

4<sup>ο</sup>

Πανελλήνιο  
Θερινό Συμπόσιο  
**Μυοσκελετικής  
Υγείας**

Διαδραστική συζήτηση  
περιστατικών

Με διαδικτυακή παρακολούθηση

30 Μαΐου-  
02 Ιουνίου 2024

Καλαμάτα

Πρόσκληση σε

**Δορυφορικό Συμπόσιο**

«Τι έχουμε μάθει για τα JAKis στη  
Ρευματοειδή Αρθρίτιδα από τη θεωρία στην πράξη»

**Παρασκευή 31 Μαΐου 2024**

Ώρα 19:00-19:45



# Από τις κλινικές μελέτες στα δεδομένα του πραγματικού κόσμου

*Ελένη Καμπυλαυκά, MD, PhD  
Επιστημονικός Συνεργάτης  
Όμιλος Ιατρικού Αθηνών*

# Σύγκρουση Συμφερόντων

*Τιμητική αμοιβή για την παρουσίαση από την Lilly*

# Παρουσίαση Περιστατικού

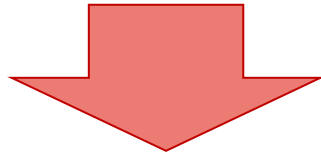
- Γυναίκα ασθενής 65 ετών με οροθετική διαβρωτική ρευματοειδή αρθρίτιδα από >15 έτη
- Συννοσηρότητες:
  - ✓ Υποτροπιάζοντα επεισόδια έρπητα ζωστήρα και επιχείλιου έρπητα
  - ✓ Καρκίνος μαστού προ δετίας
  - ✓ 2 STEMI



- Αποτυχία σε → MTX, LEF, certolizumab, golimumab, etanercept
- ΑΕ σε → tocilizumab (εκκολπωματίτιδα με διάτρηση-χειρουργείο), rituximab (υποτροπιάζουσες πνευμονίες), abatacept, adalimumab, infliximab (αλλεργικό σοκ)

# Παρουσίαση Περιστατικού (2)

## Χορήγηση Baricitinib 2 mg/ day



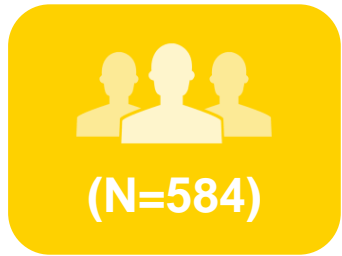
- Επίτευξη LDA
- Χωρίς MACE, DVT ή κακοήθεια σε διάστημα >5 ετών χορήγησης του φαρμάκου
- Επεισόδια επιχείλιου έρπητα που αντιμετωπίστηκαν με προφυλακτική χορήγηση ακυκλοβίρης για 6 μήνες

# EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2022 update

8.	If the treatment target is not achieved with the first csDMARD strategy, when poor prognostic factors are present, a bDMARD should be added; JAK-inhibitors may be considered, but pertinent risk factors* must be taken into account.	Efficacy: 1a; Safety: 1b	Efficacy: A; Safety: B	9.1±1.1	92
9.	bDMARDs and tsDMARDs* should be combined with a csDMARD; in patients who cannot use csDMARDs as comedication, IL-6 pathway inhibitors and tsDMARDs* may have some advantages compared with other bDMARDs.	Efficacy: 1a	Efficacy: A	9.2±0.9	96
10.	If a bDMARD or tsDMARD* has failed, treatment with another bDMARD or a tsDMARD** should be considered; if one TNF or IL-6 receptor inhibitor therapy has failed, patients may receive an agent with another mode of action or a second TNF-/IL-6R-inhibitor**.	Efficacy: 1a/+5/+3; safety: 1b	Efficacy: A/+D; Safety: B; IL- 6R-inhibition: C	9.3±0.8	98
11.	After glucocorticoids have been discontinued and a patient is in sustained remission, dose reduction of DMARDs (bDMARDs/tsDMARDs* and/or csDMARDs) may be considered.	1b	A	9.3±1.1	89

\*The following risk factors for cardiovascular events and malignancies must be considered when intending to prescribe a JAK-inhibitor: Age over 65 years, history of current or past smoking, other cardiovascular risk factors (such as diabetes, obesity, hypertension), other risk factors for malignancy (current or previous history of malignancy other than successfully treated non-melanoma skin cancer), risk factors for thromboembolic events (history of myocardial infarction or heart failure, cancer, inherited blood clotting disorders or a history of blood clots, as well as patients taking combined hormonal contraceptives or hormone replacement therapy, undergoing major surgery or immobile). bDMARDs, biological disease-modifying antirheumatic drug; cs/tsDMARDs, conventional synthetic/targeted synthetic disease-modifying antirheumatic drug; JAK, Janus kinase; LoA, level of agreement; LoE, level of evidence; MTX, methotrexate; RA, rheumatoid arthritis; SoR, strength of recommendation.

# Γενική Θεώρηση Δοκιμών RA



**RA**  
BEGIN

Δεν είχαν λάβει MTX  
στο παρελθόν  
ΣΚΕΛΗ ΔΟΚΙΜΗΣ

MTX

Bari 4 mg  
μονοθεραπεία

Bari 4 mg + MTX

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΔΟΚΙΜΗΣ

52 εβδομάδες

ΜΗ ΕΓΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΞΝΔΕΙΞΗ



**RA**  
BEAM

MTX-IR

ΣΚΕΛΗ ΔΟΚΙΜΗΣ

Εικ. φάρμακο

Ada + MTX

Bari 4 mg + MTX

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΔΟΚΙΜΗΣ

52 εβδομάδες



**RA**  
BUILD

csDMARD-IR

ΣΚΕΛΗ ΔΟΚΙΜΗΣ

Εικ. φάρμακο

Bari 2 mg

Bari 4 mg

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΔΟΚΙΜΗΣ

24 εβδομάδες



**RA**  
BEACON

bDMARD-IR

ΣΚΕΛΗ ΔΟΚΙΜΗΣ

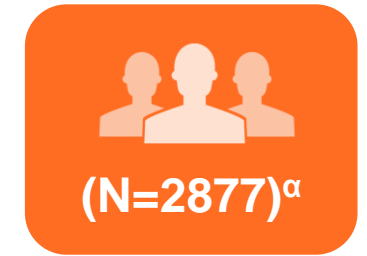
Εικ. φάρμακο

Bari 2 mg

Bari 4 mg

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΔΟΚΙΜΗΣ

24 εβδομάδες



**RA**  
BEYOND

Μακροχρόνια

ΣΚΕΛΗ ΔΟΚΙΜΗΣ

Bari 2 mg

Bari 4 mg

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΔΟΚΙΜΗΣ

7 έτη

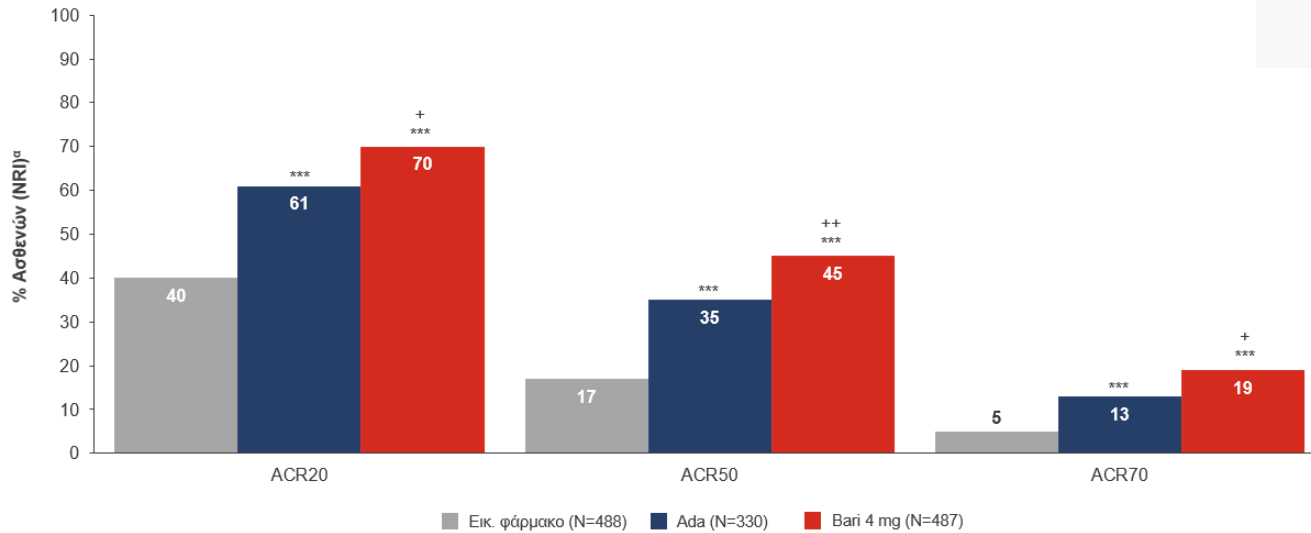
1. Fleischmann R, et al. Arthritis Rheumatol. 2017;69(3):506-517. 2. Taylor PC, et al. N Engl J Med. 2017;376(7):652-662. 3. Dougados M, et al. Ann Rheum Dis. 2017;76(1):88-95. 4. Genovese MC, et al. N Engl J Med. 2016;374(13):1243-1252. 5. Li Z, et al. Ann Rheum Dis. 2018;77(Suppl 2):969. 6. Keystone EC, et al. Ann Rheum Dis. 2015;74(2):333-340.

# Ανωτερότητα Baricitinib vs. Adalimumab σε MTX-IR Ασθενείς

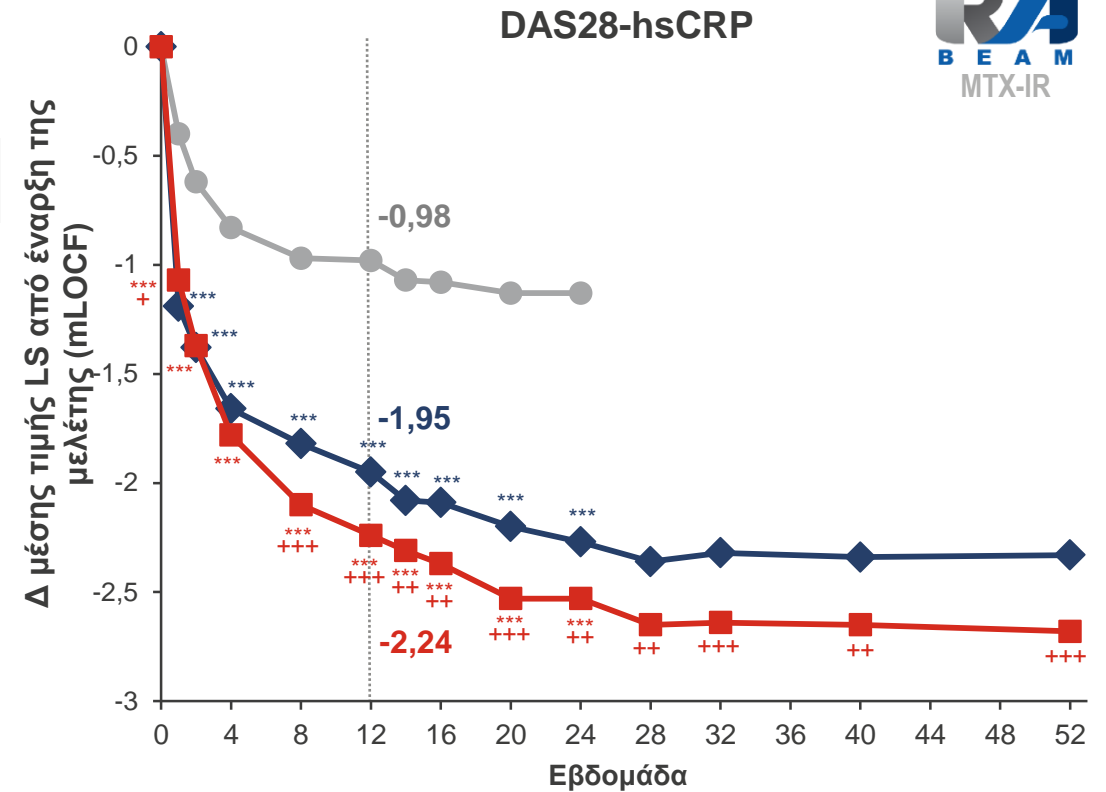
## Ανταπόκριση ACR20 και Μέση Μεταβολή DAS28-hsCRP (week12)



Η Μπαριστινίμπη Επιδεικνύει Στατιστικά Σημαντικά Υψηλότερα Ποσοστά Ανταπόκρισης ACR Έναντι της Αδαλιμουμάμπης σε Ασθενείς που Έχουν Εμφανίσει MTX-IR  
Ανταπόκριση ACR20/50/70 την Εβδομάδα 12

