



Πανεπιστήμιο
Ιωαννίνων

Γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα Παρουσίαση – συζήτηση περιστατικών

Βενετσανοπούλου Αλίκη,
Ρευματολόγος, Πανεπιστημιακή υπότροφος
Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Ιωαννίνων



Καλαμάτα, Ιούνιος 2021

Σύγκρουση συμφερόντων
Disclosures-Conflict of interest

ΔΕΝ ΥΠΑΡΧΕΙ ΣΥΓΚΡΟΥΣΗ ΣΥΜΦΕΡΟΝΤΩΝ

Περιστατικό: Παρούσα νόσος

Γυναίκα 73 ετών

Ατομικό αναμνηστικό: ΑΥ υπό αγωγή από 20ετίας (αμλοδιπίνη)

Οικογενειακό ιστορικό: πατέρας OEM-ανακοπή 60 ετών

Αιτία εισόδου:

- Εμπύρετο έως 38.5°C από 20 ημερών
- Αδυναμία, κακουχία
- Ινιακή κεφαλαλγία προ 1,5 μηνός που δεν υφέθηκε με απλά αναλγητικά αλλά βελτιώθηκε με μυοχαλαρωτικά και ΜΣΑΦ

Κάπνισμα / αλκοόλ: (-)/(-)

Κατανάλωση νωπών γαλακτοκομικών: (-)

Επαφή με ζώα: (-)

Πρόσφατα ταξίδια: (-)

Κλινικο-εργαστηριακός έλεγχος

Φυσική εξέταση

- ☐ Δέρμα, βλεννογόνοι, αρθρώσεις, μαστοί, θυρεοειδής: κ.φ
- ☐ Ακρόαση καρδιάς, αναπνευστικό ψιθύρισμα, Κοιλιά: κ.φ.
- ☐ Λεμφαδενοπάθεια, οργανομεγαλία (-)
- ☐ Ψηλαφητές κροταφικές αρτηρίες
- ☐ Σημεία μηνιγγικού ερεθισμού: (-) Μυική ισχύς, N/K εξέταση κφ

HR: 95 bpm
AP: 130/90mmHg
SpO₂: 97%
T: 38,4° C

Εργαστηριακά ευρήματα:

- **Αναιμία** χρόνιας νόσου (Hct 31.2%), **θρομβοκυττάρωση** (506000/μL)
- ↑ δείκτες φλεγμονής: **TKE** 90mm/h, **CRP** 150mg/L (<5mg/L)
- Βιοχημικός έλεγχος κφ, φερ/νη 235 ng/ml
- Γενική ούρων κφ

A/α θώρακα: Χωρίς παθολογικά ευρήματα

Σύνοψη περιστατικού – Προβληματισμοί στη Δ & Θ

- ♀ 73 ετών με: εμπύρετο έως 38,5°C από 3 εβδομάδων και πρόσφατο ιστορικό ινιακής κεφαλαλγίας
- Αναιμία, θρομβοκυττάρωση, ↑ ΤΚΕ, CRP

➤ Διαγνωστικό – θεραπευτικό ερώτημα

- Αιτία εμπυρέτου?
- Ποιες διαγνωστικές εξετάσεις πρέπει να κάνουμε για να βάλουμε τη διάγνωση?

Εμπύρετο αγνώστου αιτιολογίας – Fever of unknow origin (FUO)

All FUOs require a measured fever of at least 38.3°C

Κατηγορία	Κριτήρια
Κλασική μορφή (ανοσοεπαρκή άτομα)	- Διάρκεια τουλάχιστον 3 εβδομάδων 3 επεισόδια πυρετού εξωνοσοκομειακά ή εμπύρετο 3 μέρες εντός νοσοκομείου

Περισσότερες από 200 πιθανές αιτίες

Author (Year)	Infectious (%)	Neoplastic (%)	Rheumatic (%)	Miscellaneous (%)	Idiopathic (%)
Petersdorf (1961)	36	19	19	19	7
Larson (1982)	30	31	16	11	12
Knockaert (1992)	22.5	7	23	21.5	26
De Kleijin (1997)	26	12	25	8	30
Bleeker-Rovers (2007)	16	7	22	4	51

Διαγνωστική προσέγγιση σε ασθενή με FUO

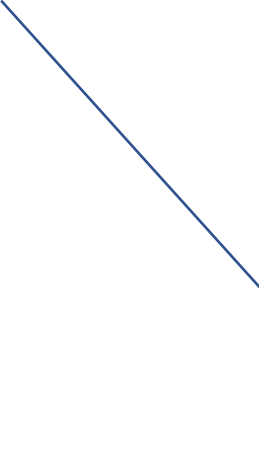
- Ποια είναι η πιο πιθανή διάγνωση;

1. Κακοήθεια
2. Λοίμωξη
3. Αυτοάνοσο νόσημα
4. Φαρμακογενής πυρετός

- Παρά τον κλινικό, εργαστηριακό και απεικονιστικό έλεγχο **7-50% των περιστατικών μπορεί να παραμείνει χωρίς διάγνωση (ιδιοπαθή)**
- Ανεπτυγμένες χώρες: συνήθως νεοπλασματικά ή ρευματολογικά αίτια
- Αναπτυσσόμενες χώρες: συνήθως λοιμώδη αίτια

