

17° Πανελλήνιο Συνέδριο
ΕΠΕΜΥ

2-5
Οκτωβρίου
2025

Ρέθυμνο
Κρήτης
Ξενοδοχείο
Theartemis
Palace

Με φυσική παρουσία και
διαδικτυακή παρακολούθηση

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗ
ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

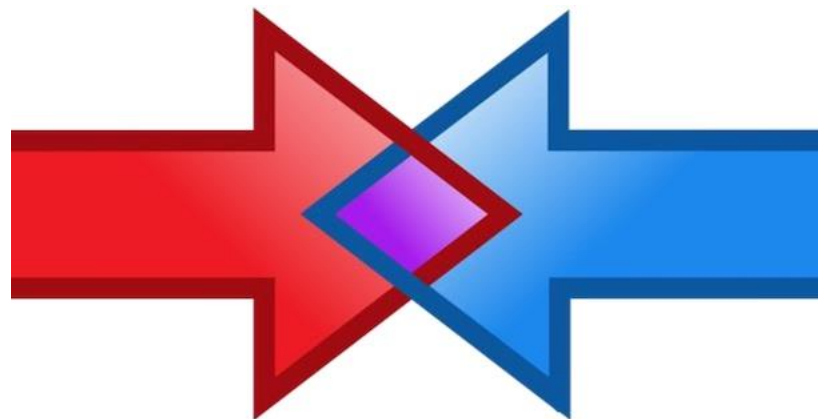


ΙΦΝΕ με ρευματικές και δερματικές εκδηλώσεις

Συζήτηση κλινικών περιπτώσεων

Δημήτρης Τσερώνης
Ρευματολόγος
Επιστημονικός Συνεργάτης
Δ ΠΠΚ ,ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»

Σύγκρουση συμφερόντων



Καμία

Κλινικές περιπτώσεις



I. Ασθενής με ν. Crohn εμφανίζει Αξονική Σπονδυλαρθρίτιδα μη ακτινολογικά επιβεβαιωμένη. Ποιος θεραπεύει και πως;



II. Ασθενής με Ελκώδη Κολίτιδα σε μακροχρόνια ύφεση, αναπτύσσει Αξονική Σπονδυλαρθρίτιδα με περιφερική συμμετοχή. Πως θεραπεύουμε;

