

υβριδικό
**2° Πανελλήνιο
Θερινό Συμπόσιο
Μυοσκελετικής Υγείας**

Με φυσική παρουσία

**Διαδραστική συζήτηση
περιστατικών**

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΝΩΣΗ
ΓΙΑ ΤΗ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ



Ερέτρια
16-19
Ιουνίου 2022
Eretria
Hotel & Resort

www.epemy.gr

«Πώς να γράψω σωστά μία Μελέτη Περίπτωσης (Case Report)»

Ασθενής με Ερυθροδερμική Ψωρίαση: κλασική θεραπεία στην εποχή των βιολογικών;

Σωτήριος Τσιόγκας

Ιατρός, υπ. διδάκτωρ, Π.Θ.

Ατομικό αναμνηστικό

- Άρρεν
- 34 ετών
- Καυκάσιος
- Ξυλογλύπτης

Ψωρίαση από 20ετίας
υπό βιολογικό παράγοντα
(σεκουκινουμάμπη) από ενός έτους (PASI 0)

- Καπνιστής
- Σποραδική χρήση αλκοόλ
- Πρώην χρήστης ναρκωτικών ουσιών
- Αλλεργίες δεν αναφέρονται



- Γενικευμένη ερυθρότητα και απολέπιση του δέρματος από εβδομάδος
- Αναφέρει συχνουρία και καύσο κατά την ούρηση
- Δεκατική πυρετική κίνηση με συνοδό φαρυγγαλγία μετά από εξαγωγή οδόντων προ 3 εβδομάδων για την οποία έλαβε κλαρυθρομυκίνη για 10 ημέρες

Εισαγωγή του ασθενούς στη Δερματολογική κλινική

Ερυθροδερμία

- Εκτεταμένο ερύθημα
- Απολέπιση



Κλινική εξέταση δέρματος II



- Ονυχόλυση
- Σταγόνα ελαίου
- Βοθρία



Αίτια ερυθροδερμίας		
ΔΕΡΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΑ	ΦΑΡΜΑΚΑ
<u>Ψωρίαση</u>	Λευχαιμία	Sulphonamides
<u>Ατοπική δερματίτιδα</u>	Hodgkin's λέμφωμα	Dapsone
Σμηγματορροϊκή δερματίτιδα	Non-Hodgkin's λέμφωμα	Penicillins
Δερματίτιδα στάσεως	<u>Σπογγοειδής μυκητίαση</u>	Cephalosporins
Δερματίτιδα εξ' επαφής	<u>Σύνδρομο Sezary</u>	Anticonvulsants
Ερυθρά ιόνθιος πιτυρίαση	Μυέλωμα	INH
Pemphigus foliaceus	Καρκίνωμα πνεύμονα και εντέρου	Sulphonylureas
Νορβηγική ψώρα	Λοίμωξη HIV	Thiazides
Δερματομυκητίαση	Graft versus host disease	Gold
Ομαλός λειχήνας		Arsenic
Σύνδρομο Reiter		Allopurinol
Σαρκοείδωση		Antimalarials
		Retinoids and many other drugs

- Ερυθροδερμία στα πλαίσια ατοπικής δερματίτιδας
- Ερυθροδερμία από φάρμακα
- Τ-κυτταρικό λέμφωμα
- Ερυθροδερμική ψωρίαση



**↑CRP (8,3mg/dl)/ΤΚΕ (25 m/h), ↓Hb, ↓Albumin, ↑γ-σφαιρίνες,
Λευκοκυττάρωση με διαταραχές του τύπου των ουδετεροφίλων**

κ/α φαρυγγικού εκκρίματος: (-)

Δείκτες ηπατίτιδας, HIV: (-)

Καρκινικοί δείκτες: κφ

Εκτίμηση για άτυπα κύτταρα Sèzary: (-)