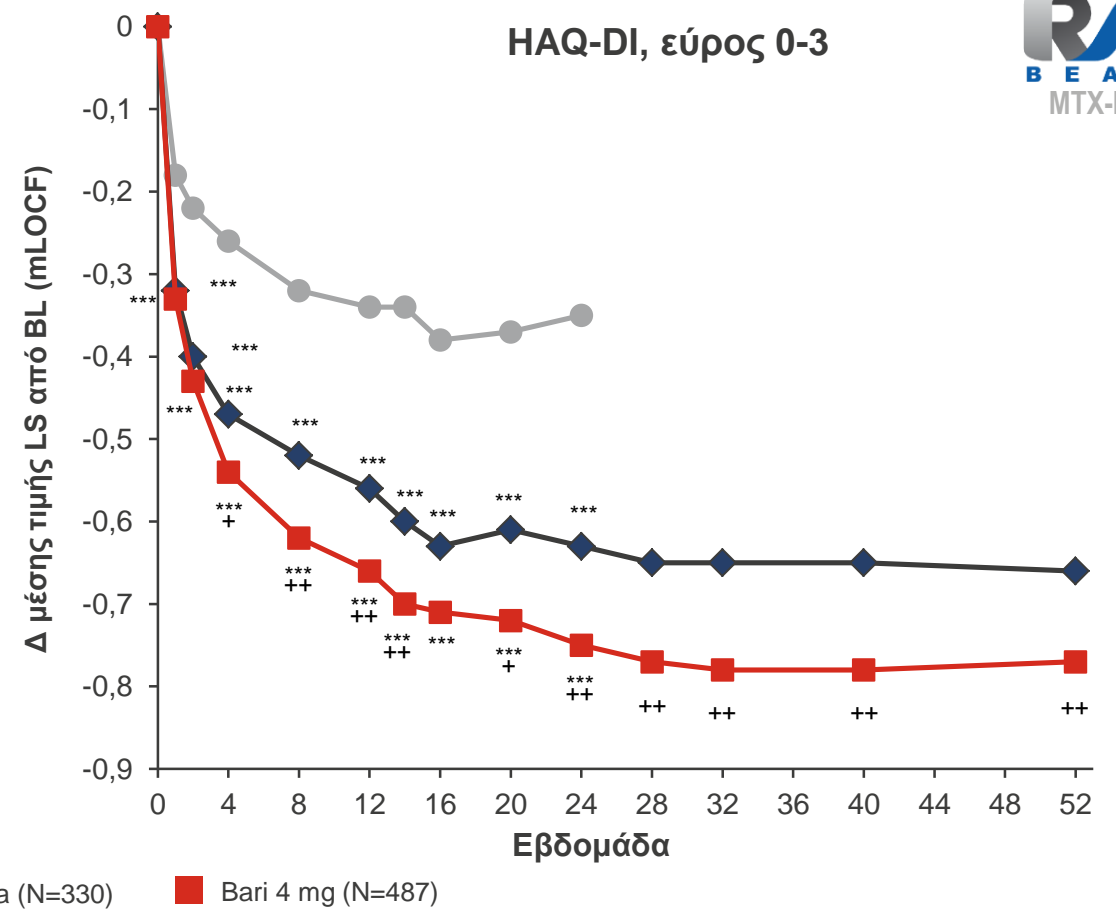
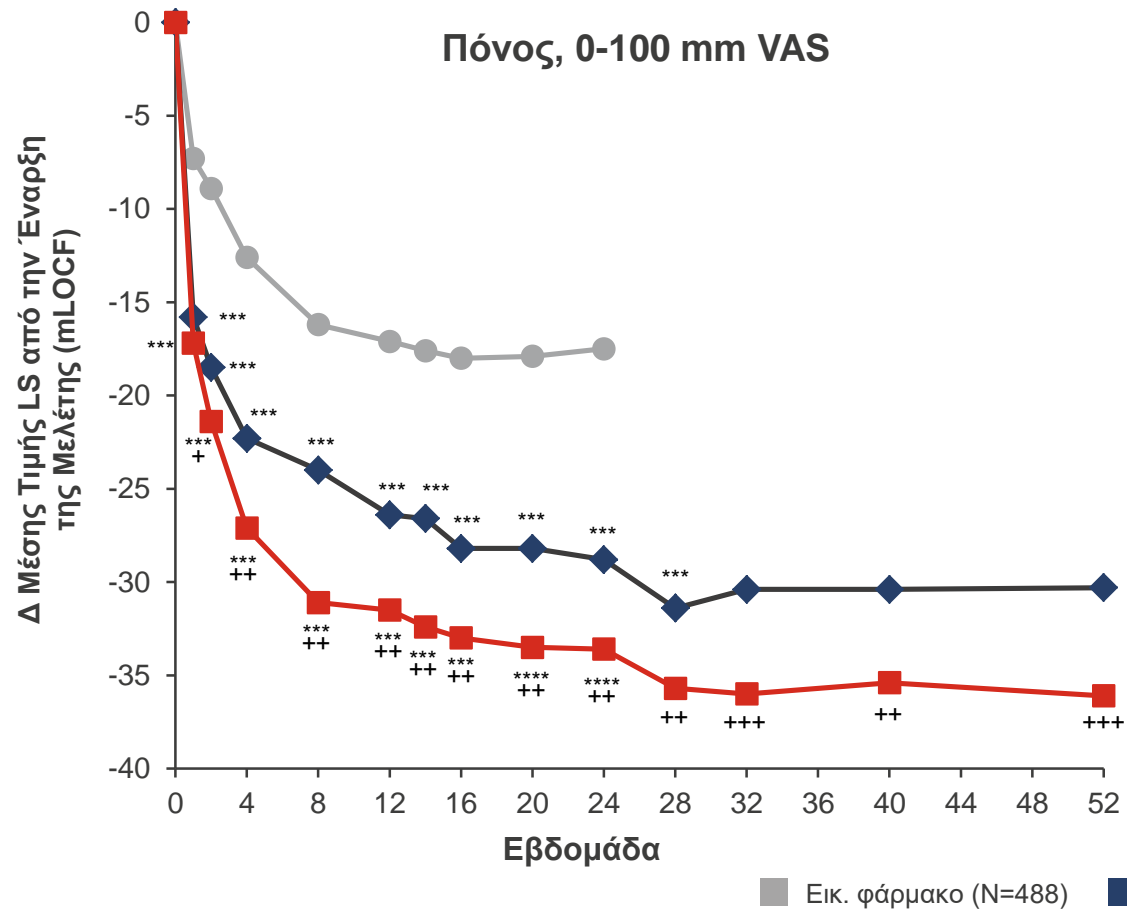


■ Εικ. φάρμακο (N=488) ■ Ada (N=330) ■ Bari 4 mg (N=487)





# Ταχεία Βελτίωση σε Πόνο και Σωματική Λειτουργικότητα σε MTX-IR Ασθενείς





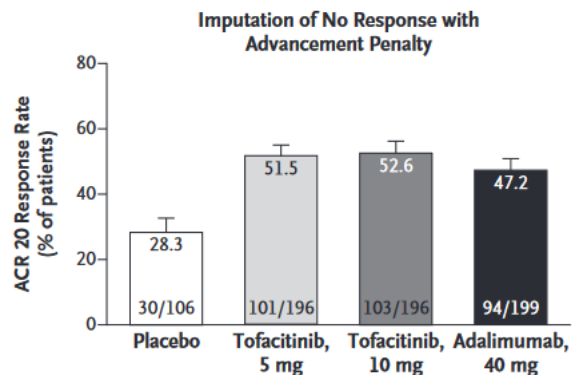
# Other JAKi vs. Adalimumab

## Tofacitinib

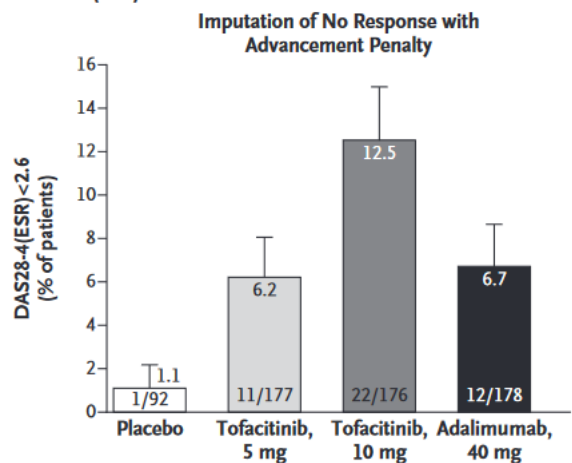
## Upadacitinib

## Filgotinib

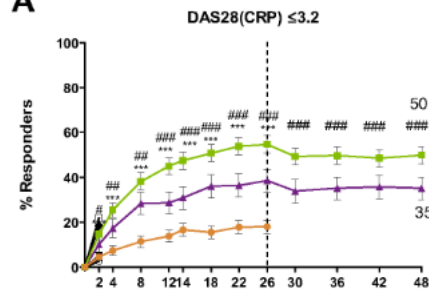
A ACR 20 at Month 6



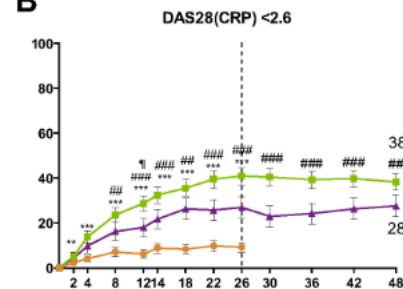
C DAS28-4 (ESR) at Month 6



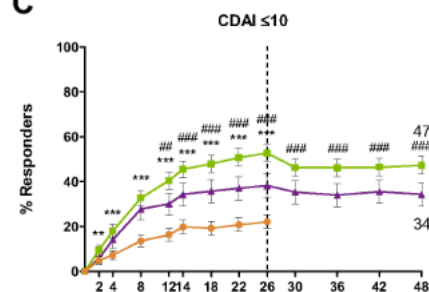
A



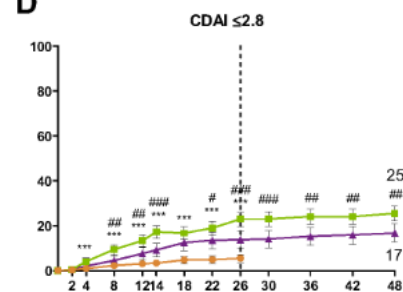
B



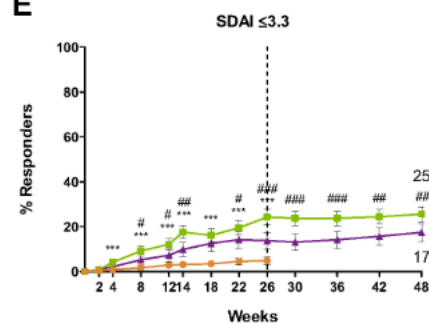
C



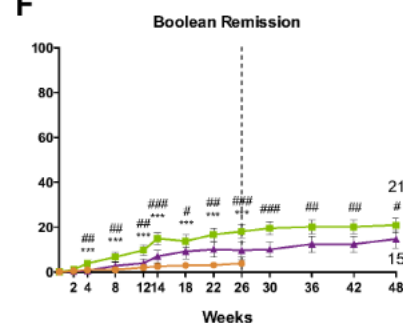
D



E

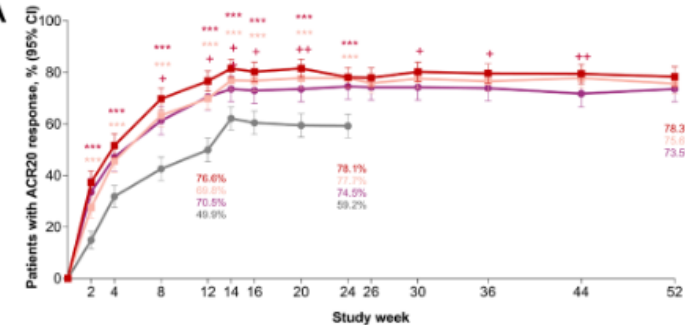


F

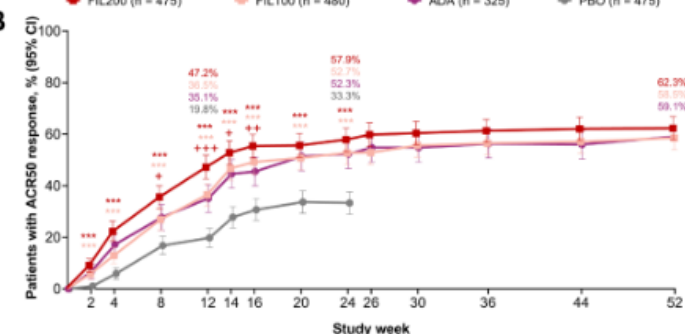


— PBO + background MTX, N=651    
 — UPA 15 mg QD + background MTX, N=651    
 — ADA + background MTX, N=327

