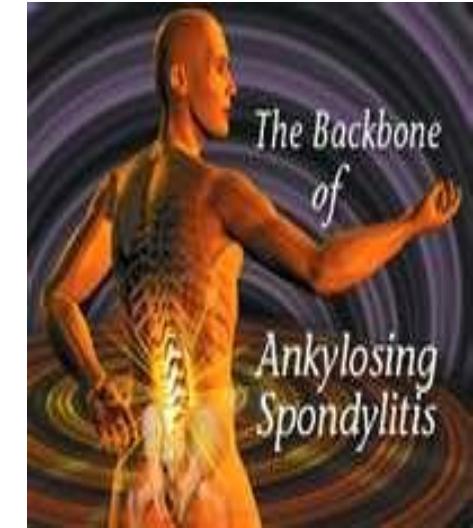
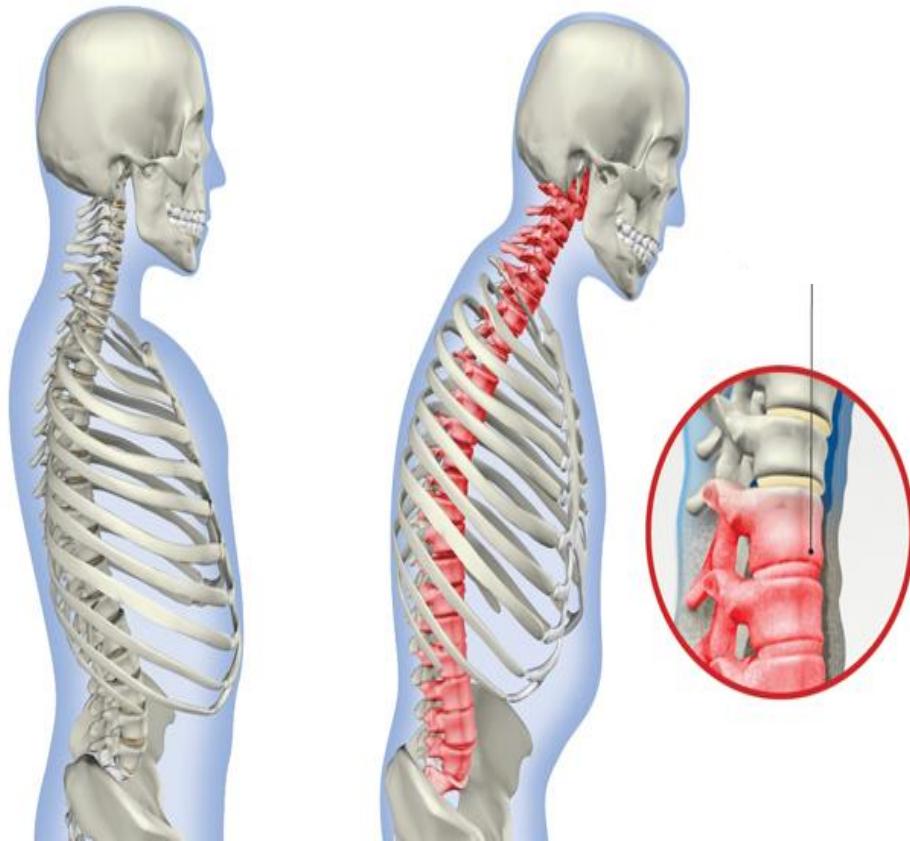


Θεραπευτική Αντιμετώπιση Οροαρνητικών ΣπΑ , με αξονική προσβολή

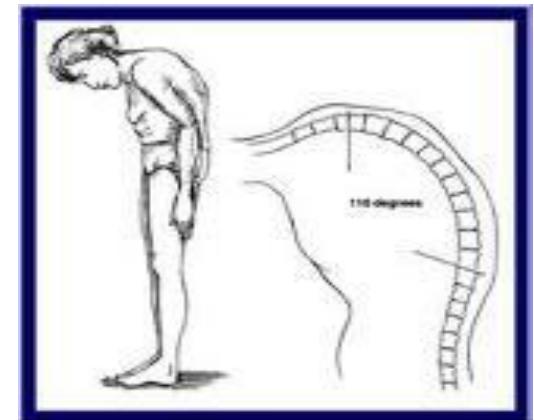
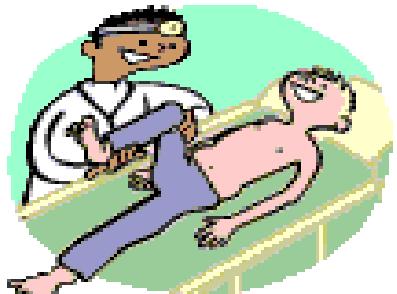
(Axial Spondyloarthritis)



ΚΟΜΝΗΝΟΥ ΕΛΕΝΗ
Ειδικός Ρευματολόγος
Επιστημονικός Υπεύθυνος
Ρευματολογικού Τμήματος
Ιασώ General



- Προκαλεί φλεγμονή των αρθρώσεων της σπονδυλικής στήλης
- Στις πιο προχωρημένες περιπτώσεις ,αντή η φλεγμονή μπορεί να οδηγήσει σε :
- **ΑΓΚΥΛΩΣΗ**





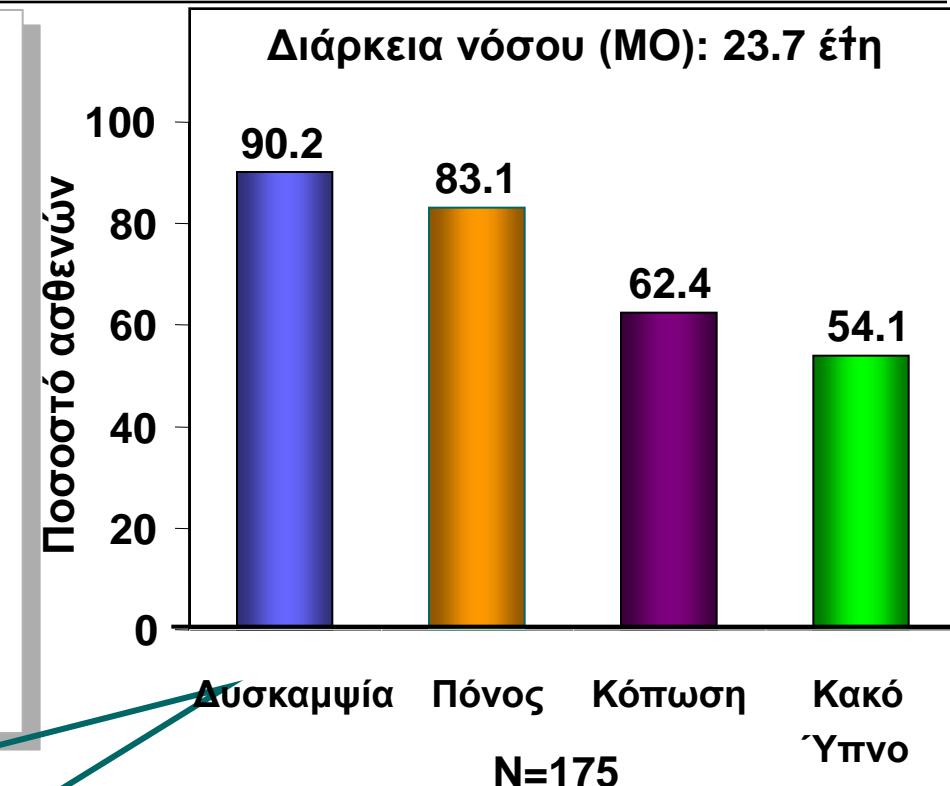
Επιβάρυνση της ποιότητας ζωής των ασθενών με ΑΣ

○ Μειωμένη ποιότητα ζωής

- Πόνος
- Προβλήματα στον ώπνο
- Κόπωση
- Απώλεια κινητικότητας και ανεξαρτησίας
- Μειωμένη κοινωνική ζωή

○ Μειωμένη παραγωγικότητα

○ Αυξημένη θυησιμότητα



Σοβαρές κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις

Βαρύ φυσικό, ψυχολογικό, κοινωνικό και οικονομικό κόστος



Τι μπορεί να κρύβει
ο επίμονος πόνος στη μέση;

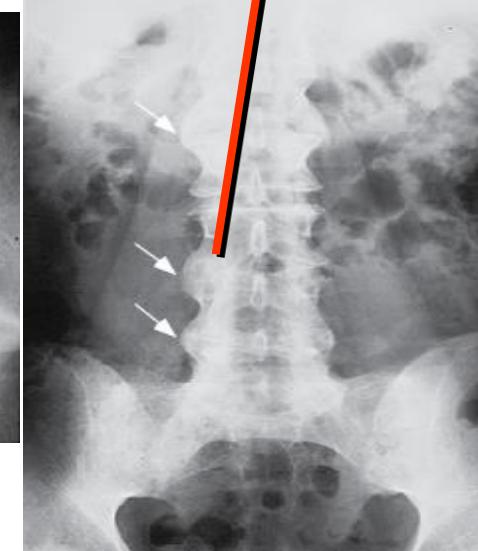
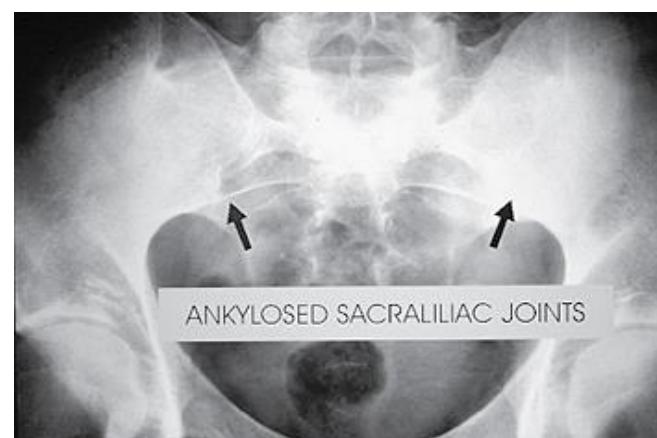
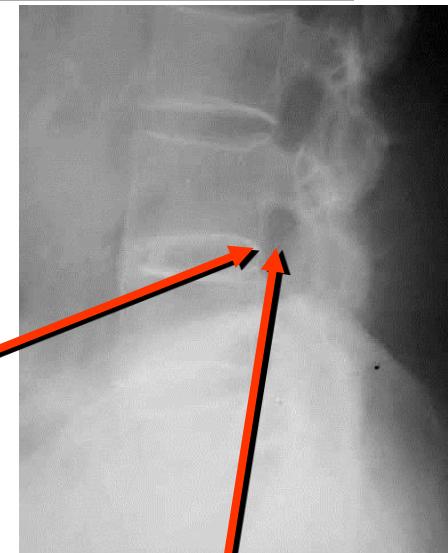
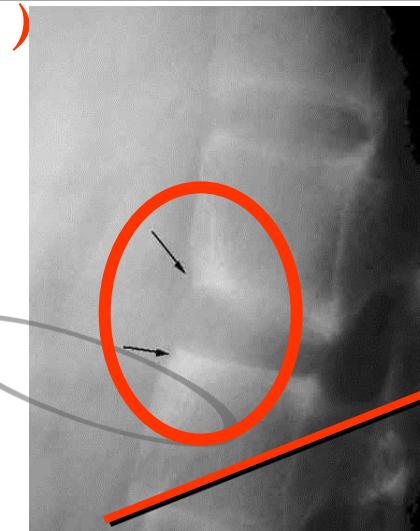


Οι ακτινολογικές αλλοιώσεις μπορεί να εμφανισθούν μετά από χρόνια από τα πρώτα κλινικά συμπτώματα.

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ



ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΑΠΕΙΚΟΝΗΣΗ (α/ες)



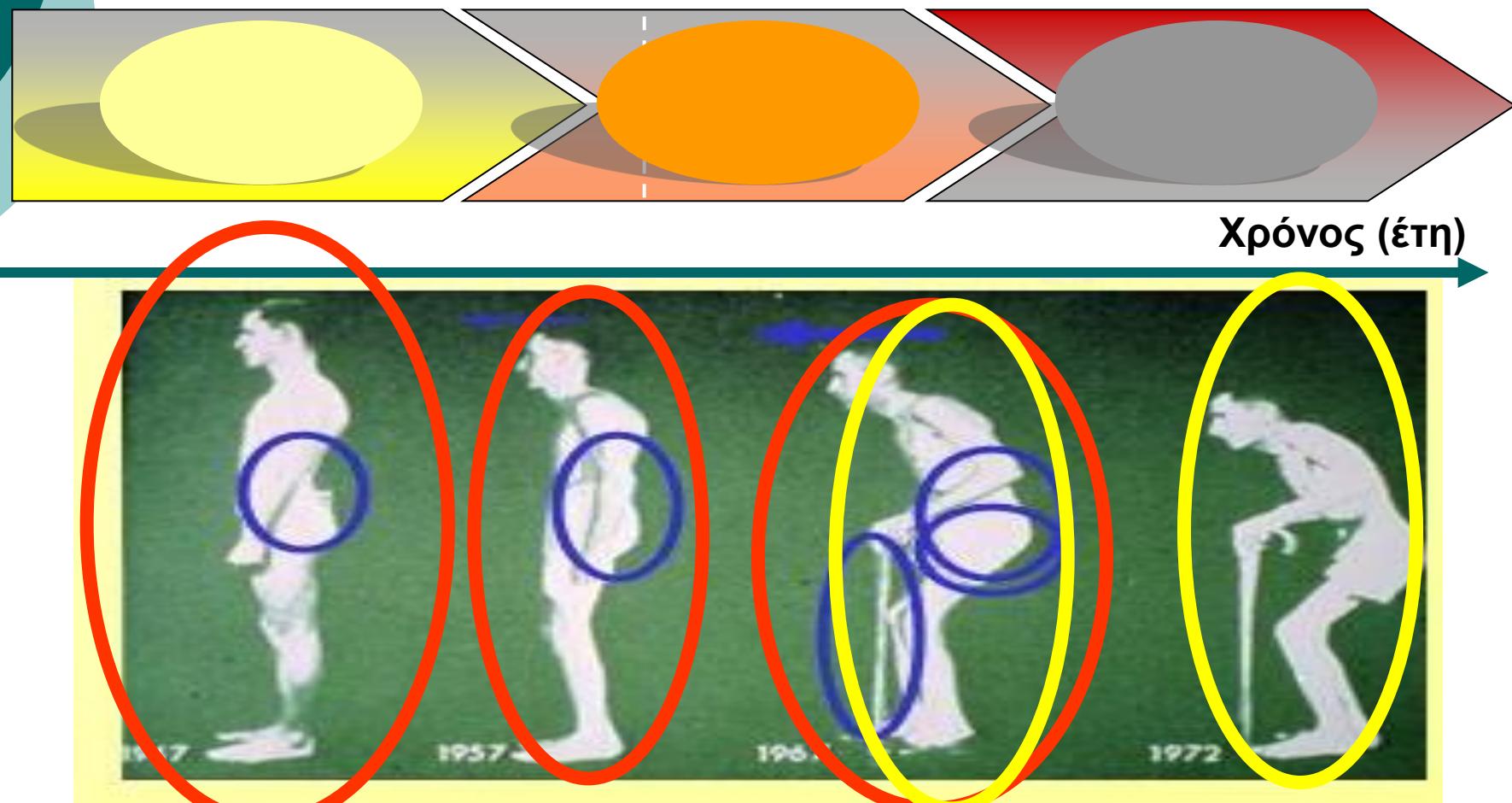
Φυσική πορεία axial SpA

ΧΩΡΙΣ ΕΓΚΑΙΡΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Μη ακτινολογικά επιβεβαιωμένη

'Non- radiographic axial SpA'

Ακτινολογικό στάδιο



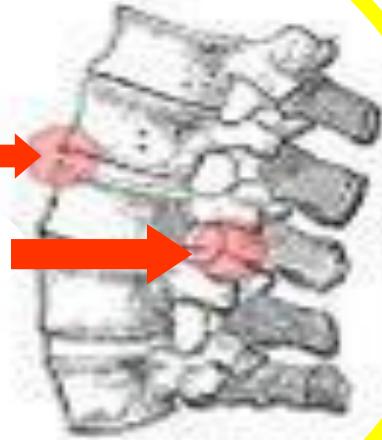
ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΣΣ



ΦΛΕΓΜΟΝΗ

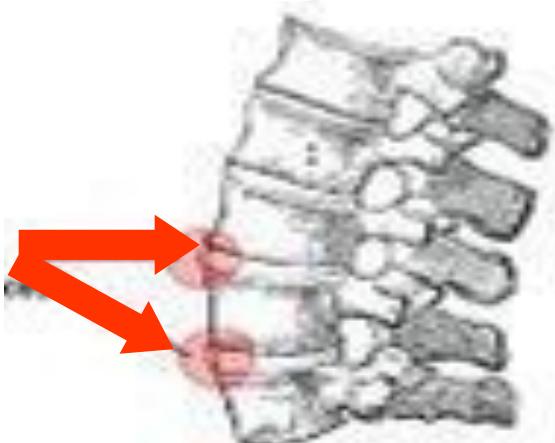
ΣΥΝΔΕΣΜΟΙ

ΑΡΘΡΩΣΕΙΣ



ΣΧΗΜΑΤΙΣΜΟΣ ΣΥΝΔΕΣΜΟΦΥΤΩΝ

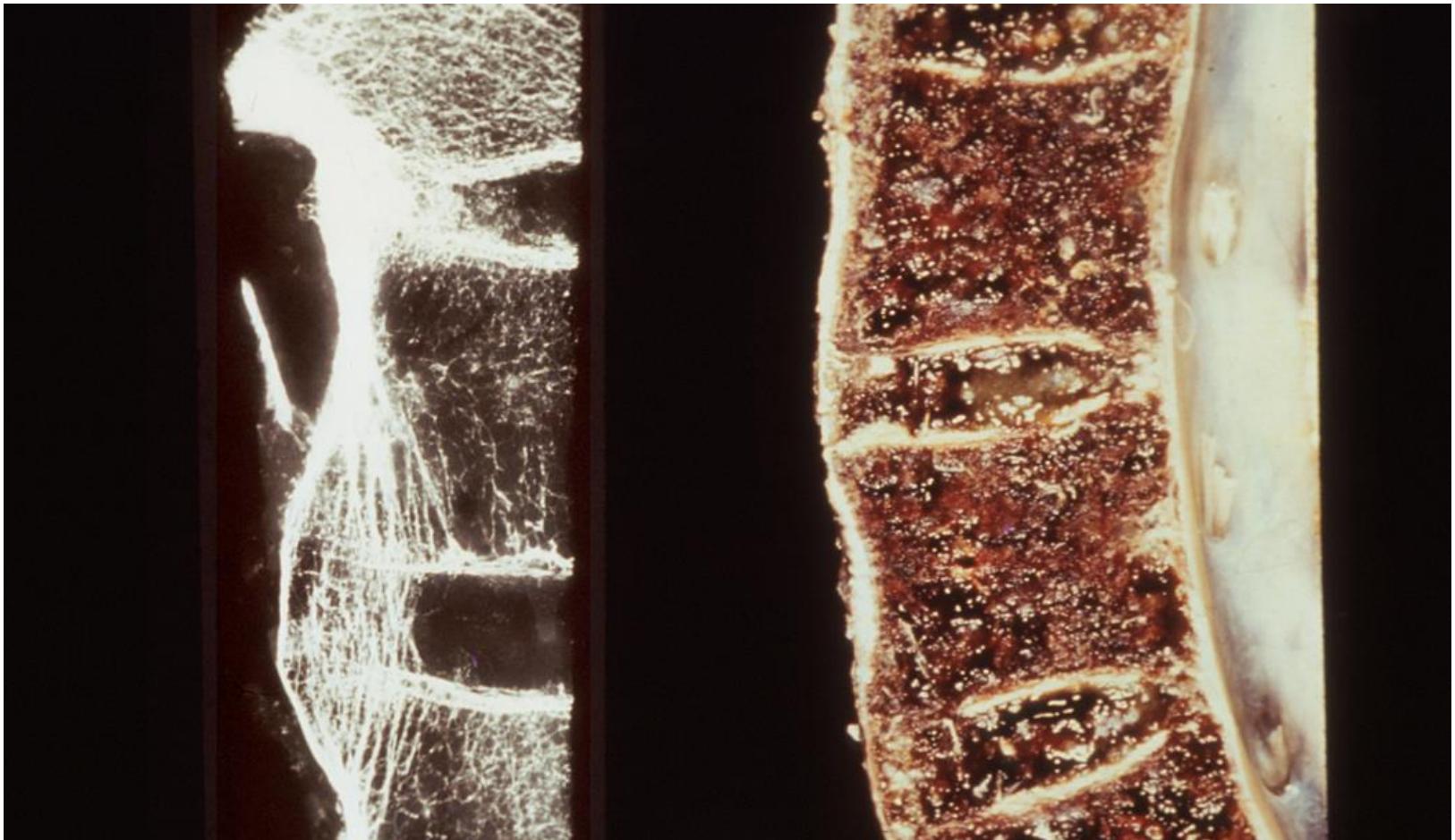
ΣΥΝΔΕΣΜΟΦΥΤΑ



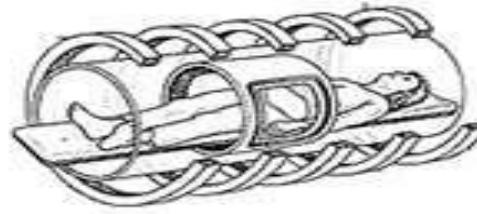
ΑΓΚΥΛΩΣΗ



Τελική έκβαση της ΑΣ ΣΣ μπαμπού



Η απεικόνιση με Μαγνητική Τομογραφία (MRI) του αξονικού σκελετού



**ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ στην αναγνώριση
μιας αξονικής σπονδυλαρθρίτιδας ,**

Κυρίως σε πρώιμα στάδια της νόσου!!!.

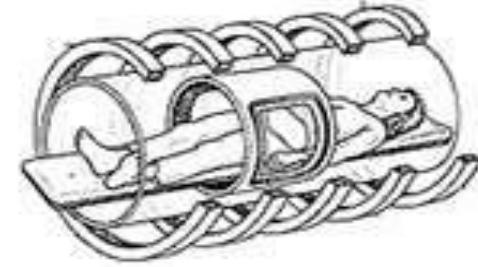
Dr. med. Ξενοφών Μπαραλιάκος

Prof. Dr. med. Jurgen Braun

Rheumatology Center, Herne, Germany



Συμβολή Μαγνητικής Τομογραφίας (MRI) στη διάγνωση της Α.Σ



- Έγκαιρη διάγνωση ιερολαγονίτιδος όταν η απλή α/α ιερολαγονίων είναι αρνητική.
- Έγκαιρη εντόπιση σπονδυλίτιδος.

Σύγχρονες Τεχνικές

Απεικονιστικές μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για την αναγνώριση διαφορετικών βλαβών σε ασθενείς με ΣΠΑ

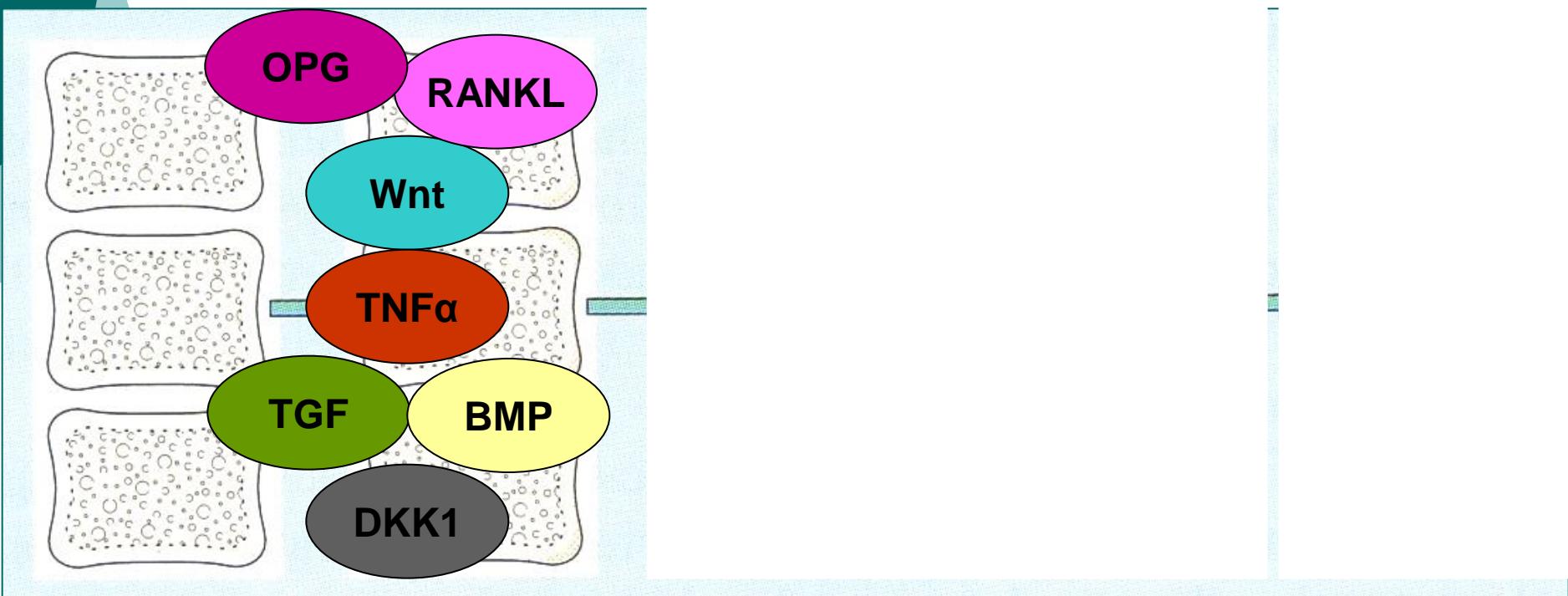
➤ Τεχνική καταστολής του λίπους (STIR)

Δυναμική MRI (γαδολίνιο) (Τ1-post-Gd = Τ1 προσανατολισμού ακολουθίες MRI μετά τη χορήγηση γαδολινίου)

ΦΛΕΓΜΟΝΗ (πυροδοτητής)



*Στις ΣΠΑ,
μία πλειάδα πρωτεΐνων ενορχηστρώνοντας τους κύκλους
φλεγμονής και παραγωγής νέου οστού*



*Φλεγμονή → Διαβρώσεις → Δημιουργία
ινώδους επουλωτικού ιστού → Συνδεσμόφυτα*



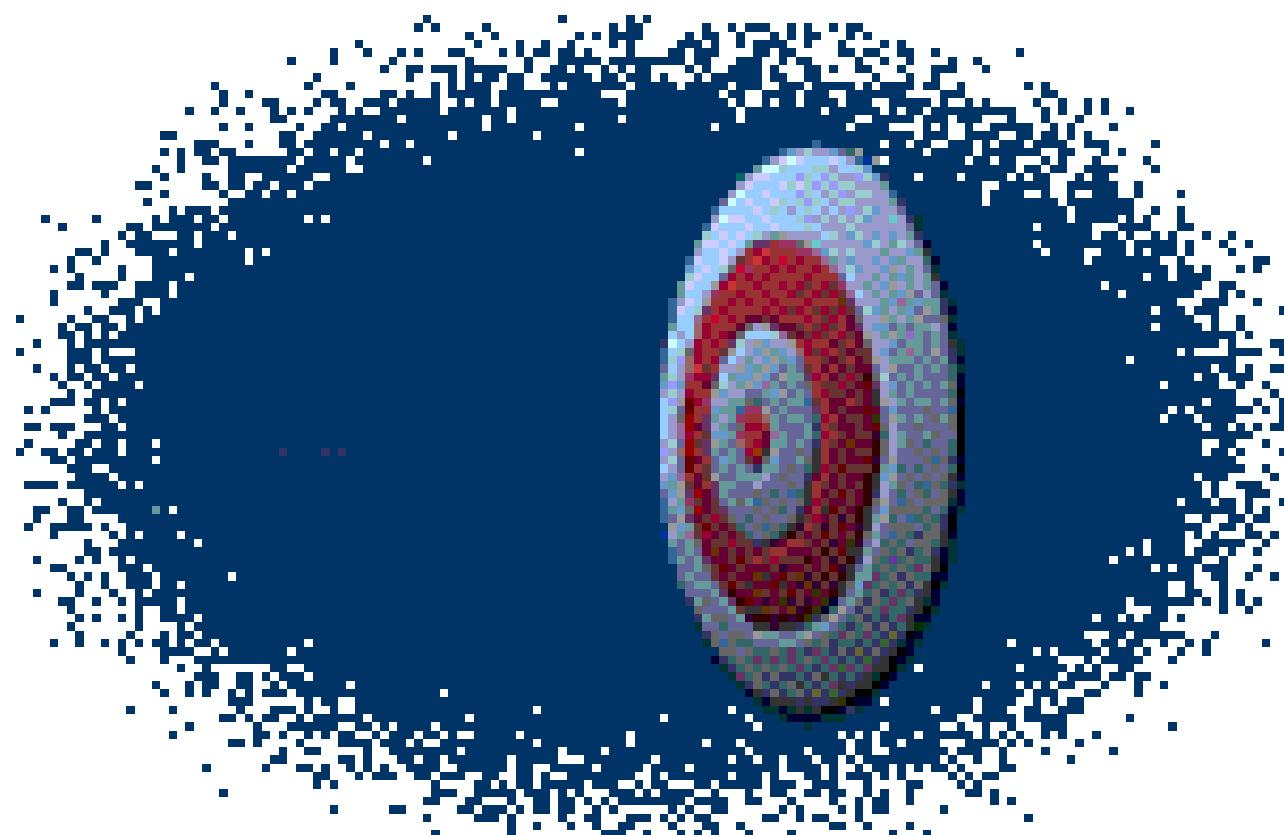
Θεραπευτικός αλγόριθμος ΣπΑ

✓ **ΑΣ** είναι μία δυνητικά σοβαρή κατάσταση με ποικιλες εκδηλώσεις που ΑΠΑΙΤΕΙ **συνήθως αντιμετώπιση από >1 ειδικότητες** πρέπει να συντονίζονται από **Ρευματολόγο Συνεργασία ασθενούς / Ρευματολόγου**



ΣΥΝΔΙΑΣΜΟ Φαρμακευτικής / Μη Φαρμακευτικής αγωγής

ΣΤΟΧΟΙ ΤΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ



Έγκαιρη καταστολή της φλεγμονής, πριν τη δημιουργία οστικών διαβρώσεων μπορεί να αποτρέψει τις διαδικασίες επούλωσης και παραγωγής συνδεσμοφύτων

○ **Συμπτωματική ανακούφιση** :- εξάλειψη ή τη μείωση στο ελάχιστο δυνατό επίπεδο, συμπτώματα όπως :

πόνο, δυσκαμψία, κόπωση.

- **Αποκατάσταση της λειτουργίας** - Για να επιστρέψει ο ασθενής στην καλύτερη δυνατή λειτουργική ικανότητα
- **ΑΠΟΦΥΓΗ ΑΓΚΥΛΩΣΗΣ**



Συστάσεις της ASAS/EULAR για την αντιμετώπιση της ΑΣ



Συστάσεις ASAS για τη θεραπεία ασθενών με ΑΣ με αντι-TNFα

**Διάγνωση: τροπ. Κριτήρια Νέας Υόρκης για ΑΣ ή
κριτήρια ASAS για αξονική ΣπΑ**

Κυρίως αξονική
προσβολή

- τουλάχιστον 2 ΜΣΑΦ σε 4 εβδομάδες (συνολικά)
- ένα από τα παραπάνω δύο σημεία είναι υποχρεωτικό

Βασικός κανόνας:
είναι υποχρεωτικό

Υψηλή ενεργότητα νόσου: BASDAI ≥ 4

και

Σύμφωνη γνώμη ειδικού βασισμένη σε παράμετρους όπως:

- Θετική CRP/TKE
- Θετική MRI
- Ακτινολογική επιδείνωση
- Κλινική εξέταση

ΑΠΟΔΕΙΞΕΙΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ αντι-TNFα

Rheumatol. 2010 Aug 1;37 (8):1728-34 20436073

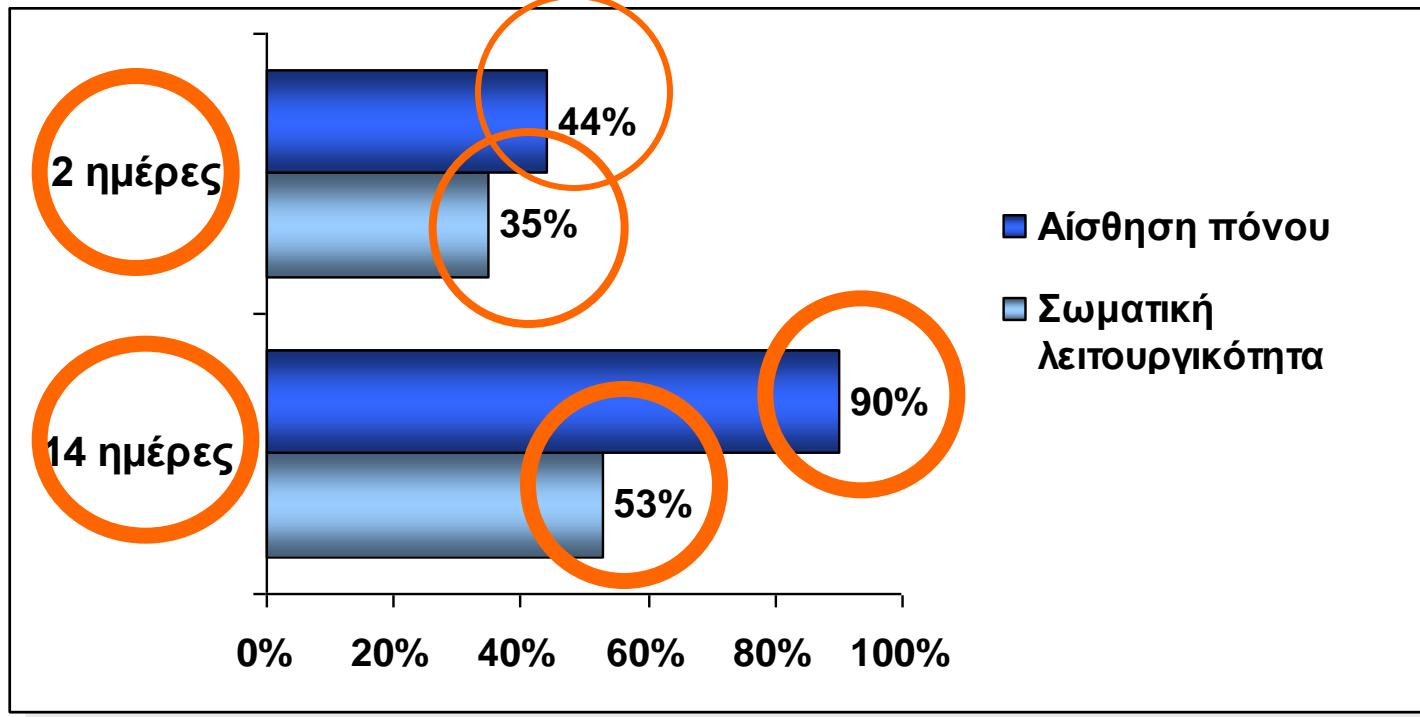
Low-dose infliximab (3 mg/kg) significantly reduces spinal inflammation on magnetic resonance imaging in patients with ankylosing spondylitis: a randomized placebo-controlled study.