κ/α ούρων: **Pseudomonas aeruginosa**

Αρχικός θεραπευτικός στόχος

Αποκατάσταση ισοζυγίου υγρών, ηλεκτρολυτών και πρωτεϊνών

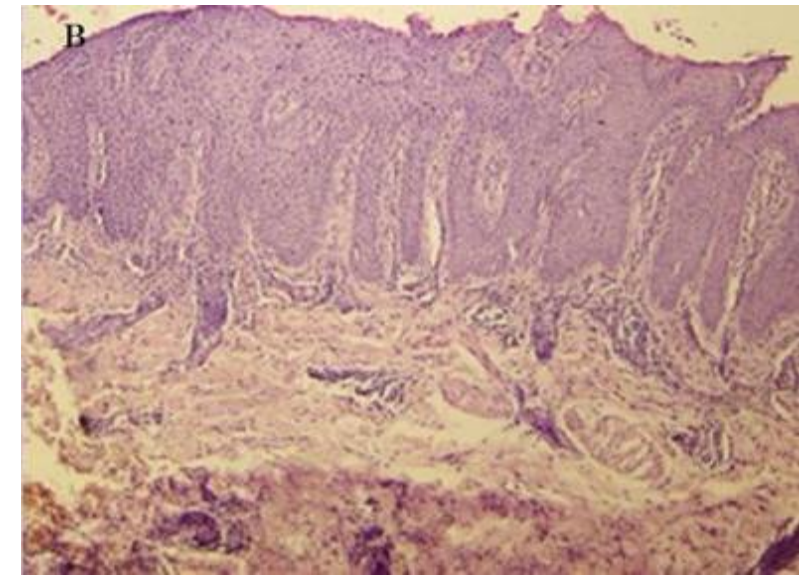
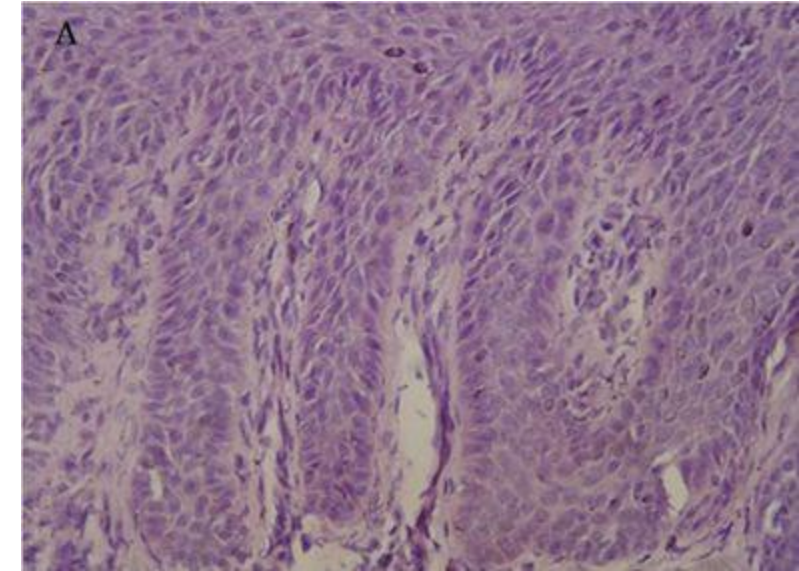
Αντιμετώπιση υποκείμενης λοίμωξης

Θεραπεία των συμπτωμάτων



Βιοψία δέρματος

- Αύξηση της επιδερμίδας με ακάνθωση και παρακεράτωση
- Παρουσία ουδετερόφιλων στην επιδερμίδα
- Διάταση και συμφόρηση τριχοειδών θηλώδους χορίου



ΕΡΥΘΡΟΔΕΡΜΙΚΗ ΨΩΡΙΑΣΗ

Θεραπευτική προσέγγιση					
MEDICATION	DOSE	ROUTE	FREQ	Generic Name	INDICATION
IVF	IV				
<u>Tb neotigason</u>	25mg	oral	OD	<u>acitretin</u>	<u>retinoid</u>
Tb bilargen	20mg	oral	BD	bilastine	Anti histamine
iv. Cubicin	350mg	IV	OD	daptomycin	Antibiotic
Iv. Ciproxin	400mg	IV	BD	ciprofloxacin	Antibiotic
Iv. Losec	20mg	IV	BD	omeprazole	Proton- pump inibitor
Cr butavate		E/A	night	Clobetasol propionate	Anti infiammatory
jelly vaseline		E/A	mrng	Liquid paraffin	Emollient