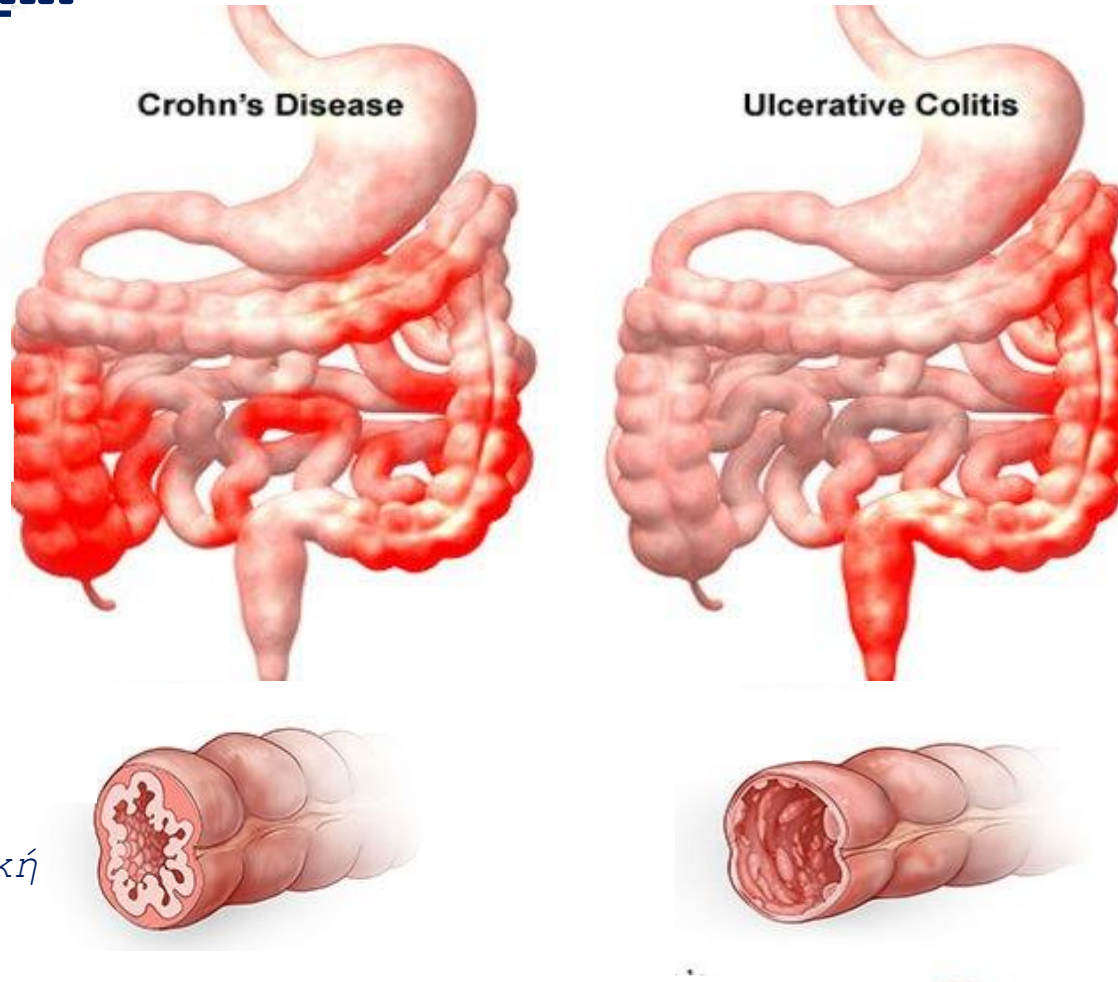
Για τους Ρευματολόγους

Νόσος του Crohn

-δύναται να προσβάλει **ολόκληρο** τον πεπτικό σωλήνα

30% - λεπτό έντερο
30-40% - λεπτό και παχύ
20-30% - παχύ έντερο

Προσβάλλει **όλες τις** **στοβάδες** και τμηματική προσβολή
- **Κοκκιωματώδης** φλεγμονή