- Walter P Maksymowycz, David Salonen, Robert D Inman, Proton Rahman, Robert G W Lambert / Department of Medicine, University of Alberta, Edmonton, Alberta, **Canada.**
- **J Rheumatol. 2011 Jul ;38 (7):1349-54 21459937**
Resolution of inflammation following treatment of ankylosing spondylitis is associated with new bone formation.
- Susanne J Pedersen, Praveena Chiowchanwisawakit, Robert G W Lambert, Mikkel Ostergaard, Walter P Maksymowycz
- Department of Rheumatology, Nordre ringvej57, DK-2600, Glostrup, **Denmark..**



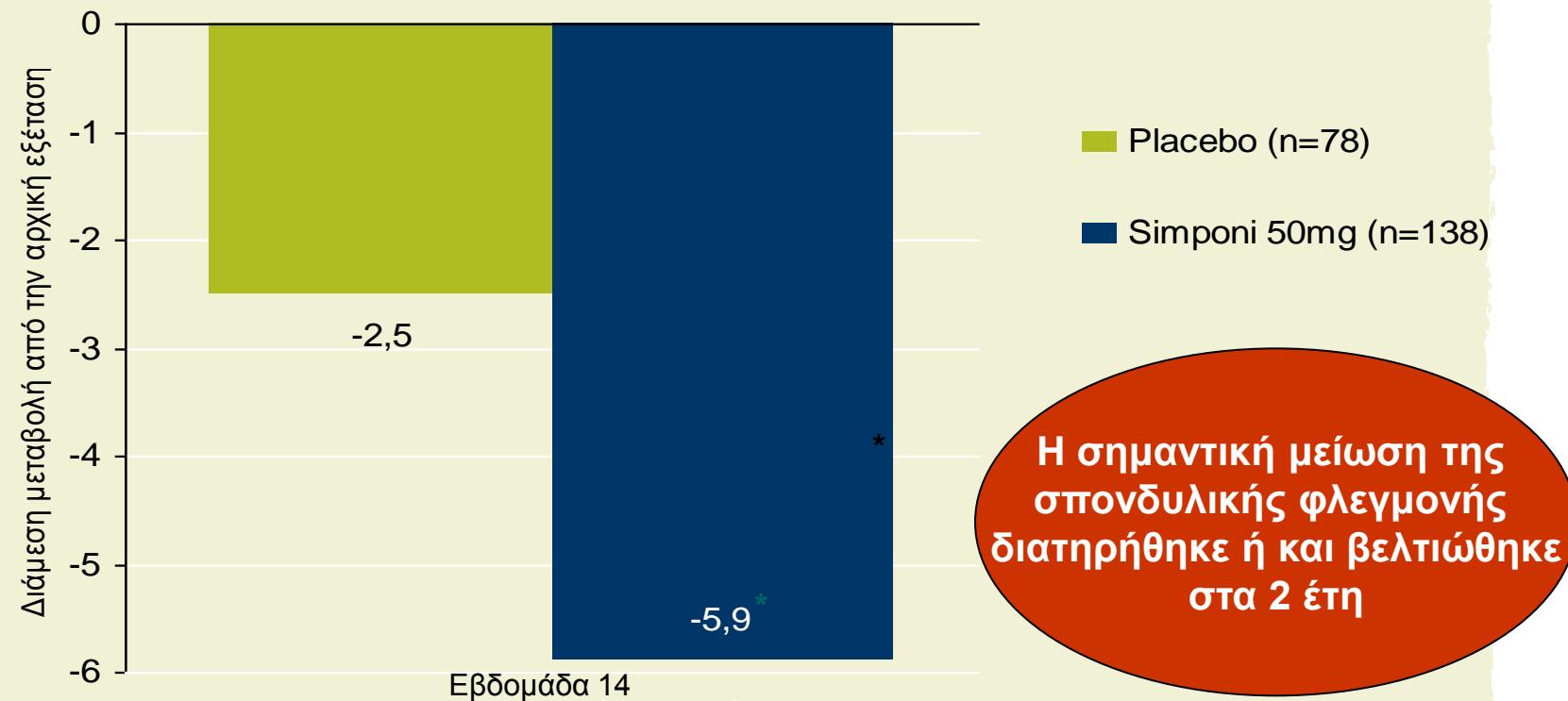
Σημαντική βελτίωση **2 ημέρες** μετά την έναρξη της θεραπείας με Remicade

Βελτίωσης του πόνου και της σωματικής λειτουργικότητας

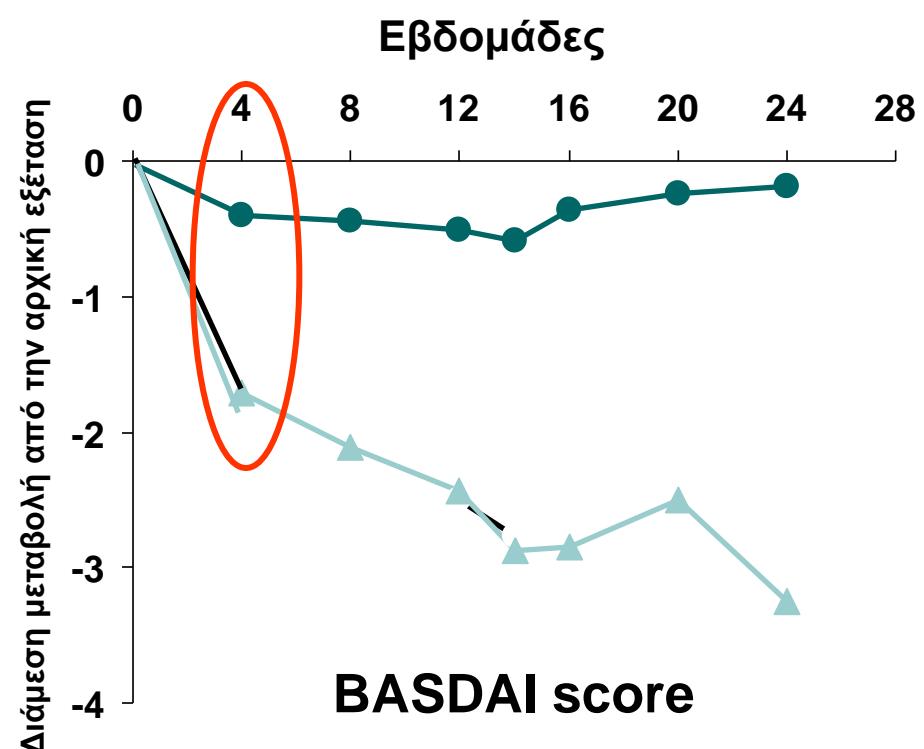
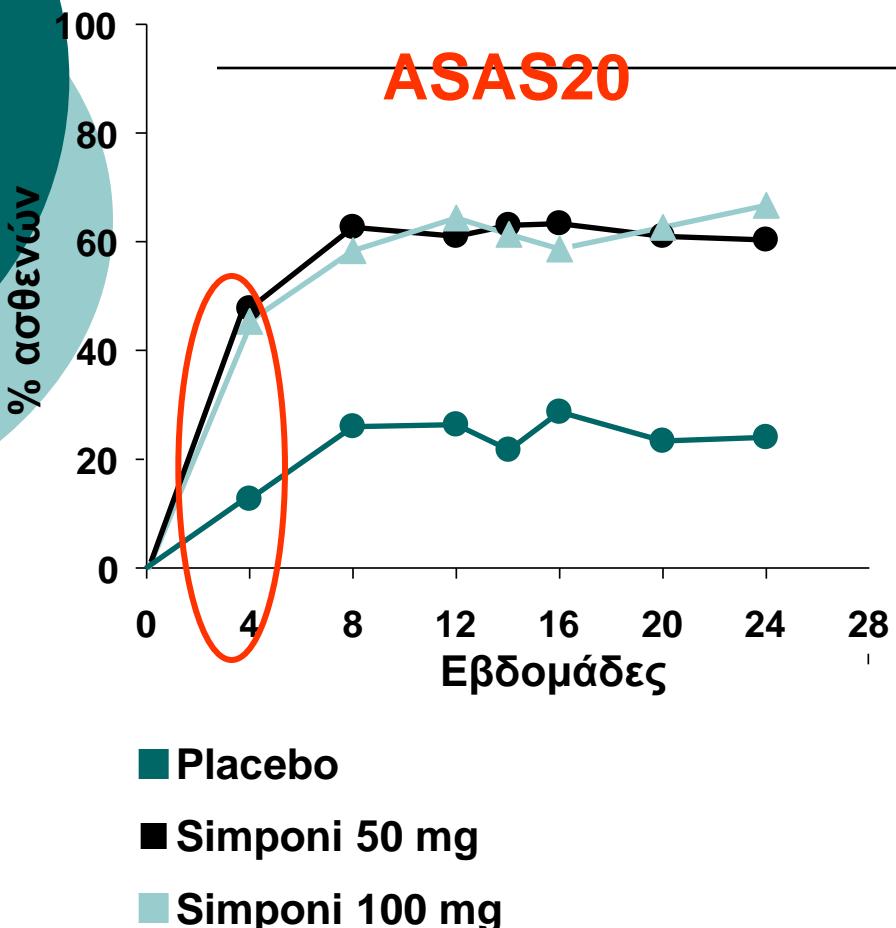


Υπό-μελέτη MRI Το Simponi μειώνει ταχύτατα τη σπονδυλική φλεγμονή

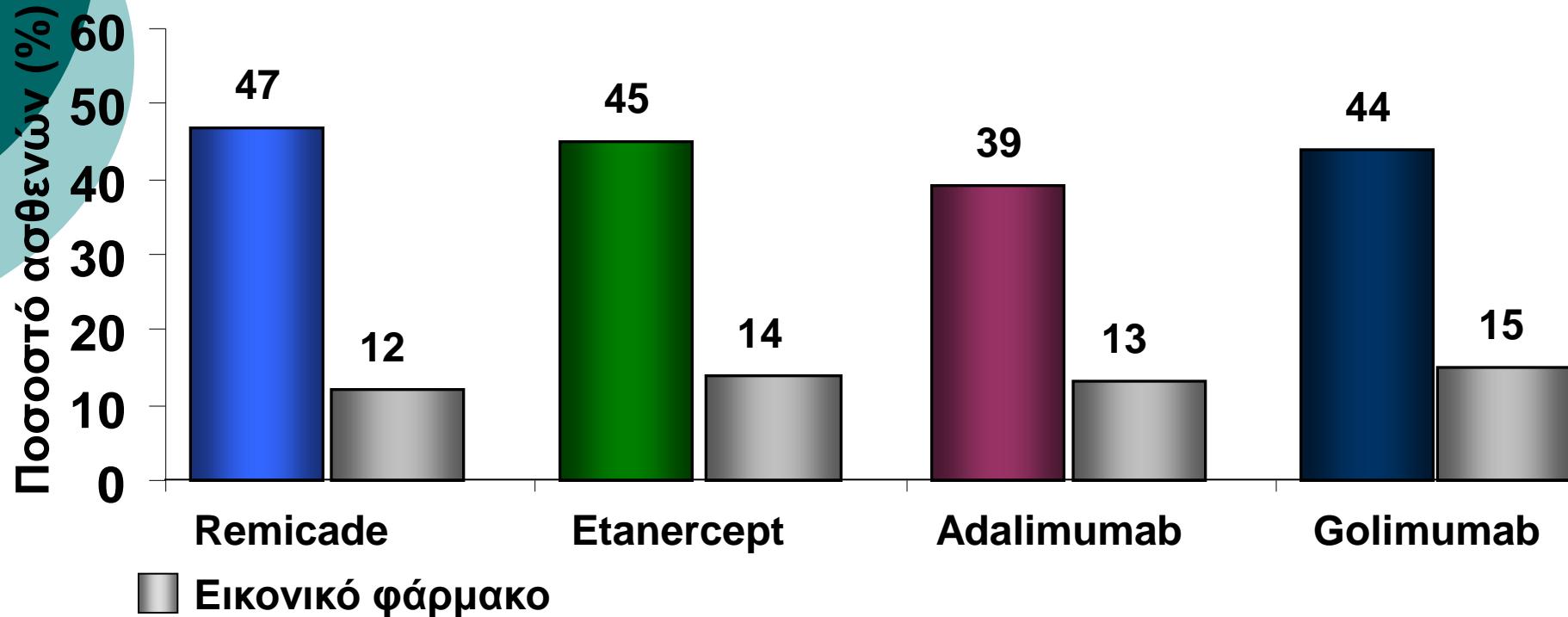
Αξιολόγηση της φλεγμονώδους ενεργότητας τις εβδομάδες 14 και 104 με τη μέθοδο ASspiMRI



Περισσότεροι από 1 στους 2 ασθενείς παρουσιάζουν σημαντική βελτίωση από την πρώτη δόση Simponi 50 mg



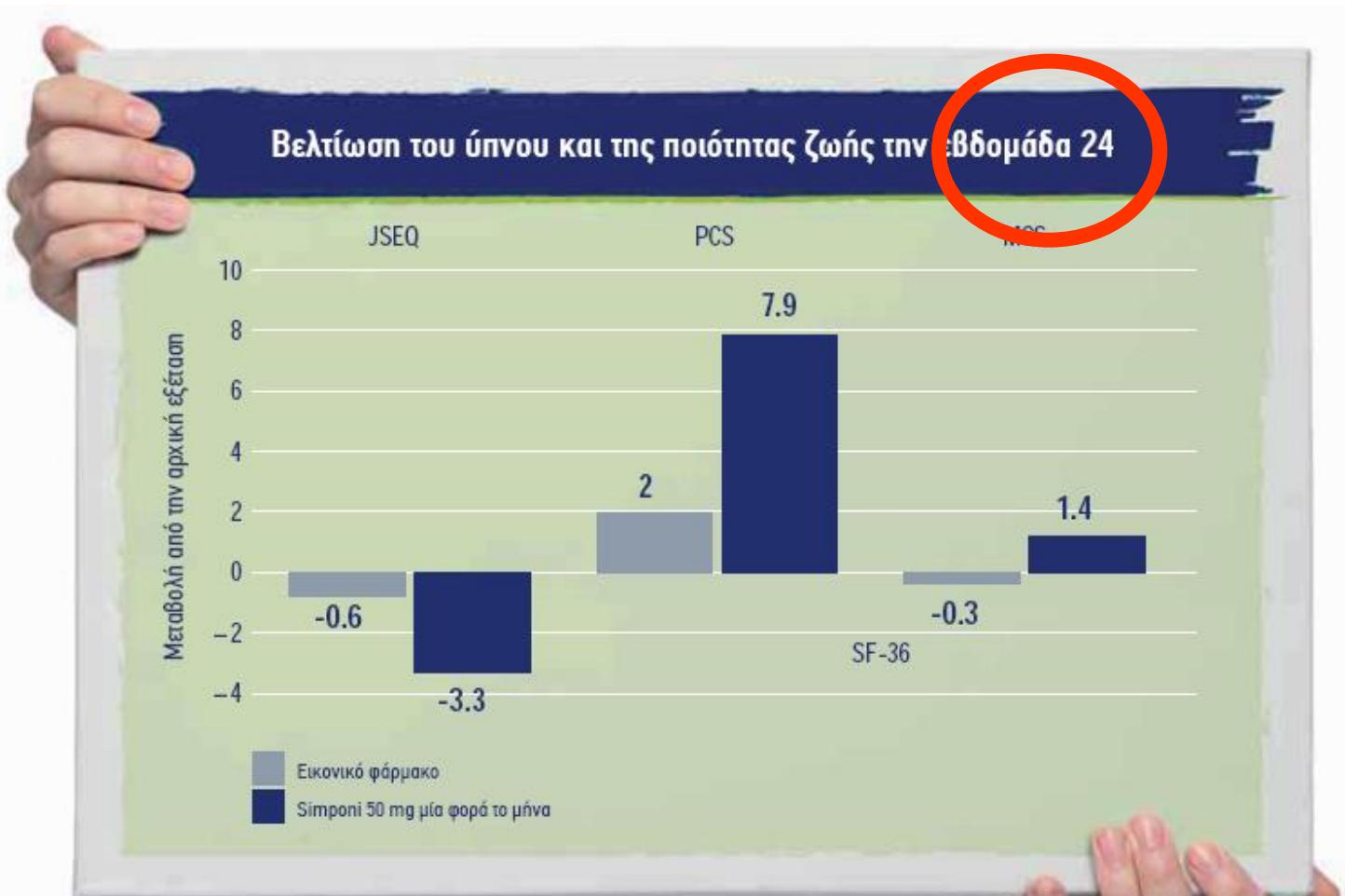
Ανταπόκριση ASAS 40 μετά από 20 εβδομάδες θεραπείας