Day 0

PASI 40.7



Week 5

PASI 0



Κλινική βελτίωση II



Κλινική βελτίωση III



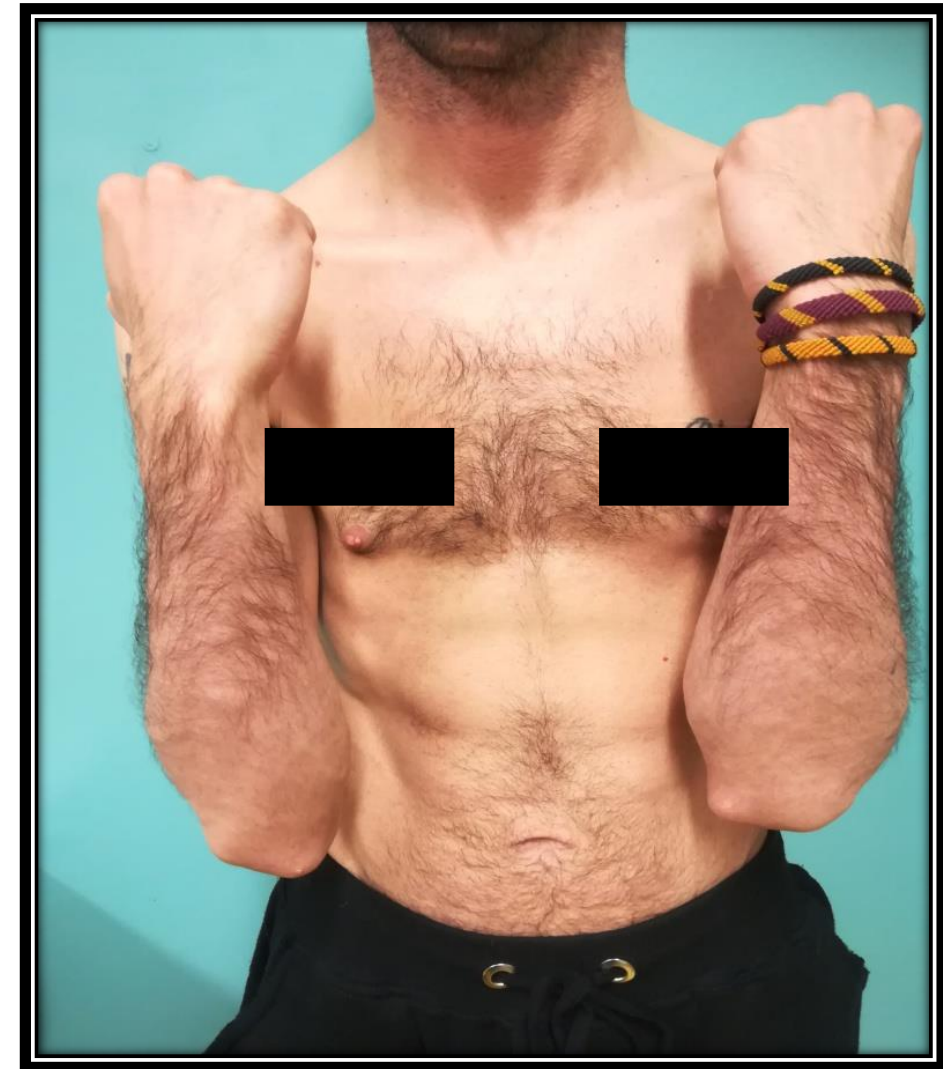
Week 7

Επανεναρξη σεκουκινουμάμπης
(cosentyx)

Σταδιακή μείωση της ασιτρετίνης
μέχρι τη διακοπή της

Week 16

PASI 0



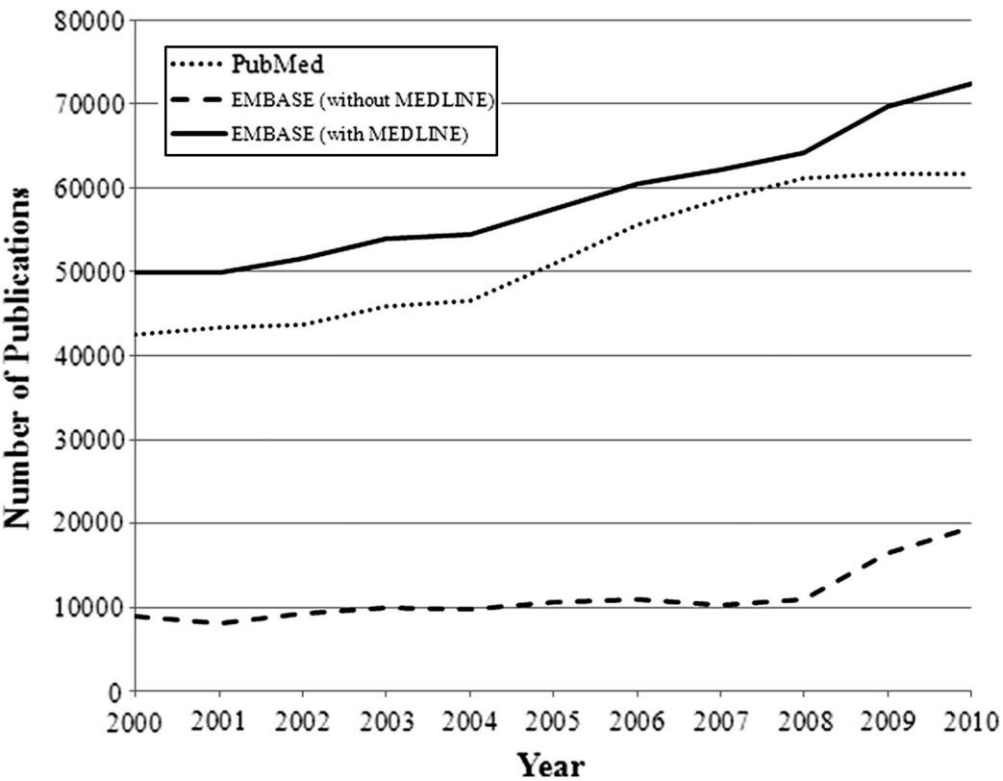
«Πώς να γράψω σωστά μία Μελέτη Περίπτωσης (Case Report)»

Εστιάζοντας στη συζήτηση

Χρησιμότητα practice-based αποδείξεων:

- Ενίσχυση της συλλογικής κλινικής εμπειρίας
- Δημιουργία υποθέσεων για μελλοντικές κλινικές μελέτες
- Αξιολόγηση παγκόσμιων προσεγγίσεων διαφορετικών συστημάτων υγείας
- Εξατομίκευση των θεραπειών στην κλινική πράξη
- Εκπαίδευση σε επίπεδο περιστατικών στην ιατρική

Αριθμός δημοσιεύσεων και ποιότητα



Description of Interventions		
Route or dose of medications or details of procedure described	79.7	70 – 87
Co-interventions	57.1	46 – 67
Threats to Generalizability and Validity		
Generalizability	28.6	20 – 39
Alternative explanations	27.4	19 – 38
Information about denominator	2.3	1 – 8

Sun GH, Aliu O, Hayward RA. Open-access electronic case report journals: the rationale for case report guidelines. J Clin Epidemiol [Internet]. 2013;66(10):1065–70. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0895435613001170>

Richason TP, Paulson SM, Lowenstein SR, Heard KJ. Case reports describing treatments in the emergency medicine literature: missing and misleading information. BMC Emerg Med [Internet]. 2009 Jun 15;9:10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19527500>

Κατευθυντήριες οδηγίες I

BMJ CASE REPORTS

The CARE guidelines: consensus-based clinical case reporting guideline development