Ελκώδης Κολίτιδα

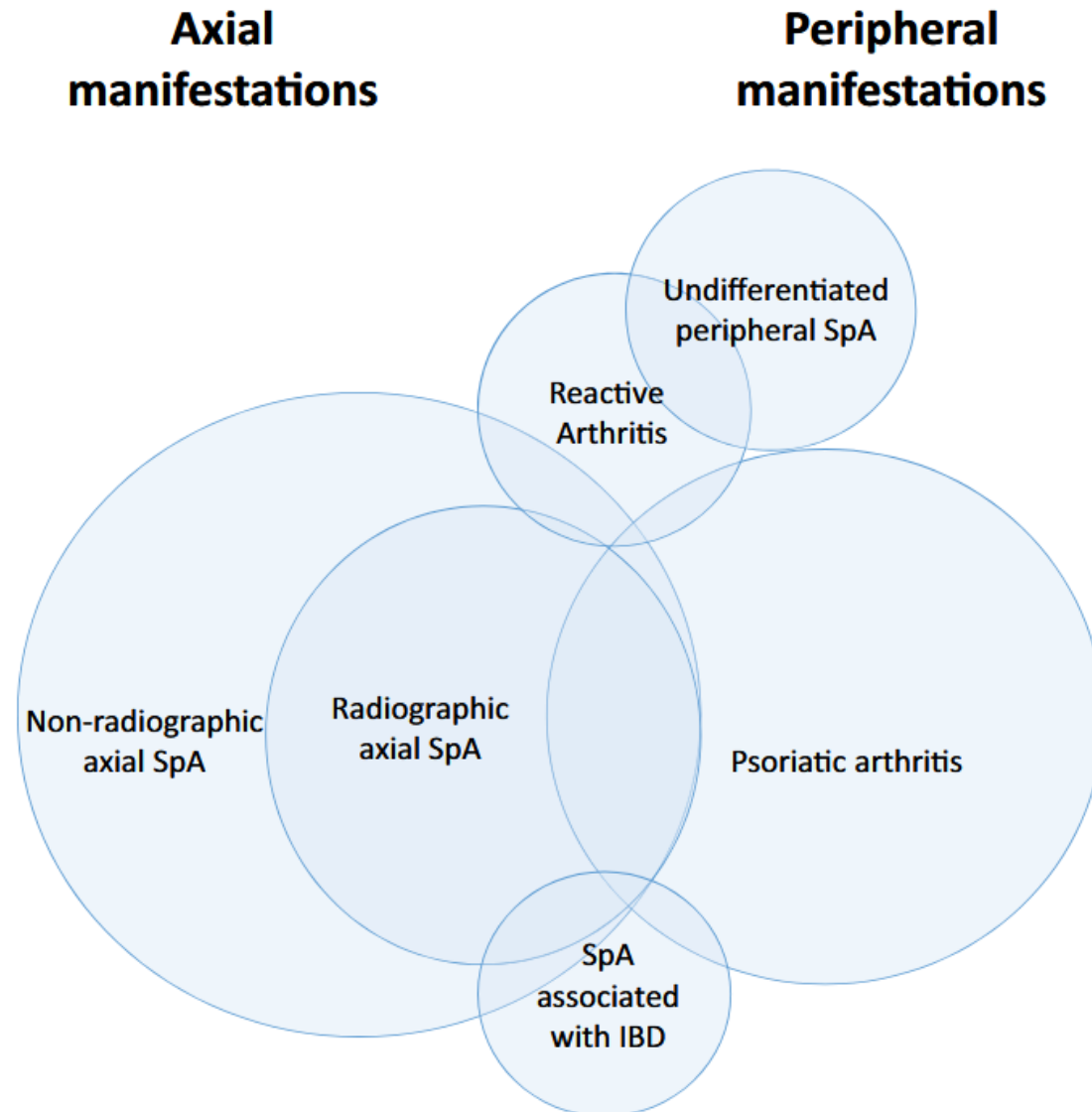
-προσβάλλει **μόνο το παχύ έντερο**

40-50% - ορθοσιγμοειδес
30-40% - αριστερή κολική καμπή
20% - πανκολίτιδα

Προσβάλλει μόνο τον **βλεννογόνο** -προσβολή κατά συνέχεια του εντέρου
- Δεν αναγνωρίζονται κοκκιώματα

Για τους Γαστρεντερολόγους

ΣΠΑ :



Κλινική Περίπτωση #1

- **Δημοσθένης 40 ετών** , πολιτικός μηχανικός
 - διάγνωση **v.Crohn – 8ετη** (καλή πορεία νόσου)
 - υπό Ustekinumab 90mg/12 weeks
- Καπνιστής : 20 pack year, Αλκοόλ : (-)
BMI : 25 , Δεν γυμνάζεται καθόλου
- **Λοιπό ιστορικό :**
ουδέν



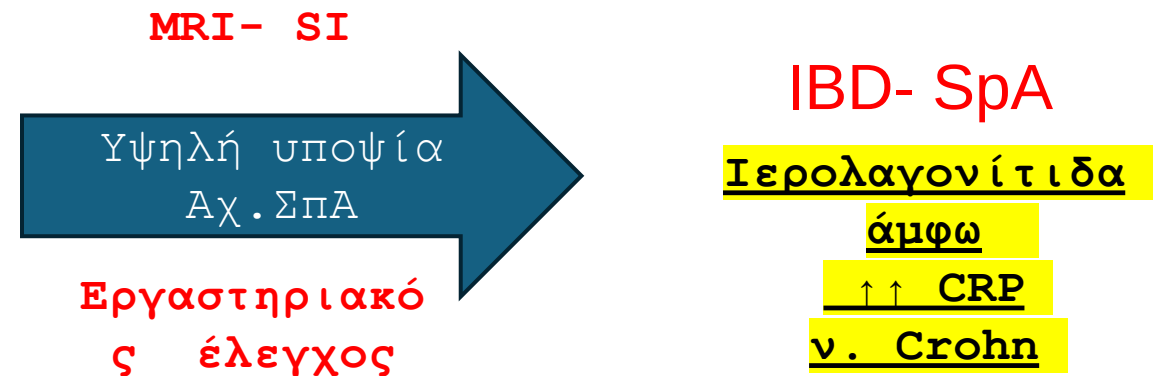
Παραπομπή σε Ρευματολόγο

- Τα τελευταία έτος :

- χαμηλή ραχιαλγία με φλ . χαρακτήρα ... ο ίδιος το αποδίδει στις πολλές ώρες εργασίας
- αρθραλγίες στα γόνατα κυρίως και ΠΧΚ ... ο ίδιος το αποδίδει σε κιλά που έχει πάρει τελευταία
- πρωινή δυσκαμψία 45 λεπτά έως 1 ώρα ... ο ίδιος το αποδίδει σε κακή ποιότητα ύπνου

- Η δική μας εκτίμηση :

- Αρθρίτιδα (δε) γονάτου , λοιπες αρθρώσεις : κφ
- ευαίσθητες ιερολαγόνιες , μετρολογία ΣΣ : κφ
- λοιπά συστήματα : κφ



Πως θα προχωρήσουμε

IBD-SpA	
Crohn	axSpA
(-) κενώσεις	(+) IBP
(-) πόνος	(+) αρθρίτιδα
Υπό θεραπεία	Άνευ αγωγής
Ύφεση	↑ενεργότητα

- Ποιος θα λάβει τις θεραπευτικές αποφάσεις ;

γαστρεντερολόγος ή Ρευματολόγος

- Τι θα επιλέξουμε για τον συγκεκριμένο ασθενή ;

- Μπορούμε να δώσουμε προσωρινά

ΜΣΑΦ

- ποια θα είναι η θεραπεία βάσης ?