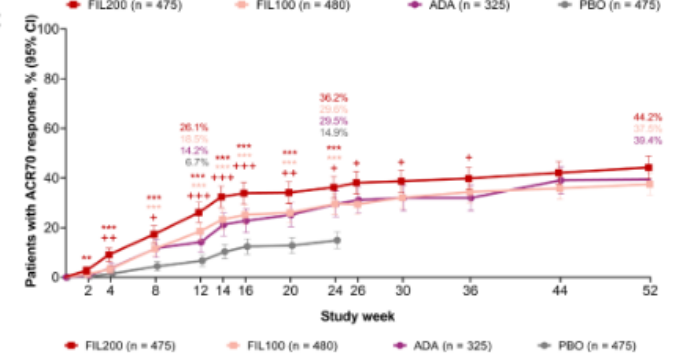
A



B



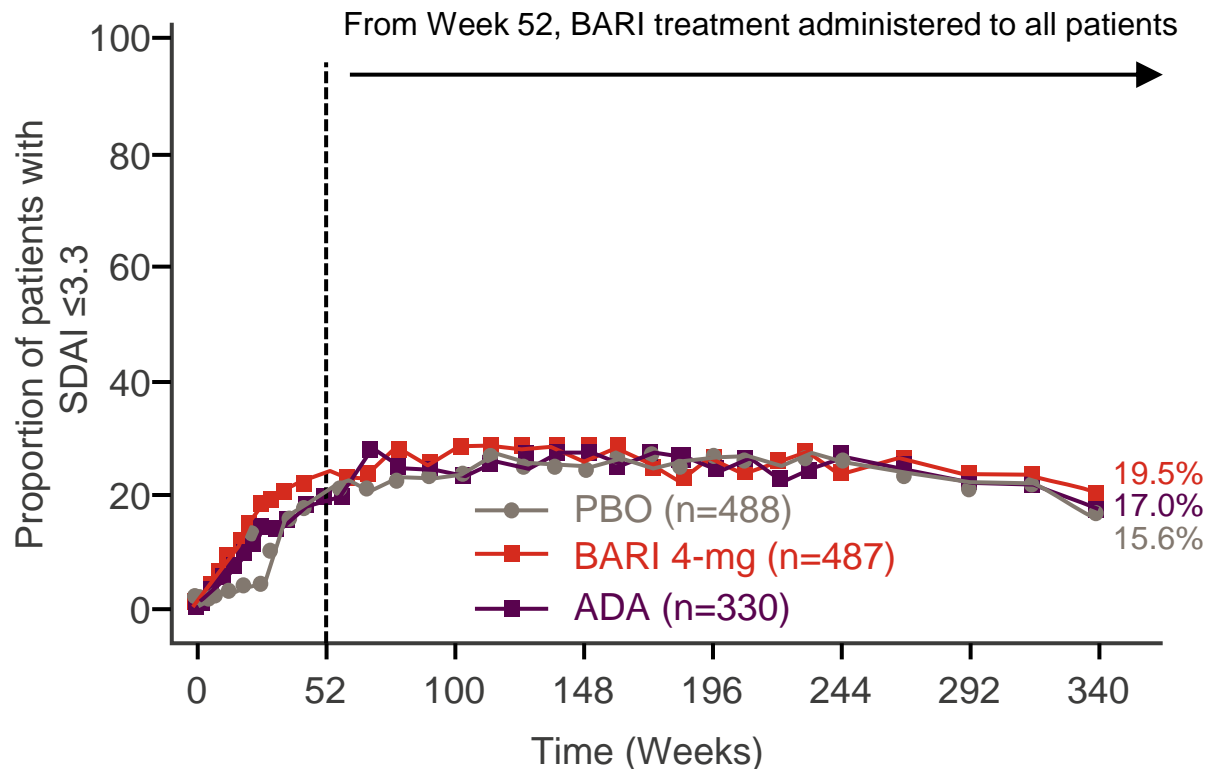
C



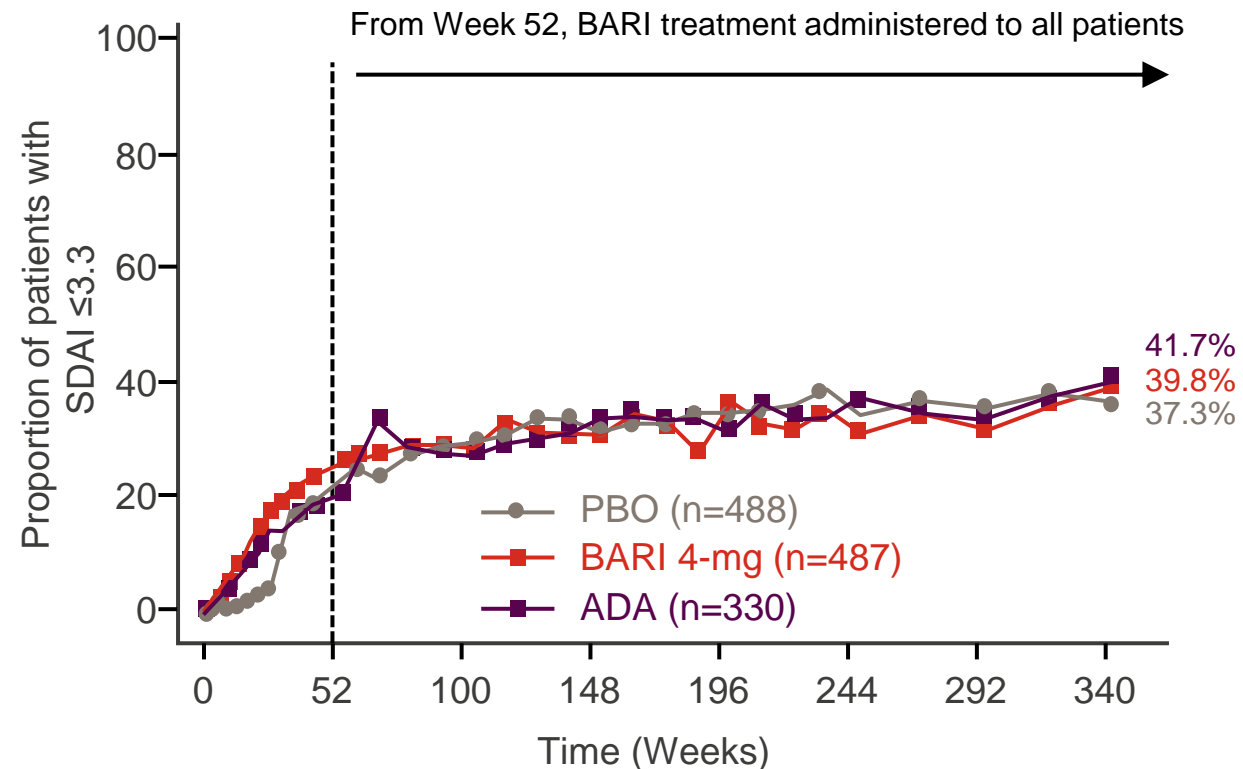
# Baricitinib

## Η ύφεση κατά SDAI διατηρήθηκε έως 6,5 έτη

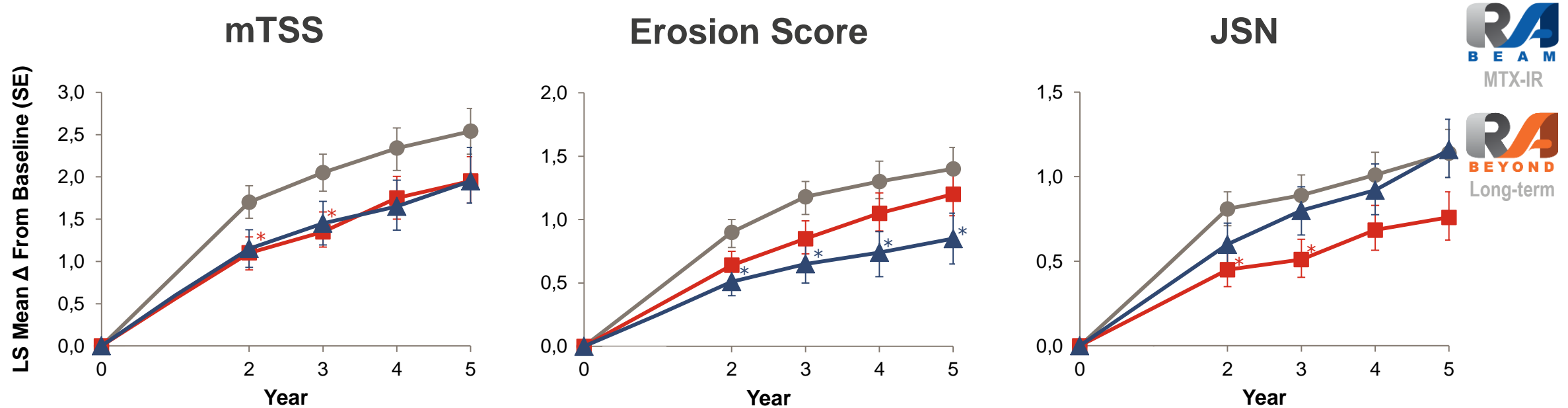
### NRI analysis



### Completer analysis



# Ακτινολογική εξέλιξη με βάση την αρχική αγωγή μέχρι συνολικά 5 έτη

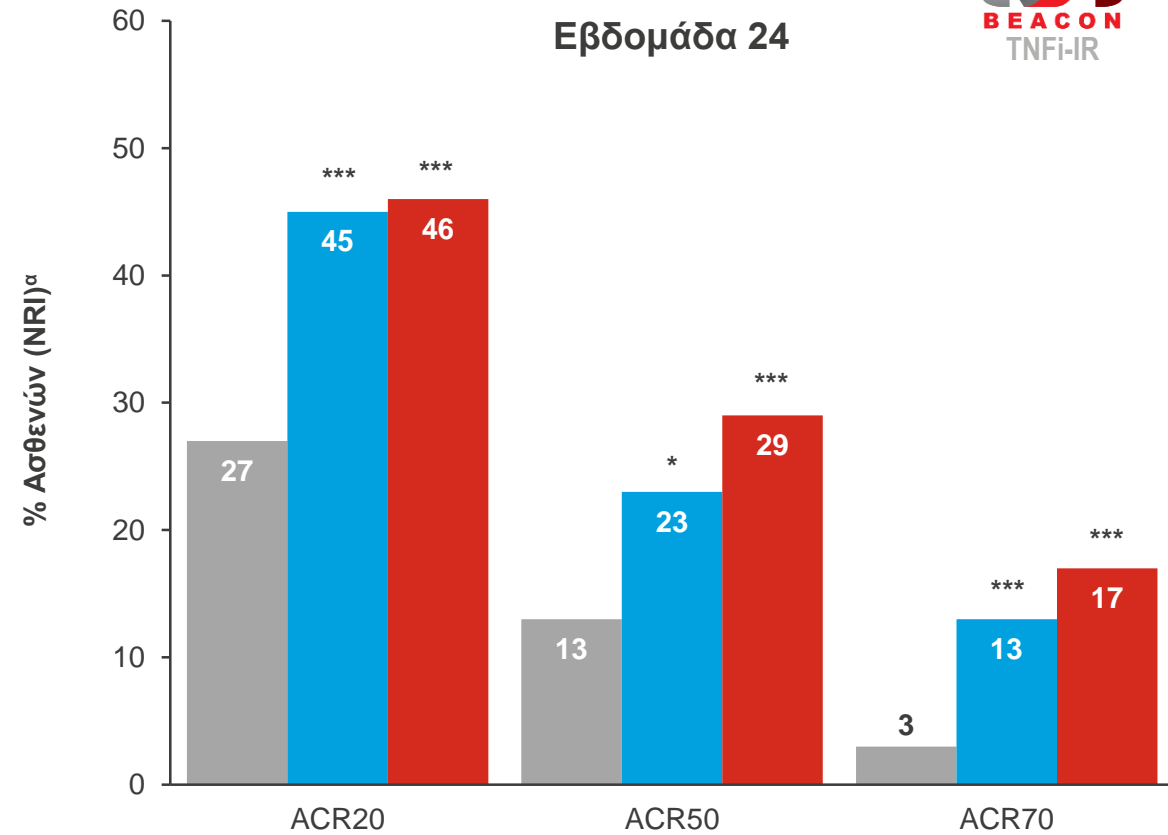
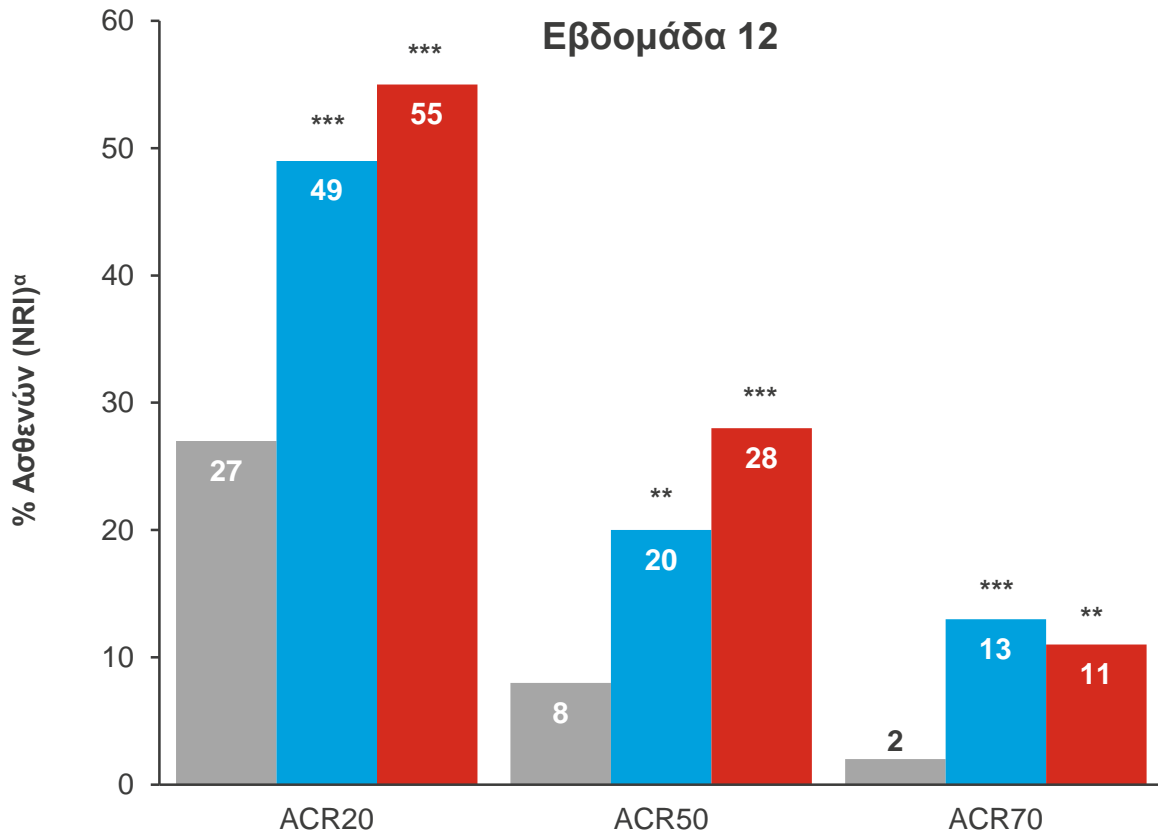