Στην ασθενή μας : Διαγνωστική προσέγγιση

- Διερεύνηση λοίμωξης
- Αποκλεισμός κακοήθειας
- Διερεύνηση παρουσίας αυτοάνοσου νοσήματος

- 
- Δεν υπάρχει συναίνεση για τη βέλτιστη διαγνωστική προσέγγιση
 - Χρησιμοποιούνται αρκετοί αλγόριθμοι
 - Στα νεότερα πρωτόκολλα περιλαμβάνονται δοκιμές, όπως το PET-CT

Στην ασθενή μας : Διαγνωστική προσέγγιση

- Διερεύνηση λοίμωξης

Εντοπισμένες λοιμώξεις	Συστηματικές λοιμώξεις
Λοιμώξεις στοματικής κοιλότητας	Φυματίωση (εξωπνευμονική)
Οστεομυελίτιδες (σπονδύλων, ενδοπροθέσεων)	Βρουκέλλωση
Ενδαγγειακές λοιμώξεις (ανευρυσμάτων, αγγειακών μοσχευμάτων)	Λεϊσμανίαση
Ενδοκοιλιακά αποστήματα	Ελονοσία
Ενδοκαρδίτιδα	Πυρετός Q
Λοιμώξεις ουροποιητικού	Λεπτοσπειρώσεις
	Βαρτονελλώσεις
	Μυκητιάσεις
	Νόσος Whipple (ΚΝΣ, Γαστρεντερικό, αρθρώσεις)

Στην ασθενή μας : Διαγνωστική προσέγγιση

- Αποκλεισμός κακοήθειας

Συνήθεις νεοπλασίες	
 Κακοήθεις νεοπλασίες	 Καλοήθεις νεοπλασίες
- Νόσος του Hodgkin - Non-Hodgkin's Λέμφωμα - Καρκίνος νεφρού - Ηπάτωμα - Καρκίνος παγκρέατος - Καρκίνος παχέος εντέρου - Σάρκωμα	- Μύξωμα - Νόσος Castelman - Αγγειομυολίπωμα νεφρού

Στην ασθενή μας : Διαγνωστική προσέγγιση

Φάρμακα που δημιουργούν αλλεργικές ή ιδιοσυστασιακές αντιδράσεις ή επηρεάζουν τη θερμορρύθμιση

- Αντιβιοτικά (σουλφοναμίδες, πενικιλλίνες, νιτροφουραντοΐνη, βανκομυκίνη, ανθελονοσιακά)
- H1 και H 2 αναστολείς
- Αντιεπιληπτικά (βαρβιτουρικά και φαινυντοΐνη)
- Ιωδιούχα
- ΜΣΑΦ (και σαλικυλικά)
- Αντιυπερτασικά (καπτοπρίλη, υδραλαζίνη, μεθυλντόπα)
- Αντιαρρυθμικά
- Αντιθυρεοειδικά
- Διγοξίνη και αμινογλυκοσίδες

Στην ασθενή μας : Διαγνωστική προσέγγιση

- 
- Διερεύνηση παρουσίας αυτοάνοσου νοσήματος
 - Εμπύρετο έως 38,5

Ποια αυτοάνοσα νοσήματα μπορεί να εκδηλωθούν με FUO;

- Συστηματικός ερυθηματώδης λύκος
- Αγγειίτιδες
- Νόσος Still των ενηλίκων
- Behcet

Συχνότερη εμφάνιση FUO στη Νόσο Still ενηλίκων
Νέοι: Νόσος Still ενηλίκων
Ηλικιωμένοι: Κροταφική Αρτηρίτιδα

Στην ασθενή μας : Διαγνωστική προσέγγιση

- Διερεύνηση παρουσίας αυτοάνοσου νοσήματος
- Γυναίκα 73 ετών με εμπύρετο έως 38,5°C
- Ινιακή Κεφαλαλγία
- Φ/Ε: χωρίς αρθρίτιδα, ορογονίτιδα, εξανθήματα, περιφερική λεμφαδενοπάθεια
- Αναιμία, θρομβοκυττάρωση, ↑ ΤΚΕ (CRP) (+), φερ/νη: 235(ng/ml)
- RF, Anti-CCP, ANA, cANCA/pANCA: αρνητικά

Ποιά περαιτέρω διαγνωστική μέθοδο θα επιλέξουμε;

- Βιοψία κροταφικής αρτηρίας
- U/S Κροταφικών αρτηριών
- Τομογραφία Εκπομπής Ποζιτρονίων (Positron Emission tomography – PET) - CT
- Μαγνητική αγγειογραφία αορτής (MRA)
- Αξονική αγγειογραφία αορτής

EULAR recommendations for the use of imaging in large vessel vasculitis in clinical practice