- Ποιος θα λάβει τις θεραπευτικές αποφάσεις ;

- 62 ασθενείς με ΙΦΝΕ (διακλινική προσέγγιση) :

- 19 νέες διαγνώσεις ΣΠΑ

- 14 που είχαν διάγνωση ΣΠΑ τελικά δεν είχαν

- 25 άλλαξαν θεραπεία

- οι περισσότεροι ασθενείς αντιμετωπίστηκαν με TNF(i)

- μέσος χρόνος διάγνωσης ΣΠΑ =129 ημέρες



Effects of Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs on Inflammatory Bowel Disease: A Case-Control Study

Joseph B. Felder, M.D., Burton I. Korelitz, M.D., Ramona Rajapakse, M.D., Samuel Schwarz, M.D., Angelo P. Horatagis, M.D., and Gilbert Gleim, Ph.D.
Sections of Gastroenterology and Biostatistics, Department of Medicine, Lenox Hill Hospital and the New York University School of Medicine, New York, New York

- 60 IBD vs 61 IBS

Table 4. Onset and Exacerbation of Crohn's Disease, Ulcerative Colitis, and IBS Coincident With Use of NSAIDs

	CD (n = 36) No. (%)	UC (n = 24) No. (%)	Total IBD (n = 60) No. (%)	Controls IBS (n = 62) No. (%)
Never used NSAIDs	7 (n = 29) 5 (17%)	4 (n = 20) 5 (25%)	11 (n = 49) 10 (20%)	0 (n = 62) 2 (3%)
Used NSAIDs but insufficient recollection to correlate with disease	10 (34%)	3 (15%)	13 (27%)	2 (3%)
Use of NSAIDs correlate with symptoms but time relationships did not prove causality	6 (21%)	5 (25%)	11 (22%)	57 (92%)
Used NSAIDs for more than 1 month before exacerbation of symptoms	8 (28%)*	7 (35%)†	15 (31%)	1 (2%)
NSAID used <1 month and correlated with exacerbation or onset of disease				

* Five patients with exacerbation and 3 with onset.
† Six patients with exacerbation and 1 with onset.

Πιθανή έξαρση με ΜΣΑΦ : **31%** -IBD vs **2%** IBS

Non-steroidal anti-inflammatory drugs are associated with emergency admission to hospital for colitis due to inflammatory bowel disease

J M M Evans, A D McMahon, F E Murray, D G McDevitt, T M MacDonald

- 200 IBD vs 1178 HC

TABLE III Unadjusted and adjusted exposure odds ratios for NSAIDs among patients, stratified by incidence and diagnosis

Type of case	No (%) of patients exposed	No (%) of controls exposed	Unadjusted odds ratio (95% CI)	Adjusted odds ratio (95% CI)
Incident cases				
Current	10 (14)	23 (5.3)	2.96 (1.32 to 6.64)	2.39 (0.91 to 6.32)
Recent	11 (15)	32 (7.3)	2.51 (1.13 to 5.55)	1.89 (0.71 to 5.01)
Past	17 (23)	109 (25.0)	0.91 (0.49 to 1.68)	0.69 (0.35 to 1.35)
Non-incident cases				
Current	8 (6)	42 (5.5)	1.16 (0.52 to 2.59)	0.85 (0.35 to 2.05)
Recent	16 (13)	61 (8.0)	1.68 (0.93 to 3.03)	1.67 (0.86 to 3.24)
Past	33 (26)	169 (22.2)	1.25 (0.80 to 1.97)	1.15 (0.72 to 1.86)

Σχετικός κίνδυνος για ανάπτυξη ΙΦΝΕ:

σύγχρονη χορήγηση ΜΣΑΦ: OR **2.96** [CI: 95%, 1.32– 6.64]
παρελθούσα χορήγηση ΜΣΑΦ OR **2.51** [CI: 95%, 1.13–5.55]

Η χορήγηση κλασσικών ΜΣΑΦ επιδεινώνει τις ΙΦΝΕ (παλαιότερα δεδομένα)

