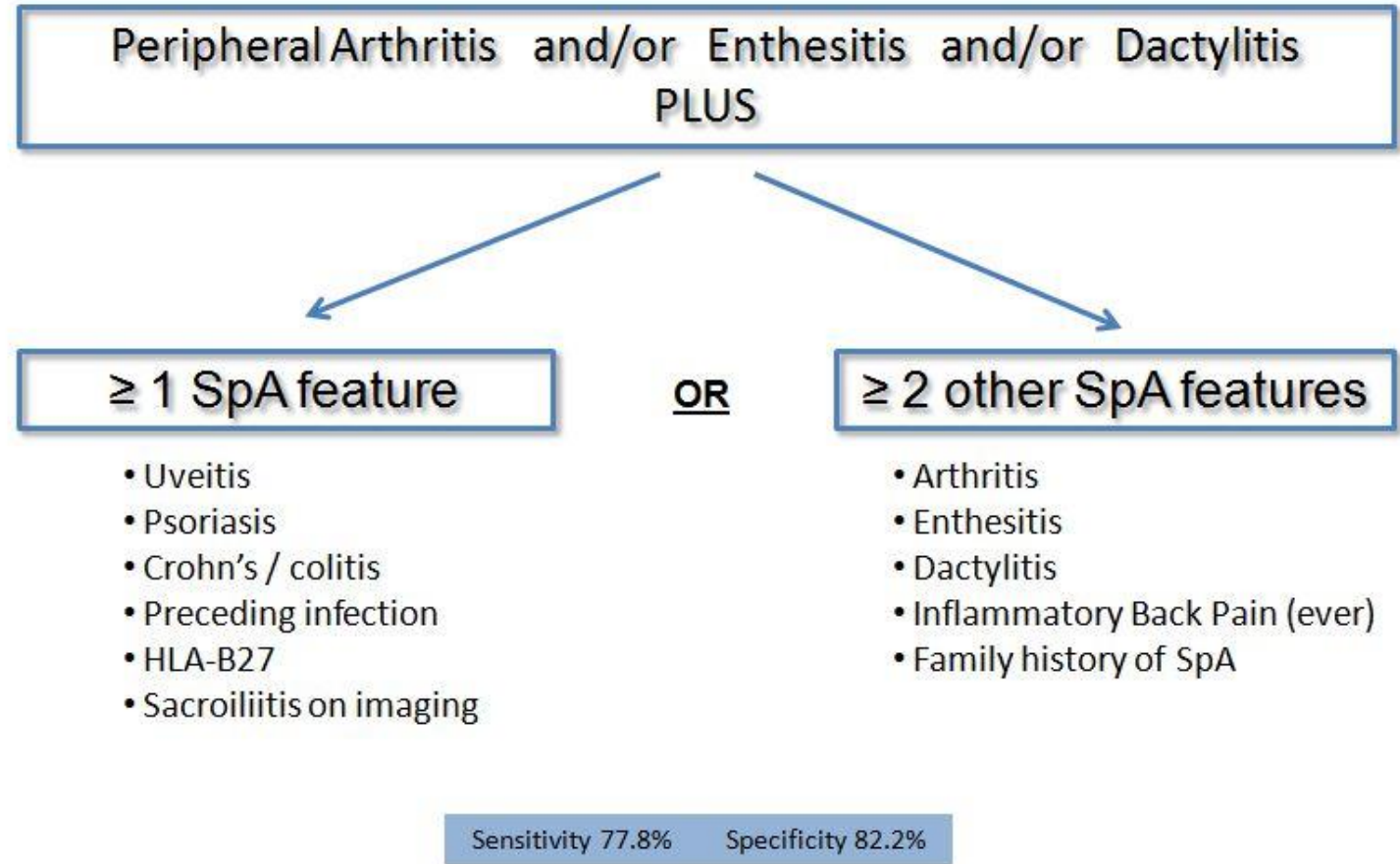
Immunologic domains	Points
Antiphospholipid antibody domain Anticardiolipin IgG > 40 GPL or anti-β2GP1 IgG > 40 units or lupus anticoagulant	2
Complement proteins domain Low C3 or low C4 Low C3 and low C4	3 4
Highly specific antibodies domain Anti-dsDNA antibody Anti-Sm antibody	6 6

REFERENCE: Aringer et al. Abstract #2928. 2018 ACR/ARHP Annual Meeting

- ✓ Classification criteria are not diagnosis criteria
- ✓ All patients classified as having SLE must have ANA ≥ 1:80 (entry criterion)
- ✓ Patients must have ≥ 10 points to be classified as SLE
- ✓ Items can only be counted for classification if there is no more likely cause
- ✓ Only the highest criterion in a given domain counts
- ✓ SLE classification requires points from at least one clinical domain

@Lupusreference

ASAS Classification Criteria for Peripheral Spondyloarthritis (SpA)





ICD DIAGNOSIS

Can You Code a Working Diagnosis?



CertificationCoachingOrg

Αναζήτηση ICD10

Αναζήτηση σε ☒ Όλα ☐ Συχνά Χρησιμοποιούμενα

Κριτήρια

Περιγραφή μονοαρθρίτιδα

Κωδικός ICD-10

ICPC-2

☒ Όλα ☐ Επίσ

Αναζήτηση

Κωδικός
ICD-10

Τίτλος



M13.1

Μονοαρθρίτιδα, που δεν ταξινομείται αλλού



Αγωγή ?

NSAIDs ?

GCs ?

csDMARDs ?

bo & bsDMARDs ?

ts DMARDs ?

Table 2 The 2019 updated EULAR RA management recommendations

	Overarching principles	LoE	SoR	LoA
A	Treatment of patients with RA should aim at the best care and <u>must be based on a shared decision between the patient and the rheumatologist.</u>	n.a.	n.a.	9.7
B	Treatment decisions are based on disease activity, safety issues and other patient factors, such as comorbidities and progression of structural damage.	n.a.	n.a.	9.8
C	Rheumatologists are the specialists who should primarily care for patients with RA.	n.a.	n.a.	9.9
D	Patients require access to multiple drugs with different modes of action to address the heterogeneity of RA; they may require multiple successive therapies throughout life.	n.a.	n.a.	9.9
E	RA incurs high individual, medical and societal costs, all of which should be considered in its management by the treating rheumatologist.	n.a.	n.a.	9.4
Recommendations				
1.	Therapy with DMARDs should be started as soon as the diagnosis of RA is made.	1a	A	9.8
2.	Treatment should be aimed at reaching a target of sustained remission or low disease activity in every patient.*	1a	A	9.7
3.	Monitoring should be frequent in active disease (every 1–3 months); if there is no improvement by at most 3 months after the start of treatment or the target has not been reached by 6 months, therapy should be adjusted.	2b	B	9.3
4.	MTX should be part of the first treatment strategy.	1a	A	9.4
5.	In patients with a contraindication to MTX (or early intolerance), leflunomide or sulfasalazine should be considered as part of the (first) treatment strategy.	1a	A	9.0

Όμως...



Recommendation

The EULAR points to consider for use of antirheumatic drugs before pregnancy, and during pregnancy and lactation

Carina Götestam Skorpen,^{1,2,3} Maria Hoeltzenbein,⁴ Angela Tincani,⁵ Rebecca Fischer-Betz,⁶ Elisabeth Elefant,⁷ Christina Chambers,⁸ Josè da Silva,⁹ Catherine Nelson-Piercy,¹⁰ Irene Cetin,¹¹ Nathalie Costedoat-Chalumeau,^{12,13} Radboud Dolhain,¹⁴ Frauke Förger,¹⁵ Munther Khamashta,¹⁶ Guillermo Ruiz-Irastorza,¹⁷ Angela Zink,¹⁸ Jiri Vencovsky,¹⁹ Maurizio Cutolo,²⁰ Nele Caeyers,²¹ Claudia Zumbühl,²² Monika Østensen^{1,2}

ABSTRACT

A European League Against Rheumatism (EULAR) task force was established to define points to consider on use of antirheumatic drugs before pregnancy, and during pregnancy and lactation. Based on a systematic literature review and pregnancy exposure data from several

disease which itself can be a threat for fetal well-being and pregnancy outcome. The risk of leaving active inflammatory RD of the mother untreated for 9 months must be weighed against any potential harm through drug exposure of the fetus.