Joel J Gagnier,^{1,2} Gunver Kienle,³ Douglas G Altman,⁴ David Moher,⁵ Harold Sox,⁶ David Riley,⁷ the CARE Group



ELSEVIER



CrossMark

Journal of Clinical Epidemiology 89 (2017) 218–235

**Journal of
Clinical
Epidemiology**

CARE guidelines for case reports: explanation and elaboration document

David S. Riley^{a,*}, Melissa S. Barber^b, Gunver S. Kienle^c, Jeffrey K. Aronson^d, Tido von Schoen-Angerer^e, Peter Tugwell^f, Helmut Kiene^g, Mark Helfand^h, Douglas G. Altmanⁱ, Harold Sox^j, Paul G. Werthmann^g, David Moher^k, Richard A. Rison^l, Larissa Shamseer^k, Christian A. Koch^m, Gordon H. Sunⁿ, Patrick Hanaway^o, Nancy L. Sudak^p, Marietta Kaszkin-Bettag^q, James E. Carpenter^r, Joel J. Gagnier^{s,t}

Ανάπτυξη checklist CARE:

- 13 κύρια στοιχεία
- Διαφορετικό στοιχείο για κάθε τμήμα ενός case-report

Table 1 The CARE guidelines checklist

The narrative: A case report tells a story in a narrative format that includes the presenting concerns, clinical findings, diagnoses, interventions, outcomes (including adverse events) and follow-up. The narrative should include a discussion of the rationale for any conclusions and any take-away messages.

Item name	Item no.	Brief description
Title	1	The words 'case report' (or 'case study') should appear in the title along with phenomenon of greatest interest (eg, symptom, diagnosis, test, intervention)
Keywords	2	The key elements of this case in 2–5 words
Abstract	3	a) Introduction—What does this case add? b) Case Presentation: – The main symptoms of the patient – The main clinical findings – The main diagnoses and interventions – The main outcomes c) Conclusion—What were the main 'take-away' lessons from this case?
Introduction	4	Brief background summary of this case referencing the relevant medical literature
Patient information	5	a) Demographic information (eg, age, gender, ethnicity, occupation) b) Main symptoms of the patient (his or her chief symptoms) c) Medical, family, and psychosocial history—including diet, lifestyle, and genetic information whenever possible, and details about relevant comorbidities including past interventions and their outcomes
Clinical findings	6	Describe the relevant physical examination (PE) findings
Timeline	7	Depict important dates and times in this case (table or figure).
Diagnostic assessment	8	a) Diagnostic methods (eg, PE, laboratory testing, imaging, questionnaires) b) Diagnostic challenges (eg, financial, language/cultural) c) Diagnostic reasoning including other diagnoses considered d) Prognostic characteristics (eg, staging) where applicable
Therapeutic intervention	9	a) Types of intervention (eg, pharmacologic, surgical, preventive, self-care) – Administration of intervention (eg, dosage, strength, duration) – Changes in intervention (with rationale)
Follow-up and outcomes	10	a) Summarise the clinical course of all follow-up visits including – Clinician and patient-assessed outcomes – Important follow-up test results (positive or negative) – Intervention adherence and tolerability (and how this was assessed) – Adverse and unanticipated events
Discussion	11	a) The strengths and limitations of the management of this case b) The relevant medical literature c) The rationale for conclusions (including assessments of cause and effect) d) The main 'take-away' lessons of this case report
Patient perspective	12	The patient should share his or her perspective or experience whenever possible
Informed consent	13	Did the patient give informed consent? Please provide if requested

Συζήτηση ενός case-report-βασικά σημεία

- ✓ Ίσως το πιο σημαντικό κομμάτι της δημοσίευσης
- ✓ Ανάπτυξη εννοιών ή προβληματισμών που τέθηκαν στην Εισαγωγή:
π.χ. «γιατί το περιστατικό είναι αξιοσημείωτο;»
«ποιό πρόβλημα αντιμετωπίζει;»
- ✓ Συνοπτική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας:
 - Παρουσίαση θεωριών και ευρημάτων ερευνών στο μείζων πρόβλημα που κλήθηκε να αντιμετωπίσει ο ασθενής
 - Περιορισμός στην πηγή της σύγχυσης ή στη κύρια δυσκολία του περιστατικού
- ✓ Παράθεση των ξεκάθαρων μηνυμάτων
- ✓ Συνάφεια του μηνύματος που απορρέει με την εδραιωμένη κλινική πράξη
- ✓ Κερδισμένη γνώση-προστιθέμενη αξία στη μελλοντική κλινική πράξη

Οργάνωση δομής με οδηγίες CARE

- 1) Δυνατά σημεία και περιορισμοί στην αντιμετώπιση του περιστατικού
- 2) Σχετική ιατρική βιβλιογραφία
- 3) Λογική που οδήγησε στα συμπεράσματα
- 4) Κύρια take-away «μαθήματα» του συγκεκριμένου περιστατικού

1) Δυνατά σημεία και περιορισμοί στην αντιμετώπιση του περιστατικού

Br. J. clin. Pharmac. (1976), 3, 1045-1051

ALTERED DISTRIBUTION OF DIGOXIN IN RENAL FAILURE—A CAUSE OF DIGOXIN TOXICITY?