Aspirin, nonsteroidal anti-inflammatory drug use, and risk for Crohn disease and ulcerative colitis: a cohort study

Variable	0 tablets/wk	0.5–1.5 tablets/wk	2–5 tablets/wk	>5 tablets/wk
NSAIDs				
Person-years of follow-up	600 068	314 140	198 903	182 207
CD				
Cases, <i>n</i>	48	25	24	26
Age-adjusted incidence, <i>n</i> [†]	8	8	12	14 [‡]
Age-adjusted HR (95% CI)	1.00 (reference)	1.13 (0.69–1.86)	1.72 (1.04–2.84)	1.78 (1.10–2.89)
Multivariate HR (95% CI) [§]	1.00 (reference)	1.09 (0.66–1.80)	1.68 (1.02–2.78)	1.71 (1.05–2.77)
UC				
Cases, <i>n</i>	47	23	20	27
Age-adjusted incidence, <i>n</i> [†]	8	7	10	15 [‡]
Age-adjusted HR (95% CI)	1.00 (reference)	1.03 (0.62–1.71)	1.38 (0.81–2.36)	1.90 (1.18–3.07)
Multivariate HR (95% CI) [§]	1.00 (reference)	1.00 (0.60–1.66)	1.30 (0.76–2.21)	1.78 (1.10–2.89)

«δοσο-
εξαρτημένη»
επίπτωση
ΙΦΝΕ

Νεότερα ΜΣΑΦ σε μικρότερες δόσεις έχουν χαμηλότερη τοξικότητα στις ΙΦΝΕ

ECCO Guidelines on Extraintestinal Manifestations in Inflammatory Bowel Disease

Hannah Gordon,^a Johan Burisch,^{b, c} Pierre Ellul,^c Konstantinos Karmiris,^d Konstantinos Katsanos,^e Mariangela Allocca,^f Giorgos Bamias,^{g, h} Manuel Barreiro-de Acosta,^{h, i} Tasanee Braithwaite,^j Thomas Greuter,^j Catherine Harwood,^k Pascal Juillerat,^{l, m} Triana Lobaton,^m Ulf Müller-Ladner,ⁿ Nurulamin Noor,^{o, p} Gianluca Pellino,^{p, q} Edoardo Savarino,^{q, r} Christoph Schramm,^r Alessandra Soriano,^s Jürgen Michael Stein,^t Mathieu Uzzan,^{u, v} Patrick F. van Rhee, ^{v, w} Stephan R. Vavricka,^w Maurizio Vecchi,^{x, y} Stephane Zuilvy,^y Torsten Kucharzik^z



4.2.2 NSAID use in the management of joint disease in IBD

Statement 17

There is no evidence of an association between NSAID use and UC flare [EL1], although there is potentially an association with CD flare [EL2]. We recommend that the decision to use NSAIDs for the management of arthropathy is made on a case-by-case basis [EL3]. Selective COX-2 inhibitors may be used for short periods of time [EL2] [consensus: 91%]

οι θεραπευτικές επιλογές για την v. Crohn

	Induction	Maintenance	Perianal disease	Peripheral Spondylo-arthritis	Axial Spondylo-arthritis	Pregnancy	Over 65 years
	i	i	ii				
Systemic corticosteroids	iv			iv	iv	iv	iv
Enteral release corticosteroids						v	v
Enteral Nutrition							
Thiopurines monotherapy						vi	vii
Methotrexate							
Infliximab							
Adalimumab							
Certolizumab							
Vedolizumab							
Ustekinumab							
Risankizumab				viii	ix		
Upadacitinib			x	xi	xii		xiii

οι θεραπευτικές επιλογές IBD-SpA

Θεραπείες για ΑΧΣΠΑ

anti- TNF	Infliximab Adalimumab Golimumab Certolizumab Pegol Etanercept
anti-IL17A	Secukimumab Ixekizumab
JAK-inhibitors	Tofacitinib Upadacitinib
ΜΣΑΦ	

«κοινές» θεραπείες

Θεραπείες για ΙΦΝΕ

anti- TNF	Infliximab Adalimumab Golimumab (UC) Certolizumab Pegol (CD)
anti-IL23	Vedolizumab Natalizumab (CD)
JAK-inhibitors	Tofacitinib (UC) Upadacitinib
Anti -IL12/23	Ustekinumab + ΨΑ
Anti -IL23	Bicikizumab

Τι προτείνουν οι ειδικοί ;