Ann Rheum Dis: first published as 10.1136/annrheumdis-2015-208840

ing editor Tore K Kvien
ditional material is
hed online only. To view
visit the journal online
dx.doi.org/10.1136/
eumdis-2015-208840).

Medications for Inflammatory Arthritis

Pregnancy Compatible	Caution	Teratogenic
Hydroxychloroquine Sulfasalazine Azathioprine TNF-inhibitors • Certolizumab: continue • Others: consider holding last 1-2 months to limit transfer Prednisone (<i>use sparingly</i>)	Biologics beyond TNF-inhibitors Leflunomide (washout with cholestyramine) New small molecules (tofacitinib, apremilast, etc.) NSAIDs	Methotrexate



OPEN ACCESS

EXTENDED REPORT

Lack of placental transfer of certolizumab pegol during pregnancy: results from CRIB, a prospective, postmarketing, pharmacokinetic study

Xavier Mariette,¹ Frauke Förger,² Bincy Abraham,³ Ann D Flynn,⁴ Anna Moltó,⁵ René-Marc Flipo,⁶ Astrid van Tubergen,⁷ Laura Shaughnessy,⁸ Jeff Simpson,⁸ Marie Teil,⁹ Eric Helmer,¹⁰ Maggie Wang,⁸ Eliza F Chakravarty¹¹

Handling editor Tore K Kvien

► Additional material is published online only. To view please visit the journal online (<http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2017-212196>).

For numbered affiliations see end of article.

Correspondence to

Profesor Xavier Mariette, Université Paris-Sud, Hôpitaux

ABSTRACT

Objectives There is a need for effective and safe treatment during pregnancy in women with chronic inflammatory diseases. This study evaluated placental transfer of certolizumab pegol (CZP), an Fc-free anti-tumour necrosis factor drug, from CZP-treated pregnant women to their infants.

Methods CRIB was a pharmacokinetic (PK) study of women ≥ 30 weeks pregnant receiving commercial CZP for a locally approved indication (last dose ≤ 35 days prior to delivery). Blood samples were collected from mothers, umbilical cords and infants at delivery,

spontaneously improve during pregnancy, approximately 50% of women with rheumatic CIDs need effective therapeutic intervention and are faced with difficult questions regarding the impact of active disease on the foetus and the safety of different therapies during pregnancy.⁸⁻¹²

Anti-tumour necrosis factor (anti-TNF) drugs provide an effective therapeutic option that significantly improves the signs and symptoms of CIDs.¹³ However, anti-TNF therapies are often discontinued after the first trimester to limit placental transfer of drug to the foetus.¹⁴⁻¹⁶ Active transpla-

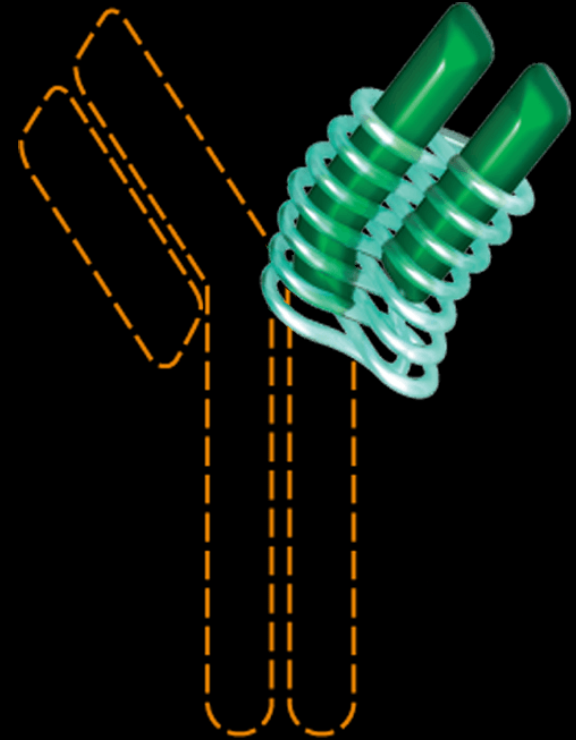
Εναρξη CZP 03/2022



Maternal Medication Use

Tumor necrosis factor inhibitors are considered pregnancy compatible:

Certolizumab is strongly recommended across the board before, during and after pregnancy. Infliximab, etanercept, adalimumab, and golimumab are only strongly recommended during breastfeeding.



Πορεία νόσου

3 μήνες αργότερα (06/2022)

Κλινικά → Υφεση νόσου

Πλήρης επανένταξη ασθενούς
(εργασιακά, αθλητικές
δραστηριότητες, κοινωνική
ζωή)



Tip # 1

Βάλτε πάντα μια
διάγνωση εργασίας (
...από το πρώτο κιόλας
ραντεβού) !!!



Tip # 2

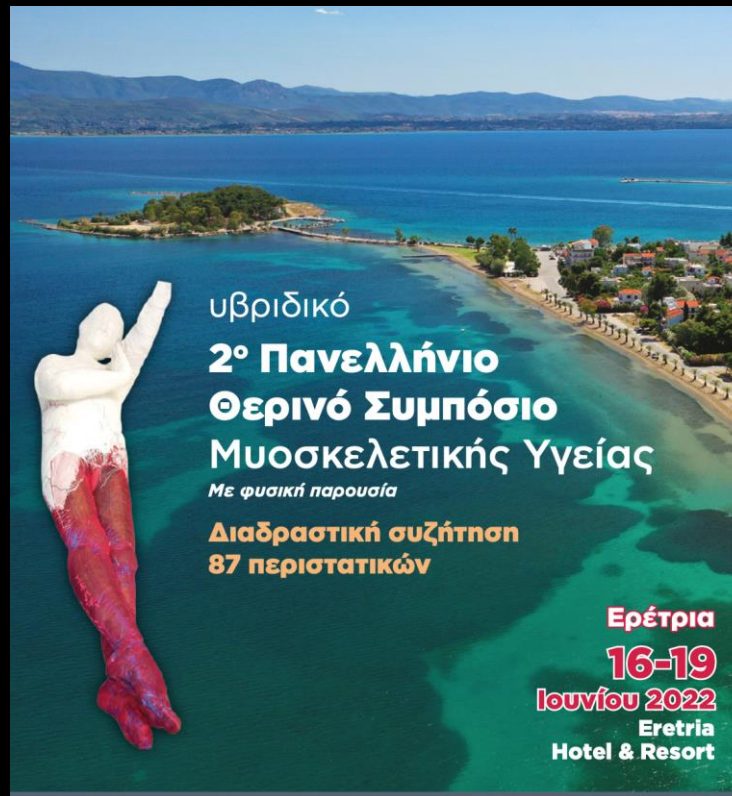
Θυμηθείτε ! Θεραπεύουμε
εκδηλώσεις !!!...ΌΧΙ
ταμπέλες

Tip # 3



- Συναποφασίζουμε με τον (ενημερωμένο) ασθενή !!!
- Οικογενειακός προγραμματισμός !!!

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2 (89)



ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ
2 (89)

(04/2019) Άνδρας 73 ετών

Προ 6μήνου πόνος ΑΡ γόνατος &
ΔΕ ΠΧΚ & ΔΕ 1 ΜΤΦ (?)