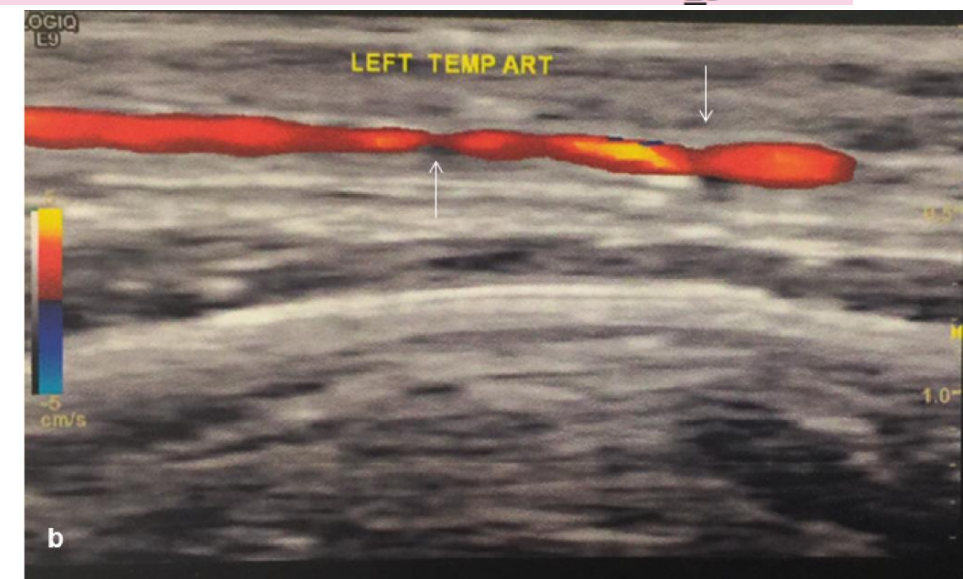
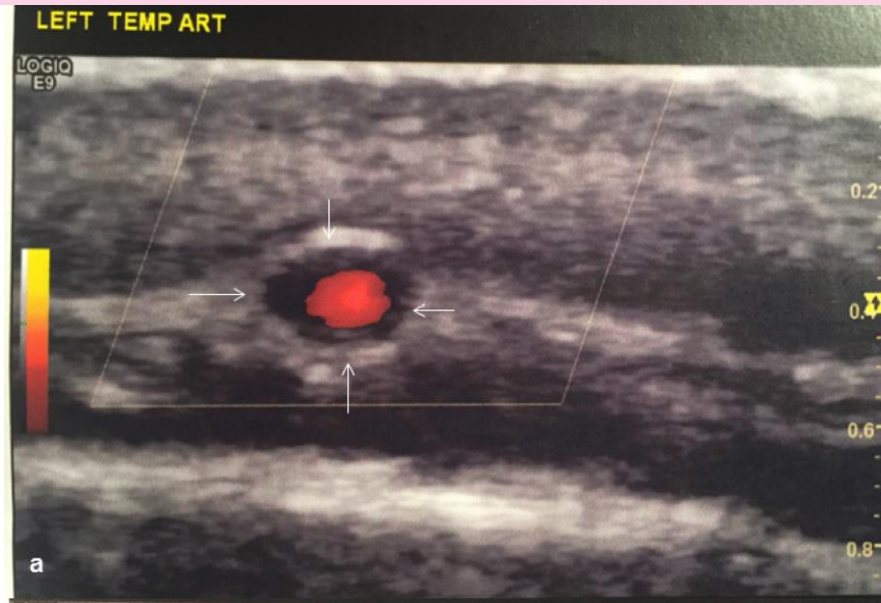
Υπερηχογράφημα (Doppler) κροταφικών αρτηριών

Statement	LoE	LoA
→ 1. In patients with suspected GCA, <u>an early imaging test is recommended</u> to complement the clinical criteria for diagnosing GCA, assuming high expertise and prompt availability of the imaging technique. Imaging should not delay initiation of treatment.	1	9.2 (2.1) 90% ≥8
2. In patients in whom there is a high clinical suspicion of GCA and a positive imaging test, the diagnosis of GCA may be made without an additional test (biopsy or further imaging). In patients with a low clinical probability and a negative imaging result, the diagnosis of GCA can be considered unlikely. In all other situations, additional efforts towards a diagnosis are necessary.	2	9.4 (1.0) 90% ≥8
→ 3. Ultrasound of temporal±axillary arteries is recommended as the first imaging modality in patients with suspected predominantly cranial GCA*. A non-compressible 'halo' sign is the ultrasound finding most suggestive of GCA.	1	9.7 (0.6) 100% ≥8

“Halo sign”