## Αριθμός ασθενών σε κάθε σκέλος της μελέτης

	Year 2	Year 3	Year 4	Year 5
PBO to Bari 4 mg	344	337	346	322
Bari 4 mg	361	363	353	330
ADA 40 mg to Bari 4 mg	248	243	242	218

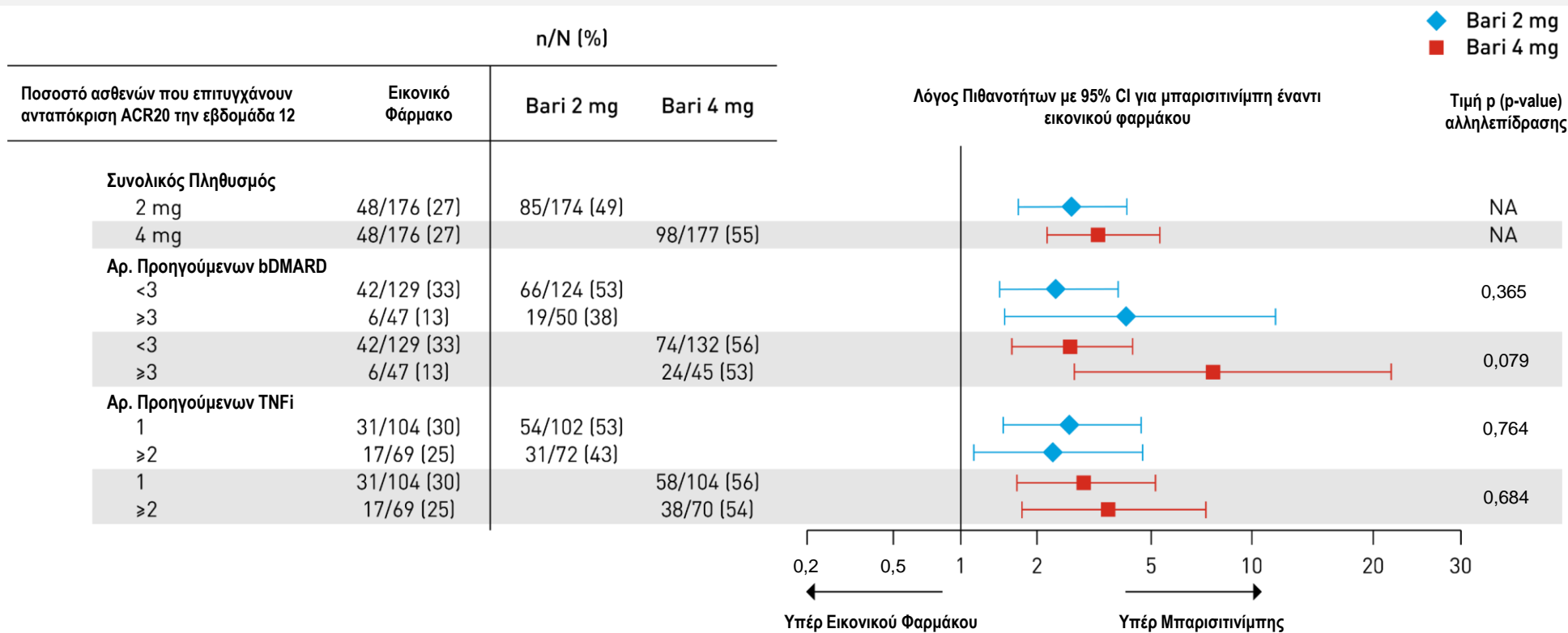
● PBO to Bari 4 mg    ▲ ADA to Bari 4 mg    ■ Bari 4 mg

# Ανταπόκριση ACR Baricitinib vs. Placebo σε bDMARD-IR Ασθενείς



■ Εικ. φάρμακο (N=176) ■ Bari 2 mg (N=174) ■ Bari 4 mg (N=177)

# Η αποτελεσματικότητα του Baricitinib ήταν ανεξάρτητη από αριθμό/ τύπο προηγούμενων bDMARD

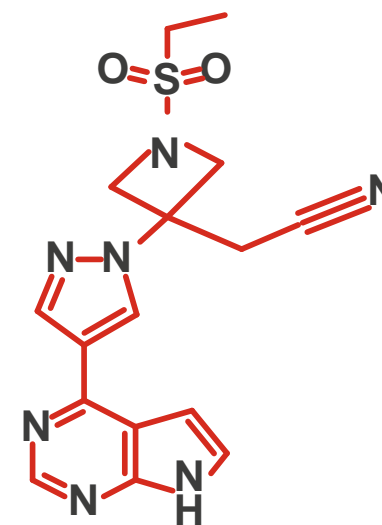


Το baricitinib επέδειξε σταθερή θεραπευτική επίδραση, μετρούμενη ως το ποσοστό των ασθενών που πέτυχαν ανταπόκριση ACR20 ή CDAI  $\leq 10$ , ανεξάρτητα από τον αριθμό των προηγούμενων βιολογικών θεραπειών με ή χωρίς TNFi



# Δοσολογία του baricitinib

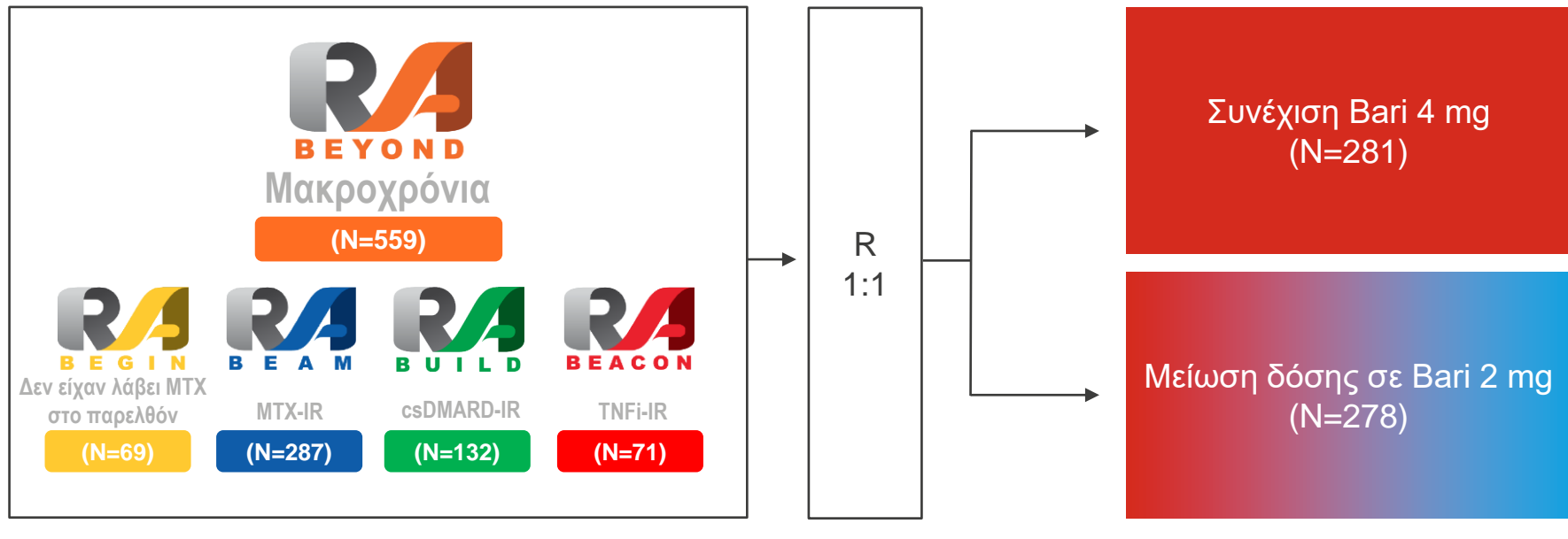
- **4 mg** άπαξ ημερησίως *per os*
- **2 mg** άπαξ ημερησίως συνιστάται για ασθενείς με
  - ✓ υψηλότερο κίνδυνο για φλεβικά θρομβοεμβολικά επεισόδια
  - ✓ μείζονα ανεπιθύμητα καρδιαγγειακά συμβάματα και κακοήθεια
  - ✓ για ασθενείς ηλικίας 65 ετών και άνω
  - ✓ για ασθενείς με ιστορικό χρόνιων ή υποτροπιάζουσών λοιμώξεων.
  - ✓ για ασθενείς με λήψη ισχυρών OAT3
- Η δόση των 4 mg άπαξ ημερησίως μπορεί να **εξεταστεί για ασθενείς που δεν επιτυγχάνουν επαρκή έλεγχο της ενεργότητας της νόσου με μία δόση 2 mg άπαξ ημερησίως.**