Μελέτες όχι άμεσης σύγκρισης

1. van der Heijde D et al. Arthritis Rheum 2005; 2. Davis JC et al Ann Rheum Dis 2005; 3. van der Heijde D et al. Arthritis Rheum 2006;4. Inman RD et al. Arthritis Rheum 2008

Σημαντική βελτίωση της ποιότητας του ύπνου και της ποιότητας της ζωής των ασθενών



GO RAISE: Πολυκεντρική, τυχαιοποιημένη, διπλή τυφλή, ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο μελέτη σε 356 ασθενείς με ενεργή ΑΣ (BASDAI \geq 4, Συνολικός πόνος στην πλάτη \geq 4, παρά τη θεραπεία με DMARDs ή ΜΕΑΦ)

* p<0.001 σε σχέση με το εικονικό φάρμακο

Αποτελεσματικότητα αντι-TNF α μετά από 24 εβδομάδες θεραπείας στο δείκτη παραγωγικότητας

	Εικονικό	Infliximab	Τιμή p
Μέση τιμή μεταβολής στο δείκτη παραγωγικότητας	0.72	2.2	< 0.05
Μέση % τιμή μεταβολής στο δείκτη παραγωγικότητας	11%	62%	< 0.05
Μέση τιμή ημερών απουσίας από την εργασία κατά την διάρκεια της μελέτης	7	3	0.07

NEOI ΕΝΗΛΙΚΕΣ

Πότε πρέπει η θεραπεία με αντι-TNFα να συνεχίζεται/διακόπτεται σε ασθενείς με ΑΣ;

Το αποτέλεσμα θα πρέπει να αξιολογείται μετά από τουλάχιστον 12 εβδομάδες θεραπείας



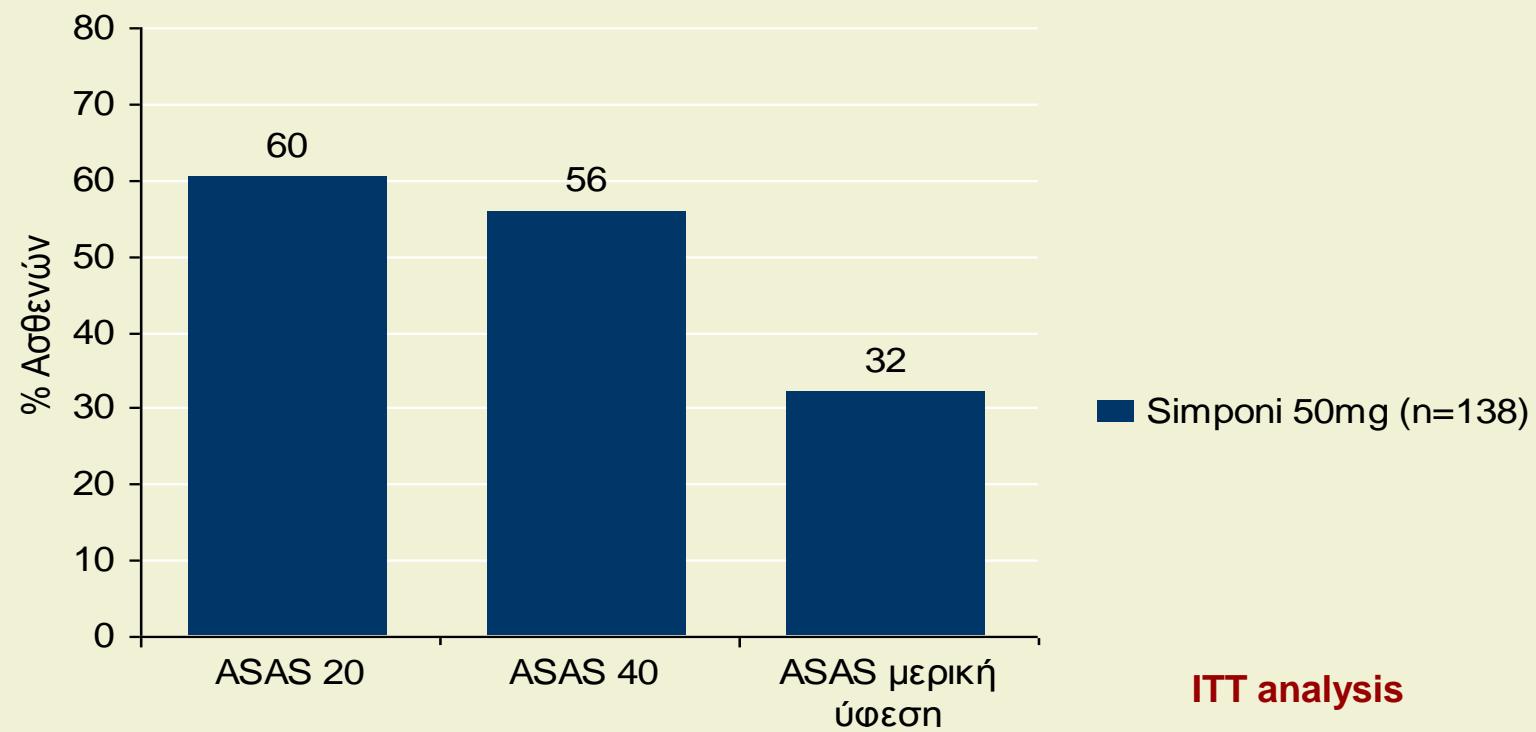
Βελτίωση BASDAI $\geq 50\%$
ή
Βελτίωση BASDAI ≥ 2 (0-10)

και

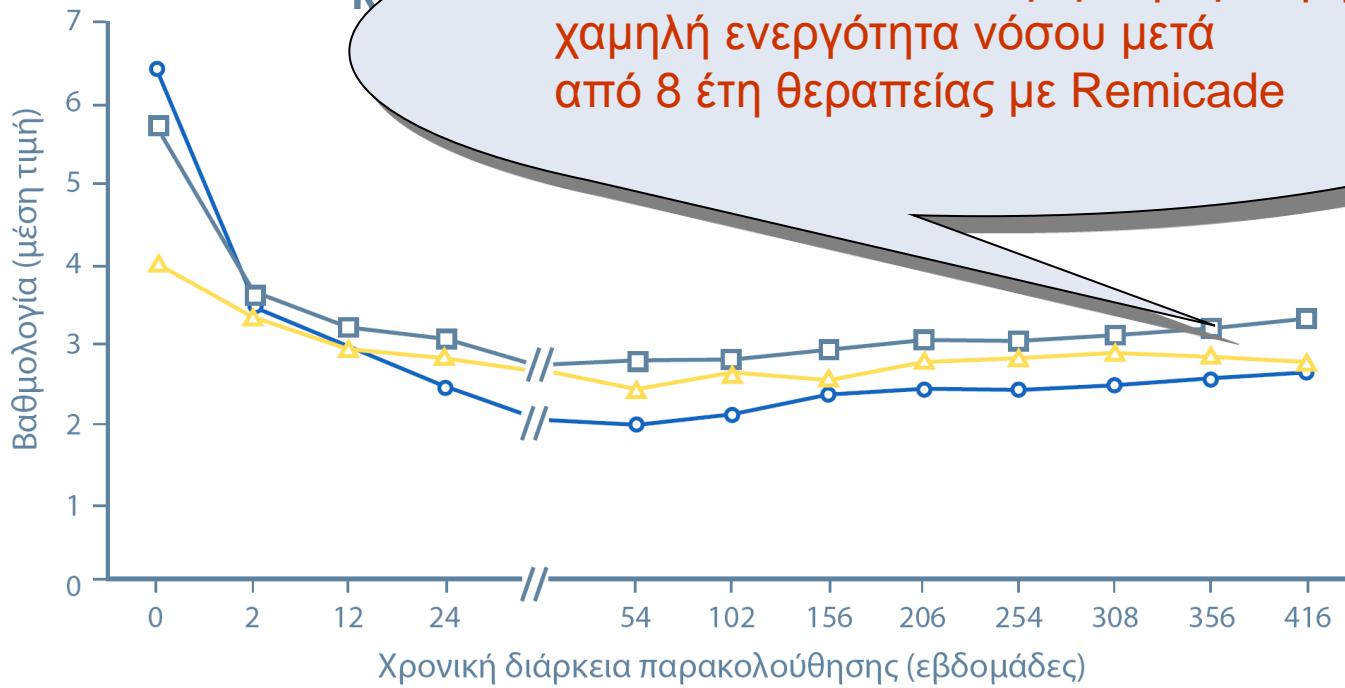
Σύμφωνη
γνώμη ειδικού

Διατήρηση της βελτίωσης στα σημεία και συμπτώματα στα 2 έτη, με τη θεραπεία με Golimumab

ASAS 20, 40 και μερική ύφεση την εβδομάδα 104

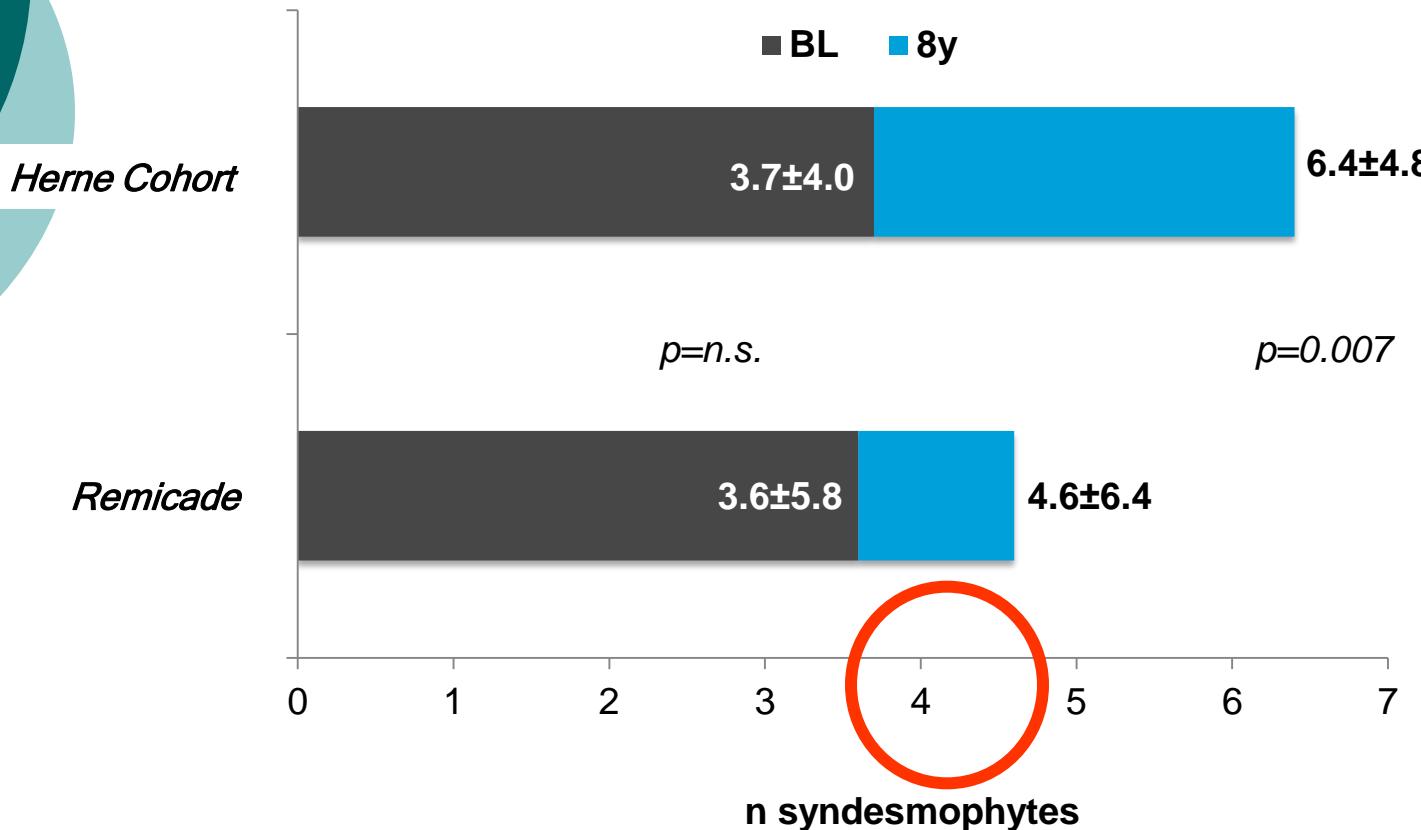


Η κλινική ανταπόκριση διατηρείται για τουλάχιστον 8 έτη



Baraliakos 2011 Rheumatology 2011

Ακτινολογική εξέλιξη ασθενών με ΑΣ 8 έτη μετά την έναρξη Remicade



**Ανεπιθύμητες
ενέργειες**

Αντi-TNF-α

**ΥΦΕΣΗ ΝΟΣΟΥ
ΑΝΑΣΤΟΛΗ ΔΙΑΒΡΩΣΕΩΝ
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ**

οικονομικό κόστος

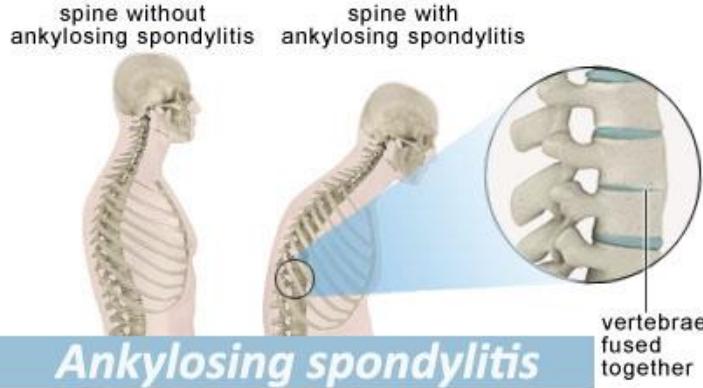


ΣΠΟΝΔΥΛΑΡΘΡΙΤΙΔΕΣ

**οικονομικό κόστος,
αυξημένη Νοσηρότητα
, πόνος**



Συμπεράσματα (συνέχεια)



- Το κόστος των θεραπειών αυτών αποτελεί σημαντικό παράγοντα περιορισμού της ευρύτερης χρήσης τους.
- Αν ωστόσο, ληφθούν υπόψη :οι οικονομικές συνέπειες της ΑΣ για τον ασθενή και την κοινωνία και η αναμενόμενη αναστολή της εξέλιξης της νόσου, η χρήση των αναστολέων του TNF-α ίσως να είναι οικονομικά συμφέρουσα.



Συμπεράσματα (συνέχεια)

η θεραπεία των ασθενών με μη-ακτινολογικά αξονική spondyloarthritis είναι επίσης, ένα πολύ σημαντικό θέμα.

Υπάρχουν σήμερα δεδομένα από τις κλινικές δοκιμές που διαθέτουμε, που αποδεικνύουν ότι

ΟΙ ΑΝΤΙ-TNF ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΝ ΣΕ ΠΡΩΙΜΟ ΣΤΆΔΙΟ ΤΗΣ ΝΌΣΟΥ !!

- **Haibel H**, Rudwaleit M, Listing J, et al. Efficacy of adalimumab in the treatment of axial spondylarthritis without radiographically defined sacroiliitis: results of a 12week **RCT**, double-blind, placebo- followed by an open-label
Arthritis and Rheumatism 2008 ; 58 : 1981 – 91 .
- **Barkham N**, Keen HI, Coates LC, et al. Clinical and imaging efficacy of infliximab in HLA-B27-Positive patients with magnetic resonance imaging-determined early sacroiliitis.
Arthritis and Rheumatism 2009 ; 60 : 946 – 54 .