Ευαισθησία = 77%

Ειδικότητα = 96%



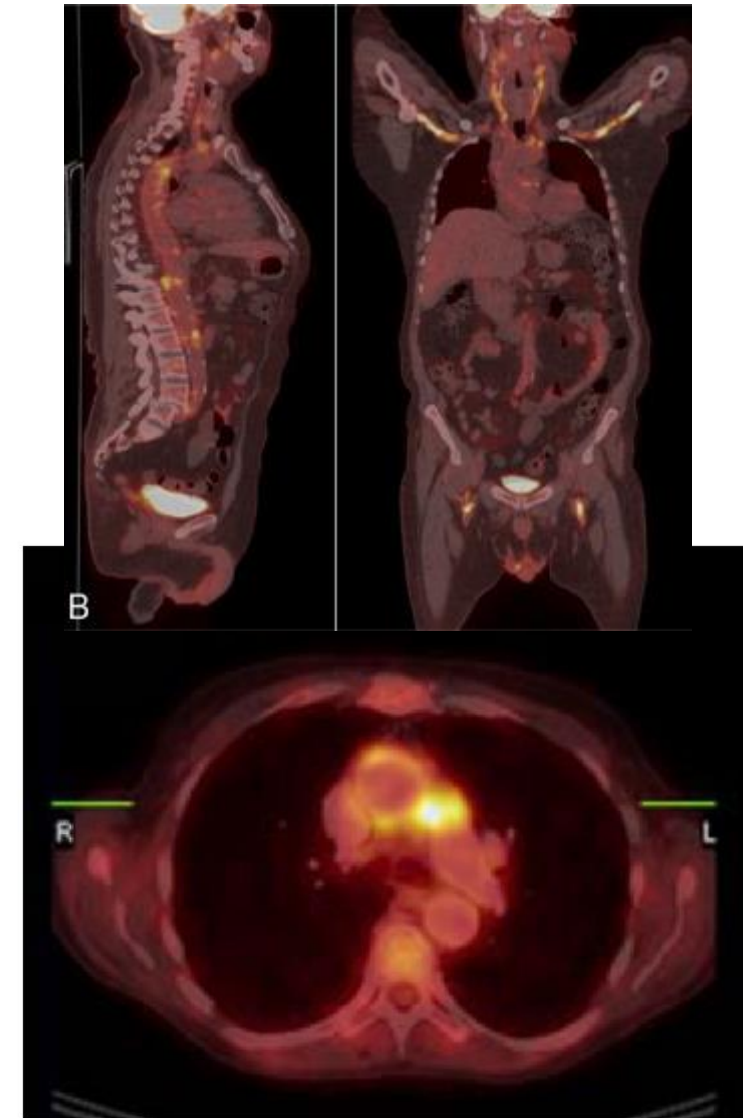
(α) χαρακτηριστική σκοτεινή περιαγγειακή υποηχητική «άλω» και (β) περιοχές τμηματικής στένωσης

Pfadenhauer K, et al. *J Neurol.* 2003 Jul;250(7):844-9
Dejaco C, et al. *Ann Rheum Dis.* 2018 May;77(5):636-643

Ο ρόλος του PET – CT στη διάγνωση των αγγειίτιδων μεγάλων αγγείων

- **Αναγνώριση αγγειίτιδας**
 - ✓ Εντοπισμός φλεγμονής κατά μήκος του αρτηριακού τοιχώματος
 - ✓ Άλλες παθολογίες: λοιμώξεις ή νεοπλασίες
- **Διάκριση αγγειίτιδας από αθηροσκληρωτικές βλάβες**
 - ✓ Διαφορετικό μοτίβο με έντονη φλεγμονή, απουσία ασβεστοποιήσεων
- **Ανίχνευση δομικών αλλαγών:** στένωση, ανευρυσματική διάταση
- **Μειονεκτήματα**

Υψηλό κόστος, χαμηλότερη διαθεσιμότητα, έκθεση σε ακτινοβολία



Βιοψία κροταφικής αρτηρίας

- **Ευρέως χρησιμοποιούμενη** στην κλινική πρακτική
- Επί υποψίας Γιγαντοκυτταρικής αρτηρίτιδας
 - ✓ ακόμη σε απουσία ευαισθησίας, οζιδίων, πάχυνσης και ελάττωσης ή απουσίας σφύξεων της προσβληθείσας κροταφικής
- **ψευδώς αρνητικά αποτελέσματα στο 15-70%** των περιπτώσεων
- **Η αρνητική βιοψία δεν αποκλείει τη διάγνωση**
- Η προσβολή των αρτηριών είναι τμηματική και όχι συνεχής
 - ✓ πρέπει να αφαιρείται μεγάλο τμήμα (3-5 cm) και να εξετάζεται με πολλαπλές ιστολογικές τομές



Στην ασθενή μας

- **Βιοψία κροταφικής (ΔΕ):**

διάσπαση του έσω ελαστικού πετάλου και διάχυτες πυκνές φλεγμονώδεις διηθήσεις από πολυμορφοπύρρηνα, λεμφοκύτταρα, ιστιοκύτταρα και πολυπύρρηνα γιγαντοκύτταρα



Table 1: ACR Classification Criteria for Giant Cell Arteritis

1. Age more than 50 years;
2. New-onset headache;
3. Temporal artery abnormalities (e.g., irregularities of the arterial wall);
4. Erythrocyte sedimentation rate (ESR) greater than 50 mm/hour; and
5. Histologic evidence of arteritis on temporal artery biopsy (e.g., mononuclear cell infiltration or granulomatous inflammation).

Διάγνωση: $\geq 3/5$ κριτήρια

Γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα

ACR κριτήρια: 90% ευαισθησία και 90% ειδικότητα για GCA

Θεραπευτική αντιμετώπιση ασθενούς με Γιγαντοκυτταρική Αρτηρίτιδα

- **Κορτικοειδή: Παραμένουν η κύρια θεραπευτική επιλογή**
- ☐ **Επαπειλούμενη/εγκατεστημένη απώλεια όρασης:**
 - 0.5-1 gm methyprednisolone IV x 3 ημέρες → Prednisone 1 mg/kg pos
- ☐ **Χωρίς διαταραχές όρασης:**
 - Prednisone: 40-60 mg/ημ. pos
 - Σταδιακή μείωση δόσης