Hb =11,6 MCV =98 ΤΚΕ =57
CRP=x3

ACPA (-) RF (-) ANA(-)

RHEUMA → EUA (vs RA) → GCs
& σε 12 εβδ. MTX inj

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

2 (89)

Επιδείνωση γενικής κατάστασης

Απώλεια βάρους, ανορεξία, καταβολή

(...αρθρώσεις ίδιες)

Hb=9.9 TKE=105 CRP=x12

01/03/2019 σύσταση για εισαγωγή σε νοσοκομείο

(ΠΠ/ΠΠΓΝΠ) ολιγοήμερη νοσηλεία

Εκτίμηση από ομάδες ειδικών

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

2 (89)

παρακλινικός έλεγχος

CTs Θώρακος, Κοιλίας & οπισθοπεριτοναϊκού χώρου Χ.Ι.Ε

(πρόσφατη) Γαστροσκόπηση Χ.Ι.Ε

(πρόσφατη) Κολονοσκόπηση → Χ.Ι.Ε

Ca δείκτες (-)

MRI αρ. γόνατος → ήπιο ύδραρθρο υπερεπιγονατιδικά,
ευμεγέθους κ. Baker

Αρθροκέντηση ΑΡ γόνατος → Κ=5800 Π=84%

1 Celestone Chronodose IM & Medrol 16mg/d & διακοπή MTX

Εξιτήριο & οδηγίες για επανεξέταση στα ΤΕΙ σε 1 μήνα
(10/04/2020)

Ημερομηνία:	21.9.18	7.11.18	12.12.18	31.1.19	1.3.19	8.3.19
Hb/Hb/PCV	36,8/11,6/48	40,3/13,1/50,2	34/11/50,4	32,1/10,5/40,7	30,1/9,9/40	32,3/10,7/41,2
Λευκά	9000	6400	7860	6200	4900	7200
τύπος (H/L/H/M)	63/31/16	60/34/16	70/26/15	67/27/15	73/22/15	72/17/11,9
Ημοπετάλια	304000	242000	361000	281000	265000	308000
Θεαπνίνη/Κάθαρση		0,8	0,8		0,8	0,8
Α/Υ Α ούρων 24h		91/1	158/36	161/43	297/58	1/43
Υκώμα ούρων 24h			4	4,1	3,6	4,6
Μικρά Λευκώματα						6,5/3,6
OT/SGPT			8/12	9/10	8/14	12/11
Ph/γGT			172/22	148/18	123	78/25
Κ/LDH/Αλδολάση			14	16	18	24/1
Na ⁺		5,1/140	4,8/140	4,4/137	5,1/136	4,9/134,2
P/hos					9,4/1	9,1/3,3/1,9
DL/TRG			120/94	91/112	108/161	
/LDL			47/58	26/42	25/51	
TIBC/Φερριτίνη	1211		1450			1587
hbs A/E			HbAg(-)		PSA: 4,2	PSA: 4
/VDRL	Qu. of: 8		Anti-HBSc(-)			Qu. of: 20
Ag/PT/PTT	B12: 511		(-)			
4/TSH			Anti-HBc(-)	/10,5		
D/wright/widal	25w/11: 27		Anti-HBcIgM(-)			
α1/α2/β/γ		6,4/8,7/1,7/1,3	Anti-Hc(-)			
IgM/IgA	AntiCCP(-)	see 9"				
RF	57	15	60	75	105	?
	13 ^{CS} /(-)	(-)	24 ^{CS} /	61 ^{CS} /	61 ^{CS}	89 ^{CS} /8
ds DNA	(-)			"TCAWH"	"TCAWH"	"TCAWH"
UIRNP			Qu. of: 21		"TCAWH"	
Ro/La			B12: 405			
Sm						
Scl-70						
	20/100					
IgG/IgM	"TCAWH"					
C/anti PR3						
P/anti MPO						
EB				1005		
PH				Ασυνήθως		
Λεύκωμα/Hb				1/1		
Πυοσφ/ερυθρά				0-2/0-2		
Κύλινδροι				1		
Μικροοργανισμοί				(-)		

Μικρά Ε

C-πεπτιδο: 4,6
 Αλδοστερόν: 85,9
 Ρενίνη: 68
 B12: 605
 AFP: 2,6
 Ca 15-3: 18,8
 CEA: 3

- ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2 (89)
- 01/04/2019 στο ιατρείο



(AMKA: 02024606432)

Metoprolol 10mg/wic. 3ms

Foliaran/wic. 5 ↑ 25mg 6x1

Medrol 12mg/d. ↓ anol 6mg ano/wic

Thyreostat 1x1

Canedilen 6,25 1x1

Rosuben 1x1

Salospir 100 1x1

Lentus 15paul + raxicu 1d.

RA

Losec 1x1
Cadellus 1x1

Exoluc

EvA

(+) VLS

(+) M27

(+) kolav

to

U/S → ypo uniprnyonon Jimo ΔC
K yggolu nobouro AP
K kuro Botov
Apopotaku → Ganyebow Sw
Celestare
An = 90/60 y + 3w / 3ulow
K L
O J K
146 M
20w1 φJ. yppa
15/1/19
3/4 →
60% Behnwal!! D → 2wks

Rosuben. 1x1
 Salospir¹⁰⁰ 1x1
 Lentus 15poud
 + raxia 1d.

Cadelius 1x1

- Anacipu Sicut
 on-off. 6c w
 - Δa behiudmce
 Metoject, allia

Exolu

EVA

(+) V/S 10/15
 (+) M27 form
 (+) colubation
 for position

- Procipr
 Exe
 Dr.

Parent?
 GOUT.
 DA.

~~Amu~~ (colibicine 0,5) + lardul 10g
 ILADIS + Euv

(TCZ? (TCP))
 Anivum uppoi
 6 Gram
 Anivum D

4/19/19
TCZ 162?
 Actonel 75mg To
 Nutecol D3 1x270

Διαγνώση: 73
Ημερ. Παραπεμπ: 01-Απρ-19
Αρ.Δείγματος: 64

ΓΕΝΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΡΘΡΙΚΟΥ

ΓΕΝΙΚΟΙ ΧΑΡΑΚΤΗΡΕΣ	Ευρεθείσα τιμή	Τιμ. Αναφοράς
Χρoιά	ΚΙΤΡΙΝΗ	Αχρόχρουν
Ώση	ΘΟΛΕΡΗ	Διαυγής
Αντίδραση pH	7.5	
Συνολικό Βάρος	1015	1010 - 1020
ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ	Ευρεθείσα τιμή	Τιμ. Αναφοράς
Αριθμός κυττάρων	12.0000 mm ³	10 - 200 / mm ³
Ποσοστό κυττάρων	(Π=23 Λ=69 Μ=8) % Π,% Λ,% Μ	
Αριθμός ερυθρών	124 mm ³	
Κρυστάλλωμα		1 - 3 gr/dl
Υαλίνη		150 - 450 U /lt
Χαρο		mg/dl Ιση με τη γλυκόζη
Οξύ		mg/dl
Σταλλοί	ΟΧΙ	
Λευκοκύτταρα	ΑΥΞΗΜΕΝΗ	
Ρεοματώδης		

Σημειώσεις:

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

2 (89)

Περαιτέρω Επιδείνωση γενικής κατάστασης

Απώλεια βάρους, ανορεξία, καταβολή

Αρθρώσεις → έντονος πόνος σε ΑΡ γόνατο & ΑΡ ταρσό (χωρίς ιδιαίτερη διόγκωση)

Ht = 23 → ΤΕΠ (Βραχεία) 08/04/2019 → μετάγγιση 2 μονάδες

Επανάληψη1 amp Celestone Chronodose IM & Medrol 16mg/d

Προγραμματισμός Οστεομυελικής βιοψίας
17/04/2019

Άλλες εξετάσεις (στον ιδιωτικό τομέα)

MRI ΑΡ ΠΔΚ

Σπινθηρογράφημα
οστών (Tc-99m)

ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΠΟΔΟΚΝΗΜΙΚΗΣ ΑΡΘΡΩΣΕΩΣ

ΤΕΧΝΙΚΗ: Η εξέταση έγινε με τομές T1, T2 προσανατολισμού και καταστολής του λίπους κατά το εγκάρσιο, το οβελιαίο και το στεφανιαίο επίπεδο.