4.2.3 Management of axial spondyloarthritis

Statement 18

TNF α antagonists are recommended for treatment of axial spondyloarthritis associated with IBD. Vedolizumab and ustekinumab are not recommended in axial spondyloarthritis associated with IBD [EL2] [consensus: 96%]

4.2.4 Management of non-axial spondyloarthritis

Statement 19

TNF α antagonists are recommended for treatment of IBD-associated non-axial spondyloarthritis [EL2]. There are also data to support use of methotrexate, sulfasalazine, and ustekinumab [EL3] [consensus: 100%]



Agent		Axial spondyloarthritis	Non-axial spondyloarthritis
TNF-antagonist ^a	Sulfasalazine	Red	Yellow
	Methotrexate	Red	Green
		Green	Green
JAK inhibitor		Yellow	Yellow
Anti-integrin	Vedolizumab	Red	Red
Anti-IL-12/23	Ustekinumab	Red	Yellow
S1P-R modulator	Ozanimod	Red	Red

Μπορεί να χρησιμοποιηθούν
Τώρα να χρησιμοποιηθούν

Να μην χρησιμοποιηθούν

Κλινική περίπτωση #2



Φύλο ημ . Επίσκεψης 09/2024

Ηλικία: 43 Κάπνισμα : οχι

Ατομικο ιστορικό : **UC** (ύφεση)

Δασκάλα, μητέρα ενός παιδιού

- παραπέμπεται από Γ/Λ με:
 - **αρθραλγίες**, , κόπωση,
πρωινή δυσκαμψία > 30 min
- Φυσική εξέταση :
 - **συμμετρική πολυαρθρίτιδα**
λοιπά συστήματα : κφ
- Εργαστηριακός έλεγχος :
 - **↑ TKE , CRP X4** , ανοσολογικός (-)
- Φαρμακευτική αγωγή :
 - **5-ASA 2gr/day**

Δχ :

IBD –SpA (περιφερική αρθρίτιδα)



**Έναρξη κορτικοστεροειδών (15mg –prednisone με
γρήγορη μείωση) + ?**



- Μπορούμε να χορηγήσουμε csDmard (MTX) ;

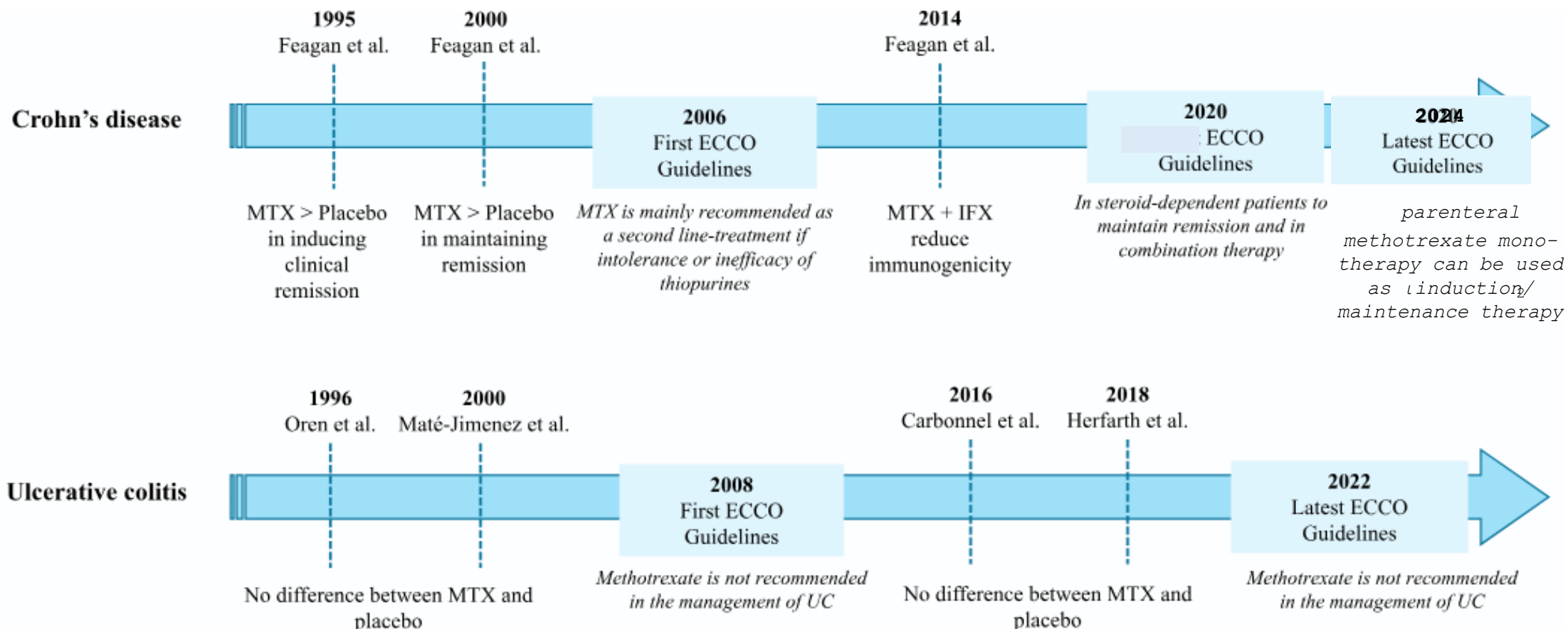
*«εφόσον υπάρχει μόνο περιφερική
αρθρίτιδα»*