Έγκαιρη θεραπευτική παρέμβαση μπορεί να προστατεύσει τον ασθενή από την εξέλιξη της νόσου

- *Η φλεγμονή είναι ο κύριος πυροδοτητής των διαδικασιών επανόρθωσης*
- *Έγκαιρη καταστολή της φλεγμονής, πριν τη δημιουργία οστικών διαβρώσεων μπορεί να αποτοέψει τις διαδικασίες*

Υπάρχει παράθυρο ευκαιρίας που μπορεί να οδηγήσει στην αλλαγή της πορείας της νόσου στην ΑΣ

Η αντι-TNF

*θεραπεία αποτελεί
μείζονα -
ΕΛΠΙΔΟΦΟΡΑ !!!-*

*θεραπευτική
προσέγγιση για
ασθενείς με*

ΣπΑ





ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ

ΙΑΤΡΩΝ

ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΟΙ

ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΟΙ

EUDALIOTÓPOLIS

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗΣ: Η θεραπεία της αγκυλοποιητικής σπονδυλίτιδας με τον παράγοντα νέκρωσης όγκων (TNF)-αποκλειστές είναι πολύ αποτελεσματική στο 50% περίπου των ασθενών..

Πρόσφατα ευρήματα: Κατά τη διάρκεια των τελευταίων 10 ετών του TNF-αναστολείς είχαν ερευνηθεί στην εγκατεστημένη αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα. Πιο πρόσφατα κλινικές δοκιμές επικεντρώθηκε στην έγκαιρη θεραπεία συμπεριλαμβανομένων των ασθενών με αξονική nonradiographic spondyloarthritis.

- Θα μπορούσε να αποδειχθεί ότι ο TNF-αποκλειστές είναι τουλάχιστον εξίσου αποτελεσματικό σε ασθενείς με αξονική **nonradiographic spondyloarthritis** σε σύγκριση με την **ΕΓΚΑΤΕΣΤΗΜΕΝΗ** αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα και
- ότι ο TNF-αποκλειστές είναι ακόμη πιο αποτελεσματικό όταν χρησιμοποιείται νωρίτερα στην πορεία της νόσου και σε νεαρότερη ηλικία.
- Ορισμένα στοιχεία δείχνουν ότι ακόμη και ελεύθερα φαρμάκων ύφεση θα μπορούσε να επιτευχθεί εάν οι ασθενείς αντιμετωπίζονται νωρίτερα.
- Ενεργός φλεγμονή, όπως φαίνεται από τη μαγνητική τομογραφία μπορεί να κατασταλεί αποτελεσματικά κατά τη διάρκεια της θεραπείας με αναστολείς του TNF-. Έχει πιθανολογηθεί ότι η έγκαιρη θεραπεία με αντιφλεγμονώδη είναι ο καλύτερος τρόπος για την πρόληψη αγκύλωσης, η οποία πρέπει να αποδειχθεί στο μέλλον.

ΦΛΕΓΜΟΝΗ # ΔΟΜΙΚΕΣ ΒΛΑΒΕΣ

Η λεπτή σχέση μεταξύ μαγνητική δραστηριότητα και μια νέα syndesmophytes έρχεται σε αντίθεση με την απουσία αποτελέσματος των αναστολέων TNF στις ΔΟΜΙΚΕΣ damage. Μια πιθανή εξήγηση να συμβιβάσει αυτές τις δύο αντιφατικές παρατηρήσεις είναι ότι ο σχηματισμός syndesmophyte είναι μια μετα-φλεγμονώδη αντίδραση επισκευής.

- Κάτι τέτοιο μπορεί να ανακόπτεται εάν ένας αναστολέας του TNF ξεκινήσει νωρίς, πριν από φλεγμονή δίνει δρόμο για την αποκατάσταση. Αυτή η θεωρία προϋποθέτει μια μετάβαση από φλεγμονή στην επισκευή, η οποία είναι ελάχιστα κατανοητή.
- Έχει προταθεί ότι η συνεχιζόμενη φλεγμονή στο πλαίσιο της υμενίτιδας κυριαρχείται από τις καταστροφικές οστών-διαβρωτική διαδικασίες (μεσολάβηση RANKL, DKK-1 και sclerostin) και την καταστολή της επισκευής. Εάν φλεγμονή δεν είναι χρόνια, αλλά κυμαινόμενη (όπως προνοείται στο AS), οι διεργασίες επιδιόρθωσης μπορεί να ενεργοποιηθούν, με αποτέλεσμα σε μια αναβολική απόκριση οδηγείται από προσταγλανδίνες, Wnt και οστικής μορφογενετικής proteins.^{6 18} **Σε ένα τέτοιο σενάριο πρώιμη έναρξη της θεραπείας (πριν από το διακόπτη) μπορεί να εμποδίσει την αναβολική αντίδραση που οδηγεί τελικά σε syndesmophyte σχηματισμό.** Διατυπώνεται η υπόθεση ότι η εστιακή διείσδυση του λίπους στην σπονδυλική γωνία, η οποία εμφανίζεται μετά από φλεγμονή του εν λόγω χώρου, είναι ένα από τα πρώτα σημάδια της επισκευής. Σε μια πρόσφατη μελέτη, η παρουσία εστιακών αλλοιώσεων λίπους σε μια γωνία της σπονδυλικής συγδέθηρκε με την ανάπτυξη ενός syndesmophyte στον

Imaging of axial spondyloarthritis including ankylosing spondylitis

J Braun, X Baraliakos Accepted 2 December 2010

Νέα δημιουργία οστού της σπονδυλικής στήλης είναι παθογνωμονικό για την (AS), ενώ η οξεία και / ή χρόνιες αλλαγές στις ιερολαγόνιες αρθρώσεις είναι σημαντικές για τη διάγνωση.

Ο «χρυσός κανόνας» (The GOLD STADARD) για την αξιολόγηση των ΔΟΜΙΚΩΝ αλλαγών στην AS είναι α/ες . Ενώ η MRI , είναι χρήσιμη για την **αξιολόγηση της φλεγμονής.**

- **Πρόσφατες MRI μελέτες έχουν δείξει , ότι το κάτω μισό της ΘΜΣΣ πιο συχνά επηρεάζεται στην AS.**
- **Scoring tools for spinal inflammation such as the ASspiMRI-a have been proposed, successfully used in large clinical trials and compared in a multireader experiment; none was finally preferred by OMERACT.**
- **Η σχέση μεταξύ φλεγμονής και του σχηματισμού νέου οστού στην AS έχει πρόσφατα διερευνηθεί. Χαμηλή sclerostin και DKK-1 στον ορό, και οι δύο αναστολείς των σχηματισμό των οστών, βρέθηκαν να σχετίζονται με syndesmophyte δημιουργία σε ασθενείς με ΑΣ.**
- **Ann Rheum Dis 2011;70:i97-i103 doi:10.1136/ard.2010.140541**

Τυπικές ενδείξεις για MRI σε ασθενείς με ΣΠΑ

πότε θα κάνεις

- • Ένδειξη φλεγμονώδους βλάβης στις ιερολαγόνιες, σπονδυλική στήλη και περιφερικές αρθρώσεις.
- • Διάγνωση με βάση τα νέα κριτήρια ταξινόμησης ASAS για αξονική ΣΠΑ (βλέπε σελίδα 44).
- • Διαφοροδιάγνωση μεταξύ φλεγμονώδους ρευματικής νόσου και λοιμώδους.
- • Αναγνώριση σπονδυλικής προσβολής σε ασθενείς με αξονική ΣΠΑ.
- • Υποψία ανωμαλιών στην κρανιοσαυχενική συμβολή (αρθρίτιδα των A1/A2, ατλαντοαξονικό υπεξάρθρημα), ή αραχνοειδής κύστη στον νωτιαίο σωλήνα (σύνδρομο ιππουρίδος σε προχωρημένη ΑΣ), αναζήτηση για βλάβη νωτιαίου μυελού από σύνθλιψη, και αναγνώριση καταγμάτων.
- • Επιβεβαίωση μεταβολών στην θωρακική μοίρα της σπονδυλικής στήλης όπου μπορεί να είναι δύσκολο να αναγνωρισθούν παθολογικά ευρήματα με την απλή ακτινογραφία λόγω της παρουσίας των πυκνών του

The fatty Romanus lesion: a non-inflammatory spinal MRI lesion specific for axial spondyloarthritis.

Bennett AN, Rehman A, Hensor EM, Marzo-Ortega H, Emery P, McGonagle D.

Source

Academic Section of Musculoskeletal Disease, Leeds Institute of Molecular Medicine, Chapel Allerton Hospital, Chapel Town Rd, Leeds LS7 4SA, UK.

Abstract

BACKGROUND:

Fatty changes at vertebral corners have been reported on MRI in ankylosing spondylitis but the distribution or specificity of these lesions to early axial spondyloarthritis (axial-SpA) has not been determined.

OBJECTIVE:

To assess the diagnostic utility of fatty Romanus lesions (FRLs) for axial-SpA in a population with chronic back pain.

METHODS:

Axial-skeleton TI SE and fat-suppressed MRI were performed on 174 patients with back pain and 11 controls. MRI lesions including FRLs were scored blind. An imaging diagnosis was given on MRI findings alone and compared with the 'gold standard' treating doctor's diagnosis.

RESULTS:

Twenty-nine patients had FRLs: 31% (20/64) of patients with spondyloarthritis, 13% (6/45) with degenerative arthritis, 4% (2/45) with spinal malignancy, 5% (1/20) with 'other' diagnoses; none of 11 normal subjects had FRLs. The majority of the FRLs in SpA 60% (135/226) were present in the thoracic spine. The diagnostic utility of FRLs for SpA (likelihood ratio (LR) = 4.7) was significantly ($p<0.05$) greater than for other diagnoses and increased further ($LR = 12.6, p<0.05$) when more than five FRLs were present. Of note 5/20 (25%) patients with SpA with FRLs had no diagnostic bone-oedema lesions on fat-suppressed MRI, suggesting that FRLs may be useful diagnostically in axial-SpA.

CONCLUSION:

This study defines the FRL as a diagnostic imaging feature of axial-SpA, which may be useful where inflammatory changes are absent on fat-suppression MRI and where radiography is normal

Inflammation in ankylosing spondylitis: a systematic description of the extent and frequency of acute spinal changes using magnetic resonance imaging

Baraliakos, R Landewé, K-G Hermann, J Listing, W Golder, J Brandt, M Rudwaleit, Mollow, J Sieper, D van der Heijde, J Braun

Rheumazentrum Ruhrgebiet, Landgrafenstr 15, 44652 Herne, Germany.

BACKGROUND: Magnetic resonance imaging (MRI) is increasingly used to detect inflammation in the spine of patients with ankylosing spondylitis (AS). **OBJECTIVES:** To detect differentially the presence and extent of inflammation in the three spinal segments of patients with AS by MRI.

METHODS: In 38 patients with active AS, acute spinal lesions were assessed by T(1) weighted, gadolinium enhanced, spin echo MRI (T(1)/Gd-DTPA) and short tau inversion recovery (STIR) sequences. MRI was quantified by the validated scoring system ASspiMRI-a. Acute spinal lesions were detected in the whole spine and in each spinal segment. One vertebral unit (VU) was defined as the region between two virtual lines drawn through the middle of each vertebral body.

RESULTS: A greater number of inflammatory spinal lesions were found by the STIR sequence than by Gd-DTPA: inflammation was present in 30.6% of the VUs as assessed by STIR, compared with 26.8% of the same VUs assessed by T(1)/Gd-DTPA.

Inflammation was found more commonly in the thoracic spine (TS) than in the cervical (CS) or the lumbar spine (LS) with both techniques. When STIR was used, spinal inflammation in the CS, the TS, and LS was detected in 10/38 (26%), 28/38 (74%), and 9/38 (24%) patients, respectively. The VU T7/8 was found to be the VU most often affected by both techniques (27.8% by T(1)/Gd-DTPA and 34.5% by STIR).

CONCLUSIONS : **Η φλεγμονή της Σπονδυλικής Στήλης είναι μια κοινή εκδήλωση σε ασθενείς με ΑΣ, και εμφανίζεται πιο συχνά στην ΘΜΣΣ. Το σύστημα βαθμολόγησης ASspiMRI-a μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση της οξειας αλλαγής στην ΣΣ στην ΑΣ**

Arthritis Res Ther. 2008;10(5):R104. Epub 2008 Sep 1.

The relationship between inflammation and new bone formation in patients with ankylosing spondylitis.

Baraliakos X, Listing J, Rudwaleit M, Sieper J, Braun

Source

Rheumazentrum Ruhrgebiet Herne, Ruhr-University Bochum, Landgrafenstr, 15, 44652 Herne, Germany. xenob@onlinehome.de

Abstract

INTRODUCTION:

Spinal inflammation as detected by magnetic resonance imaging and new bone formation as identified by conventional radiographs are characteristic of ankylosing spondylitis. Whether and how spondylitis and syndesmophyte formation are linked are unclear. Our objective was to investigate whether and how spinal inflammation are associated with new bone formation in ankylosing spondylitis.

METHODS:

Spinal magnetic resonance images and conventional radiographs from 39 ankylosing spondylitis patients treated with anti-tumour necrosis factor (anti-TNF) agents at baseline and after 2 years were analysed for syndesmophyte formation at vertebral edges with or without inflammatory lesions at baseline.

RESULTS:

Overall, 922 vertebral edges at the cervical and lumbar spine were analysed. At baseline, the proportion of vertebral edges with and without inflammation (magnetic resonance imaging) that showed structural changes (conventional radiographs) was similar (in total, 16.6% of all vertebral edges in 71.4% of patients). From the perspective of syndesmophyte formation ($n = 26$, 2.9%) after 2 years, there were more vertebral edges without (62%) than with (38%) inflammation at baseline ($P = 0.03$). From the perspective of spinal inflammation at baseline ($n = 153$ vertebral edges), more syndesmophytes developed at vertebral edges with (6.5%) than without (2.1%) inflammation ($P = 0.002$, odds ratio 3.3, 95% confidence interval 1.5 to 7.4). Inflammation persisted in 31% of the initially inflamed vertebral edges ($n = 132$), and new lesions developed in 8% of the vertebral edges without inflammation at baseline ($n = 410$). From the perspective of spinal inflammation after 2 years ($n = 72$ vertebral edges), 5.6% of the vertebral edges showed syndesmophyte development in contrast to 1.9% of the vertebral edges with new syndesmophytes without inflammation ($P = 0.06$).

CONCLUSIONS:

These findings obtained in patients treated with anti-TNF agents suggest linkage and some dissociation of inflammation and new bone formation in ankylosing spondylitis. Although syndesmophytes were also found to develop at sites where no inflammation had been seen by magnetic resonance imaging at baseline, it was more likely that syndesmophytes developed in inflamed vertebral edges. More effective suppression of spinal inflammation may be required to inhibit structural damage in ankylosing spondylitis

Εκτίμηση απάντησης

- • Βελτίωση $\geq 50\%$ στο BASDAI ή
- ≥ 2 μονάδες μετά του λάχιστον 12 εβδομάδες θεραπείας
- και θετική γνώμη του ειδικού για συνέχιση της θεραπείας.