Παρούσα ένδειξη:

ΕΥΡΗΜΑΤΑ:

Εκτεταμένη υμενίτιδα με ανομοιογενή υψηλή έντασης σημάτων σε T2 ακολουθίες αναγνωρίζεται στην ποδοκνημική άρθρωση τόσο στο πρόσθιο όσο και στο οπίσθιο και πλάγιο θύλακα. Δεν παρατηρούνται στοιχεία διάβρωσης των οστικών δομών ούτε απώλεια του αρθρικού χόνδρου ενώ μικρά οστεόφυτα προβάλλουν στις αρθρικές παρυφές. Συνυπάρχουν στοιχεία οιδήματος στο υποδόριο λίπος πέριξ.

Μικρή συλλογή υγρού διακρίνεται πέριξ του τένοντα του οπισθίου κνημιαίου μυός.

Στοιχεία οστεοαρθρίτιδας με μικρές υποχόνδρινες κυστικόμορφες αλλοιώσεις διακρίνονται στην πρώτη μεταταρσοφαλαγγική άρθρωση.

Η ποδοκνημική άρθρωση ελέγχεται με φυσιολογικό εύρος. Οι αρθρικές επιφάνειες είναι ομαλές δίχως παρουσία οστικού οιδήματος στο υπαρθρικό οστό.

Στην κάτω κνημοπερονιαία συνδέσμωση ο πρόσθιος και ο οπίσθιος κνημοπερονιαίος σύνδεσμος ελέγχονται ακέραιοι.

Το λοιπό απεικονιζόμενο τμήμα της κνήμης αλλά και της περόνης έχει φυσιολογική μορφολογία και φυσιολογική ένταση σημάτων. Ο χόνδρος που επαλείφει την αρθρική επιφάνεια της κνήμης εικονίζεται ομαλός.

Ο αστράγαλος απεικονίζεται επίσης με φυσιολογική μορφολογία και φυσιολογική ένταση σημάτων ενώ η αρθρική του επιφάνεια απεικονίζεται με σαφήνεια. Τα λοιπά απεικονιζόμενα οστικά μόρια του ταρσού δεν εμφανίζουν διαταραχή της φυσιολογικής εντάσεως των σημάτων.

Η αστραγαλοπτερνική άρθρωση απεικονίζεται με φυσιολογικό εύρος.

Από τον έλεγχο των τενόντων των εκτεινόντων και των καμπτήρων μυών του άκρου ποδός δεν προκύπτουν παθολογικά ευρήματα. Ο αχίλλειος τένοντας απεικονίζεται με σαφήνεια.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: τα ευρήματα συνηγορούν υπέρ εκτεταμένης υμενίτιδας ποδοκνημικής αρθρώσεως πρωτίστως φλεγμονώδους αιτιολογίας. Συνιστάται περαιτέρω εργαστηριακή διερεύνηση.

Η Ιατρός

Οικονόμη Κατερίνα

Ημερομηνία:	21.9.18	7.11.18	12.12.18	31.1.19	1.3.19	8.3.19
Ht/Hb/MCV	36,8 / 11,6 / 98	40,3 / 13,1 / 102	34 / 11 / 104	32,1 / 10,5 / 107	30,1 / 9,9 / 110	32,3 / 10,7 / 112
Λευκά	6900	6400	7860	6200	4900	7200
τύπος (H/L/VH/M)	63/31	16	60/34	16	70/26	15
μιοπετάλια	304000	242000	361000	281000	265000	308000
ρεαπινίνη/Κάθαρση		0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
ζάχαρο/ουρία		91 /	158 / 36	161 / 43	297 / 58	143
Α/Λ/Α ούρων 24h			4	4,1	3,6	4,6
ζύκωμα ούρων 24h						413
Λευκά Λευκώματα					615 / 3,6	
OT / SGPT			8 / 12	9 / 10	8 / 11	12 / 11
Ph / γGT			172 / 22	148 / 18	23	78 / 25
Κ/ΛDH / Αλδολάση			14	18	10	24
Na ⁺		5,1 / 140	4,8 / 140	4,4 / 132	5,1 / 136	4,9 / 134,2
phos					9,4 /	9,1 / 3,3 / 19
DL / TRG			120 / 94	91 / 112	108 / 161	
/ LDL			43 / 58	26 / 42	25 / 51	
TIBC / φερριτίνη	1211		1450			1587
hbs A / E			HbA _{1c} (-)		PA: 412	PA: 4
/ VDRL	Qu. obs. 8		Anti-HBc (-)			Qu. obs. 20
Ag / PT / PTT	R12: S11		(-)			
4 / TSH			Anti-HBc (-)	1 / 0,5		
O / wright / widal	25wH: 21		Anti-HBc IgG (-)			
α1 / α2 / β / γ	61,9 / 87 / 47,5 / 11		Anti-HCV (-)			
IgM / IgA	AntiCCP (-)					
RF	57	15	60	75	105	?
ds DNA	13 ^{cs} / (-)	(-)	24 ^{cs} /	61 ^{cs} /	61 ^{cs}	89 ^{cs} / 8
UIRNP	(-)			"ΤΣΑΝΗ"		"ΠΓΥΗ"
Ro/La			Qu. obs. 21	"ΤΣΑΝΗ"		
Sm			B12: 405			
Scl - 70						
IgG / IgM	20 / 100					
C / anti PR3	ΤΣΑΝΗ					
P / anti MPO						
EB				1005		
PH				Αδελφ		
Λεύκωμα / Hb				(-)	(-)	
Πυοσφ.ερυθρά				0-2 / 0-2		
Κύλινδροι				(-)		
μικροοργανισμοί				(-)		

Μηνιαία

C πεπτιδο: 4,6
 Αλδοστερόν: 85,9
 Ρετινίνη: 68
 Β12: 605
 AFP: 2,6
 Ca 15-3: 18,8
 C-Α: 3

Ημερομηνία:	8.4.19
Ht/Hb/MCV	
Λευκά	
Τύπος (H/L/VH/M)	
Αιμοπετάλια	
Κρεατινίνη/Κάθαρση	0,6
ζάχαρο/ουρία	223 /
Α/Λ/Α ούρων 24h	413
Λεύκωμα ούρων 24h	
Ολικά Λευκώματα	
SGOT / SGPT	6 / 8
LPH / γGT	1,74 / 21
PK/LDH / Αλδολάση	
Na ⁺	
phos	
HOL / TRG	87 / 121
DL / LDL	22 / 41
TIBC / φερριτίνη	
hbs A / E	
PR / VDRL	
bsAg / PT / PTT	25wH: 25
/ T4 / TSH	
TO / wright / widal	
α1 / α2 / β / γ	
IgM / IgA	AntiCCP (-)
RF	105
ds DNA	104 / (-)
UIRNP	(-)
Ro/La	(-)
Sm	
Scl - 70	
IgG / IgM	20 / 100
C / anti PR3	
P / anti MPO	
EB	1005
PH	6
Λεύκωμα / Hb	(-)
Πυοσφ.ερυθρά	0-2 / 0-2
Κύλινδροι	(-)
μικροοργανισμοί	(-)

Θεραπευτική απόφαση





12.05.2019

Συμριζ, v-nous, o7u
o7ai kpi

↓ Angstrom huius fuzus

Donor DE fane

AE nDK nro 10.1/5 → fuz



Phonetic ton ΦA .

Seront? Under 6+4 fuz 3d
4+1 fuz 3d
4+2

→ Phonetic {
Guzep

TEFV
CRD
FBC
C-
LFT

NO fuzau
700 AFU 1774!!