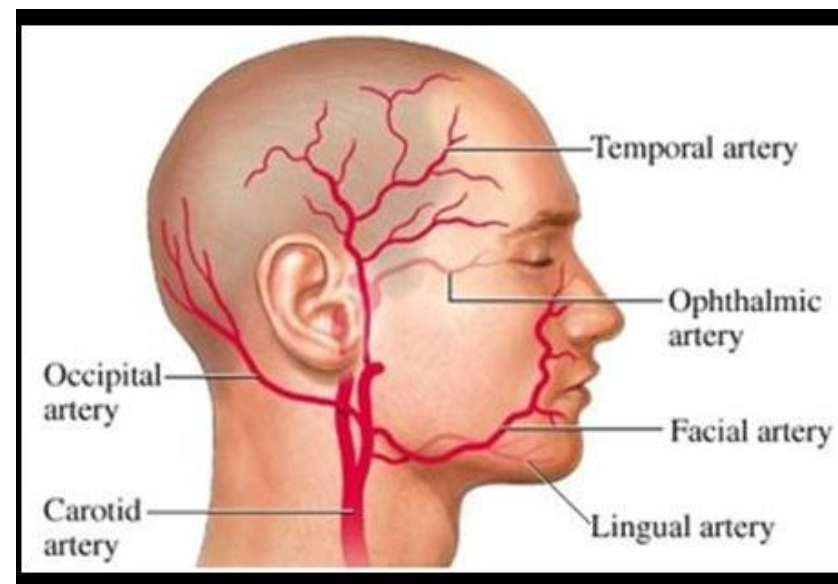
Κεφαλαλγία και Γιγαντοκυτταρική Αρτηρίτιδα

Ποιο είναι το πιο σύνηθες σύμπτωμα στους ασθενείς με GCA;

- Κεφαλαλγία (72%)
- Άλγη αυχένα, κορμού, ώμων και λεκάνης
- Αδυναμία, καταβολή
- Χωλότητα γνάθου
- Πυρετός
- Αμαύρωση και μείωση οπτικής οξύτητας

Κεφαλαλγία και Γιγαντοκυτταρική Αρτηρίτιδα

- Η θέση του πόνου αφορά συνήθως την περιοχή της κροταφικής αρτηρίας
- Ο πονοκέφαλος σύνηθες σύμπτωμα και κατά την υποτροπή
- Σε συμμετοχή των ινιακών αρτηριών: ινιακή κεφαλαλγία και ευαισθησία του τριχωτού ινιακά
- 19 ασθενείς με GCA θέση πονοκεφάλου
 - ✓ 60% κροταφικά
 - ✓ 11% ινιακά
 - ✓ 11% μετωπιαία
 - ✓ 5% γενικευμένα
 - ✓ 1 ασθενής: μεμονωμένο πόνο στο αυτί
 - ✓ 1 ασθενής: μεμονωμένο πόνο στη γνάθο



2^ο περιστατικό



Περιστατικό: Παρούσα νόσος

Γυναίκα 68 ετών

Πρόσφατη διάγνωση Ρευματικής πολυμυαλγίας από 4 μήνου

Προσέρχεται για επανεκτίμηση λόγω υποτροπής των δεικτών φλεγμονής κατά τη σταδιακή μείωση των στεροειδών

Ατομικό αναμνηστικό: ΑΥ (ιρβεσαρτάνη), υποθυρεοειδισμός (λεβοθυροξίνη)

Οικογενειακό ιστορικό: ελεύθερο

Κάπνισμα (+), αλκοόλ: (-)

Περιστατικό: Παρούσα νόσος

Γυναίκα 68 ετών με ιστορικό Ρευματικής πολυμυαλγίας από 4 μήνου

- **Κλινική εικόνα κατά τη διάγνωση της Ρευματικής πολυμυαλγίας**
 - ✓ Πρωινή δυσκαμψία
 - ✓ Μυαλγίες
 - ✓ Κεντρομελική αδυναμία
 - ✓ Αυξημένη ΤΚΕ (67 mmHg)
 - ✓ Αναιμία
 - ✓ RF(-),CCP(-)

Περιστατικό: Παρούσα νόσος

Γυναίκα 68 ετών με ιστορικό Ρευματικής πολυμυαλγίας από 4 μήνου

- Ποια σύνδρομα συχνότερα μιμούνται την εικόνα ρευματικής πολυμυαλγίας;
- Ρευματοειδής αρθρίτιδα
- Νεοπλασία
- Θυρεοειδοπάθειες
- Ινομυαλγία
- Κατάθλιψη

Περιστατικό: Παρούσα νόσος

Γυναίκα 68 ετών με ιστορικό Ρευματικής πολυμυαλγίας

- **Αρχικός εργαστηριακός και απεικονιστικός έλεγχος στη διάγνωση προ 4μήνου**
- Γενική αίματος: WBCs: 7800 K/μl, **Hct:34.8%, Hb: 11.4 g/dl, MCV:85.8fl**
- Βιοχημικός έλεγχος: Creat=0.71mg/dl, Urea=45, SGOT/SGPT/γGT=32/28/34,LDH=290, CK=186, TSH κφ, Γενική ούρων: κφ
- Δείκτες φλεγμονής: **CRP 45 mg/L, TKE 67 mm/h**
- RF(-),ANA(-),CCP(-)
- Ηλεκτροφόρηση πρωτεϊνών ορού: κφ

- CT θώρακος (-)
- CT άνω/κάτω κοιλίας (-)
- Triplex καρδιάς διαθωρακικό: κφ

Περιστατικό: Παρούσα νόσος

Γυναίκα 68 ετών με ιστορικό Ρευματικής πολυμυαλγίας

- **Αρχική θεραπεία προ 4μήνου**
 - Prezolon 20mg ανά ημέρα
 - Σταδιακή μείωση 2,5 mg /2 εβδομάδες μέχρι 10 mg και εν συνεχεία 1mg/ μήνα
-
- **Θεραπεία κατά την επανεκτίμηση στους 4 μήνες**
 - Prezolon 7,5 mg ανά ημέρα

