

Ασθενής με Αξονική Σπονδυλαρθρίτιδα και ανθεκτική πρόσθια ραγοειδίτιδα

Νέστορας Αυγουστίδης
Ρευματολόγος, Επιμελητής Α΄
Ρευματολογική Κλινική ΠΑΓΝΗ



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΝΩΣΗ
ΓΙΑ ΤΗ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

υβριδικό
**2^ο Πανελλήνιο
Θερινό Συμπόσιο
Μυοσκελετικής Υγείας**
Με φυσική παρουσία
**Διαδραστική συζήτηση
περιστατικών**

**Ερέτρια
16-19
Ιουνίου 2022
Eretria
Hotel & Resort**

Global Events
Επίσημο Στάθιο: 904, 90534 Πύρα, Τ 2310 247143, 2310 247144 Email: info@epemy.gr
Βαλάνης Σ & Λορέν Α Σάραφι 168, 17071 Λαμία, Τ 2310 302080 Email: info@epemy.gr

www.epemy.gr

Σύγκρουση Συμφερόντων (Conflict of interest)

- Τιμητική αμοιβή από την Pfizer για τη συγκεκριμένη ομιλία.
- Την τελευταία διετία αμοιβές για παρουσιάσεις και advisory boards από τις εταιρείες AbbVie , Aenorasis, Pfizer, Genesis & Amgen.
- «Η Pfizer έχει ελέγξει το περιεχόμενο ώστε να ανταποκρίνεται στις ειδικές προδιαγραφές της αλλά δεν έχει επιβεβαιώσει ότι οι βιβλιογραφικές παραπομπές έχουν παρατεθεί ορθά».
- «Για όλα τα φαρμακευτικά προϊόντα που αναφέρονται παρακαλείσθε να συμβουλευέστε/συμβουλευτείτε τις εγκεκριμένες Περιλήψεις Χαρακτηριστικών των Προϊόντων» .

✓Τυναίκα 54 ετών σήμερα με ιστορικό:

- Υποθυρεοειδισμού
- Αρτηριακής υπέρτασης
- Κατάθλιψης
- Ινομυαλγίας

✓Το 2010 στην εκτίμηση για πρώτη φορά στα ρευματολογικά ιατρεία αναφέρει:

- φλεγμονώδη οσφυαλγία διάρκειας > 4 χρόνια
- επεισόδια Χ 2 πρόσθιας ραγοειδίτιδας (AP) οφθαλμού τους τελευταίους 6 μήνες
- περιφερική αρθρίτιδα με προσβολή κυρίως γονάτων και ποδοκνημικών άμφω.

✓Χωρίς :

- οικογενειακό ιστορικό SpA
- δερματική ψωρίαση
- ενθεσίτιδα, δακτυλίτιδα
- IBD

✓ Από τον εργαστηριακό έλεγχο προκύπτει:

- εργαστηριακό φλεγμονώδες σύνδρομο με TKE:45 & CRP:21<5 mg/dl
- HLA-B27 (+)

✓ Απλή ακτινογραφία λεκάνης ισχίων:

- ιερολαγονίτιδα grade III άμφω, χωρίς προσβολή ισχίων

✓ Μειωμένη κινητικότητα ΑΜΣΣ , ΘΜΣΣ, ΟΜΣΣ με Schober's test : 4 cm

- BASDAI:5.4, BASFI:6.5

- Με βάση τα παραπάνω η ασθενής ταξινομείται ως Αγκυλοποιητική Σπονδυλίτιδα και ξεκινάει αγωγή με Adalimumab 40 mg/2 weeks και Methotrexate 15mg/week per-os

- ✓ Τα πρώτα 4 χρόνια μετά την έναρξη Adalimumab (2011-2014) η ασθενής έχει άριστη κλινική ανταπόκριση, επιτυγχάνει BASDAI<4 σε πολλαπλές εκτιμήσεις ενώ δεν παρουσιάζει διογκωμένες αρθρώσεις.
- CRP & TKE είναι στα φυσιολογικά όρια
- Δεν εμφανίζει νέα επεισόδια ραγοειδίτιδας
- ✓ Το πρώτο εξάμηνο του 2015 παρουσιάζει :
 - επεισόδια πρόσθιας ραγοειδίτιδας Χ4 στον (ΑΡ) οφθαλμό
 - υπολειπόμενη ενεργότητα με παρουσία κυττάρων στον πρόσθιο θάλαμο.
 - υποτροπές παρά την χορήγηση σχήματος per-os στεροειδών
- ✓ Με βάση τα παραπάνω γίνεται αλλαγή του βιολογικού παράγοντα σε **Golimumab 50 mg/month** και αυξάνεται η Methotrexate στα 20 mg/week