16/5 May 16/7

Ημερομηνία:	8.4.19	16.4.19	19.4.19	30.4.19	7.5.19	16.5.19
Ht/Hb/MCV		30/	254/8.3/106	253/8/98	253/9.7/98	224/11.3/100
Λευκά			7400	5400	6600	6700
Τύπος (H/L/M)			62/32/15	59/34/7	58/35/7	66/28/6
Αιμοπετάλια			251.000	279.000	280000	278000
Κρεατινίνη/Κάθαρση	0.6					
Σάκχαρο/ουρία	223/					
U.A./U.A ούρων 24h	4.3					
Λεύκωμα ούρων 24h						
Όλικά Λευκώματα						
SGOT / SGPT	6 / 8					6 / 9
ALP / γGT	174 / 21					164 / 18
PK/LDH/ Αλδολάση			136/			
K ⁺ /Na ⁺						4.8/127
Ca ⁺⁺ /phos						8.5/8.6
HOL / TRG	87 / 121					
LDL / LDL	22 / 41					
Fe / TIBC / φερριτίνη					86 / 900	
Antibodies A / E						
PR / VDRL					β12.800	
BsAg / PT / PTT	25VHD:25					
T4 / TSH					1/0.6	
STO / wright / widal						
α1 / α2 / β / γ						
IgG / IgM / IgA	AuH (CP-)					
RF	<105	90		106	100	120
RF / RF	104 / (-)	15 /		93 ^{LS}	93 ^{LS}	79 ^{LS}
ANA	(-)					
Anti-ds DNA	(-)					
Anti-U1RNP						
Anti-Ro/La						
Anti-Sm						
Anti-Scl-70						
Anti-C4	25 / 25					
Anti-CCP						
Anti-CL IgG / IgM	"ΤΣΑΥΗ"					
Anti-CA	C / anti PR3					
	P / anti MPO					
	EB	1005				
	PH	6				
	Λεύκωμα / Hb	(-)(-)				
Πυροσφαιρινουρία	0.2 / 0.2					
Κύλινδροι	(-)					
Μικροοργανισμοί	(-)					

B2: Μικροοργανισμοί: 2.8

Β' θεραπευτική προσέγγιση



Ημερομηνία:	8.4.19	16.4.19	19.4.19	30.4.19	7.5.19	16.5.19
Ht/Hb/MCV		30/	254/8.3/106	253/8/98	253/9.7/98	224/11.3/100
Λευκά			7400	5400	6600	6700
Τύπος (H/L/M)			62/32/15	59/34/7	58/35/7	66/28/6
Αιμοπετάλια			251.000	279.000	280000	278000
Κρεατινίνη/Κάθαρση	0.6					
Σάκχαρο/ουρία	223/					
U.A./U.A ούρων 24h	4.3					
Λεύκωμα ούρων 24h						
Όλικά Λευκώματα						
SGOT / SGPT	6 / 8					6 / 9
ALP / γGT	174 / 21					164 / 18
PK/LDH/ Αλδολάση			1361/			
K ⁺ /Na ⁺						4.8/127
Ca ⁺⁺ /phos						8.5/8.6
HOL / TRG	87 / 121					
LDL / LDL	22 / 41					
Fe / TIBC / φερριτίνη					86 / 900	
α/β A / E						
PR / VDRL					β12.800	
BSAg / PT / PTT	25VHD:25					
T ₄ / TSH					1/0.6	
STO / wright / widal						
α1 / α2 / β / γ						
B / IgM / IgA	AuH (CP-)					
E	<105	90		106	100	120
RP / RF	104 / (-)	15 /		79 ^{ES}	93 ^{ES}	79 ^{ES}
ANA	(-)					
Anti - ds DNA	(-)					
Anti - ANA	U/RNP					
	Ro/La					
	Sm					
	Scl - 70					
C ₃ / C ₄	25 / 25					
CRP						
CL IgG / IgM	"ΤΣΑΝΗ"					
ICA	C / anti PR3					
	P / anti MPO					
	EB	1005				
	PH	6				
Μικροοργανισμοί	Λεύκωμα / Hb	(-)(-)				
	Πυοσφ/ερυθρά	0.2/0.2				
	Κύλινδροι	(-)				
	μικροοργανισμοί	(-)				

B2: Μικροοργανισμοί: 2.8



- Σπινθηρογράφημα οστών → Χ.Ι.Ε
- Τηλ. Επικοινωνία με Πυρηνικό Ιατρό → SUPER
BONE SCAN
- Αναμονή αποτελέσματος Οστεομυελικής

Κυτταρογενετική Έκθεση
ΚΑΡΥΟΤΥΠΟΣ ΜΥΕΛΟΥ ΤΩΝ ΟΣΤΩΝ

ΠΡΟΧΕΙΡΙΑ Ε
Πίθετο
Όνομα
Ημ/νία Γέν.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ
Αρ. Εντολής : 42901
Εσωτερικός Κωδικός : BM8938
Ημ/νία Λήψης : 17/04/2019
Ημ/νία Παραλαβής : 18/04/2019
Ημ/νία Απάντησης : 17/05/2019

Είδος δείγματος : Οστών Ποιότητα δείγματος : Αποδεκτή
Αιτία παραπομπής : Αιματολογική Κλινική, ΠΓΝ Ρίο
Παραπέμπων

Μικροσκοπική Ανάλυση

Αρ. Αναλ. Καλλιέργειών : 2
Αρ. Αναλ. Μεταφάσεων : 12
Χρώσεις : GTG
Αναλ. Ζωνώσεων : 300bphs

Καλλιέργεια

- ☐ Άμεση
☒ 24 ωρών
☒ 48 ωρών
☐ 72 ωρών

Αποτελέσματα

ΚΑΡΥΟΤΥΠΟΣ: 46,XY,del(5)(q22q33)[10]/46,XY[2]

Ανευρέθησαν και μελετήθηκαν συνολικά 12 μεταφάσεις. Στις 2 μεταφάσεις δεν παρατηρήθηκαν εμφανείς αριθμητικές και δομικές χρωμοσωμικές ανωμαλίες δηλαδή ο καρυότυπος ήταν 46,XY. Στις υπόλοιπες 10 μεταφάσεις παρατηρήθηκε κυτταρικός κλώνος με συνολικό αριθμό χρωμοσωμάτων 46 και ενδιάμεση έλλειψη στο μεγάλο βραχίονα του ενός χρωμοσώματος 5 που φαίνεται να περιλαμβάνει τη περιοχή q22 έως q33.

Η αξιολόγηση του αποτελέσματος γίνεται από τον θεράποντα ιατρό με συνεκτίμηση των λυτών εξετάσεων και της κλινικής εικόνας του εξεταζόμενου.

Σχόλια:

- Με την μελέτη λιγότερων των 20 μεταφάσεων είναι πιθανή η μη αποκάλυψη κυτταρικού κλώνου.
 - Το ποσοστό των δειγμάτων μυελού των οστών χωρίς μιτωτική δραστηριότητα μετά από καλλιέργεια είναι 5% (Oncology reports 16:893-899,2006).
 - Το αποτέλεσμα ισχύει με την προϋπόθεση ότι το δείγμα προέρχεται από τον εξεταζόμενο που αναφέρεται στο παραπεμπτικό έγγραφο.
 - Βιολογικοί ή τεχνικοί περιορισμοί μπορεί να επηρεάσουν το αποτέλεσμα.
 - Η θεραπευτική αγωγή μπορεί να αποτελέσει ανασταλτικό παράγοντα της κυτταρικής ανάπτυξης καθώς και του μιτωτικού δείκτη.
 - Η ανάλυση πραγματοποιείται σύμφωνα με τις ακόλουθες διεθνείς οδηγίες: (1) ECA, Cytogenetic Guidelines and Quality Assurance for Acquired Cytogenetics, Newsletter, no.31 Jan 2013 (2) ACC, Professional Guidelines for Clinical Cytogenetics. General Best Practice Guidelines (2007) v 1.04 (3) ACC, Professional Guidelines for Clinical Cytogenetics, Haemato-Oncology Best Practice Guidelines (2007) v1.01.
 - Το διαγνωστικό εργαστήριο LIFE-CODE συμμετέχει σε πρόγραμμα εξωτερικού ποιοτικού ελέγχου (College of American Pathologists, CAP).
- Δεν επιτρέπεται η μερική αναπαραγωγή της παρούσας έκδοσης αποτελεσμάτων.