Περιστατικό: Παρούσα νόσος

Γυναίκα 68 ετών με ιστορικό Ρευματικής πολυμυαλγίας από 4 μήνου

❑ **Υποτροπή δεικτών φλεγμονής : TKE 102mmHg , CRP 64 mg/L**

- Δεν αναφέρει κάποιο συνοδό σύμπτωμα (βήχα, απόχρεμψη, φαρυγγαλγία, δυσουρικά ενοχλήματα, διάρροιες, εξάνθημα)
- Δεν αναφέρει μυαλγίες, αρθραλγίες, κεφαλαλγία, ευαισθησία τριχωτού κεφαλής, διαλείπουσα χωλότητα γνάθου

- **Φυσική εξέταση**
- Καρδιά, Αναπνευστικό, κοιλιά κφ
- Δέρμα/βλεννογόνοι: ουδέν παθολογικό
- Λεμφαδένες: αψηλάφητοι
- Μυοσκελετικό: χωρίς αρθραλγίες/μυαλγίες/αρθρίτιδα, καλή μυϊκή ισχύς
Κροταφικές αρτηρίες ψηλαφητές - χωρίς ευαισθησία
- ANE: φυσιολογική, GCS:15/15

Σύνοψη περιστατικού – Προβληματισμοί στη Δ & Θ

Γυναίκα 68 ετών με ιστορικό Ρευματικής πολυμυαλγίας από 4 μήνου

□ **Υποτροπή δεικτών φλεγμονής : TKE 102mmHg , CRP 64 mg/L**

- Ποια είναι η πιθανή διάγνωση;
- Ανεπαρκής ανταπόκριση στην αρχική αγωγή
- Υποτροπή Ρευματικής πολυμυαλγίας
- Νεοπλασία
- Γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα

Στην ασθενή μας : Διαγνωστική προσέγγιση

Γυναίκα 68 ετών με ιστορικό Ρευματικής πολυμυαλγίας από 4 μήνου

□ **Υποτροπή δεικτών φλεγμονής : TKE 102mmHg , CRP 64 mg/L**

 **Δ/δ Ανεπαρκής ανταπόκριση στην αρχική αγωγή**

- Τα κορτικοστεροειδή αποτελούν βασική θεραπεία για τη Ρευματική Πολυμυαλγία
 - ✓ Ημερήσια δόση (12,5-25 mg πρεδνιζόνης ή ισοδύναμο)
 - ✓ Σε υψηλό κίνδυνο για παρενέργειες (συννοσηρότητες πχ. οστεοπόρωση, διαβήτης κ.α.)
έναρξη αγωγής στην κατώτερη δόση
- Βασικό χαρακτηριστικό της αρχικής αγωγής
 - ✓ ταχεία ύφεση της συμπτωματολογίας εντός 7 ημερών
 - ✓ ομαλοποίηση των δεικτών φλεγμονής εντός 4 εβδομάδων

Στην ασθενή μας : Διαγνωστική προσέγγιση

Γυναίκα 68 ετών με ιστορικό Ρευματικής πολυμυαλγίας από 4 μήνου

□ **Υποτροπή δεικτών φλεγμονής : TKE 102mmHg , CRP 64 mg/L**



Δ/δ Υποκείμενη νεοπλασία

- Οι εκδηλώσεις της ρευματικής πολυμυαλγίας μπορεί να μοιάζουν με παρανεοπλασματικά σύνδρομα
 - Η ταχεία ύφεση με την αγωγή είναι ασυνήθης στις νεοπλασίες
- Αύξηση κατά 1,7 φορές ποσοστού διαγνώσεων καρκίνου κατά τους πρώτους 6 μήνες από τη διάγνωση Ρευματικής πολυμυαλγίας στο Ηνωμένο Βασίλειο, συγκριτικά με άτομα της ίδιας ηλικίας και φύλου → χωρίς επιβεβαίωση από νεότερες μελέτες

Στην ασθενή μας : Διαγνωστική προσέγγιση

Γυναίκα 68 ετών με ιστορικό Ρευματικής πολυμυαλγίας από 4 μήνου

❑ **Υποτροπή δεικτών φλεγμονής : TKE 102mmHg , CRP 64 mg/L**



Δ/δ Υποτροπή Ρευματικής πολυμυαλγίας

- Περίπου το 50% των ασθενών εμφανίζουν τουλάχιστον μία υποτροπή κατά τη διάρκεια της θεραπείας
- Τα συμπτώματα της υποτροπής καθορίζουν την περαιτέρω αξιολόγηση του ασθενούς
- Εάν υπάρχουν κλινικά χαρακτηριστικά της Ρευματικής πολυμυαλγίας
 - ✓ ↑ κορτικοστεροειδών στη δόση προ της υποτροπής και σταδιακή μείωση για 4 έως 8 εβδομάδες στη δόση στην οποία εμφανίστηκε υποτροπή