- ✓ Από την έναρξη του Golimumab και για 2 χρόνια (2015-2017) η ασθενής συνεχίζει να έχει πολύ καλή ανταπόκριση από τον αξονικό και περιφερικό σκελετό
- Παρουσιάζει 2 επεισόδια πρόσθιας ραγοειδίτιδας/ έτος στο (ΑΡ) οφθαλμό τα οποία όμως υποχωρούν γρήγορα με τοπική θεραπεία.
- ✓ Το πρώτο εξάμηνο του 2018 παρουσιάζει υποτροπή από τον οφθαλμό με:
 - επεισόδια πρόσθιας ραγοειδίτιδας Χ3 στον (ΑΡ) οφθαλμό
 - επεισόδια ραγοειδίτιδας στον (ΔΕ) οφθαλμό Χ2
 - Υποτροπές με την διακοπή των per-os στεροειδών
- ✓ Με βάση τα παραπάνω γίνεται αλλαγή του βιολογικού παράγοντα σε biosimilar Infliximab (CT-P13), 5 mg/kg (φόρτιση και χορήγηση κάθε 8 εβδομάδες) και η Methotrexate γίνεται υποδόρια στα 20 mg/week (SC)

- ✓ Μετά την έναρξη του biosimilar infliximab η ασθενής εξακολουθεί να έχει χαμηλή ενεργότητα από το αξονικό σκελετό και τις περιφερικές αρθρώσεις
- ✓ Το πρώτο τρίμηνο της θεραπείας εμφανίζει πάλι επεισόδια πρόσθιας ραγοειδίτιδας
 - (ΔΕ)+(ΑΡ) Χ2
 - γίνεται προσαρμογή των μεσοδιαστημάτων έγχυσης κάθε 6 εβδομάδες
- ✓ Έκτοτε η ασθενής (2 & 1/2 χρόνια) έχει χαμηλή ενεργότητα από το αξονικό σκελετό και τις περιφερικές αρθρώσεις , ενώ δεν έχει παρουσιάσει νέα επεισόδια πρόσθιας ραγοειδίτιδας
- ✓ Όμως έχει εμφανιστεί πρώιμος καταρράκτης (ΑΡ) οφθαλμού

Uveitis in spondyloarthritis

- Uveitis is the most frequent extra-articular manifestation of axial spondyloarthritis (SpA), occurring **in up to one-third of the patients**.
- In the majority of patients, uveitis is acute, anterior and unilateral
- **Up to 40% of patients** presenting with acute anterior uveitis (AAU) have an undiagnosed SpA.
- Mostly in A.S and HLA-B27(+) patients

Table 2. Typical symptoms of uveitis in spondyloarthritis.

– Prodromal stage (“organ sensation”)
– Sudden onset
– Strictly unilateral, but may “flip-flop”
– Pain, redness
– Photosensitivity