Αναλυτής
Αγγελική Δαράκη, B.Sc., Ph.D.
Βιολόγος AMKA 24078501186

Επιστημονικός Υπεύθυνος
Θωμάς Χρ. Κόμης
Ιατρός Βιοπαθολόγος
AMKA 01016409037

Διευθυντής του Κέντρου
Ασπασία Διβανέ, B.Sc., Ph.D., Er.CL.G.
Κλινική Εργαστηριακή Γενετίστρια
AMKA 22026900427



MYELODYSPLASTIC SYNDROME



Inflammatory arthritis in patients with myelodysplastic syndromes: a multicenter retrospective study and literature review of 68 cases

Arsène Mekinian ¹, Thorsten Braun, Olivier Decaux, Géraldine Falgarone, Eric Toussiot, Loïc Raffray, Mohamed Omouri, Bruno Gombert, Benoit De Wazieres, Anne-Laure Buchdau, Jean-Marc Ziza, David Launay, Guillaume Denis, Serge Madaule, Christian Rose, Eric Grignano, Pierre Fenaux, Olivier Fain, Club Rhumatismes et Inflammation (CRI), Groupe Francophone des Myélodysplasies (GFM), and Société Nationale Française de Médecine Interne (SNFMI)

Affiliations + expand

PMID: 24378738 PMCID: [PMC4616329](#) DOI: [10.1097/MD.0000000000000011](#)

[Free PMC article](#)

Abstract

We describe the characteristics and outcome of inflammatory arthritis in patients with myelodysplastic syndrome (MDS) in a French multicenter retrospective study. Twenty-two patients with MDS (median age, 77.5 yr [interquartile range, 69–81]; 10 women) were included. Inflammatory arthritis presented as polyarthritis in 17 cases (77%) and with symmetric involvement in 15 cases (68%). At diagnosis, the median disease activity score 28 based on C-reactive protein (DAS28-

Abstract

We describe the characteristics and outcome of inflammatory arthritis in patients with myelodysplastic syndrome (MDS) in a French multicenter retrospective study. Twenty-two patients with MDS (median age, 77.5 yr [interquartile range, 69–81]; 10 women) were included. Inflammatory arthritis presented as polyarthritis in 17 cases (77%) and with symmetric involvement in 15 cases (68%). At diagnosis, the median disease activity score 28 based on C-reactive protein (DAS28-CRP) was 4.5 [2–6.5]. Two patients had anti-citrullinated protein antibodies (ACPAs), and 1 had radiologic erosions. The median time between the diagnoses of arthritis and MDS was 10 months [6–42], with a median articular symptom duration of 3 months [2–8]. The diagnosis of both diseases was concomitant in 6 cases (27%); arthritis preceded MDS in 12 cases (55%), and occurred after MDS in 4 (18%). While the number of swollen and tender joints significantly decreased during follow-up, as did the median DAS28-CRP (from 4.3 [3.8–4.6] at baseline to 2.9 [1.75–3.3]; $p < 0.05$), CRP remained elevated (CRP >20 mg/L) in 8 patients (42%). Nevertheless, radiographic progression and new ACPA positivity were not observed during a median follow-up of 29 months [9–76]. While most of the patients were treated with steroids ($n = 16$) for arthritis, additional treatment was administered in only 4 patients (hydroxychloroquine, $n = 2$; sulfasalazine [Salazopyrin] and etanercept, $n = 1$, respectively). Eleven patients died during follow-up from acute myeloid leukemia ($n = 5$); infections ($n = 3$); or cerebral bleeding, cardiorespiratory failure, or undetermined cause ($n = 1$, respectively). Inflammatory arthritis associated with MDS can have various presentations and is often seronegative and nonerosive. Steroids alone are the most common treatment in MDS-associated arthritis, but that treatment is insufficient to control arthritis. Steroid-sparing strategies need to be identified.

Figures

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 2 (89)

Περαιτέρω
πορεία.....

21/05/2019 επικοινων. με αιματολόγους για εισαγωγή

22/05 Εισαγωγή ΟΡΘΟ λόγω # Ο1 (α΄βαθμού)

Αγωγή για το MDS μετά την αντιμετώπιση του # Ο2

Μεταγγίσεις & αναλγητικά

29/05 Μεταφορά στην Ν/Χ

Επέμβαση σε 1 εβδ λόγω salospir

Σοβαρή Λοίμωξη αναπνευστικού

17/05/2019 ο ασθενής κατέληξε

16-4-19

OS

AIGIO GENERAL HOS
GENERAL RADIO
Acq. time:19

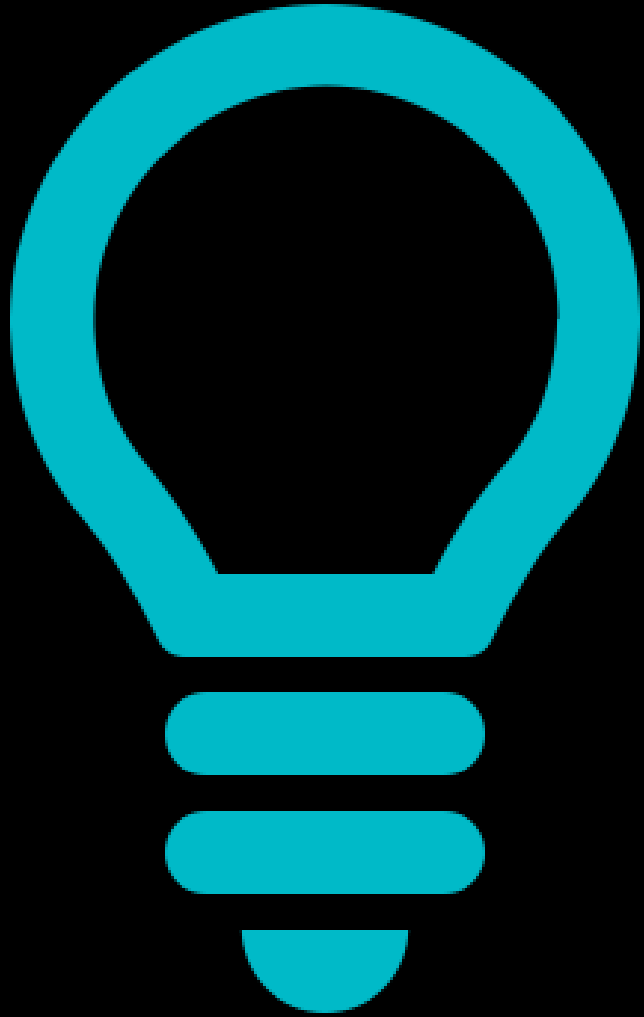
10





Tip # 4

Μπορεί να χρειασθεί
χρόνος για εκδηλωθεί όλο
το φάσμα ενός
ρευματικού νοσήματος ή
νοσήματος που
εκδηλώνεται με
μυοσκελετικά ενοχλήματα



Tip # 5

Η ατυπία ...πρέπει πάντα
να μας προβληματίζει !!!

Tip # 6



Η άμεση επικοινωνία και
η συνεργασία μεταξύ των
γιατρών διαφόρων
ειδικοτήτων λειτουργεί
υπέρ του ασθενούς
επιταχύνοντας τις
θεραπευτικές
παρεμβάσεις!!!

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ 3 (90)

(2019) Γυναίκα 58 ετών

Οροθετική (RF +) Ρευματοειδής
Αρθρίτις από 10ετίας

TOFA, MTX 10 mg/wk, Medrol 2
mg/d

Προηγούμενες θεραπείες:
Infliximab IV, Tocilizumab IV

Ατομ.Αναμν: Υπέρταση
ΒΣ: 94kg

ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

3 (90)

Από διμήνου πόνος & διόγκωση
ΑΡ ΠΔΚ

Από μόνη της → Medrol 8mg

→ μικρή βελτίωση

→ Ακτινογραφίες & MRI





30036100524
4-May-1961 F
LT-ANKLE
Sag T2 fs

Optima MR450w
20-September-2019
12:41:45

ST: 4.00 SL: -71.76
RT: 4648.00 ET: 75.42
FS: 1.50
MR
LittleEndianExplicit
Images: 13/21
Series: 5

WL: 2299 WW: 4599



ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ

ΠΑΤΡΑ 20.09.2019



ΡΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΑΡΙΣΤΕΡΗΣ ΠΟΔΟΚΝΗΜΙΚΗΣ

Η εξέταση έγινε σε τρία επίπεδα και τρεις ακολουθίες. Το σύνολο των ακολουθιών που ελήφθησαν ευρίσκονται στο συνοδό CD.