Dejaco C, et al. Arthritis Rheumatol. 2015;67(10):2569-2580

Hutchings A, et al. Arthritis Rheum. 2007;57(5):803-809

Muratore F, et al. Reumatismo. 2018 Mar 27;70(1):18-22

Στην ασθενή μας : Διαγνωστική προσέγγιση

Γυναίκα 68 ετών με ιστορικό Ρευματικής πολυμυαλγίας από 4 μήνου

❑ **Υποτροπή δεικτών φλεγμονής : TKE 102mmHg , CRP 64 mg/L**

- Δ/δ Γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα
- 16-21% των ασθενών με Ρευματική Πολυμυαλγία αναπτύσσουν Γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα
- Η Γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα μπορεί να εκδηλωθεί οποιαδήποτε στιγμή στη διάρκεια της ρευματικής πολυμυαλγίας
 - ❑ Στη διάγνωση
 - ❑ Κατά τη διάρκεια της θεραπείας με κορτικοστεροειδή
 - ❑ Μετά τη διακοπή της θεραπείας

Στην ασθενή μας : Διαγνωστική προσέγγιση

Γυναίκα 68 ετών με ιστορικό Ρευματικής πολυμυαλγίας από 4 μήνου

❑ **Υποτροπή δεικτών φλεγμονής : TKE 102mmHg , CRP 64 mg/L**

- Δ/δ Γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα
- **Αξιολόγηση για Γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα**
- Έλεγχος συμπτωμάτων κατά την αρχική διάγνωση και σε κάθε επίσκεψη
 - ✓ πονοκέφαλος, διαταραχή της όρασης ή διαλείπουσα χωλότητα γνάθου
- Έλεγχος κλινικών σημείων
 - ✓ Ευαισθησία στην ψηλάφηση
 - ✓ Πάχυνση, μείωση της έντασης ή απουσία των σφύξεων των κροταφικών αρτηριών

Περαιτέρω αξιολόγηση ασθενούς

Γυναίκα 68 ετών με ιστορικό Ρευματικής πολυμυαλγίας από 4 μήνου

❑ **Υποτροπή δεικτών φλεγμονής : TKE 102mmHg , CRP 64 mg/L**

- **Ποιες επιπλέον εξετάσεις πρέπει να γίνουν;**
- Βιοψία κροταφικής αρτηρίας
- U/S Κροταφικών αρτηριών
- Τομογραφία Εκπομπής Ποζιτρονίων (Positron Emission tomography – PET) - CT
- Μαγνητική αγγειογραφία αορτής (MRA)
- Αξονική αγγειογραφία αορτής
- Επαναληπτικές CTs θώρακος, Α-Κ κοιλίας

Στην ασθενή μας : Διαγνωστική προσέγγιση

Γυναίκα 68 ετών με ιστορικό Ρευματικής πολυμυαλγίας από 4 μήνου

❑ **Υποτροπή δεικτών φλεγμονής : TKE 102mmHg , CRP 64 mg/L**

➡ Υποψία Γιγαντοκυτταρικής Αρτηρίτιδας

- Η **βιοψία κροταφικής αρτηρίας** και το **PET/CT** χρησιμοποιούνται για τη διερεύνηση αυξημένων δεικτών φλεγμονής όταν δεν υπάρχει προφανής διάγνωση
- ❑ Σε αποκλειστικά εξωκρανιακή μορφή Γιγαντοκυτταρικής: υψηλό ποσοστό αρνητικού αποτελέσματος βιοψίας κροταφικής
- ❑ Ανάγκη απεικόνισης μεγάλων αρτηριών
 - ✓ Υπερηχογραφική μελέτη κροταφικών και μεγάλων (κοινών καρωτίδων) αρτηριών
 - ✓ Αξιολόγηση της αορτής και των κλάδων της με PET/CT

Στην ασθενή μας : Διαγνωστική προσέγγιση

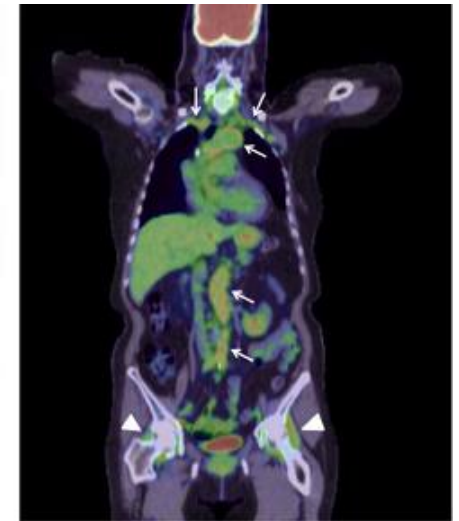
Γυναίκα 68 ετών με ιστορικό Ρευματικής πολυμυαλγίας από 4 μήνου

□ Υποτροπή δεικτών φλεγμονής : ΤΚΕ 102mmHg , CRP 64 mg/L

→ Υποψία Γιγαντοκυτταρικής Αρτηρίτιδας

- Βιοψία κροταφικής αρτηρίας : μη διαγνωστική
- PET/CT (+)
- αυξημένη πρόσληψη FDG :
 - ✓ τοίχωμα της αορτής, τις υποκλείδιες αρτηρίες
 - ✓ ώμους και ισχία
- Ποια η τελική διάγνωση;

Γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα με προσβολή μεγάλων αγγείων



Τελική διάγνωση & θεραπεία

Γυναίκα 68 ετών με ιστορικό Ρευματικής πολυμυαλγίας από 4 μήνου

- ☐ Υποτροπή δεικτών φλεγμονής : TKE 102mmHg , CRP 64 mg/L
- ☐ PET-CT (+)
- ✓ **Διάγνωση : Γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα με προσβολή μεγάλων αγγείων**