**Μπαρισιτινίμπη**

# Μείωση Δόσης Baricitinib από 4 mg σε 2 mg σε Ασθενείς με Διατηρούμενο Έλεγχο της Νόσου

## POST-HOC ΑΝΑΛΥΣΗ



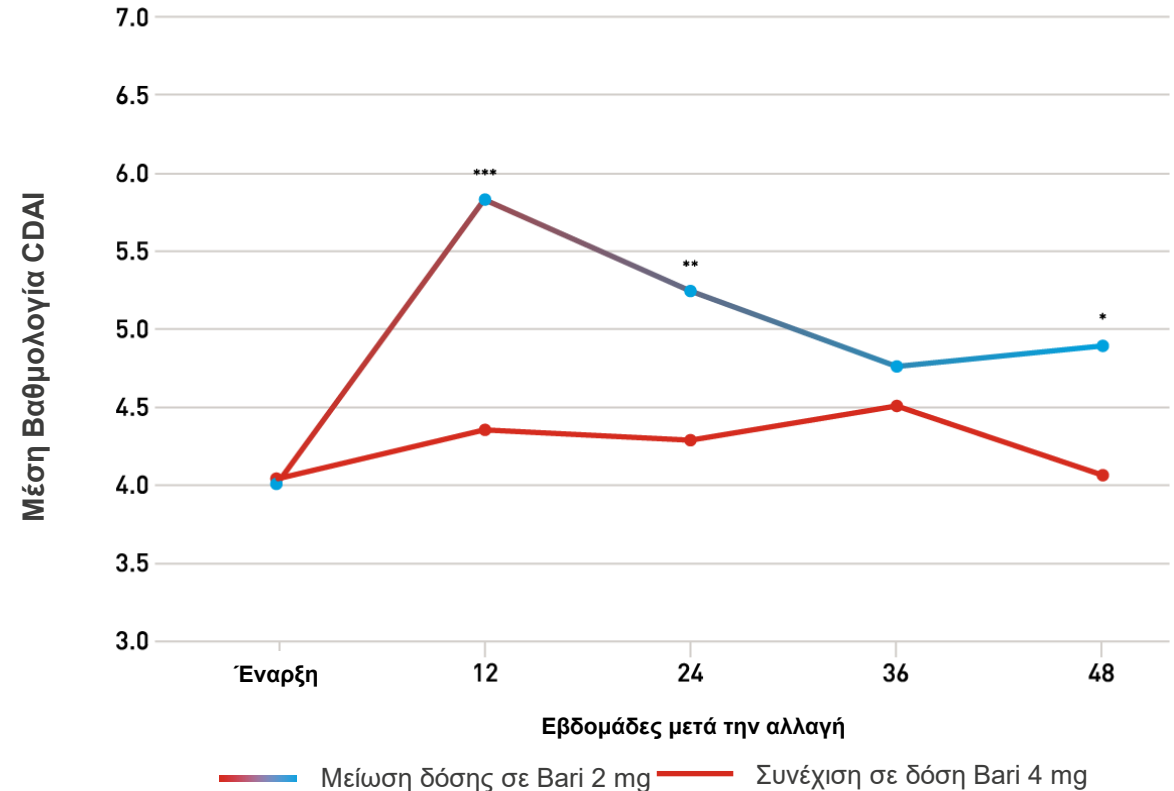
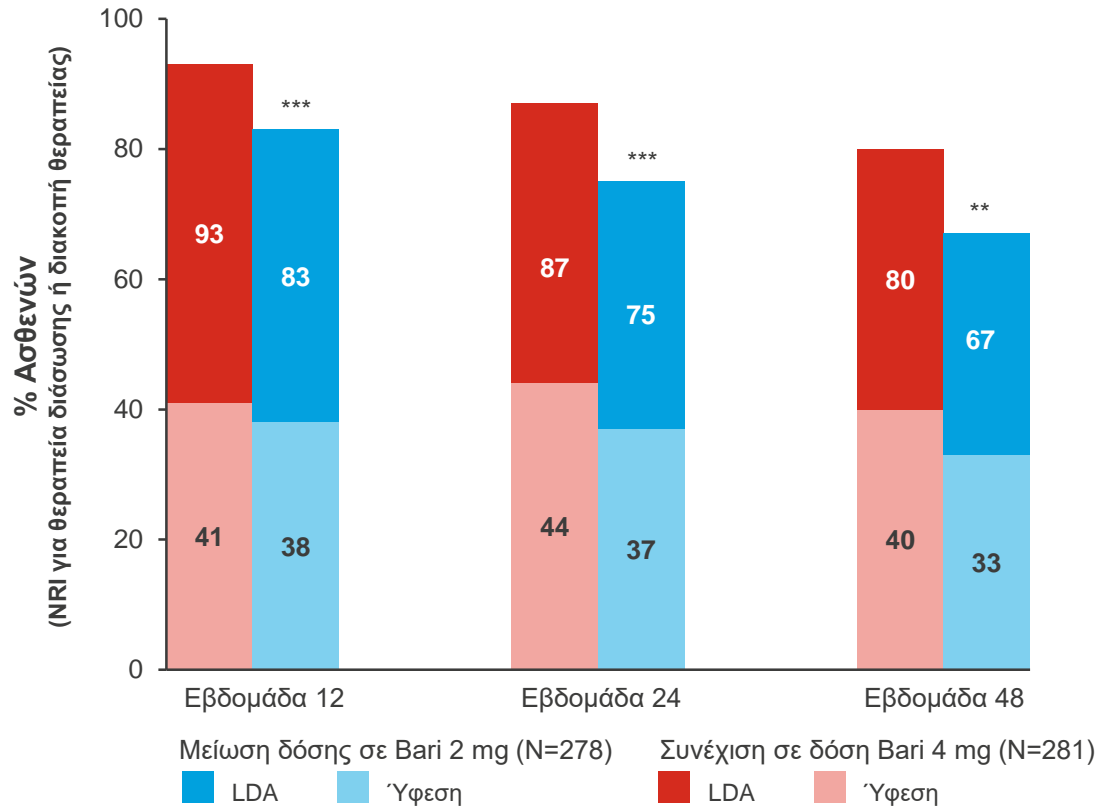
Ασθενείς που πέτυχαν διατηρούμενη LDA ή ύφεση >15 μήνες υπό Baricitinib 4 mg

Εβδ 0

Εβδομάδα 48



# Διατήρηση LDA & Ύφεσης έως και 48<sup>η</sup> εβδομάδα με μείωση δόσης 4mg → 2 mg baricitinib



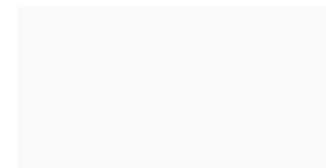
*Most rescued patients could regain LDA or remission after rescue to baricitinib 4 mg (66.7% 24 weeks after rescue in the DMARD-IR group)*

Takeuchi T, et al. Ann Rheum Dis. 2019

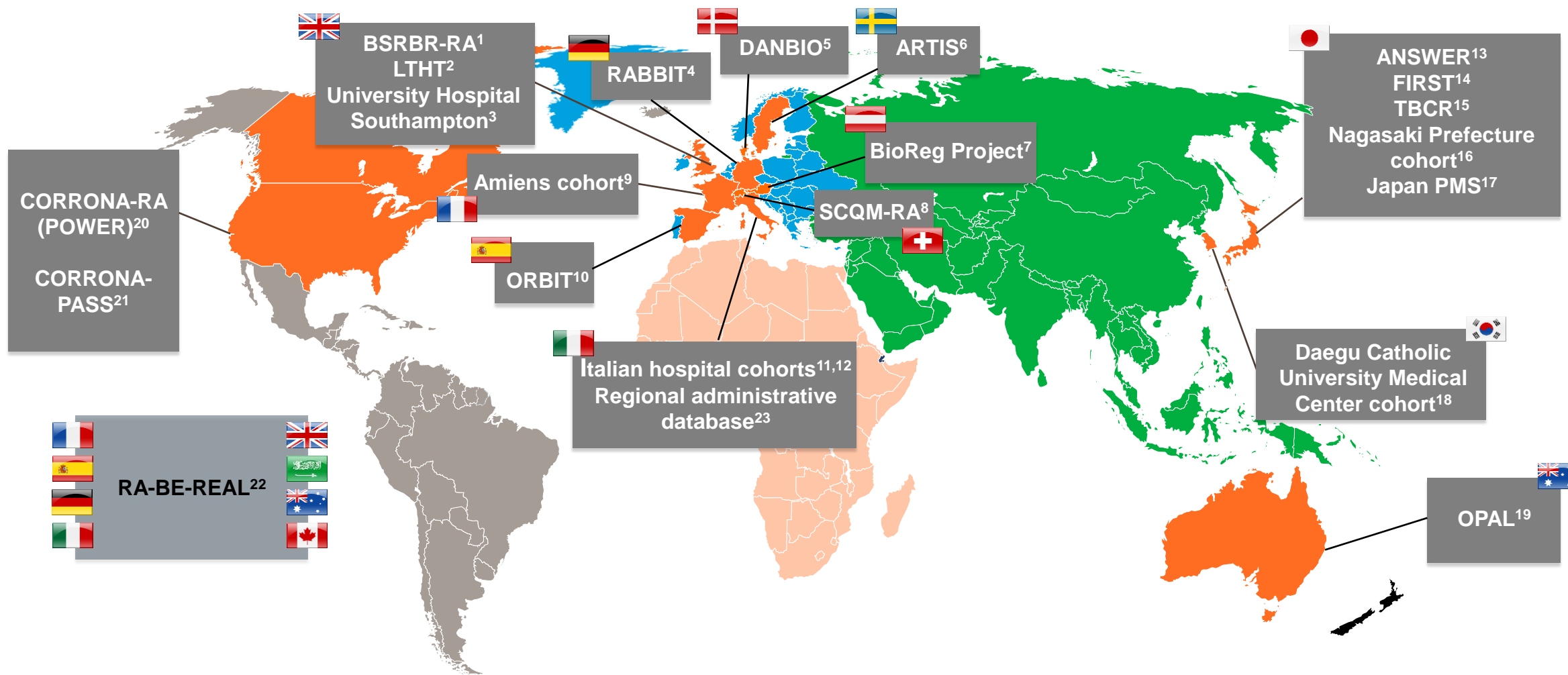
Baricitinib

Δεδομένα κλινικής εμπειρίας στη Ρευματοειδή Αρθρίτιδα

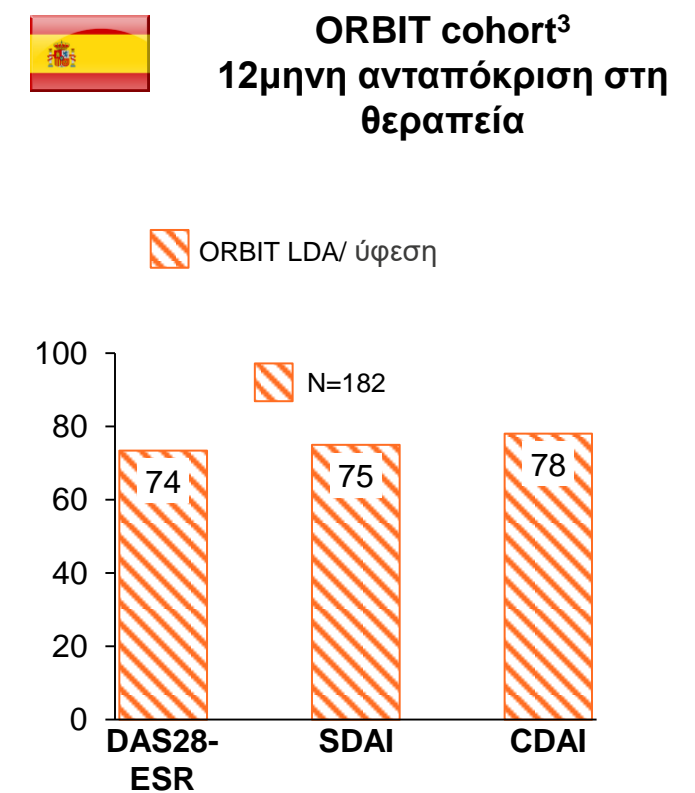
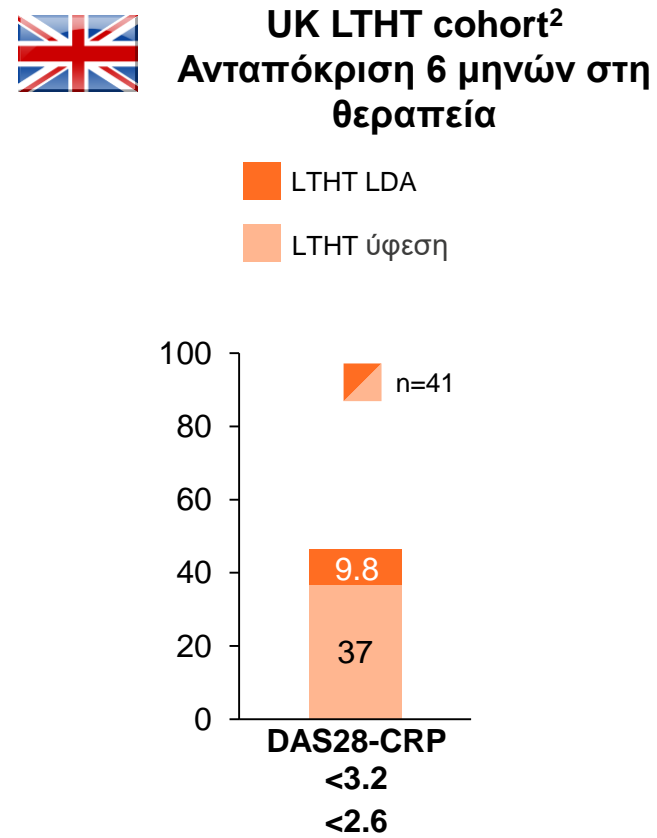
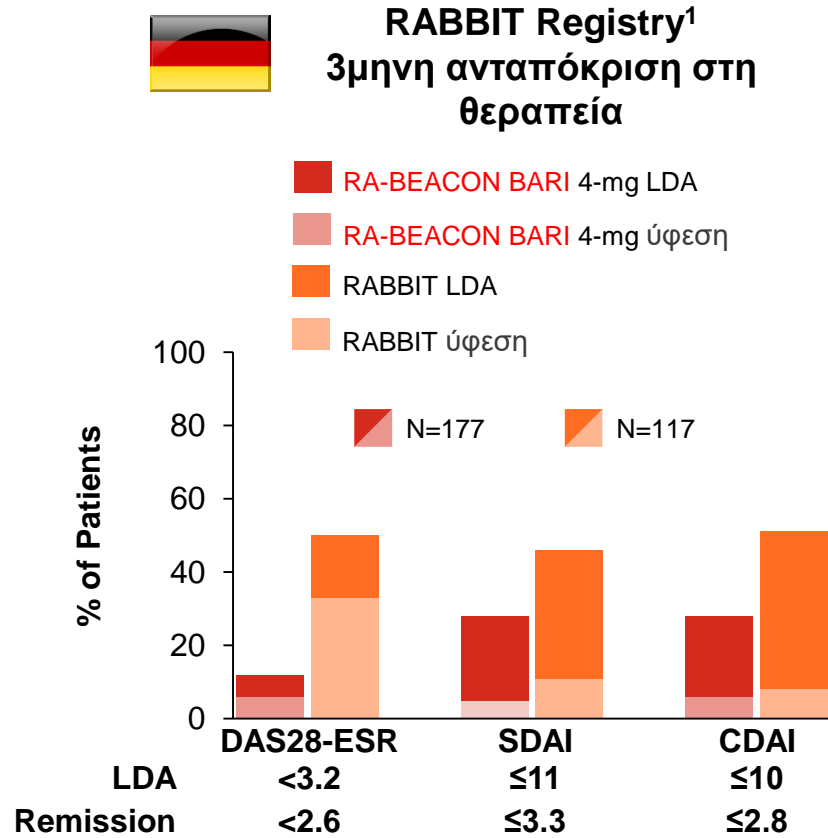
Αποτελεσματικότητα