J.K. ARONSON & D.G. GRAHAME-SMITH

MRC Unit and University Department of Clinical Pharmacology, Radcliffe Infirmary,
Woodstock Road, Oxford OX2 6HE

- 3 περιστατικά
- χορήγηση κανονικής δόσης διγοξίνης σε νεφροπαθείς
- επακόλουθη τοξικότητα

Συζήτηση:

- περιορισμοί στους φαρμακοκινητικούς υπολογισμούς σε συνθήκες κλινικής πράξης
- ωστόσο, καταγραφόμενες αλλαγές μεγάλου μεγέθους που δεν αποδίδονται σε αποκλίσεις των μετρήσεων

The data which we have presented here have been limited by the restrictions of clinical practice and in the appendix we have outlined the major shortcomings of the pharmacokinetic calculations we have made. However, despite the difficulties in deriving accurate estimates of the true apparent volumes of distribution involved, the changes we have observed are too large merely to be accounted for by pharmacokinetic inaccuracies; indeed, any over-estimation of the true volumes strengthens the argument. We believe that the changes we have observed are real and have contributed to the digoxin toxicity which occurred in these patients. Further characterization of the cause of the abnormal distribution of digoxin in renal failure by more precise prospective clinical studies is required. In view of the cases

2) Σχετική ιατρική βιβλιογραφία

- Περιστατικό επιτυχούς μεταμόσχευσης καρδιάς
- Συντήρηση μοσχεύματος με καρδιοπληγικό διάλυμα HTK για >13 ώρες

Συζήτηση:

- Άλλες περιπτώσεις παρόμοιας παρατεταμένης διατήρησης μοσχεύματος



© 2005 by Elsevier Inc. All rights reserved.
360 Park Avenue South, New York, NY 10010-1710

Transplantation Proceedings, 37, 2253–2254 (2005)

Successful Heart Transplantation After 13 Hours of Donor Heart Ischemia With the Use of HTK Solution: A Case Report

J. Wei, C.Y. Chang, Y.C. Chuang, S.H. Su, K.C. Lee, D.Y. Tung, S.L. Lee, and W.C. Lee

Dr Barnard successfully used an hypothermic perfusion system to protect a donor heart for more than 16 hours in heterotopic HTx.¹ However, surgeons are more conservative while performing orthotopic HTx. Few series are using donor hearts with IT longer than 6 hours. Long-term follow-up of HTx recipients at Columbia University in New York and Alfred Hospital in Australia have demonstrated that prolonged IT (average 5 hours) did not adversely affect immediate or long-term survival or the incidence of transplant coronary artery disease.^{2,3} The University of Western Ontario in Canada and The University of Alabama at Birmingham have also demonstrated that long-term survival of HTx was not affected by prolonged IT (longest times 457 minutes and 479 minutes, respectively).^{4,5}

3) Λογική που οδήγησε στα συμπεράσματα

Statin-associated weakness in myasthenia gravis: a case report

Michael J Keogh*, John M Findlay, Simon Leach, John Bowen

Περιστατικό:

- Μυϊκή αδυναμία που προκλήθηκε από χορήγηση στατινών σε ασθενή με μυασθένεια Gravis

Συζήτηση:

- Ανάπτυξης λογικής που οδηγεί σε συμπεράσματα
- Παρουσίαση υπόθεσης για παθογενετικό μηχανισμό

“The actual incidence of statin-exacerbated myasthenia is unknown, and only a handful of reports of statin-associated myasthenia gravis have ever been described. Out of six published case reports, only five patients were noted to have some degree of recovery and only one patient had a complete recovery upon termination of statin therapy.

How statins could appear to exacerbate MG is unclear. It is possible that the mechanism actually reflects a ‘double hit’ phenomenon of defective neuromuscular transmission secondary to antibody-mediated postsynaptic acetylcholine receptor dysfunction in combination with a statin-induced myopathy.

The clear development of a statin myopathy with simvastatin treatment before the onset of myasthenia in our patient is consistent with the possibility of a second (atorvastatin-induced) myopathy coalescing with the onset of myasthenia gravis. The symptomatic improvement that followed his withdrawal from atorvastatin treatment resulted from the resolution of this statin myopathy.

We also considered other potential causes of deterioration such as sepsis, steroid-induced worsening of MG, steroid myopathy, and cholinergic crisis, but we considered their development less likely based on clinical grounds.

We cannot rule out completely the possibility that the worsening of our patient’s MG simply reflected a progression of his MG. However, the clinical course of his condition, as well as the statin-induced proximal limb pain and weakness (without bulbar features) he experienced before his presentation, raises at the very least the possibility that a component of his initial deterioration was statin related.

Similarly, we note that his improvement could have reflected the immunosuppressive effects of therapy for his MG rather than the withdrawal of his atorvastatin treatment. It seems probable, however, that both factors played a significant role in the improvement of his clinical state.

The development of other autoimmune disorders such as dermatomyositis, polymyalgia rheumatica, vasculitis, and Lupus-like syndrome upon initiation of statin therapy raises the possibility that in predisposed individuals, statins may precipitate an immunological trigger that is analogous to penicillamine-induced MG although clearly different in temporal respect. However, given the paucity of reports and the widespread use of statins, the possibility of chance association cannot be excluded still.”