Στην ποδοκνημική άρθρωση διακρίνεται συλλογή υγρού - εικόνα υμενίτιδας. Συγκεντρώνεται τόσο στο πρόσθιο όσο και στο οπίσθιο κόλπωμα αυτής. Ομαλές ελέγχονται οι αρθρικές επιφάνειες δίχως παρουσία διαβρώσεων.

Οστικό οίδημα ελέγχεται στην οπίσθια υπαστραγαλική άρθρωση, στην οπογγώδη ουσία του αστραγάλου και σε μικρότερο βαθμό της πτέρνας.

Συλλογή υγρού με πολύχωρη πολυλοβωτή μορφολογία ελέγχεται στην οπίσθια υπαστραγαλική άρθρωση, οπισθίως της άνω επιφάνειας της πτέρνας.

Στον ταρσιαίο κόλπο οίδηματώδεις είναι οι καθεκτικοί σύνδεσμοι που τον διατρέχουν, με παρουσία μικρού μεγέθους γαγγλιονικών κύστεων.

Από τον έλεγχο των τενόντων, εικόνα ελυτρίτιδας ελέγχεται στον οπίσθιο κνημιαίο τένοντα, στον καμπτήρα τένοντα των δακτύλων και στον πρόσθιο κνημιαίο τένοντα στη ραχιαία επιφάνεια.

Ο αχίλλειος τένοντας και η πελματιαία απονεύρωση απεικονίζονται με φυσιολογική μορφολογία.

Από τον έλεγχο των συνδέσμων δεν προκύπτει εικόνα συνδεσμικής κακώσεως.

Συμπέρασμα: Συλλογή υγρού στα πλαίσια υμενίτιδας ελέγχεται στην ποδοκνημική άρθρωση και στην οπίσθια υπαστραγαλική. Οστικό οίδημα στα πλαίσια οστικής συμμετοχής με ενεργό αρθρίτιδα ελέγχεται στην οπογγώδη ουσία του αστραγάλου και της πτέρνας, στις υπαστραγαλικές αρθρώσεις. Εικόνα ελυτρίτιδας του οπίσθιου κνημιαίου τένοντα και του καμπτήρα τενόντων των δακτύλων, καθώς και του πρόσθιου κνημιαίου. Τα ανωτέρω ευρήματα αποδίδονται στα πλαίσια ενεργού αρθρίτιδας, εκφυλιστικής είτε πιθανότερα ρευματολογικής αιτιολογίας με οστική συμμετοχή.

Η/ΙΑΤΡΟΣ

Μαρία Καραμεσίνη
Ακτινολόγος
ΑΜΚΑ 03036703464

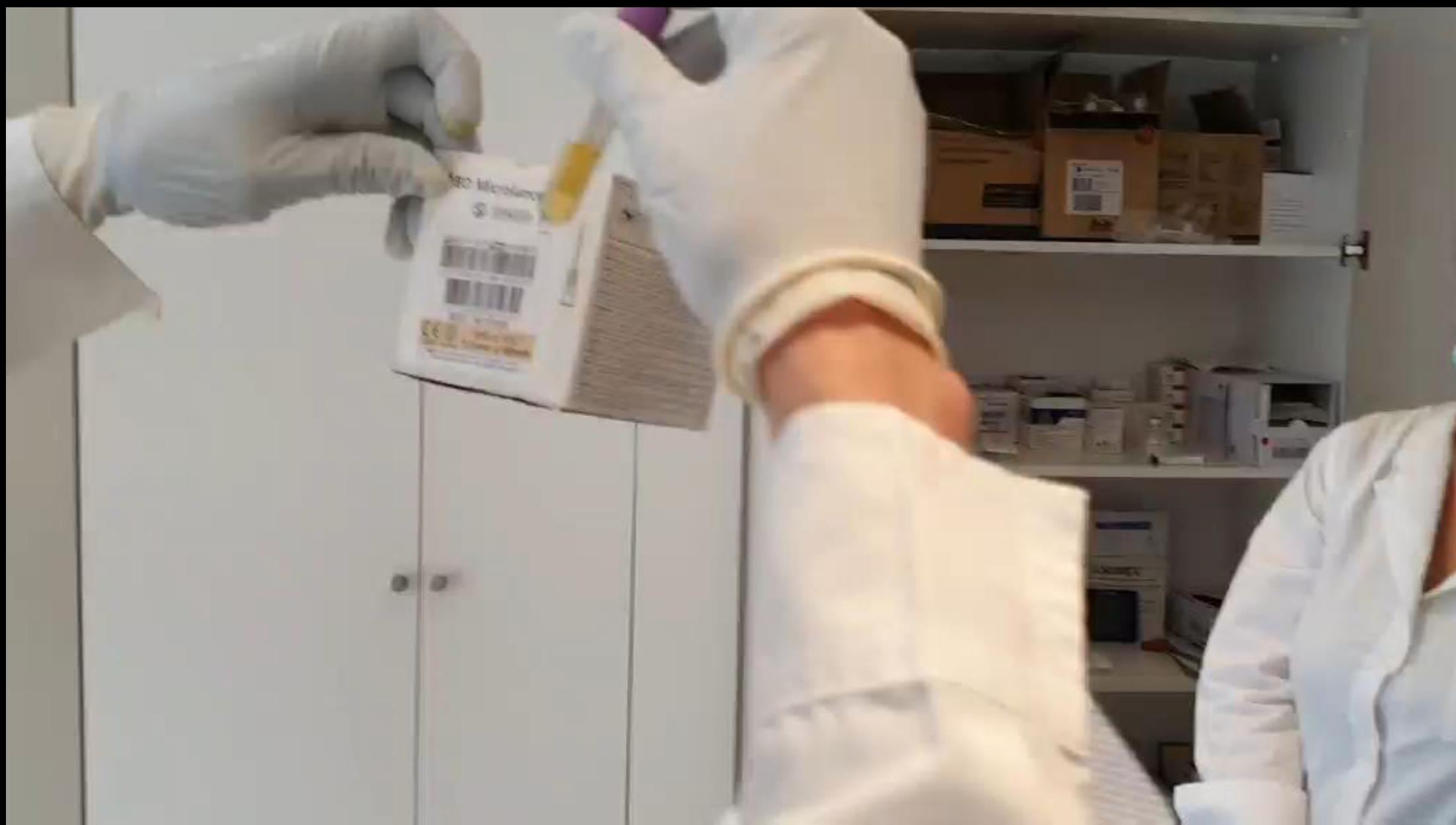
















HM/NIA: 03/10/2019

Zoom out

Γενική εξέταση βιολογικών υγρών

ΕΙΔΟΣ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ: ΑΡΘΡΙΚΟ ΥΓΡΟ ΑΡ ΠΟΔΟΚΝΗΜΙΚΗΣ ΑΡΘΡΩΣΗΣ

ΜΑΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ

(προ φυγοκέντρωσης)

Όψη

Χροιά

Γλοιότητα

Ινική -

Ίζημα -

(μετά φυγοκέντρωσης)

Όψη

Χροιά

Ινική

Ίζημα

ΒΙΟΧΗΜΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Ειδικό βάρος: 1010

pH 7,0

Λεύκωμα

Ουρικό οξύ

mg/dL

Γλυκόζη

LDH

ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΙΖΗΜΑΤΟΣ

Αριθμός κυττάρων: 300 mm³

Ερυθρά Αιμοσφαίρια: mm³

Τύπος κυττάρων %

Πολυμορφοπύρρηνα: 20

Λεμφοκύτταρα: 70

Μονοπύρρηνα: 10

Ηωσινόφιλα:

Gram χρώση: ΑΡΝΗΤΙΚΗ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ: ΔΕΝ ΠΑΡΑΤΗΡΗΘΗΚΑΝ ΚΡΥΣΤΑΛΛΟΙ ΠΥΡΟΦΩΣΦΟΡΙΚΟΥ
ΑΣΒΕΣΤΙΟΥ Ή ΟΥΡΙΚΟΥ ΜΟΝΟΝΑΤΡΙΟΥ