# Η παγκόσμια εμπειρία με JAKi στη Ρευματοειδή Αρθρίτιδα



# Επίτευξη θεραπευτικών στόχων ύφεσης / LDA του Baricitinib και στην κλινική πρακτική

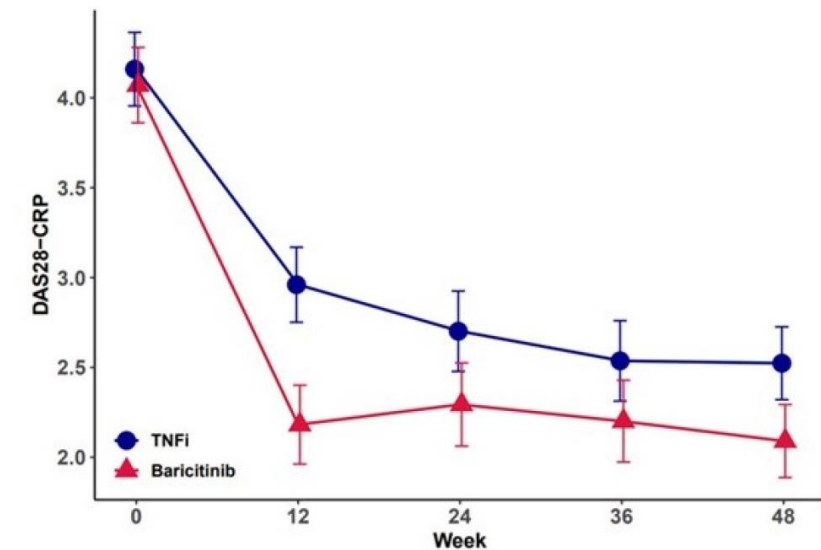
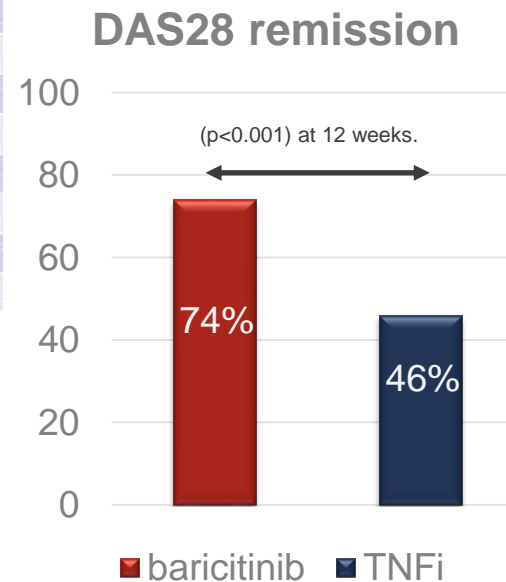
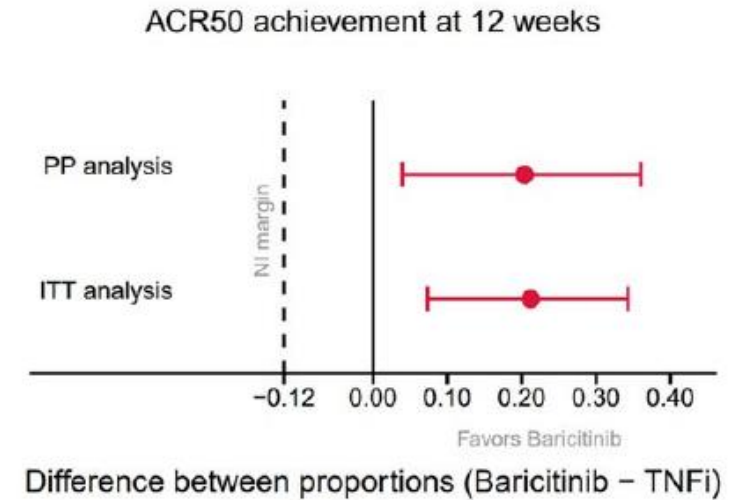


Οι στόχοι της **ύφεσης** και της χαμηλής **ενεργότητας** της νόσου επιτεύχθηκαν συχνότερα σε πραγματικές συνθήκες σε σύγκριση με την **RA-BEACON**

# Αποτελεσματικότητα Baricitinib vs. anti-TNF σε cDMARD-IR ασθενείς: Πολυκεντρική ανοιχτή μελέτη μη κατωτερότητας (ACR50) – 12 εβδομάδες

Table baseline characteristics			
	TNFi	Baricitinib	p
	N=102	N=97	
Age	55.2 (13.4)	54.8 (12.0)	0.833
Gender			0.796
	F 68 (66.7%)	62 (63.9%)	
	M 34 (33.3%)	35 (36.1%)	
Smoking			0.963
	Never 38 (37.3%)	37 (38.9%)	
	Stopped 39 (38.2%)	36 (37.9%)	
	Yes 25 (24.5%)	22 (23.2%)	
BMI	27.4 (4.93)	26.5 (5.03)	0.209
Disease duration (years)	2.00 [1.00;3.00]	2.00 [1.00;3.00]	0.766
CV			0.432
	No 74 (72.5%)	76 (78.4%)	
	Yes 28 (27.5%)	21 (21.6%)	
RF			0.589
	Neg 33 (32.4%)	27 (27.8%)	
	Pos 69 (67.6%)	70 (72.2%)	
ACCP			0.262
	Neg 37 (36.3%)	27 (27.8%)	
	Pos 65 (63.7%)	70 (72.2%)	
MTX			0.686
	No 33 (32.4%)	35 (36.1%)	
	Yes 69 (67.7%)	62 (63.9%)	
DAS28 <sub>ESR</sub>	4.43 (1.06)	4.41 (1.14)	0.911
DAS28 <sub>CRP</sub>	4.17 (1.03)	4.08 (1.05)	0.553

M. O. Voshaar et al DOI: 10.1136/annrheumdis-2023-eular.4317  
Van der Laar et al, ACR 2023, Abstract L0450

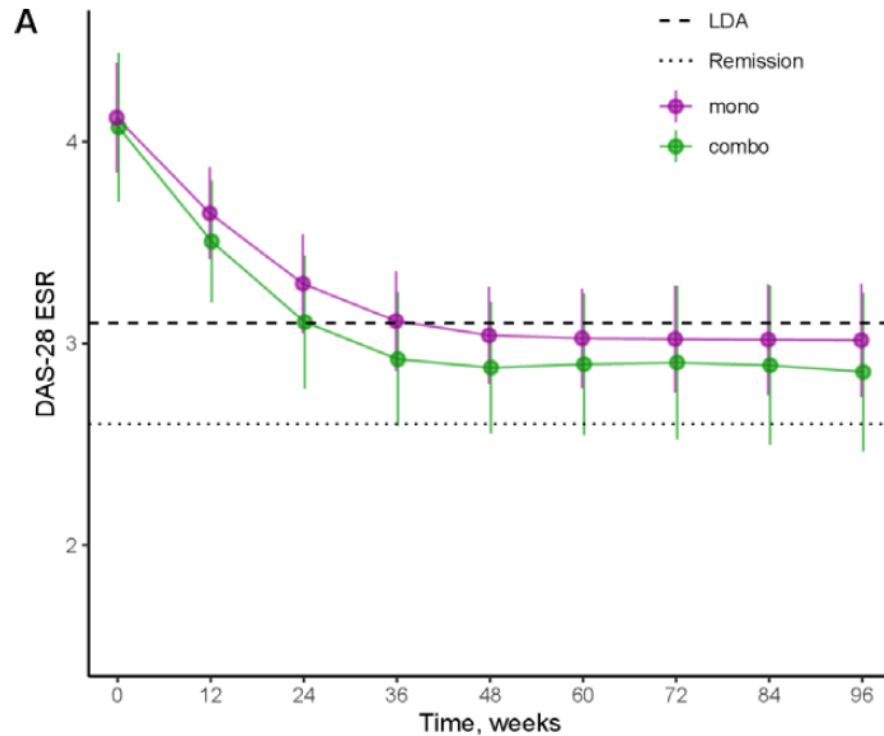


# Baricitinib Μονοθεραπεία vs. Baricitinib + MTX

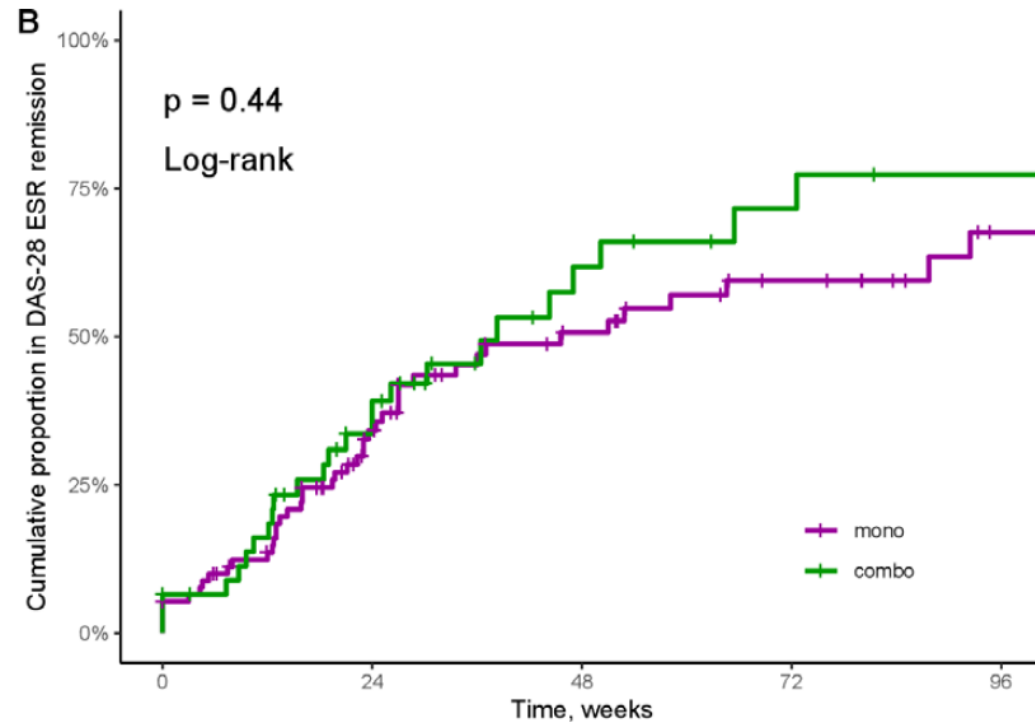
## Παρόμοια αποτελεσματικότητα & παραμονή θεραπείας