- Επιλέγοντας βιολογική θεραπεία σε ποια δόση θα χορηγηθεί ;

*«εφόσον η πεπτική νόσος βρίσκεται σε
ύφεση»*

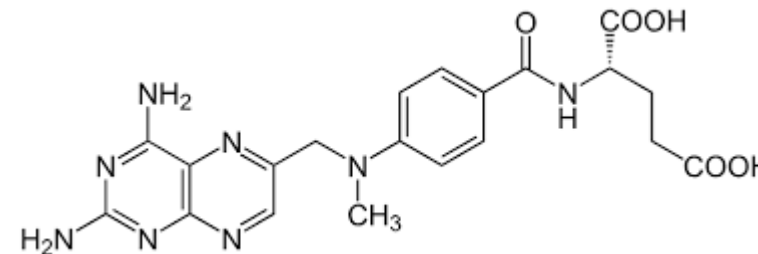
η Μεθοτρεξάτη στις ΙΦΝΕ

1



❑ Συστηματική ανασκόπηση :

- 15 RCTs, 27 μελέτες παρατήρησης
- 1995- 2022
- n :5799 (CD) , 2645 (UC)



- αποτελεσματική στην νόσο Crohn , κυρίως στους ασθενείς με κορτικό- εξαρτώμενη νόσο
- Μεγαλύτερη ανταπόκριση όταν χορηγείται υποδορίως σε δόσεις 15 – 25 mg ,
- Δεν τεκμηριώθηκε αποτελεσματικότητα στην ελκώδη κολίτιδα
- Ασφαλής θεραπευτική επιλογή