Van der Heijde D et al, Ann Rheum Dis 2011;70:905-908

Clinical and Imaging Efficacy of Infliximab in HLA-B27-Positive Patients With Magnetic Resonance Imaging-Determined Early Sacroiliitis

Nick Barkham, Helen I. Keen, Laura C. Coates, Philip O'Connor, Elizabeth Hensor,
Alexander D. Fraser, Lorna S. Cawkwell, Alexander Bennett,
Dennis McGonagle, and Paul Emery

**TNF σε ασθενείς με προ ακτινολογικά επιβεβαιωμένη ΣπΑ
(διάρκεια συμπτωμάτων< 3 έτη, ΜΟ 15,3 m)**

Διαγνωστικά κριτήρια: φλεγμονώδης πόνος στη μέση, HLA-B27 (+), θετικό οστικό οίδημα σε MRI

n= 40 ασθενείς με placebo ή Remicade 5 mg/kg TNF τις εβδομάδες 0, 2, 6 και 12

Barkham N et al. Arthritis Rheum 2009

Υψηλή κλινική ανταπόκριση

Σημαντική βελτίωση σε κλινικά τελικά σημεία σε σύγκριση με εικονικό φάρμακο

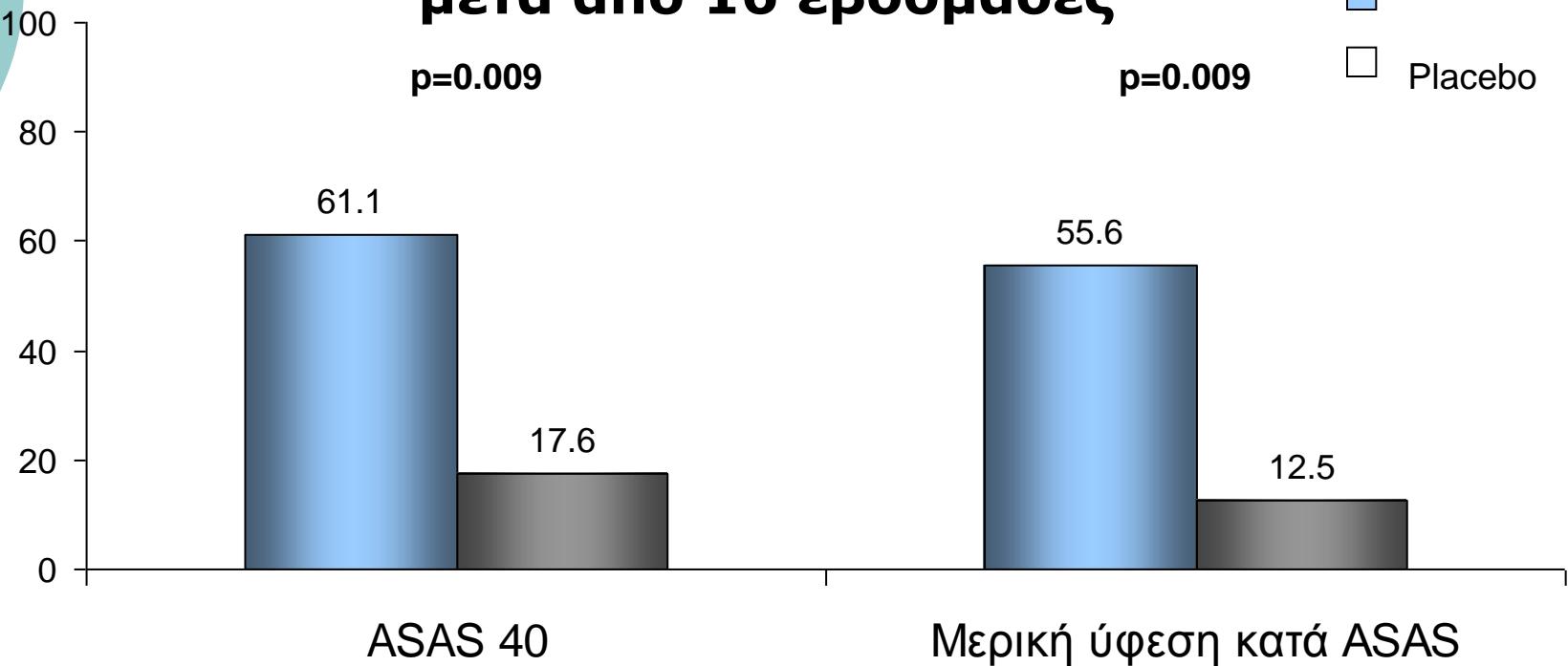
μετά από 16 εβδομάδες

p=0.009

p=0.009

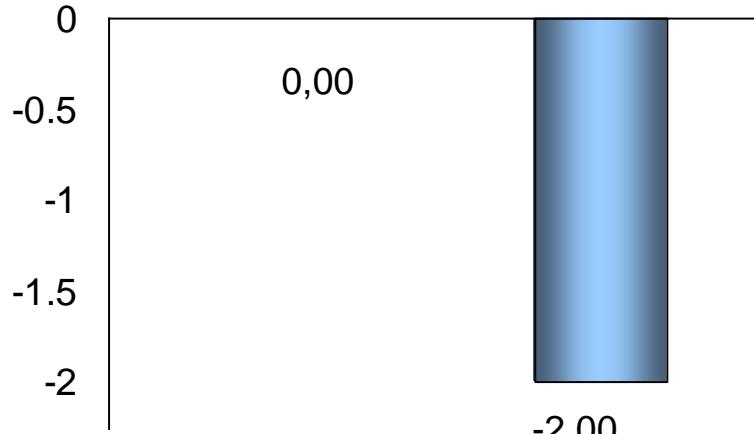
Remicade
Placebo

Ποσοστό ασθενών (%)

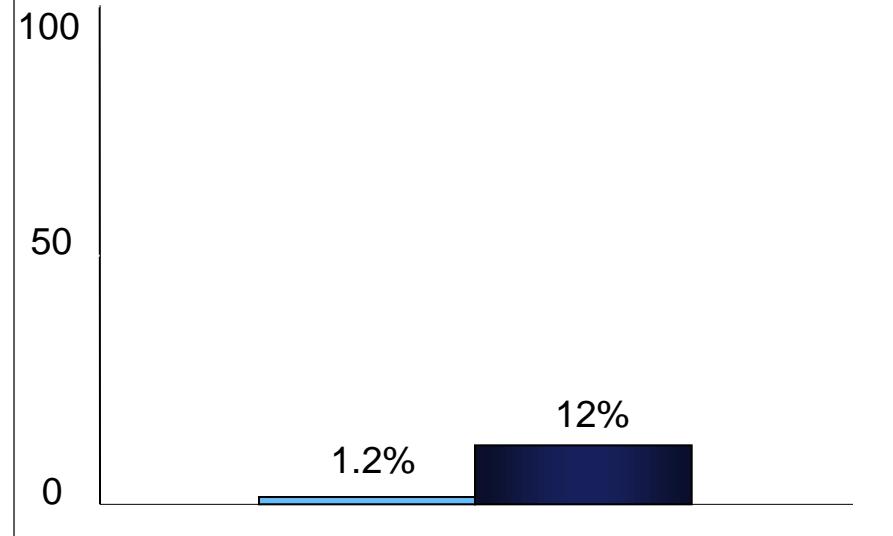


Υψηλή κλινική ανταπόκριση σε ασθενείς με πρώιμη ΣπΑ

Βελτίωση βαθμολογίας φλεγμονής (MRI) μετά από 16 εβδομάδες



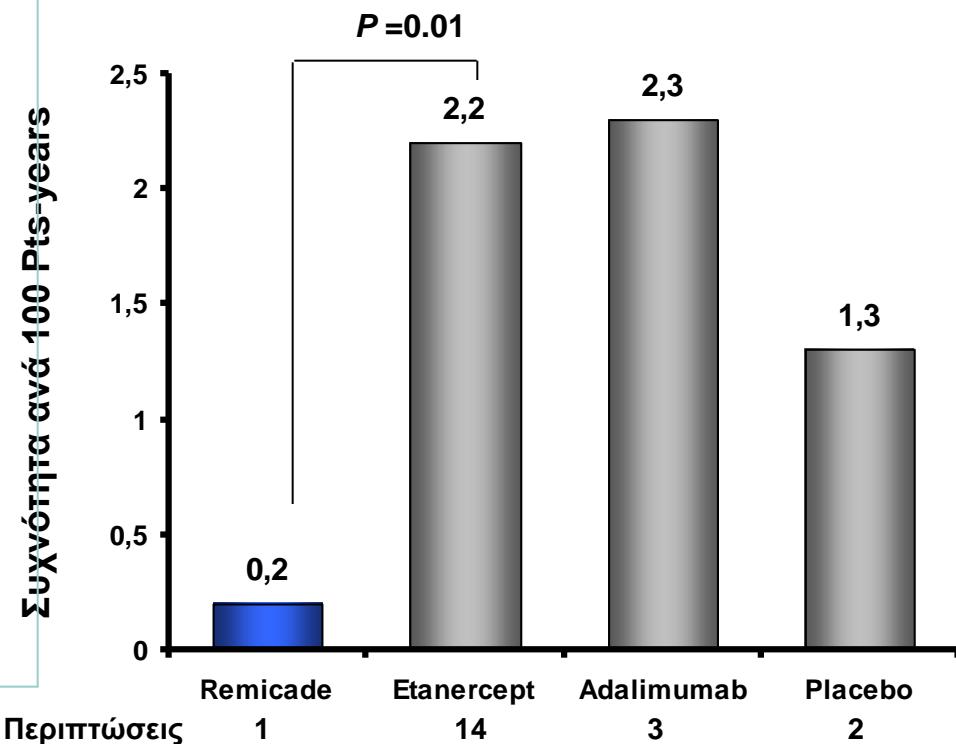
Νέα φλεγμονή στο MRI ιερολαγονίων αρθρώσεων μετά από 16 εβδομάδες



■ Remicade (n=20)
■ PBO (n=20)

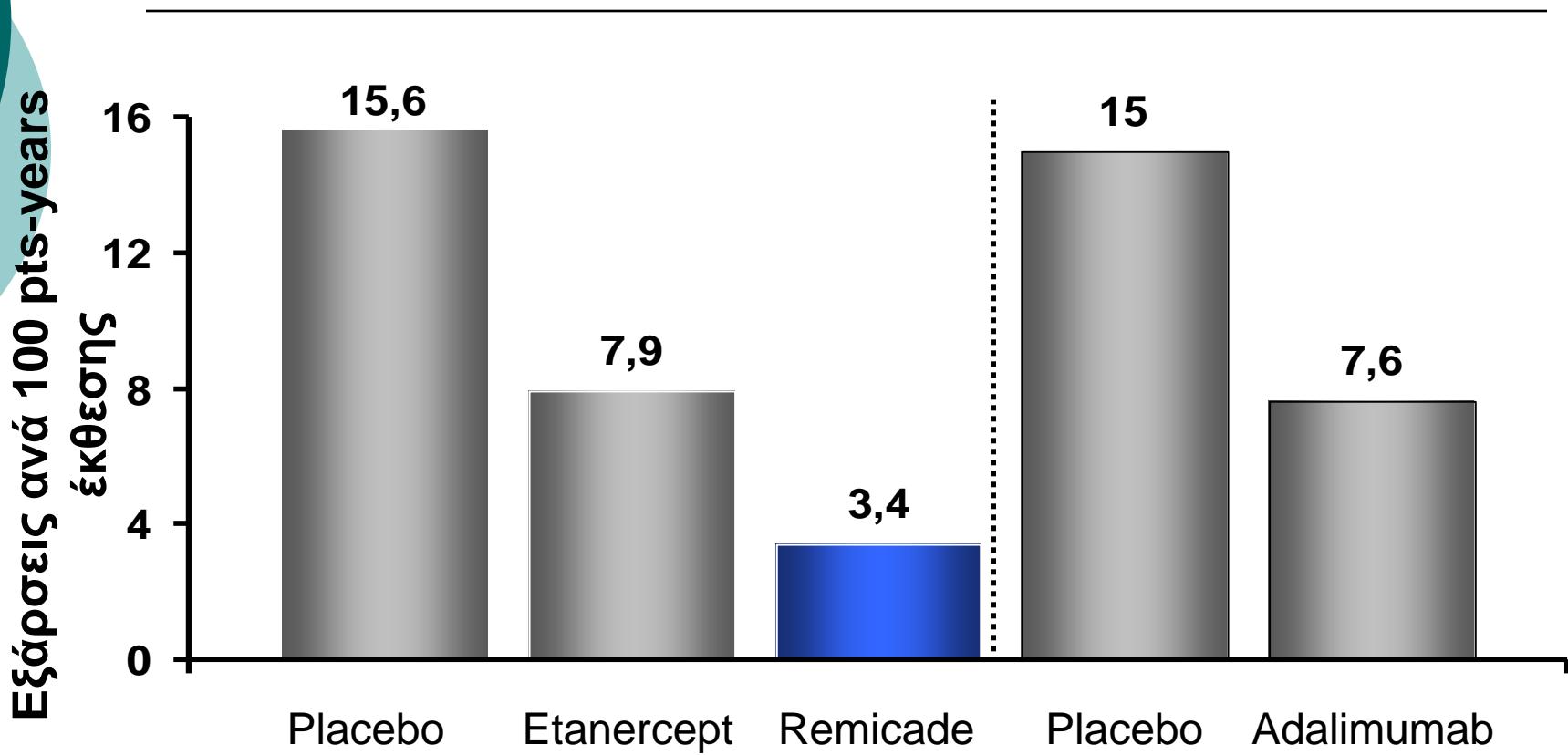
Χαμηλότερη συχνότητα εμφάνισης* ΙΦΝΕ σε ασθενείς με ΑΣ υπό θεραπεία με Remicade

- Δεδομένα από 9 μελέτες σε ασθενείς με ΑΣ
 - Remicade
 - n=366; 618 pt-years
 - Etanercept
 - n=419; 625 pt-years
 - Adalimumab
 - n=295; 132 pt-years
 - Placebo
 - n=434; 150 pt-years
- Ιστορικό ΙΦΝΕ:



*Συμπεριλαμβάνεται έξαρτη κήπηση ούσου των μπρώτη εμφάνιση ασθενών

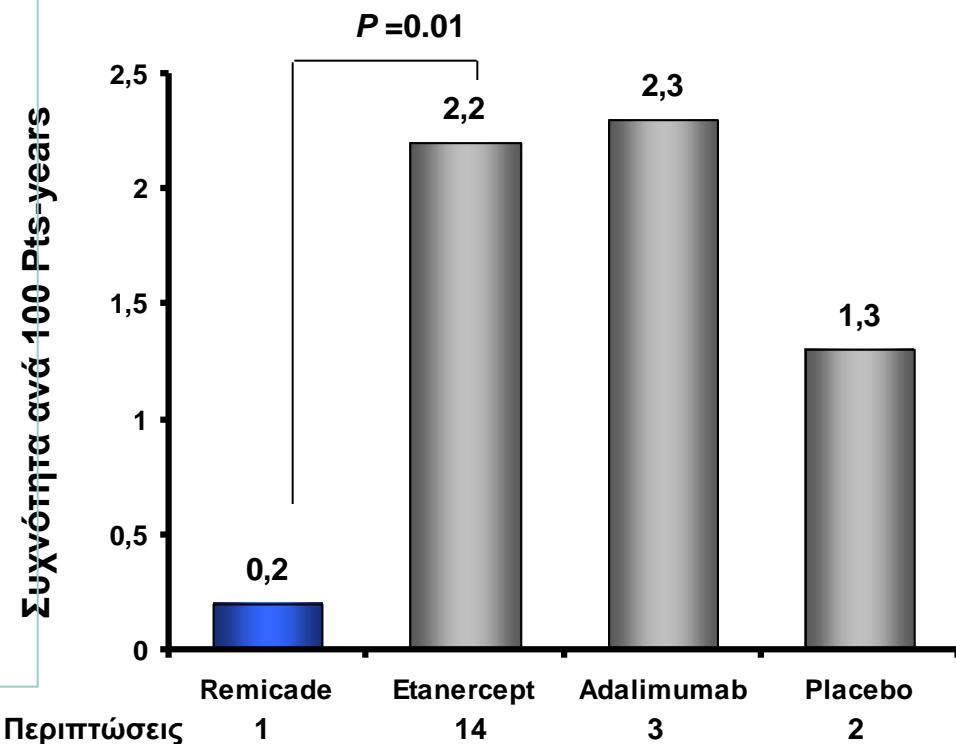
Χαμηλότερη επίπτωση ραγοειδίτιδας σε ασθενείς με ΑΣ, υπό θεραπεία με Remicade



Μελέτες μη άμεσης σύγκρισης

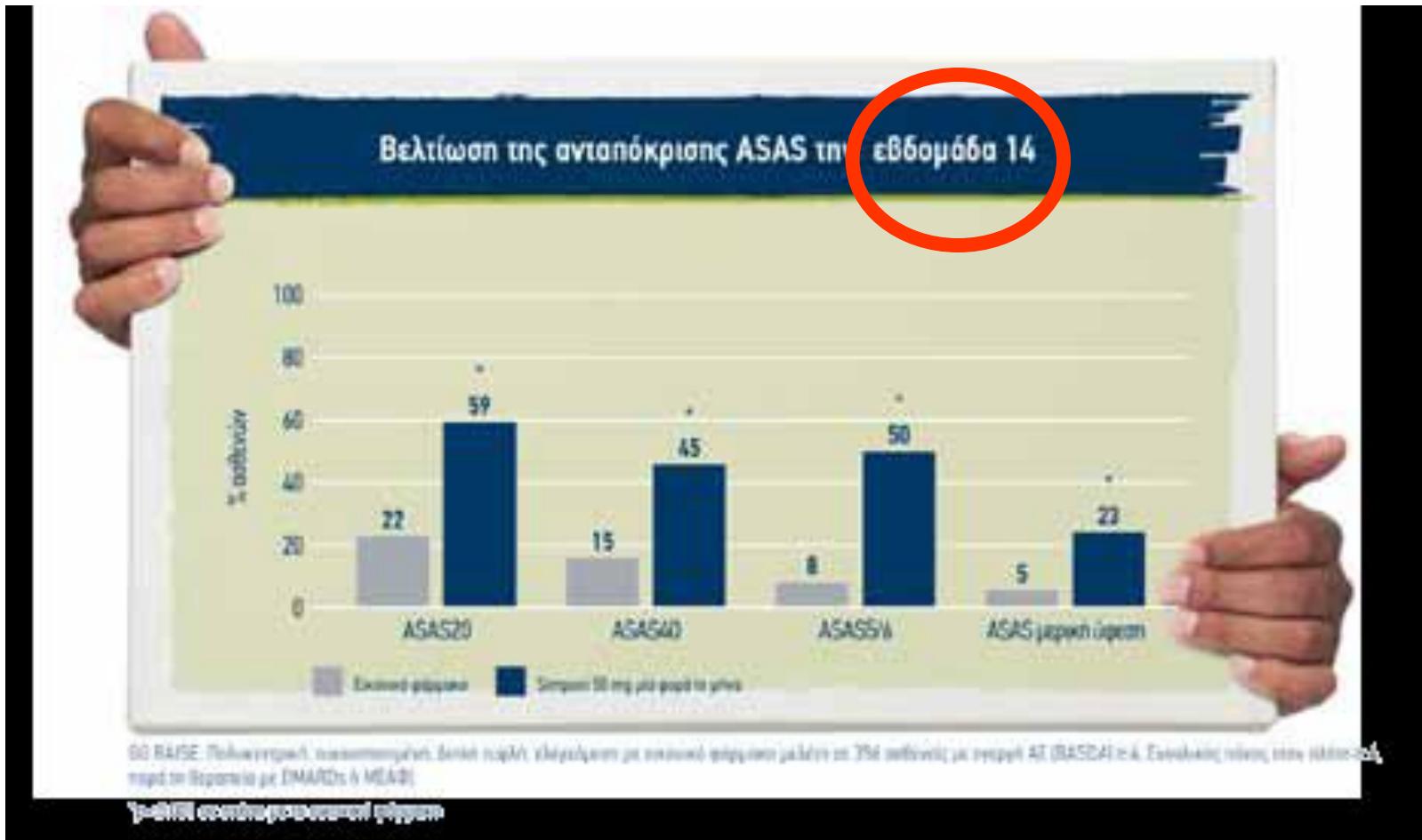
Χαμηλότερη συχνότητα εμφάνισης* ΙΦΝΕ σε ασθενείς με ΑΣ υπό θεραπεία με Remicade