4) Κύρια take-away «μαθήματα» του συγκεκριμένου περιστατικού

Prolonged unassisted survival in an infant with anencephaly

Dickman H, et al. *BMJ Case Rep* 2016. doi:10.1136/bcr-2016-215986

Holly Dickman,¹ Kyle Fletke,² Roberta E Redfern³

Περιστατικό:

- Νεογνό με ανεγκεφαλία

Συζήτηση:

- Συνοπτική επανάληψη της «ιστορίας» που προσπαθούν να πουν οι συγγραφείς
- Πέντε σειρές, σύνοψη ολόκληρης της δημοσίευσης

DISCUSSION

Anencephaly is a lethal diagnosis, incompatible with sustained life. It has been understood that if an anencephalic infant is live-born, death will soon be imminent. Several studies have reported anencephaly to be 100% lethal in the first year of life.^{1 6 7}

Others reported 100% fetal demise within the first several days to weeks.^{5 8 9} There have been few case reports of anencephalic infants with prolonged survival. One is a case report of two anencephalic infants who lived for 7 and 10 months, at least one of which fulfilled the Medical Task Force's diagnostic criteria.¹⁰ Baby K was an anencephalic infant who survived 2.5 years, but unlike this case, required ventilator support.¹¹

This infant was diagnosed with anencephaly early in the mother's pregnancy. Family was counselled appropriately on the poor prognosis, and current documented outcomes. It was not anticipated that the infant would survive beyond the first few days of life. The family did not have clothes, diapers or means to care for this infant at home. They also had another young child and did not want to cause her undue stress. The outcome of this case should change how expectant mothers of anencephalic infants are counselled during their pregnancy. Physicians should continue to tell families of the poor prognosis; however, they also need to discuss all potential outcomes. The infant could have prolonged survival and they should be prepared to care for a critically ill infant if they choose to carry out the pregnancy.

Another component of care that was delayed was routine preventative care. Immunisations were deferred at the time of birth due to anticipated short life expectancy. After discharge from inpatient hospice, she received routine care in our family practice office. As the infant continued to survive, immunisations were offered, but the mother declined. Eventually, the infant's mother needed assistance caring for her infant. Day care facilities required her to be immunised; therefore at 12 months of age, we started a make-up immunisation schedule. The argument could be made that routine immunisations and preventive care should be provided for anencephalic infants in the case of prolonged survival. This comes down to medical decision-making between the physician and family.

When the diagnosis of anencephaly is made during pregnancy, thorough prenatal counselling should be performed. Physicians have a responsibility to tell the family of all the potential outcomes for their infant. Options for management of the pregnancy should then be given. This infant met the diagnostic criteria of the Medical Task Force on Anencephaly. Therefore, she was the longest surviving anencephalic infant who did not require any life-sustaining treatments such as intubation or feeding tubes. Knowing this rare possibility, the physician and family should make goal-oriented decisions on how to care for the infant. The provider should offer immunisations and well-

childcare to each family if the infant survives the immediate newborn period. This case should affect the practice of physicians who interact with expectant mothers of a child affected by anencephaly.

Εφαρμόζοντας τις οδηγίες I

1^η οδηγία:

«...η ασιτρετίνη παρουσίασε αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση της ερυθροδερμικής ψωρίασης που εμφάνισε ο ασθενής μας και τα αποτελέσματά πρέπει να διερευνηθούν περισσότερο.»

Εφαρμόζοντας τις οδηγίες I

1^η οδηγία:

*«...η ασιτρετίνη παρουσίασε αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση της ερυθροδερμικής ψωρίασης που εμφάνισε ο ασθενής μας, **ωστόσο η αναφορά του περιστατικού μας δεν πρέπει να εκληφθεί ως απόδειξη αποτελεσματικότητας** και τα αποτελέσματα πρέπει να διερευνηθούν περισσότερο.»*

- ✓ Υπενθύμιση του εν γένει περιορισμού των case-reports

Εφαρμόζοντας τις οδηγίες I

1^η οδηγία:

«...ενώ η ασιτρετίνη παρουσίασε αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση της ερυθροδερμικής ψωρίασης που εμφάνισε ο ασθενής μας, **ωστόσο η αναφορά του περιστατικού μας δεν πρέπει να εκληφθεί ως απόδειξη αποτελεσματικότητας.** Παρόλα αυτά, η έκταση της θεαματικής βελτίωσης που εμφάνισε η ασιτρετίνη στο συγκεκριμένο ασθενή, σε συνδυασμό με τη σπανιότητα της ερυθροδερμικής ψωρίασης που οδηγεί σε περιορισμένο αριθμό διαθέσιμων αποδείξεων για την αντιμετώπιση της, αποτελεί ισχυρή ένδειξη αποτελεσματικότητας και τα αποτελέσματα πρέπει να διερευνηθούν περισσότερο.»

- ✓ Υπενθύμιση του εν γένει περιορισμού των case-reports
- ✓ Αναφορά στα δυνατά σημεία του case-report

Εφαρμόζοντας τις οδηγίες II

2^η οδηγία:

Σύμφωνα με τις οδηγίες του **US National Psoriasis Foundation**, κατάλληλη θεραπεία για την αντιμετώπιση της ερυθροδερμικής ψωρίασης πρέπει να ξεκινάει αμέσως μετά τη σταθεροποίηση του ασθενούς (1). Προτείνουν τη χρήση **κυκλοσπορίνης** ή **ινφλιξιμάμπης** ως πρώτης γραμμής επιλογή στις οξείες και μη σταθερές περιπτώσεις. Για πιο σταθερές περιπτώσεις η **ασιτρετίνη** ή η **μεθοτρεξάτη** είναι οι παράγοντες που προτιμώνται. Επιλογές δεύτερης γραμμής περιλαμβάνουν την ετανερσέπτη και θεραπεία συνδυασμών (2). Η χορήγηση τοπικών παραγόντων έχει γίνει λιγότερο συχνή (3-4). Μία σειρά ασθενών, στην οποία χορηγήθηκαν τοπικά **κορτικοστεροειδή** παρατηρήθηκε υποχώρηση των συμπτωμάτων εντός 4 ημερών (5). Τα τοπικά κορτικοστεροειδή....(6) Ακόμα, **ανάλογα της βιταμίνης D** έχουν χρησιμοποιηθεί με επιτυχία στην αντιμετώπιση της ερυθροδερματικής ψωρίασης (7). Από την άλλη, υποστηρίζεται ότι τόσο η καλσιποτριόλη όσο και η καλσιτριόλη δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται σε καταστάσεις, στις οποίες υπάρχει πιθανότητα αυξημένης απορρόφησης, όπως στην ερυθροδερμική ψωρίαση (8-9). Ακόμα, η **φωτοθεραπεία** αντενδείκνυται στην αντιμετώπιση, λόγω του υψηλού κινδύνου φαινομένων Koebner (10). Οι συστηματικοί παράγοντες ενδείκνυται στην αντιμετώπιση της (11). Η μεθοτρεξάτη..., όπως και η κυκλοσπορίνη, η οποία έχει χρησιμοποιηθεί ως επιλογή πρώτης γραμμής στην αντιμετώπιση της ασταθούς νόσου(12). Σειρές ασθενών έδειξαν...(13-16) Η ασιτρετίνη από την άλλη...(17) Σχετικά με τους βιολογικούς παράγοντες, μία σειρά ασθενών στην οποία χορηγήθηκε **ετανερσέπτη**, ανέφερε ότι 80% των ασθενών πέτυχε PASI50 στις 12 εβδομάδες (18). Άλλη μελέτη περίπτωσης...(19) Αποτελεσματικότητα έχει εμφανίσει και η **αδαλιμουμάπη** σε δύο μελέτες περίπτωσης...50% των ασθενών εμφάνισαν υποχώρηση των συμπτωμάτων (20-21). Η **ινφλιξιμάπη** συνίσταται ως πρώτης γραμμής επιλογή στην αντιμετώπιση της ερυθροδερμικής ψωρίασης (22). Πολλαπλές μελέτες περιπτώσεων δείχνουν... (23-25) Επίσης, σχετικά με την **ουστεκινουμάπη**...(26-27)

Εφαρμόζοντας τις οδηγίες II

Προβλήματα:

1. Αυξημένος αριθμός αναφορών και μέγεθος κειμένου

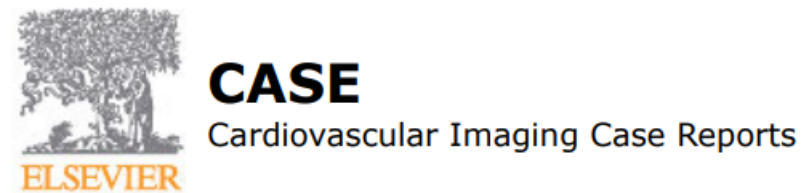
BMJ Journals

BMJ Case Reports

There is no official word count for full cases and global health articles. For full case reports we recommend a maximum of 2000 words and for global health articles we

References

Case reports may have up to 15 references. If your submission includes more than one case, the submission may have up to 25 references.



2. Ανασκόπηση για την αποτελεσματικότητα όλων των θεραπειών;

- Μεθοδολογία επιλογής συμπεριλαμβανομένων μελετών; (biased)
- Αποπροσανατολισμός από το κύριο μήνυμα

Εφαρμόζοντας τις οδηγίες II

2^η οδηγία:

Σύμφωνα με τις οδηγίες του **US National Psoriasis Foundation**, κατάλληλη θεραπεία για την αντιμετώπιση της ερυθροδερμικής ψωρίασης πρέπει να ξεκινάει αμέσως μετά τη σταθεροποίηση του ασθενούς (1). Προτείνεται η χρήση **κυκλοσπορίνης** ή **ινφλιξιμάμπης** ως πρώτης γραμμής επιλογή στις οξείες και μη σταθερές περιπτώσεις. Για πιο σταθερές περιπτώσεις η **ασιτρετίνη** ή η **μεθοτρεξάτη** είναι οι παράγοντες που προτιμώνται. Επιλογές δεύτερης γραμμής περιλαμβάνουν την ετανερσέπτη και θεραπεία συνδυασμών (2). Η χορήγηση τοπικών παραγόντων έχει γίνει λιγότερο συχνή (3-4). ~~Μία σειρά ασθενών, στην οποία χορηγήθηκαν τοπικά κορτικοστεροειδή παρατηρήθηκε υποχώρηση των συμπτωμάτων εντός 4 ημερών (5). Τα τοπικά κορτικοστεροειδή...(6) Ακόμα, ανάλογα της βιταμίνης D έχουν χρησιμοποιηθεί με επιτυχία στην αντιμετώπιση της ερυθροδερματικής ψωρίασης (7). Από την άλλη, υποστηρίζεται ότι τόσο η καλσιποτριόλη όσο και η καλσιτριόλη δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται σε καταστάσεις, στις οποίες υπάρχει πιθανότητα αυξημένης απορρόφησης, όπως στην ερυθροδερμική ψωρίαση (8-9). Ακόμα, η φωτοθεραπεία αντενδείκνυται στην αντιμετώπιση, λόγω του υψηλού κινδύνου φαινομένων Koebner (10).~~ Οι συστηματικοί παράγοντες ενδείκνυται στην αντιμετώπιση της ερυθροδερμικής ψωρίασης, όπως έχει αναφερθεί(11). ~~Η μεθοτρεξάτη..., όπως και η κυκλοσπορίνη, η οποία έχει χρησιμοποιηθεί ως επιλογή πρώτης γραμμής στην αντιμετώπιση της ασταθούς νόσου(12). Σειρές ασθενών έδειξαν...(13-16). Η ασιτρετίνη από την άλλη...(17). Σχετικά με τους βιολογικούς παράγοντες, μία σειρά ασθενών στην οποία χορηγήθηκε ετανερσέπτη, ανέφερε ότι 80% των ασθενών πέτυχε PASI50 στις 12 εβδομάδες (18). Άλλη μελέτη περίπτωσης...(19) Αποτελεσματικότητα έχει εμφανίσει και η αδαλιμουμάπη σε δύο μελέτες περίπτωσης...50% των ασθενών εμφάνισαν υποχώρηση των συμπτωμάτων (20-21). Η ινφλιξιμάπη συνίσταται ως πρώτης γραμμής επιλογή στην αντιμετώπιση της ερυθροδερμικής ψωρίασης (22). Πολλαπλές μελέτες περιπτώσεων δείχνουν...(23-25) Επίσης, σχετικά με την ουστεκινουμάπη...(26-27)~~

Εφαρμόζοντας τις οδηγίες II

2^η οδηγία:

Παρουσιάζονται:

- ✓ Οι υπόλοιπες μικρές μελέτες της βιβλιογραφίας
- ✓ Οι τρόποι αντιμετώπισης της νόσου σε αυτές

According to a consensus guideline of the National Psoriasis Foundation Medical Board, regarding the appropriate management of EP, conventional systemic therapies, such as cyclosporine, methotrexate, and acitretin, were used as first-line therapy in unstable cases (cyclosporine) and in more stable cases (methotrexate/ acitretin) [10-12]. A meta-analysis of 12 patients receiving 25-35 mg/ day of acitretin proves the efficacy of this systemic agent in EP. In 83.3% of the cases achieved an important improvement of EP [13].

Ασιτρετίνη...

3^η οδηγία:

«Η χρήση συμβατικών θεραπειών αποτελεί, στην εποχή των βιολογικών παραγόντων, θεραπευτική επιλογή για την αντιμετώπιση της ερυθροδερμικής ψωρίασης.»

3^η οδηγία:

«...μπορούμε εν τούτοις να υποθέσουμε ότι η χρήση μίας συμβατικής θεραπείας όπως η ασιτρετίνη παραμένει χρήσιμη για την αντιμετώπιση της ερυθροδερμικής ψωρίασης, καθώς ο ασθενής εμφάνισε άμεση κλινική βελτίωση, όπως αυτή αξιολογήθηκε σε τυπικά καταληκτικά σημεία αποτελεσματικότητας έναντι βλαβών ψωρίασης (PASI score). Μάλιστα, κατά την έναρξη της παρούσας νόσου ο ασθενής βρισκόταν υπό βιολογική θεραπεία, η οποία δεν απέτρεψε την ανάπτυξη της έντονης κλινικής εικόνας. Επομένως, η χρήση συμβατικών θεραπειών αποτελεί, στην εποχή των βιολογικών παραγόντων, θεραπευτική επιλογή για την αντιμετώπιση της ερυθροδερμικής ψωρίασης.»

- ✓ Ανάπτυξη λογικής που οδηγεί στο συμπέρασμα

4^η οδηγία:

Σύνοψη των σημείων-κλειδιών της δημοσίευσης

Erythrodermic psoriasis is a severe variant of psoriasis and the choice of appropriate treatment remains a challenge. Over the years, biologic agents have revolutionized the management of erythrodermic psoriasis, giving us alternative therapeutic options. On the other hand, however, traditional systemic therapies, with their oral route of administration and low cost, form an important ally in the treatment of this rare and potentially lethal form of psoriasis. Even today, in the era of biological agents, acitretin still remain a valuable treatment option for resistant and difficult to treat erythrodermic psoriasis.

Σύνοψη

Μελέτη περίπτωσης:

- Περιγράφει ένα ιατρικό πρόβλημα που αντιμετώπισαν ένας ή περισσότεροι ασθενείς
- Ενισχύει τη συλλογική κλινική εμπειρία
- Δημιουργεί υποθέσεις για μελλοντικές κλινικές μελέτες
- Ενώ ο αριθμός των δημοσιεύσεων αυξάνει, η ποιότητα τους δεν είναι πάντα κατάλληλη
- Κατευθυντήριες οδηγίες CARE για την αναφορά και συγγραφή τους

Συζήτηση μελέτης περίπτωσης:

- 1) Δυνατά σημεία και περιορισμοί στην αντιμετώπιση του περιστατικού
- 2) Σχετική ιατρική βιβλιογραφία
- 3) Λογική που οδήγησε στα συμπεράσματα
- 4) Κύρια take-away «μαθήματα» του συγκεκριμένου περιστατικού

Σας ευχαριστώ!