### Προοπτική μονοκεντρική μελέτη παρατήρησης



mono	93	83	69	59	53	47	43	36	29
combo	46	40	34	26	23	19	16	15	14



mono	93 (5)	45 (28)	25 (38)	15 (42)	6 (44)
combo	46 (3)	24 (16)	9 (22)	5 (24)	3 (25)

# Υψηλότερο ποσοστό ασθενών πέτυχε ύφεση με Baricitinib vs. b/tsDMARD

## RA-BE-REAL: Ευρωπαϊκή κοόρτη

Παρά το γεγονός ότι ήταν μεγαλύτερης ηλικίας και είχαν μεγαλύτερη διάρκεια της νόσου κατά την έναρξη, οι ασθενείς που έλαβαν θεραπεία με baricitinib ήταν πιο πιθανό να επιτύχουν ύφεση από τους ασθενείς που έλαβαν βιολογικό ή οποιοδήποτε άλλο σε μια περίοδο 12 μηνών

### Χαρακτηριστικά κατά την έναρξη<sup>1</sup>

BARI (n=510)    b/tsDMARD (n=563)



Age, years

59

57



Disease duration, years

10

8.9

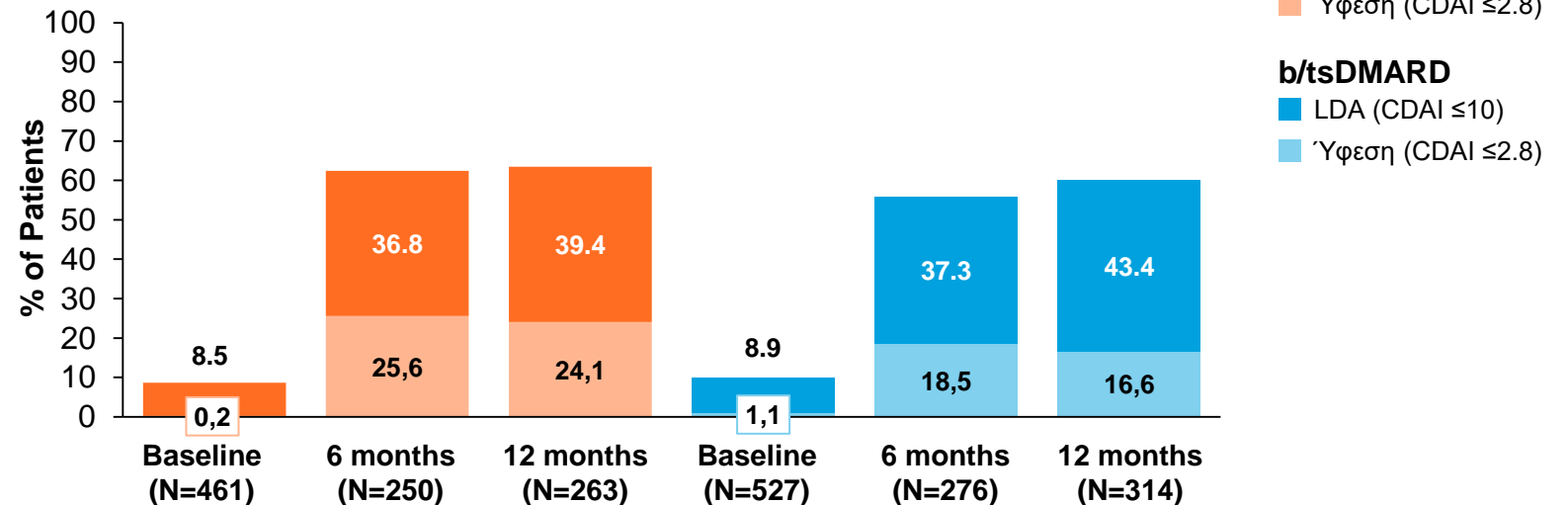


b/tsDMARDs-naïve

48%

61%

### Ποσοστά ανταπόκρισης CDAI στους 6 και 12 μήνες<sup>1,2</sup>





# Παραμονή στη θεραπεία στους 24 μήνες από τη μελέτη RA-BE-REAL

## Πιθανότητα διακοπής του baricitinib και οι συγκρίσεις ανά θεραπευτική κατηγορία



Σε μια πραγματική μελέτη, οι ασθενείς που λαμβάνουν **BARI** εμφάνισαν χαμηλά ποσοστά διακοπής της θεραπείας<sup>a</sup> σε σχέση με τους ασθενείς που λαμβάνουν **b/tsDMARD** στους 24 μήνες

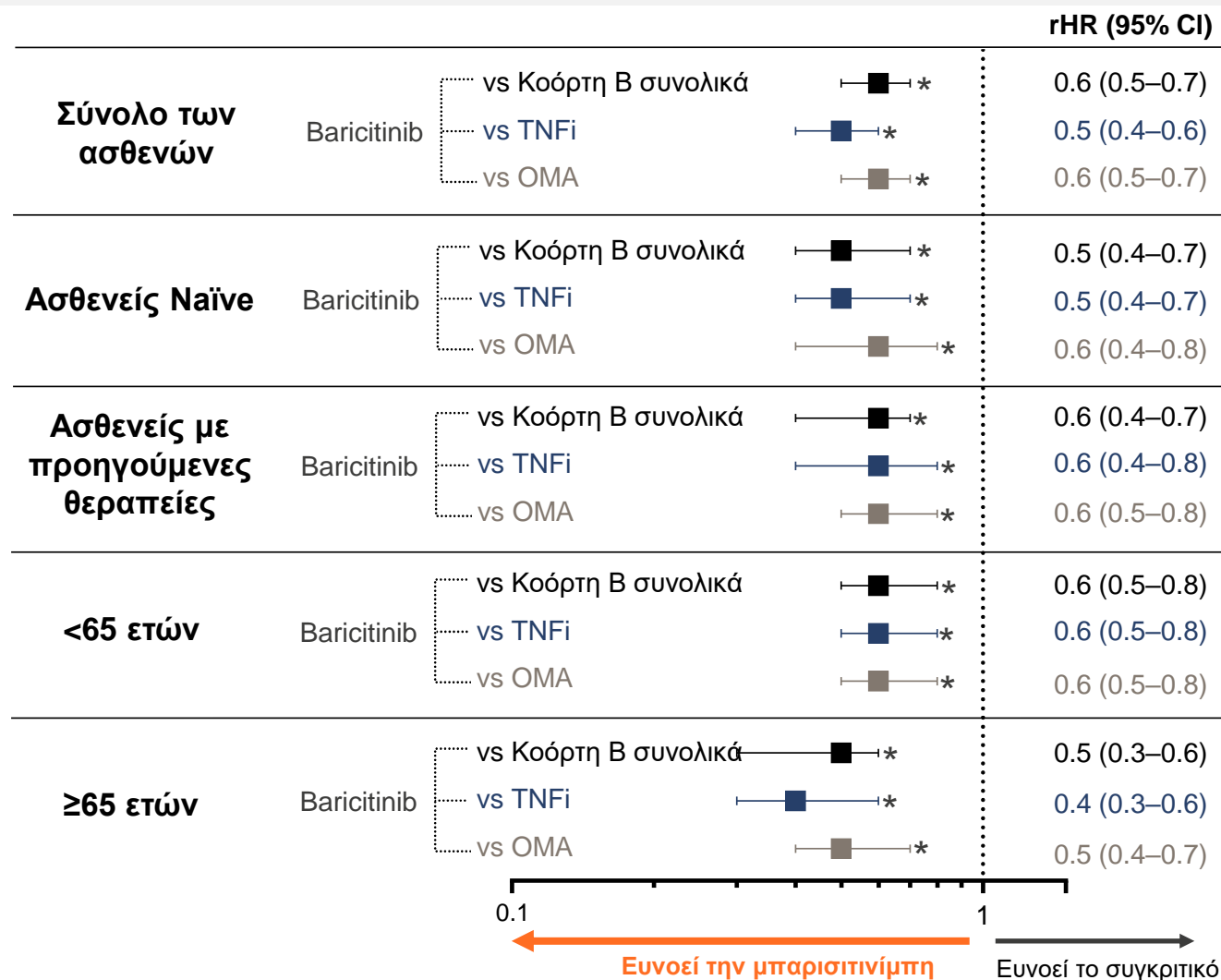


**38.2%** των 509 ασθενών που διέκοψαν στην κοόρτη **BARI**



**59.5%** των 560 ασθενών που διέκοψαν στην κοόρτη **b/tsDMARD**

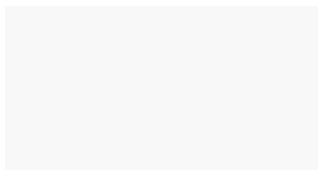
(Γερμανία: 39,4%, Γαλλία: 20,6%, Ιταλία: 17,8%, Ηνωμένο Βασίλειο: 14,8%, Ισπανία: 7,4%)



Baricitinib

Δεδομένα κλινικής εμπειρίας στη Ρευματοειδή Αρθρίτιδα

Ασφάλεια



# **Risk of Major Adverse Cardiovascular Events in Patients with Rheumatoid Arthritis Treated with Conventional Synthetic, Biologic and Targeted Synthetic Disease-Modifying Antirheumatic Drugs: Observational Data from the German RABBIT Register**

**Yvette Meissner, Martin Schäfer, Katinka Albrecht, Joern Kekow, Silke Zinke, Hans-Peter Tony, Anja Strangfeld**

*RMD Open;2023;9:e003489.*

# JAKi vs. TNFi

Μεγαλύτερης ηλικίας, με μεγαλύτερη διάρκεια νόσου, υψηλότερα ποσοστά προηγούμενης αποτυχίας και πιο πολλές συννοσηρότητες

n (%)	Overall patients				CV risk patients			
	JAKi	TNFi	Other bDMARDs	csDMARDs	JAKi	TNFi	Other bDMARDs	csDMARDs
No. of treatment episodes	3058	3694	3150	4301	1845	2010	1866	2643
Treatment start before 2021	2457 (80.4)	3100 (83.9)	2793 (88.7)	3700 (86.0)	1475 (80.0)	1675 (83.3)	1658 (88.9)	2282 (86.3)
Time on treatment, months, mean (SD)	18.2 (14.3)	19.2 (15.3)	16.5 (13.7)	12.6 (13.6)	18.4 (14.2)	18.6 (14.8)	15.8 (13.2)	12.7 (13.7)
Age, years [mean (SD)]	<b>60.2 (11.8)</b>	<b>57.7 (13.3)</b>	60.4 (11.9)	61.3 (12.3)	<b>64.7 (8.9)</b>	<b>64.0 (9.0)</b>	65.2 (8.8)	66.0 (9.1)
Age (≥65 years)	1023 (33.5)	1122 (30.4)	1116 (35.4)	1722 (40.0)	826 (44.8)	869 (43.2)	874 (46.8)	1372 (51.9)
Male	721 (23.6)	962 (26.0)	842 (26.7)	1111 (25.8)	491 (26.6)	598 (29.8)	570 (30.6)	764 (28.9)
Disease duration, years [mean (SD)]	<b>12.5 (9.5)</b>	<b>9.6 (8.7)</b>	13.6 (9.7)	12.4 (9.8)	<b>13.3 (9.8)</b>	<b>10.5 (9.5)</b>	14.5 (10.1)	13.3 (10.0)
DAS28-ESR [mean (SD)]	<b>4.2 (1.4)</b>	<b>4.3 (1.4)</b>	4.0 (1.5)	3.6 (1.4)	4.4 (1.4)	4.5 (1.3)	4.1 (1.5)	3.7 (1.4)
Sum of CV comorbidities, [mean (SD)]	<b>1.1 (1.1)</b>	<b>1.0 (1.1)</b>	1.2 (1.2)	1.2 (1.2)	<b>1.6 (1.1)</b>	<b>1.6 (1.1)</b>	1.7 (1.2)	1.7 (1.1)
Hypertension	1456 (47.6)	1534 (41.5)	1484 (47.1)	2126 (49.4)	1357 (73.6)	1431 (71.2)	1390 (74.5)	2027 (76.7)
Coronary heart disease	251 (8.2)	257 (7.0)	310 (9.8)	423 (9.8)	246 (13.3)	254 (12.6)	299 (16.0)	415 (15.7)
History of stroke	72 (2.4)	81 (2.2)	91 (2.9)	124 (2.9)	63 (3.4)	73 (3.6)	85 (4.6)	113 (4.3)
Hyperlipoproteinemia	392 (12.8)	336 (9.1)	461 (14.6)	535 (12.4)	371 (20.1)	318 (15.8)	443 (23.7)	519 (19.6)
History of malignancy	137 (4.5)	138 (3.7)	190 (6.0)	282 (6.6)	99 (5.4)	109 (5.4)	140 (7.5)	210 (8.0)