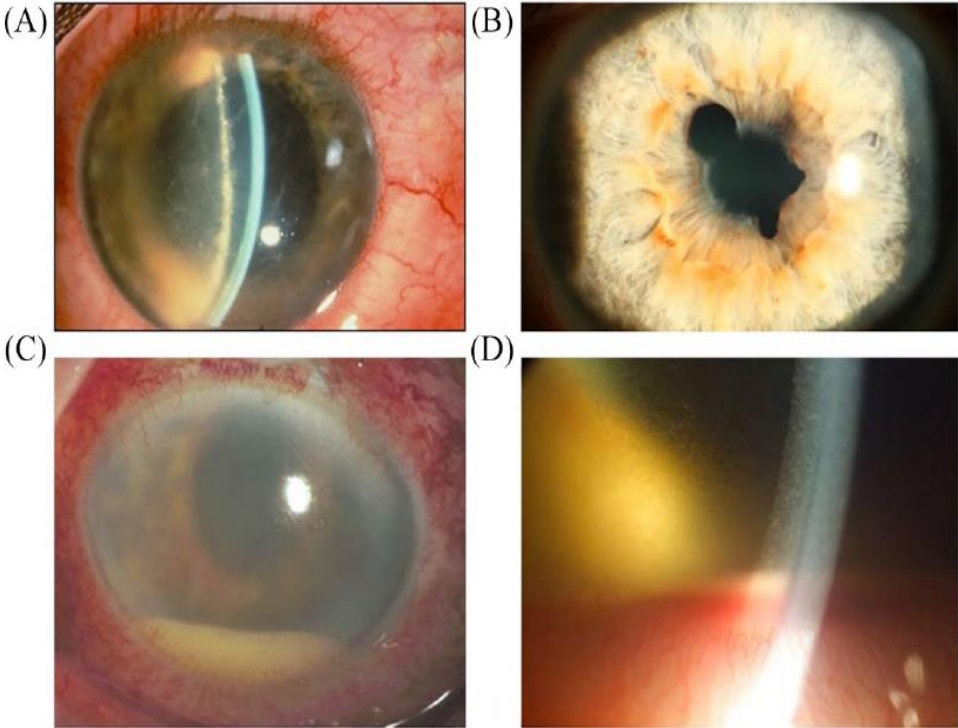
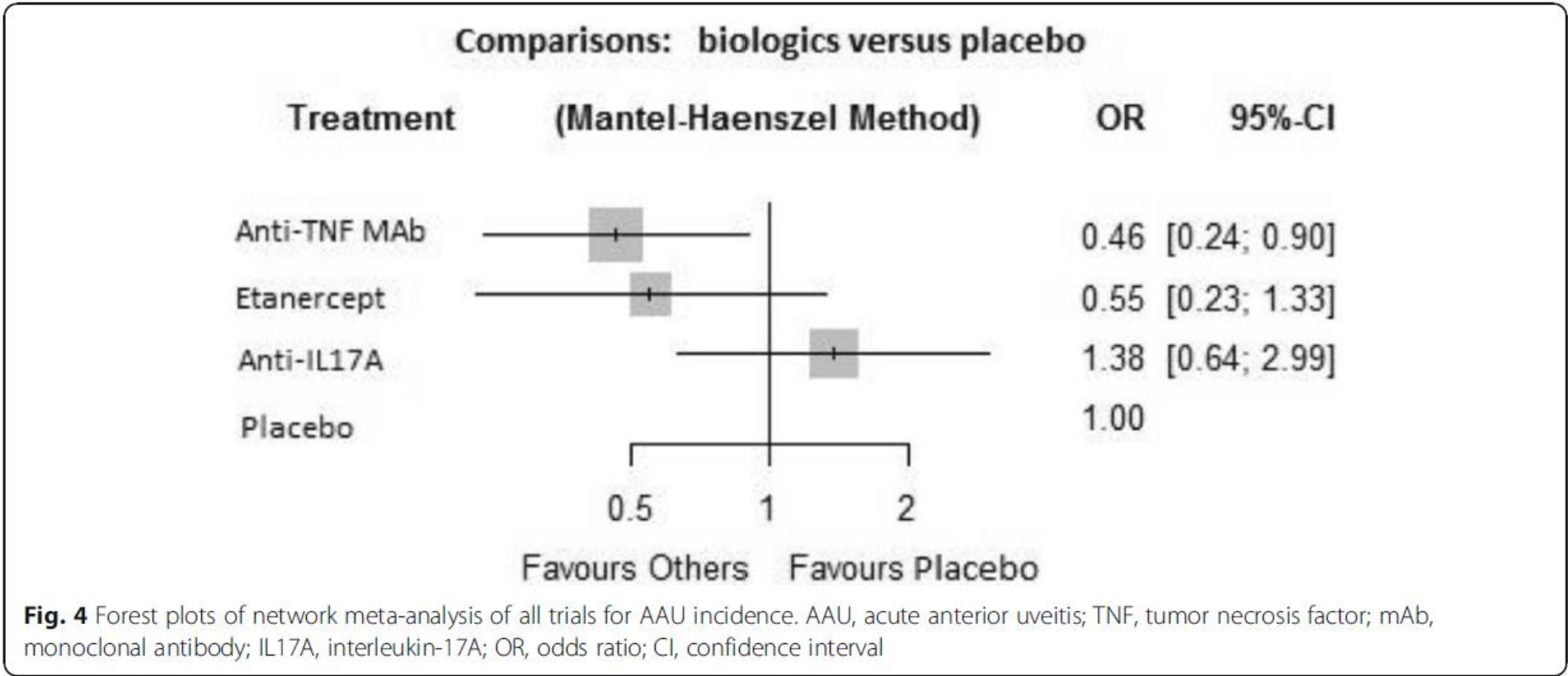


Figure 3. Photographs of slit lamp findings on acute anterior uveitis examination. (A) Ciliary injection (“red eye”) with fibrin exudation at the pupil margin which often leads to (B) “posterior synechiae” (the iris is bound to the lens, leading to irregular pupil margins). (C, D) Severe anterior segment inflammation with deep and superficial dilatation of vessels, “hypopyon” and fibrin coating on the front of the lens. Hypopyon indicates severe breakdown of the blood-iris barrier, leading to intraocular exudation of leukocytes that settle in the anterior chamber of the eye due to gravity. (All clinical figures: Department of Ophthalmology, Campus Virchow, Charité.)