ΕΞΕΤΑΖΟΜΕΝΟ

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ

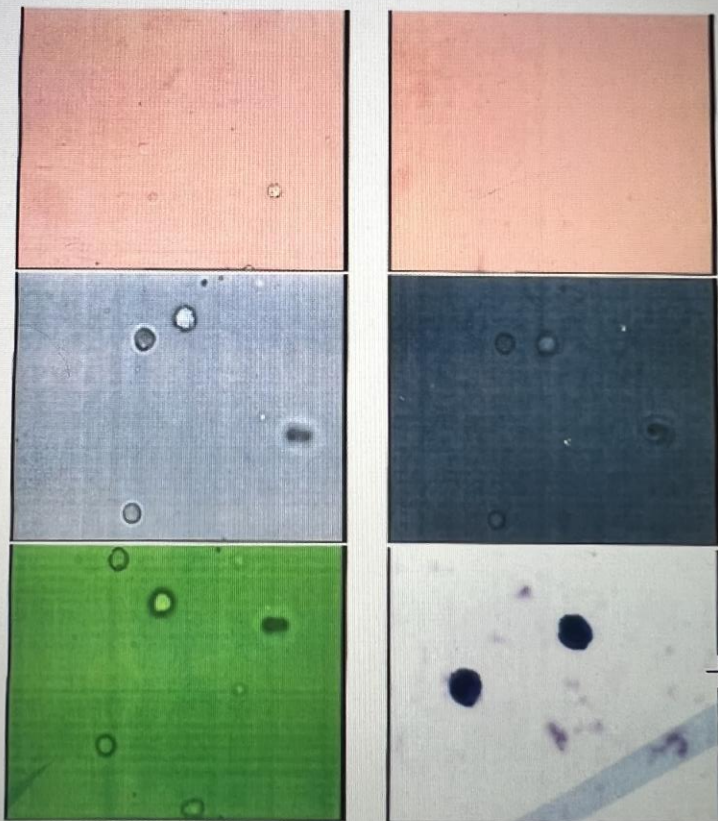
ΗΜ/ΝΙΑ : 03/10/2019

ΙΚΕ ΒΙΟΑΝΑΛΥΣΙΣ

ΜΙΚΡΟΣΚΟΠΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΡΘΡΙΚΟΥ ΥΓΡΟΥ

Δείγμα: ΑΡΘΡΙΚΟ ΥΓΡΟ ΑΡ ΠΟΔΟΚΗΝΗΜΙΚΗΣ ΑΡΘΡΩΣΗΣ

Χρήση μικροσκοπίου αντίθετης φάσης OLYMPUS με προσθήκη ειδικών φίλτρων



Θεραπευτικές προσεγγίσεις

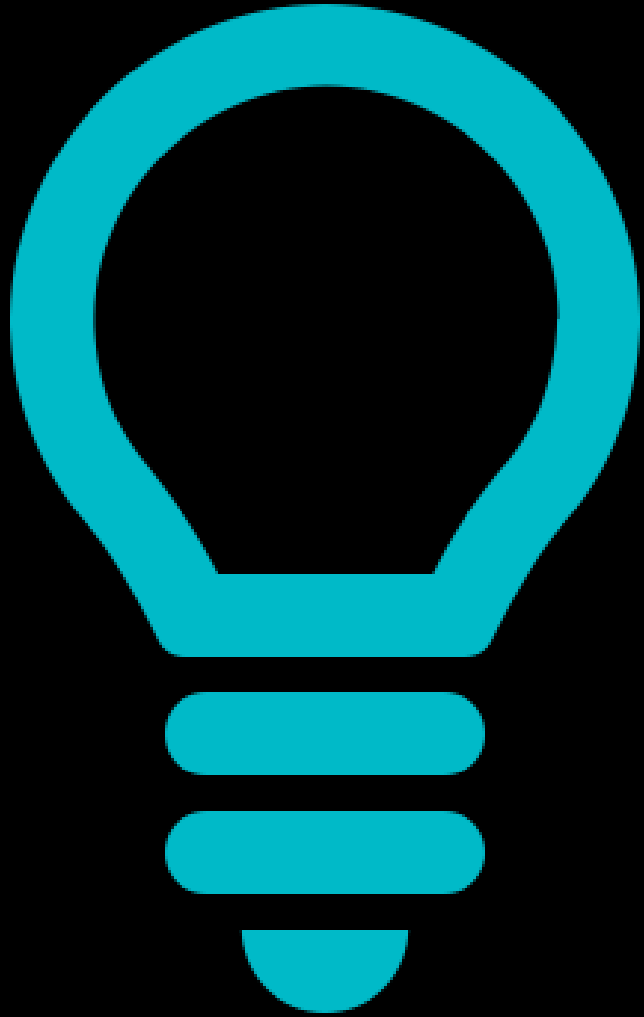
Ενδοαρθρική
έγχυση GCs

Θεϊκή
Χονδροϊτίνη

Σύσταση για
απώλεια
βάρους

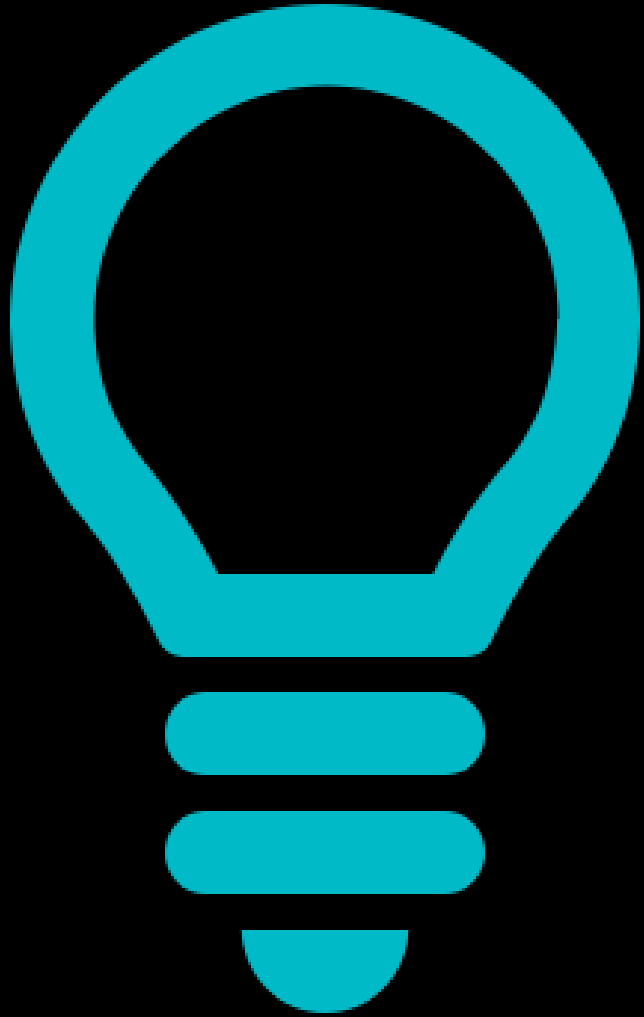
Έκβαση → ΕΠΙΤΥΧΗΣ





Tip # 7

Ασθενείς με RA ...μπορεί
να εκδηλώσουν ΚΑΙ
εκφυλιστικά προβλήματα
!!



Tip # 8

Ρωτήστε πάντα τον
Ρευματοπαθή για πιθανό
τραυματισμό (πρόσφατο ή
παρελθόντα)!!!



Tip # 9

Η σημαντικότερη εξέταση
για να διακρίνουμε
Φλεγμονώδη από ΜΗ
φλεγμονώδη αρθρίτιδα
παραμένει η ανάλυση του
Αρθρικού Υγρού !!!



Tip # 10

Αφουγκραστείτε πάντα το
βαθύτερο Ιατρικό σας
Ένστικτο !!!

THANK

YOU