- Δεδομένα από 9 μελέτες σε ασθενείς με ΑΣ
 - Remicade
 - n=366; 618 pt-years
 - Etanercept
 - n=419; 625 pt-years
 - Adalimumab
 - n=295; 132 pt-years
 - Placebo
 - n=434; 150 pt-years
- Ιστορικό ΙΦΝΕ:



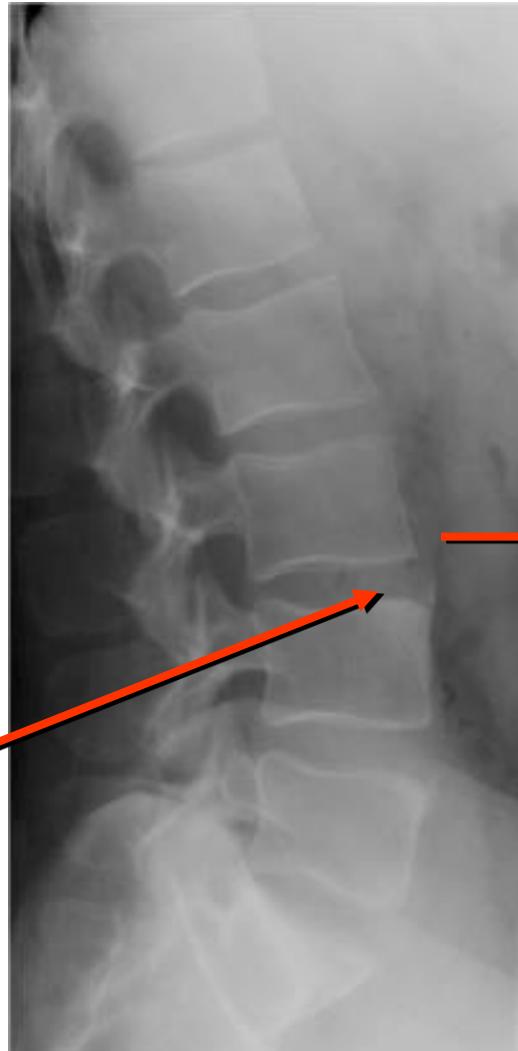
*Συμπεριλαμβάνεται έξαρτη της θύρας ωμή μπρώτη εμφάνιση ασθενών

Αποδειγμένη αποτελεσματικότητα αντι-TNF με μηνιαία υποδόρια χορήγηση



Ένας στονς δύο ασθενείς πετυχαίνει ASAS20 μετά από την 4η εβδομάδα θεραπείας μετά μια μόνο χορήγηση **Simponi** (1. Inman R et al, Arthritis & Rheum 2008)
Η κλινική βελτίωση διατηρείται για 2 τουλάχιστον έτη (2. Braun J et al, ACR)

Πρόοδος από την οξεία φλεγμονή στην αγκύλωση



2010 Update of the international ASAS recommendations for the use of anti-TNF agents in patients with axial spondyloarthritis

ΔΙΑΦΟΡΟΠΟΙΗΣΕΙΣ

This paper presents the second update of the Assessment in SpondyloArthritis international Society (ASAS) consensus statement on the use of anti-tumour necrosis factor (anti-TNF) agents in patients with axial spondyloarthritis (SpA). **A major change from the previous recommendations is that patients fulfilling the ASAS axial SpA criteria, which also include patients fulfilling the modified New York criteria for ankylosing spondylitis, can be treated with anti-TNF agents.**

- This makes an earlier start in the disease process possible!!!!
- A second major change is η υποχρεωτική προθεραπείας before anti-TNF agents can be started. All patients should have tried a minimum of two non-steroidal anti-inflammatory drugs for a minimum of 4 weeks in total. This is significantly shorter than the previous requirement of 3 months.
- As previously, patients with axial symptoms require no further pretreatment. Patients with symptomatic peripheral symptoms should normally have had an adequate therapeutic trial of a disease-modifying antirheumatic drug, preferably sulfasalazine. Sulfasalazine is no longer mandatory in this group of patients. Finally, efficacy should be evaluated after at least 12 weeks. The remaining recommendations stayed largely unchanged.
- van der Heijde D, Sieper J, Maksymowych WP, Dougados M, Burgos-Vargas R, LandewéR, Rudwaleit M, Braun J, Assessment of SpondyloArthritis international Society

- Department of Rheumatology, Leiden University Medical Center, PO Box 9600, 2300 RC Leiden, The Netherlands.
d.vanderheijde@kpnplanet.nl

Ann Rheum Dis. 2011;70(6):905

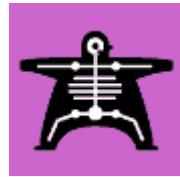
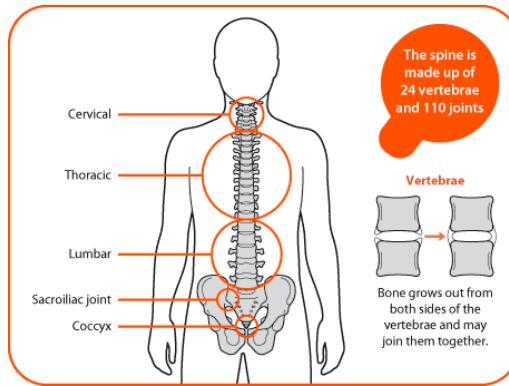
Χειρουργική Αποκατάσταση

- + **Ολική αρθροπλαστική ισχίου** Θα πρέπει να εξετάζεται σε ασθενείς με ανθεκτικό πόνο ή αναπηρία και ακτινολογικά στοιχεία της δομικής βλάβης, ανεξάρτητα από ηλικία.
- + **Σπονδυλική διορθωτική οστεοτομία** μπορεί να εξεταστεί σε ασθενείς με σοβαρή αναπηρική δυσμορφία.
- + **Σε ασθενείς με AS και ένα οξύ σπονδυλικό κάταγμα** Θα πρέπει να ζητείται η γνώμη ενός ειδικού χειρουργού Σ.Σ. Για σύγκριση, το παλιό σύσταση ήταν: ολική αρθροπλαστική ισχίου πρέπει να εξετάζεται σε ασθενείς με ανθεκτική ή πόνο αναπηρία και ακτινολογικά στοιχεία της δομικής βλάβης, ανεξάρτητα της ηλικίας.
- + Σπονδυλικής Στήλης χειρουργική επέμβαση, όπως και διορθωτική οστεοτομία σταθεροποίηση των διαδικασιών, μπορεί να είναι χρήσιμος σε επιλεγμένους ασθενείς



Figure 1 X-ray of the patient at age 14 years, demonstrating grade 3 bilateral sacroiliitis



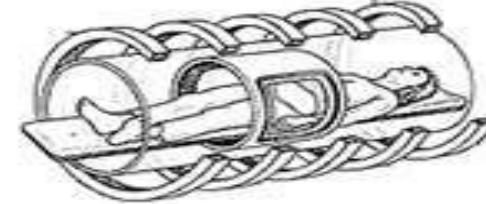


ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

η θωρακική μοίρα της σπονδυλικής στήλης είναι η πιο συχνά και έντονα πληγείσα περιοχή της σπονδυλικής στήλης, αλλά οι ακτινογραφίες δεν είναι σε θέση να έχουν πρόσβαση επαρκώς στις σημαντικές βλάβες.

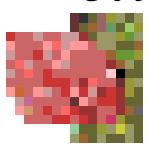
- Εν κατακλείδι, ότι η μαγνητική τομογραφία επειδή είναι η μόνη τεχνική που μπορεί να ανιχνεύσει ενεργό φλεγμαίνοντα αλλοιώσεις της σπονδυλικής στήλης σε ασθενείς με ΑΣ, "μπορεί στο μέλλον να γίνει το χρυσό πρότυπο για την αξιολόγηση και την τεκμηρίωση της αποτελεσματικότητας του αντι-φλεγμονώδη φάρμακα για παθήσεις σπονδυλικής στήλης φλεγμονή σε βραχυπρόθεσμη βάση. "Ωστόσο, η μακροπρόθεσμη απόδοση της μαγνητικής τομογραφίας είναι άγνωστη. Οι ακτίνες X θα εξακολουθούν να έχουν μια θέση στην εκτίμηση των μεταβολών της σπονδυλικής στήλης και την τεκμηρίωση για την ανάπτυξη περισσότερων βλαβών.

Η απεικόνιση με Μαγνητική Τομογραφία (MRI) του αξονικού σκελετού



Παράλληλα με την απλή ακτινογραφία, η **MRI** είναι σημαντική, σαν βάση ταξινόμησης ασθενών με αξονική σπονδυλαρθρίτιδα, περιλαμβανομένης της αγκυλοποιητικής.

Οι περισσότεροι ασθενείς με σχετικά συμπτώματα (χρόνια οσφυαλγία, ηλικία <45, πιθανώς με άλλα κλινικά σημεία σπονδυλαρθρίτιδας), εξετάζονται σήμερα με MRI ώστε να γίνει δυνατή η αναγνώριση μιας αξονικής σπονδυλαρθρίτιδας ,



ακόμη και σε πρώιμα στάδια της νόσου!!!.

Dr. med. Ξενοφών Μπαραλιάκος

Prof. Dr. med. Jurgen Braun

Rheumatology Center, Herne, Germany

Since the last systematic review 11 there were many new studies. In addition to infliximab and etanercept, adalimumab 59 and golimumab 60 have also been approved.

- There are substantial data on patient-reported outcomes. 61 There is evidence that patients with advanced disease 62 also have some benefit, but patients with early 63 and very early 64 disease seem to have even more benefit.
- The highest remission rate reported is up to 50% after 16 weeks 64 in patients with inflammatory back pain 65 of less than 3 years (mean 15 months) and sacroiliitis on MRI but not on radiographs.
- Of note, the majority of the patients in these trials did not fulfil the modified New York criteria for AS.



Εξωαρθρικές εκδηλώσεις

Εκδηλώσεις της Αγκυλωτικής Σπονδυλαρθρίτιδας

Spondyloarthritis (SpA)

Main manifestations

1. Axial involvement/spinal inflammation
2. Peripheral arthritis
3. Peripheral enthesitis
4. Organ involvement

SpA subtypes

1. Ankylosing spondylitis (AS)
2. Undifferentiated SpA
3. Psoriatic SpA
4. Reactive SpA
5. SpA associated with chronic inflammatory bowel diseases



ΑΣ



Braun, ARD, 2011

Elewaut D & Matucci, Rheumatology, 2009

MRI inflammation at the vertebral unit only marginally predicts new syndesmophyte formation: a multilevel analysis in patients with ankylosing spondylitis.

van der Heijde D, Machado P, Braun J, Hermann KG, Baraliakos X, Hsu B, Baker D, Landewé R.

Source

Correspondence to Professor Désirée van der Heijde, Department of Rheumatology, Leiden University Medical Center, PO Box 9600, 2300 RC Leiden, The Netherlands; d.vanderheijde@kpnplanet.nl.

Εν ολίγοις, έχουμε δείξει ότι η μαγνητική τομογραφία φλεγμονή στη σπονδυλική μονάδα μόνο οριακά προβλέπει νέα syndesmophyte σχηματισμό αυτής της μονάδας. Αν φλεγμονή είναι πράγματι η κύρια ώθηση των απαντήσεων επισκευής, μια ισχυρή υπόθεση μπορεί να γίνει για την έγκαιρη και επιθετική θεραπεία με αντιφλεγμονώδη. Αντίθετα, αν φλεγμονή και την επισκευή είναι ανεξάρτητες πορείες που προκαλούνται από κοινούς παράγοντες, νέες θεραπείες που στοχεύουν στην ενίσχυση της ανταπόκρισης παθολογικά επισκευή πρέπει να αναπτυχθούν.

Ορισμός ASAS/OMERACT θετικού MRI σε ΣΠΑ

Για τη διάγνωση των ΣΠΑ με MRI των ΙΛΑ, πρέπει να υπάρχουν είτε πολλαπλές βλάβες (φλεγμονώδη σήματα), ή μία βλάβη (φλεγμονώδες σήμα) σε τουλάχιστον 2 συνεχόμενες τομές

- **Ειδικά για ιερολαγονίτιδα** πρέπει να είναι παρόντα, **υποχόνδρινο οστικό οίδημα/οστείτιδα**
- Παρουσία υμενίτιδας, θυλακίτιδας ή ενθεσίτιδας μόνο, χωρίς υποχόνδρινο οστικό οίδημα/οστείτιδα, είναι συμβατά αλλά όχι επαρκή με τη διάγνωση της ενεργού ιερολαγονίτιδος.
(του ASspiMRI-a):

Ann Rheum Dis. 2011;70(6):896

- Η πρώτη ενημέρωση των ASAS / EULAR συστάσεις σχετικά με τη διαχείριση της αγκυλοποιητικής σπονδυλίτιδας (ΑΣ) βασίζεται στο πρωτότυπο έγγραφο, μια συστηματική ανασκόπηση των υφιστάμενων συστάσεων και βιβλιογραφία από το 2005 και η συζήτηση και συμφωνία ανάμεσα σε 21 διεθνείς εμπειρογνώμονες, 2 ασθενείς και 2 φυσιοθεραπευτές σε μια συνάντηση τον Φεβρουάριο του 2010. Κάθε αρχικό σημείο σφαίρα συζητήθηκε διεξοδικά και να αναδιατυπωθεί εάν είναι απαραίτητο. Οι αποφάσεις σχετικά με τις νέες συστάσεις έγιναν - αν είναι αναγκαίο μετά από ψηφοφορία. Η ισχύς των συστάσεων (SOR) ήταν γραμμένη σε ένα 11-σημείο αριθμητική κλίμακα διαβάθμισης μετά τη συνάντηση με ηλεκτρονικό ταχυδρομείο. Οι συστάσεις αυτές ισχύουν για ασθενείς όλων των ηλικιών που πληρούν τα κριτήρια τροποποιημένο για Νέα Υόρκη, ανεξάρτητοι από εξωαρθρικές εκδηλώσεις, και να λαμβάνουν υπόψη όλα τα φάρμακο και μη φαρμακευτικές, παρεμβάσεις που σχετίζονται με AS. Τέσσερις βασικές αρχές εισήχθησαν, υπονοώντας ότι μία στοιχείο έχει μεταφερθεί σε αυτή την ενότητα. Υπάρχουν σήμερα 11 κουκκίδες των οποίων 2 νέα, που σχετίζεται με εξωαρθρικές εκδηλώσεις και μία για τις αλλαγές στην πορεία της νόσου. Με μέσος όρος των 9,1

ACTIVE DISEASE

- — only patients with active disease should be considered candidates for treatment with anti-TNF agents.
- Radiographic changes of the spine by themselves do not constitute an indication for such therapy, since there is no evidence that anti-TNF agents can arrest the progression of radiographic changes in the spine.
- Active disease as indicated by both the Bath ankylosing spondylitis disease activity Index (BASDAI) score and a physician global assessment should be present to warrant anti-TNF therapy. The guidelines of several countries require more stringent or additional criteria for active disease compared with the ASAS guidelines, such as elevated acute phase reactants. The definition of "active disease" for each index is given below:

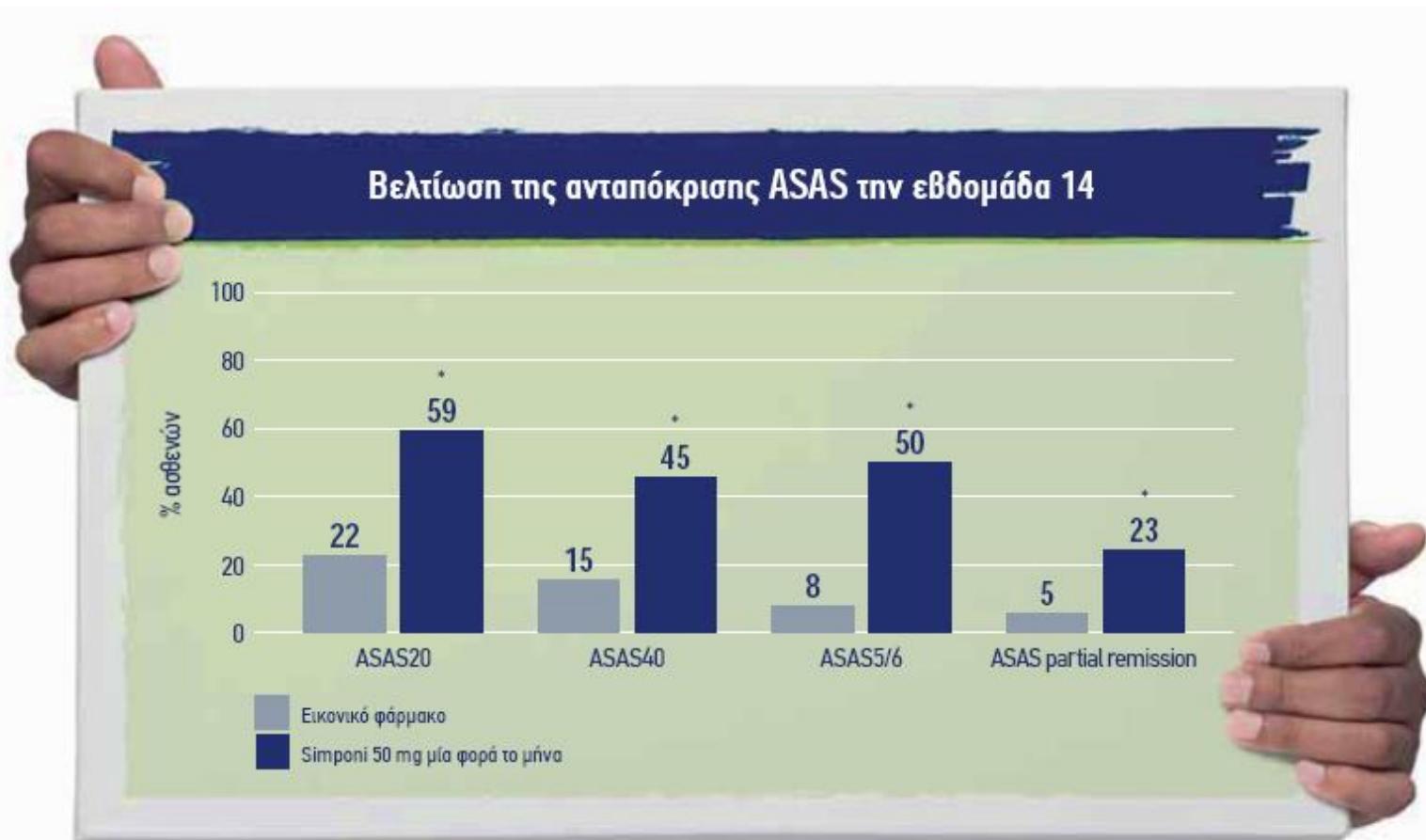
BASDAI score

- — The BASDAI is an instrument for the assessment of disease activity that is presented in a questionnaire format. The BASDAI instrument is available for health care professionals on the Internet at the following sites:
 - www.spondylitis.org and www.asas-group.org
 - Each of six questions has a visual analog or numerical scale. The final BASDAI score (range 0 to 10) is computed as follows:
 - Sum the values for the first four BASDAI questions
 - Add one/half of the sum of the last two BASDAI questions
 - Divide the result by five
 - **A BASDAI score of ≥4 (on a scale of 0 to 10) is indicative of active disease that warrants consideration of anti-TNF therapy.**

Το πολύ υψηλό κόστος των αντι-παράγοντα νέκρωσης όγκων (TNF), άλφα θεραπειών είναι ένα σημαντικό εμπόδιο στην ευρεία χρήση τους.

- Προκειμένου να ελέγξει το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης, κυβερνητικές υπηρεσίες και τους οργανισμούς πληρωμών ασφάλισης υγείας επιβάλλουν περιορισμούς. Οι πολιτικές αυτές διαφέρουν ανάλογα με τον πληρωτή. Σε ορισμένες χώρες, όπως οι Ηνωμένες Πολιτείες (ΗΠΑ), κάθε πληρωτή υγεία διαμορφώνει τους δικούς του κανόνες όσον αφορά τα χαρακτηριστικά των ασθενών που απαιτείται να έχουν το κόστος των αντι-TNF θεραπεία καλύπτεται. Σε άλλες χώρες όπου το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης για όλους τους πολίτες βαρύνει τις κυβερνήσεις, οι επιτροπές των εθνικών εμπειρογνωμόνων στην αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα (ΑΣ) ζητήθηκε να ρυθμίσετε τις κατευθυντήριες γραμμές για να συντοπίσουν τους ασθενείς που σίγουρα σπλάχνων

6 φορές περισσότεροι ασθενείς πτευχαίνουν ASAS 5/6 στους 3 μήνες θεραπείας



GO RAISE: Πολυκεντρική, τυχαιοποιημένη, διπλή τυφλή, ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο μελέτη σε 356 ασθενείς με ενεργή ΑΣ (BASDAI \geq 4, Συνολικός πόνος στην πλάτη \geq 4, πορό τη θεραπεία με DMARDs ή ΜΣΑΦ)

* p<0.001 σε σύγκριση με το εικονικό φάρμακο

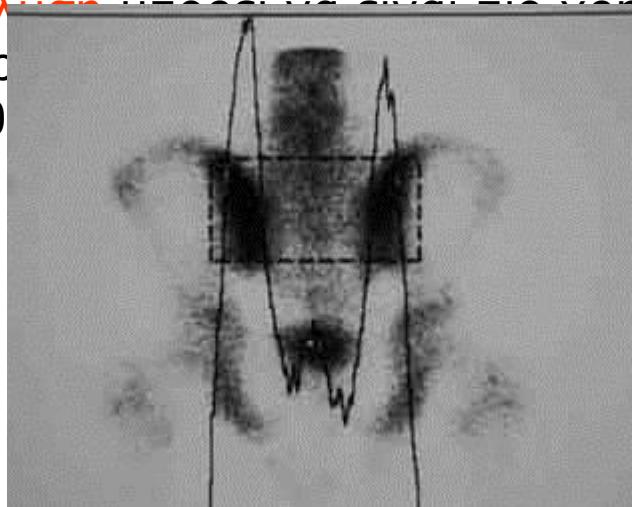
-
- Efficacy of adalimumab in the treatment of axial spondylarthritis without radiographically defined sacroiliitis: results of a twelve-week randomized, double-blind, placebo-controlled trial followed by an open-label extension up to week fifty-two.
 - AU
 - Haibel H, Rudwaleit M, Listing J, Heldmann F, Wong RL, Kupper H, Braun J, Sieper J
 - SO
 - OBJECTIVE: To evaluate the efficacy and safety of the tumor necrosis factor (TNF) antagonist adalimumab in patients with axial spondylarthritis (SpA) without radiographically defined sacroiliitis refractory to conventional treatment.
 - METHODS: Patients with active axial SpA ($n = 46$) were randomized to receive placebo or adalimumab at a dosage of 40 mg subcutaneously every other week for 12 weeks, followed by an open-label extension that continued up to week 52. The diagnosis of axial SpA required the presence of 3 of 6 diagnostic criteria, including 2 of the following 3 criteria: inflammatory back pain, HLA-B27 positivity, or acute inflammation of the spine or sacroiliac joints on magnetic resonance imaging, in the absence of radiographic evidence of sacroiliitis. The primary end point was a 40% response according to the improvement criteria of the Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS40).
 - RESULTS: All 46 patients (22 receiving adalimumab and 24 receiving placebo) completed the 12-week trial; 38 patients completed the extension period to week 52. At week 12, an ASAS40 response was achieved by 54.5% of the adalimumab-treated patients, as compared with 12.5% of the placebo-treated patients ($P = 0.004$). After switching to adalimumab, a similar degree of efficacy was also achieved by the patients who were initially treated with placebo. Efficacy was maintained in all patients until week 52. Young age at study entry and an elevated C-reactive protein concentration were the best predictors of achieving an ASAS40 response. Serious adverse events occurred in 5 patients, none of which was related to the study drug.
 - CONCLUSION: Adalimumab is the first TNF antagonist to demonstrate good clinical efficacy and safety in patients with axial SpA without radiographically defined sacroiliitis

Arthritis Rheum. 2008;58(7):1981.

Το σπινθηρογράφημα οστών

μπορεί να είναι χρήσιμο για τους ασθενείς με αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα προτείνεται σ' αυτούς με ακτινογραφικά ευρήματα φυσιολογικά ή διφορούμενα.

- **Ποιοτική εκτίμηση** της συσσώρευσης των ραδιονουκλιδίων στην περιοχή ιερολαγόνιας μπορεί να είναι δύσκολη λόγω της κανονικής πρόσληψης στη θέση.
- **Ποσοτική ανάλυση** της συσσώρευσης των ραδιονουκλιδίων με χρήσιμη σε αυτούς τους ασθενείς. Οι Δείκτες της ιερολαγόνιας συσσώρευσης στην πρόσληψη του ιερού 1.3:1 ή περισσότερο θεωρούνται ως κανονικοί.



Τροποποιημένα διαγνωστικά κριτήρια της Νέας Υόρκης για την αγκυ- λοποιητική σπονδυλίτιδα

Κριτήρια

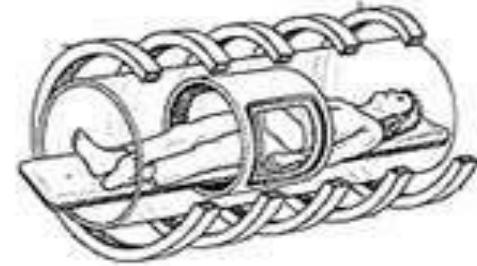
- • Χαμηλή οσφυαλγία για τουλάχιστον 3 μήνες που βελτιώνεται με την άσκηση και όχι με την ανάπausη.
- • Περιορισμός της κινητικότητας της ΣΣ σε μετωπιαίο και οβελιαίο επίπεδο.
- • Ελάττωση της έκπτυξης του θώρακος σε σχέση με άτομα ίδιου φύλου και ηλικίας.
- • Αμφοτερόπλευρη ιερολαγονίτιδα βαθμού 2-4 ή ετερόπλευρη βαθμού 3-4.
- **Βέβαιη ΑΣ, εάν υπάρχει το κριτήριο 4 ΣΥΝ ένα από**
- **τα κλινικά (1-3) κοιτάξεις**

Κορτικοειδή

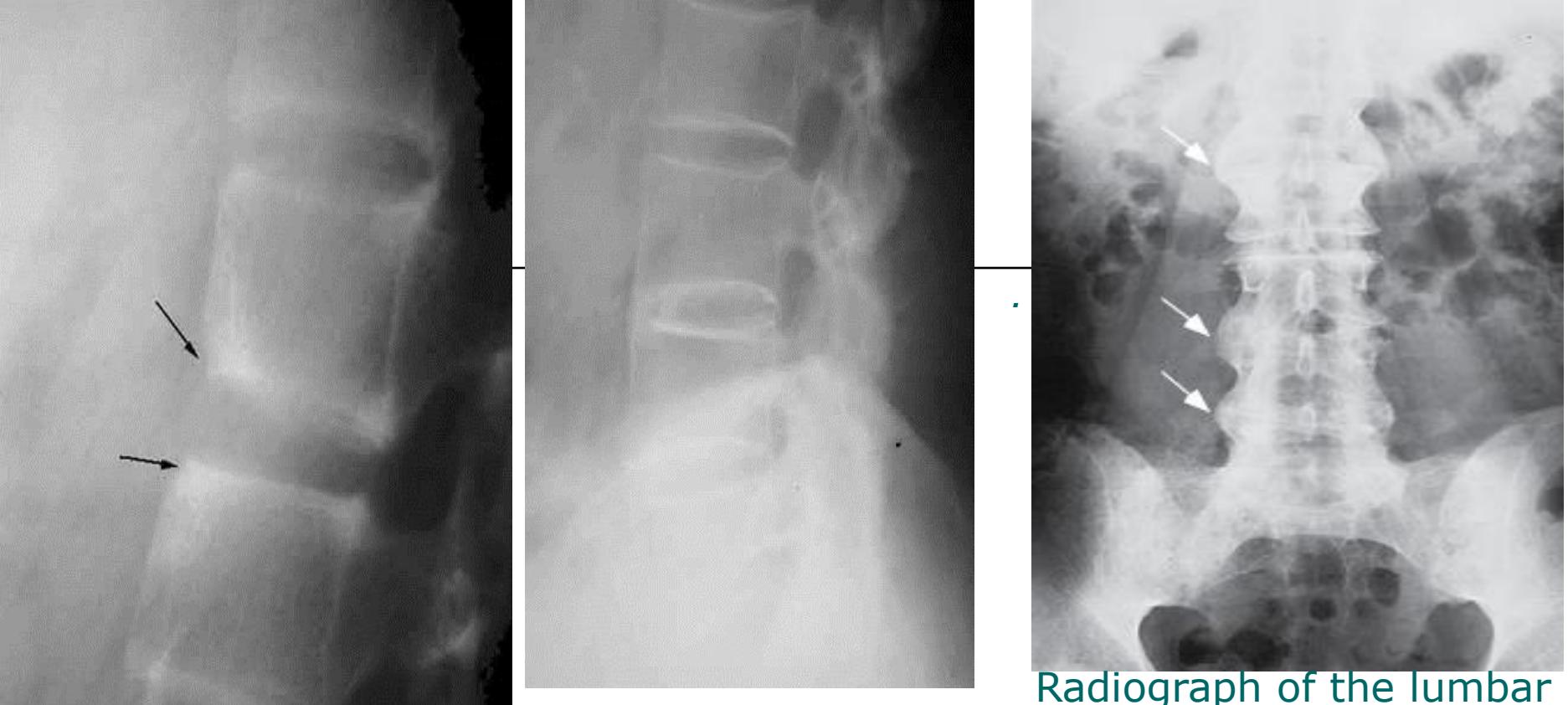
Η συστηματική θεραπεία με κορτικοειδή στην

- αξονική νόσο της ΑΣ δεν συνιστάται από τους ειδικούς^{11,13} αν και για το θέμα αυτό δεν υπάρχουν επαρκείς μελέτες. Σε μικρές ανοιχτές μελέτες, η χορήγηση υψηλής δόσης (1000 mg/ημέρα) μεθυλπρεδνιζολόνης σε ενδοφλέβιες ώσεις για τρεις συνεχείς ημέρες μπορεί να έχει ευεργετική επίδραση στο άλγος και την κινητικότητα της ΣΣ που διαρκεί μέχρι 6 μήνες^{14,15}. Η τοπική ένεση κορτικοειδούς στις ιερολαγόνιες αρθρώσεις ανακουφίζει από το άλγος 16-18 και είναι μία εναλλακτική προσέγγιση σε ασθενείς με ανθεκτικότητα ή υποτροπή του τοπικού άλγους παρά τη χορήγηση ΜΣΑΦ.

-
- Η αποτελεσματικότητα του infliximab,
 - etanercept και adalimumab έχει αποδειχθεί
 - σε τυχαιοποιημένες, ελεγχόμενες μελέτες, όπου τα φάρμακα αυτά βελτιώνουν τα συμπτώματα και σημεία της νόσου, τις μετρήσιμες παραμέτρους
 - (BASMI), το δείκτη BASDAI, εργαστηριακούς
 - δείκτες φλεγμονής, τη λειτουργικότητα των ασθενών (BASFI), και την ποιότητα



- Τα προσφάτως δημοσιευθέντα κριτήρια κατάταξης των SpondyloArthritis - από τη Διεθνή Κοινότητα αξιολόγησης για την αξονική SpA- περιλαμβάνουν για πρώτη φορά, την **Ιερολαγονίτιδα** αποδεδειγμένη με θετική μαγνητική τομογραφία , καταδεικνύοντάς την , ως κριτήριο απεικόνισης ενδεικτικό SpA, σε συνδιασμό με ένα , τουλάχιστον , κλινικό



Lateral radiograph shows anterior corner erosions at the T12 and L1 vertebral bodies. The typical shiny corner sign (or Romanus lesion) is present (arrows).

Vertebral body squaring. Lateral radiograph shows squaring of L3 and L4 vertebral bodies, L3-L4 anterior syndesmophyte, and lumbar facet joint fusion.

Radiograph of the lumbar sacral spine in a patient with advanced ankylosing spondylitis showing a "bamboo spine" with vertebral fusion (arrows). *Courtesy of Craig W Wiesenbutter, MD*
Interspinous ossification. Frontal radiograph shows T12-L2 lateral syndesmophytes and interspinous ligament

Συστάσεις της ASAS/EULAR για την αντιμετώπιση της ΑΣ

Επιμορφωτικά προγράμματα, ασκήσεις, **φυσικοθεραπεία κολύμβηση**, αποκατάσταση, σύλλογοι ασθενών, ομάδες αυτοβοήθειας