Network meta-analyses for the primary outcome of AU flares (relapse or de novo) incidence and estimated summary odds ratios (ORs).

33 RCTs comprising 4544 treated patients



- ❑ Patients with SpA starting secukinumab or a TNFi 2015 through 2018 were identified in the Swedish Rheumatology Quality Register
- ❑ The main outcomes **were crude rates of AU-diagnoses per 100 patient-years, and adjusted HRs for AU, during treatment**, in patients without AU during the year before treatment start
- ❑ Based on 4851 treatment starts (456 secukinumab, 4395 any TNFi)

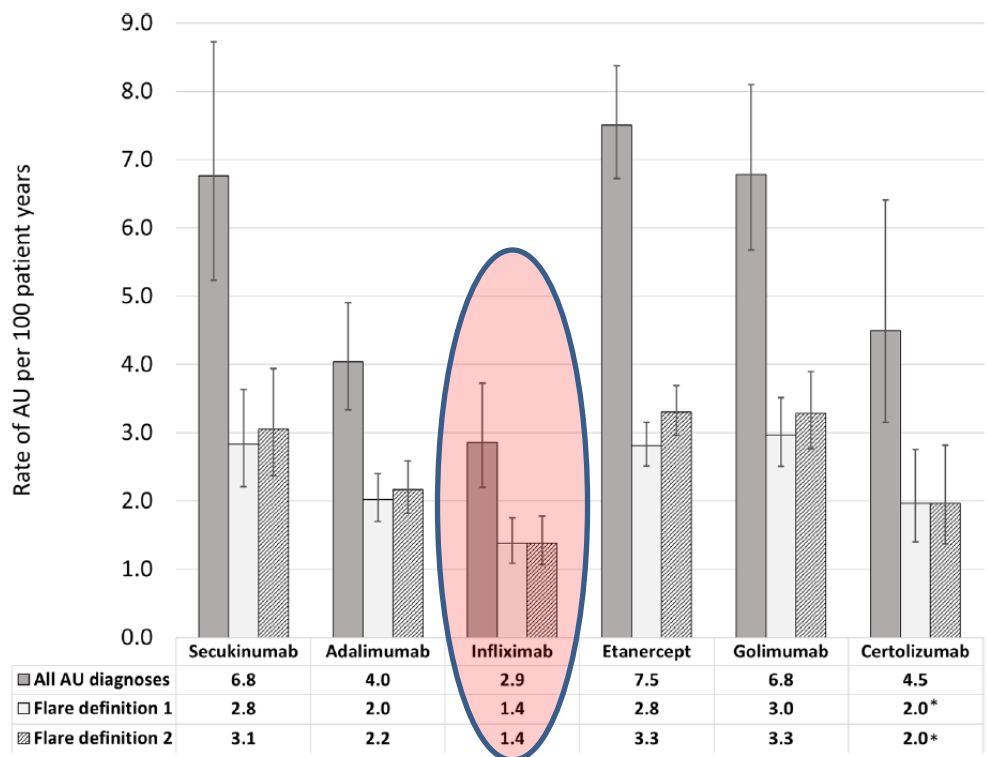


Figure 1 Rate of anterior uveitis (AU) per 100 patient-years during treatment. Error bars indicate 95% CI. *Rate based on <10 events, see online supplemental table S3. Flare definition 1: all registered visits with an AU-diagnosis separated by a gap of at least 90 days without any AU -diagnosis; flare definition 2: all registered visits with an AU-diagnosis occurring at least 60 days after a previous registration (irrespective of any visits in-between).

RECOMMENDATIONS FOR ADULTS WITH AS-RELATED COMORBIDITIES

- 37. In adults with acute iritis, we strongly recommend treatment by an ophthalmologist to decrease the severity, duration, or complications of episodes.†
- 38. In adults with recurrent iritis, we conditionally recommend prescription of topical glucocorticoids over no prescription for prompt at-home use in the event of eye symptoms to decrease the severity or duration of iritis episodes.†
- 39. In adults with recurrent iritis, we conditionally recommend treatment with TNFi monoclonal antibodies over treatment with other biologics.

Conclusions

- In patients with spondyloarthritis, monoclonal TNF-inhibitors may offer better protection against recurrent flares of anterior uveitis, compared with others biologics
- Infliximab offers further flexibility as it's dose can be adopted according to body weight and also infusion intervals could be modified