Ποια θεωρείται καλύτερη θεραπευτική επιλογή;

- 0.5-1 gm methyprednisolone IV x 3 ημέρες → Prednisone 1 mg/kg pos
- Prednisone: 40-60 mg/ημ. Pos
- Prednisone 25mg /ημ. pos

Τελική διάγνωση & θεραπεία

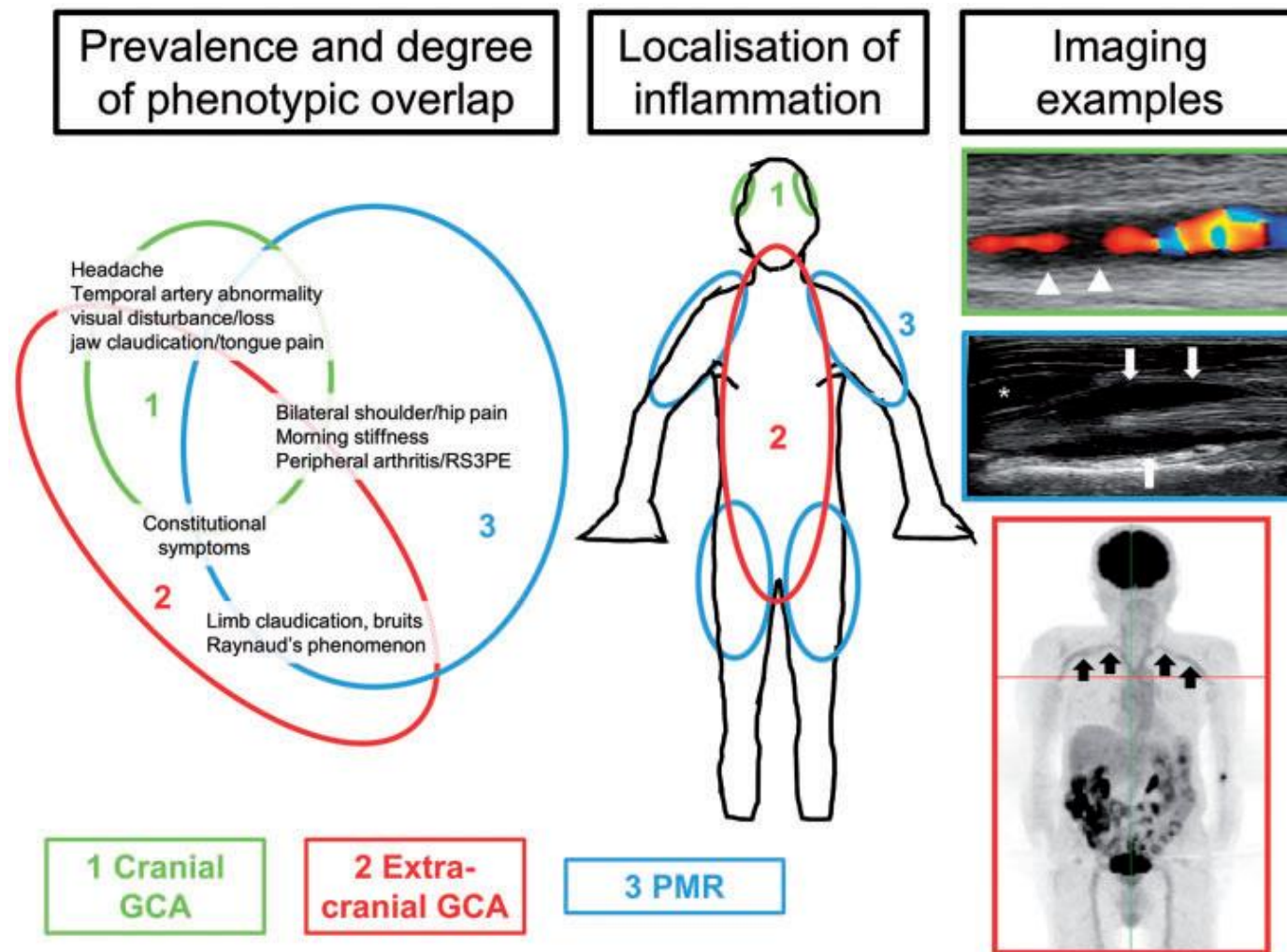
Γυναίκα 68 ετών με ιστορικό Ρευματικής πολυμυαλγίας από 4 μήνου

- ☐ Υποτροπή δεικτών φλεγμονής : TKE 102mmHg , CRP 64 mg/L
- ☐ PET-CT (+)
- ✓ **Διάγνωση : Γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα με προσβολή μεγάλων αγγείων**

- Παρόμοιος κίνδυνος για αγγειακές επιπλοκές σε κρανιακή Γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα και σε :
 - ✓ Γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα και συμπτώματα Ρευματικής πολυμυαλγίας
 - ✓ Γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα εξωκρανιακή με προσβολή μεγάλων αγγείων

Η ασθενής έλαβε αγωγή με Prednisone 40 mg/ημ. pos και Μεθοτρεξάτη
με βελτίωση των δεικτών φλεγμονής

Κρανιακή, εξω-κρανιακή Γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα και Ρευματική Πολυμυαλγία





Ευχαριστώ για την προσοχή σας