# Συχνότητα εμφάνισης MACEs: JAKi vs. TNFi<sup>1</sup>

		Overall patients				CV risk patients			
		JAKi	TNFi	Other bDMARDs	csDMARDs	JAKi	TNFi	Other bDMARDs	csDMARDs
Main analysis	No. of treatment episodes	3058	3694	3150	4301	1845	2010	1866	2643
	Patient years of follow-up	5013.17	7264.00	4615.92	4326.58	3142.75	3985.58	2746.83	2712.17
	No. of events	34	45	35	41	29	41	32	40
	IR (95% CI)	<b>0.68</b> (0.47–0.95)	<b>0.62</b> (0.45–0.83)	0.76 (0.53–1.06)	0.95 (0.68–1.29)	<b>0.92</b> (0.62–1.33)	<b>1.03</b> (0.74–1.40)	1.17 (0.80–1.65)	1.48 (1.05–2.01)
Male	No. of treatment episodes	721	962	842	1111	491	598	570	764
	Patient years of follow-up	1226.08	1959.67	1223.17	1103.00	862.33	1234.08	815.00	733.42
	No. of events	15	20	13	17	12	18	11	17
	IR (95% CI)	<b>1.22</b> (0.69–2.02)	<b>1.02</b> (0.62–1.58)	1.06 (0.57–1.82)	1.54 (0.90–2.47)	<b>1.39</b> (0.72–2.43)	<b>1.46</b> (0.86–2.31)	1.35 (0.67–2.42)	2.32 (1.35–3.71)
Female	No. of treatment episodes	2337	2732	2308	3190	1354	1412	1296	1879
	Patient years of follow-up	3787.08	5304.33	3392.75	3223.58	2280.42	2751.50	1931.83	1978.75
	No. of events	19	25	22	24	17	23	21	23
	IR (95% CI)	<b>0.50</b> (0.30–0.78)	<b>0.47</b> (0.31–0.70)	0.65 (0.41–0.98)	0.75 (0.48–1.11)	<b>0.75</b> (0.43–1.19)	<b>0.84</b> (0.53–1.25)	1.09 (0.67–1.66)	1.16 (0.74–1.74)

# Συχνότητα εμφάνισης MACEs: Baricitinib vs. Tofacitinib vs. Upadacitinib

	Baricitinib	Tofacitinib	Upadacitinib	
Overall patients	No. of treatment episodes	1416	1126	768
	Patient years of follow-up	2460.17	1836.92	750.67
	No. of events	12	18	4
	IR (95% CI)	0.49 (0.25–0.85)	0.98 (0.58–1.55)	0.53 (0.15–1.36)
	HR (95% CI) <sup>a</sup>	<b>0.58</b> (0.26–1.26)	<b>1.36</b> (0.70–2.63)	NR
CV risk patients	No. of treatment episodes	862	671	459
	Patient years of follow-up	1543.25	1145.75	469.50
	No. of events	11	14	4
	IR (95% CI)	0.71 (0.36–1.28)	1.22 (0.67–2.05)	0.85 (0.23–2.18)
	HR (95% CI) <sup>a</sup>	<b>0.54</b> (0.24–1.22)	<b>1.04</b> (0.48–2.23)	NR

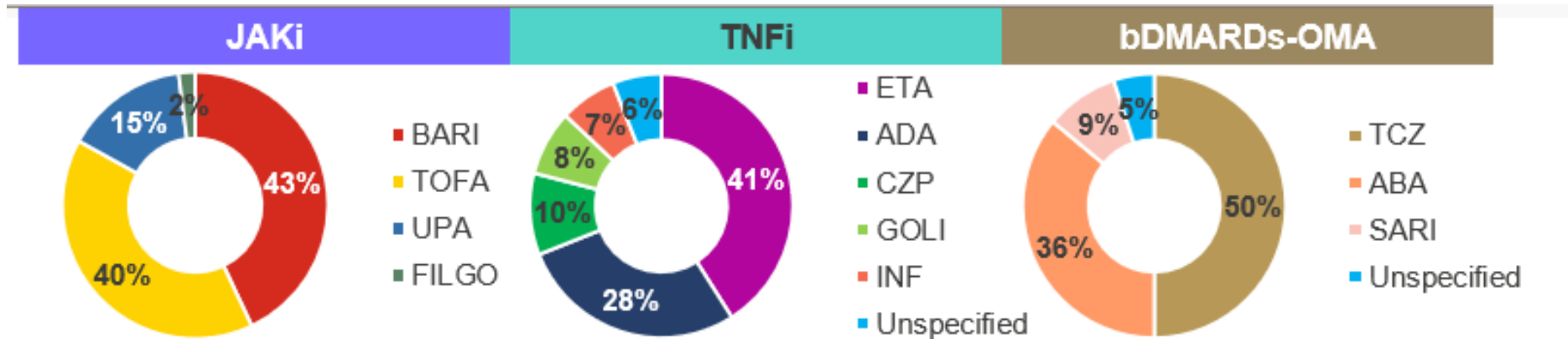
# Evaluation of Discontinuation for Adverse Events of JAK Inhibitors and bDMARDs in an International Collaboration of Rheumatoid Arthritis Registers (The 'JAK-pot' Study)

Romain Aymon, Denis Mongin, Sytske Anne Bergstra, Denis Choquette, Catalin Codreanu, Diederik De Cock, Lene Dreyer, Ori Elkayam, Doreen Huschek, Kimme L. Hyrich, Florenzo Iannone, Nevsun Inanc, Lianne Kearsley-Fleet, Süleyman Serdar Koca, Tore K. Kvien, Burkhard F. Leeb, Galina Lukina, Dan Nordström, Karel Pavelka, Manuel Pombo-Suarez, Ana Rodrigues, Ziga Rotar, Anja Strangfeld, Patrick Verschueren, Rasmus Westermann, Jakub Zavada, Delphine Courvoisier, Axel Finckh, Kim Lauper

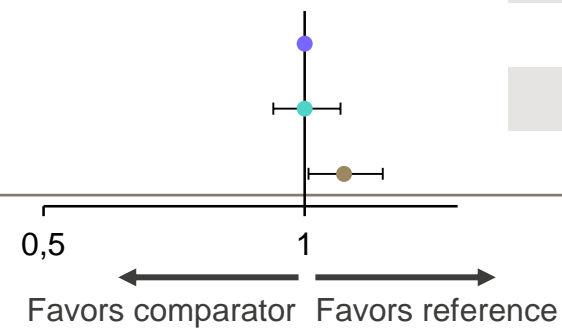
*Ann Rheum Dis* 2023;doi:10.1136/ard-2023-224670



# Ποσοστά διακοπής θεραπείας λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών TNFi vs. JAKi vs. OMA

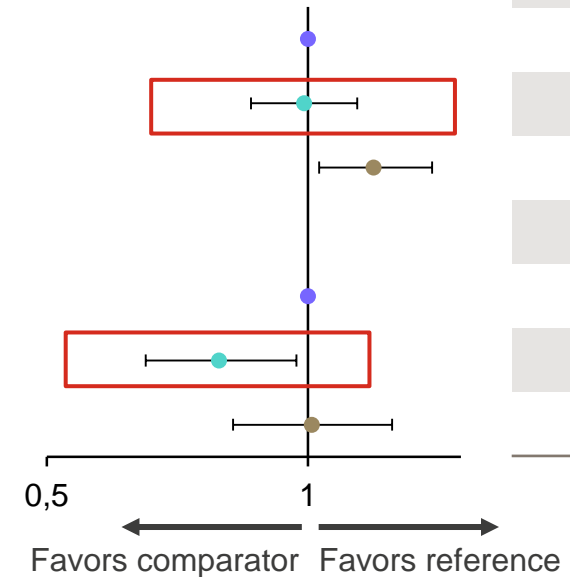


Subgroup	Treatments	Discontinuations for AE	Adjusted csHR (95% CI)
All patients			
JAKi	12,523	899	1.00 (ref)
TNFi	23,391	1387	1.00 (0.92–1.10)
OMA	10,999	870	1.11 (1.01–1.23)

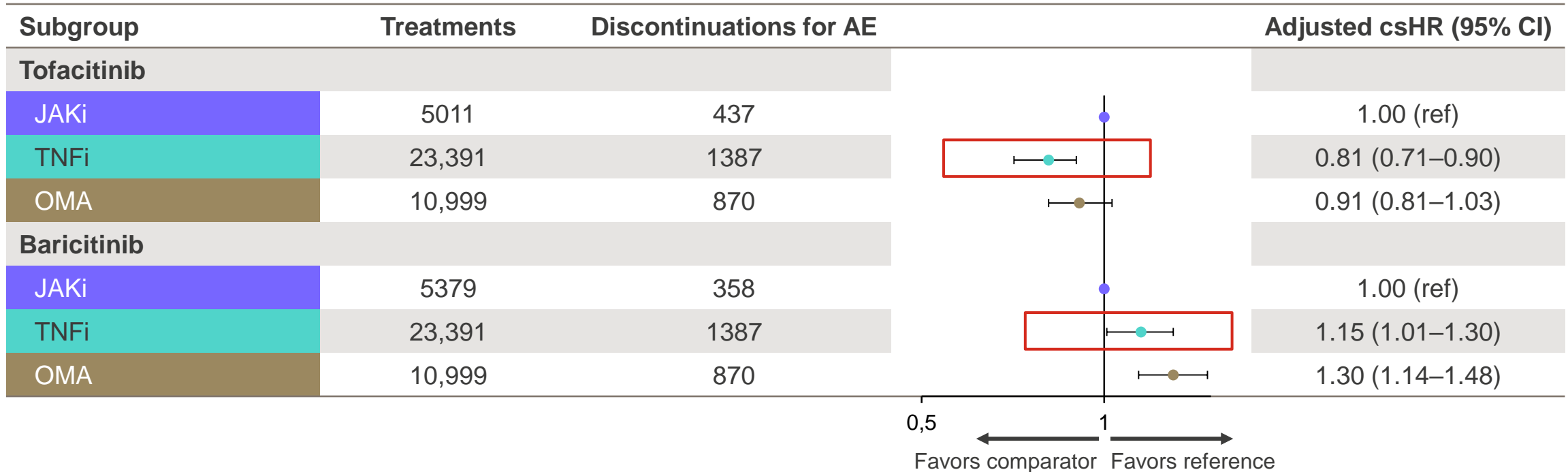


# Τα ποσοστά διακοπής για ανεπιθύμητες ενέργειες για τους TNFiς και τους OMA έναντι των JAKiς: RCT-Cohorts<sup>1</sup>

Subgroup	Treatments	Discontinuations for AE	Adjusted csHR (95% CI)
<b>RCT-duplicate cohort<sup>a</sup></b>			
JAKi	4810	364	1.00 (ref)
TNFi	8267	517	0.99 (0.86–1.14)
OMA	4069	351	1.19 (1.03–1.39)
<b>RCT-high CVD risk cohort<sup>b</sup> (≥65 years with at least one CV risk factor)</b>			
JAKi	2087	193	1.00 (ref)
TNFi	3686	240	0.79 (0.65–0.97)
OMA	1907	173	1.01 (0.82–1.25)



# Τα ποσοστά διακοπής λόγω ΑΕ του κάθε JAKi<sup>1</sup>



- Οι ασθενείς που έλαβαν tofacitinib είχαν περισσότερες πιθανότητες να διακόψουν τη θεραπεία λόγω ανεπιθύμητων ενεργειών σε σύγκριση με εκείνους που έλαβαν TNFi.
  - Αυτό δεν παρατηρήθηκε με άλλα JAKi, αν και απαιτείται προσοχή λόγω των περιορισμένων δεδομένων για το filgotinib και το upadacitinib.

# Συμπεράσματα

- Ανωτερότητα έναντι του Adalimumab
- Ταχεία αποτελεσματικότητα στη φλεγμονή & τον πόνο
- Κλινική ύφεση που διατηρείται έως και 7 έτη
- Χαμηλά ποσοστά ακτινολογικής εξέλιξης της νόσου, διατηρούμενα έως και 5 έτη
- Ισορροπημένο & σταθερό προφίλ οφέλους/ κινδύνου
- Ευελιξία στη δοσολογία 4 & 2 mg (↓↑), επιτρέπει την εξατομίκευση
- Δυνατότητα μονοθεραπείας







*Ευχαριστώ για την προσοχή σας!*



- Erythropoietin
- Thrombopoietin
- GM-CSF

- Growth hormone
- IL-3
- IL-5

- IL-6
- IFN $\gamma$

- IL-2
- IL-4
- IL-7
- IL-9
- IL-15
- IL-21

- Type 1 and 3 interferons

- IL-12
- IL-23