διαφορετικό δοσολογικό σχήμα

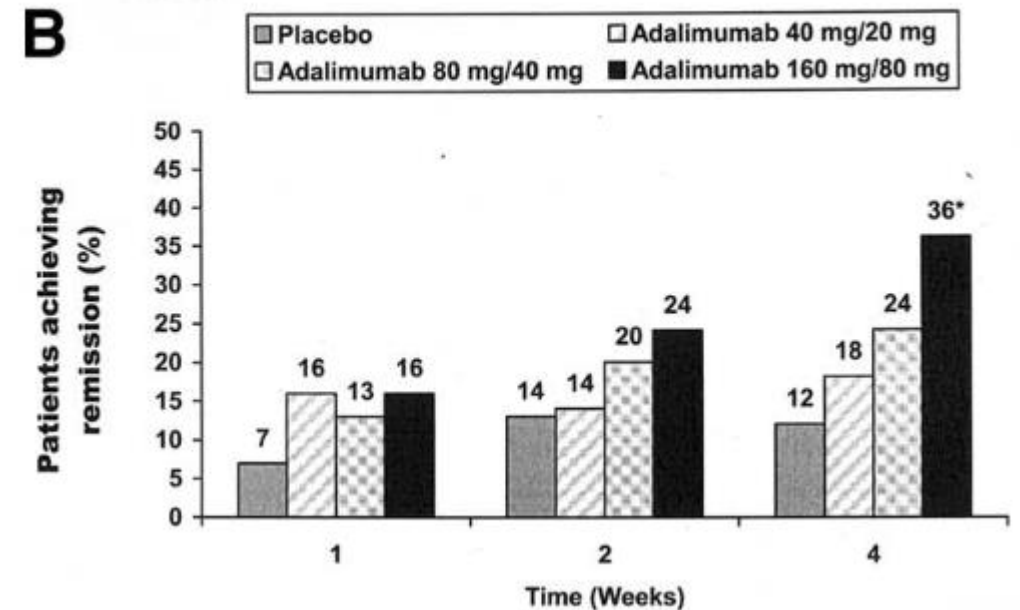
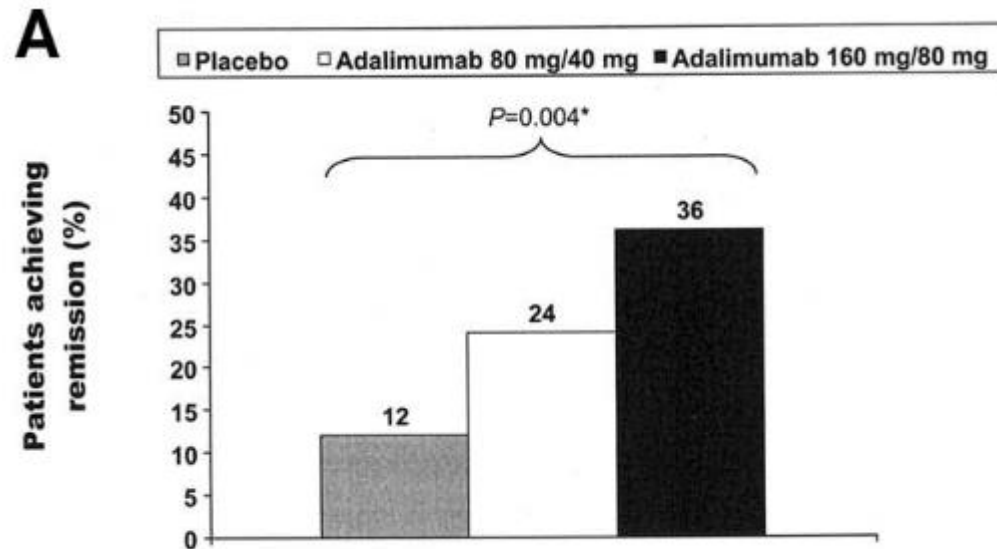
	Ρευματολογία	Γαστρεντερολογία
Infliximab	RA: 3 (→7,5) mg/kg* 0-2-6 wks AS, PsA: 5 mg/kg* 0-2-6 wks	5 mg/kg* 0-2-6 wks & 5 mg/kg* every 8 wks
Adalimumab	40 mg every 2 wks	160 mg→80mg →40 mg 0-2-4-wks & 40 mg every 2 wks
Golimumab	50 mg every 4 wks , (or 100 mg every 4 wks if > 100kg)	200 mg →100mg →40 mg 0-2-6-wks & 50 mg every 4 wks (< 80kg) or 100 mg every 4 wks (> 80kg)
Tofacitinib	5 mg bid	10 mg bid for 8 wks & 5 mg bid
Upadacitinib	15 mg/ day	45 mg/day -12 weeks→15 mg /day
Ustekinumab	45mg s.c.: 0-4 wks, then every 12 wks (or 90mg doses if > 100 kg)	6mg/kg* i.v. →90mg s.c wk8 & 90 mg every 8-12 wks s.c

Human Anti-Tumor Necrosis Factor Monoclonal Antibody (Adalimumab) in Crohn's Disease: the CLASSIC-I Trial

STEPHEN B. HANAUER,* WILLIAM J. SANDBORN,[†] PAUL RUTGEERTS,[§] RICHARD N. FEDORAK,[¶] MILAN LUKAS,^{||} DONALD MACINTOSH,[#] REMO PANACCIONE,** DOUGLAS WOLF,^{††} and PAUL POLLACK^{§§}

*Division of Gastroenterology, University of Chicago Medical Center, Chicago, Illinois; [†]Department of Gastroenterology and Hepatology, Mayo Clinic, Rochester, Minnesota; [§]Department of Gastroenterology, Universitaire Ziekenhuizen Leuven, UZ Gasthuisberg, Leuven, Belgium; [¶]Division of Gastroenterology, University of Alberta, Edmonton, Alberta, Canada; ^{||}Clinical Department of Gastroenterology and Hepatology, Charles University, Prague, Czech Republic; [#]Department of Medicine, Dalhousie University, Halifax, Nova Scotia, Canada; **Gastroenterology and Hepatology, University of Calgary, Calgary, Alberta, Canada; ^{††}Atlanta Gastroenterology Associates, Atlanta, Georgia; and ^{§§}Abbott Laboratories, Parsippany, New Jersey

Χάνω πιθανή έξαρση της Crohn που όμως δεν μου έχει δώσει συμπτώματα από το γαστρεντερικό μέχρι τώρα?



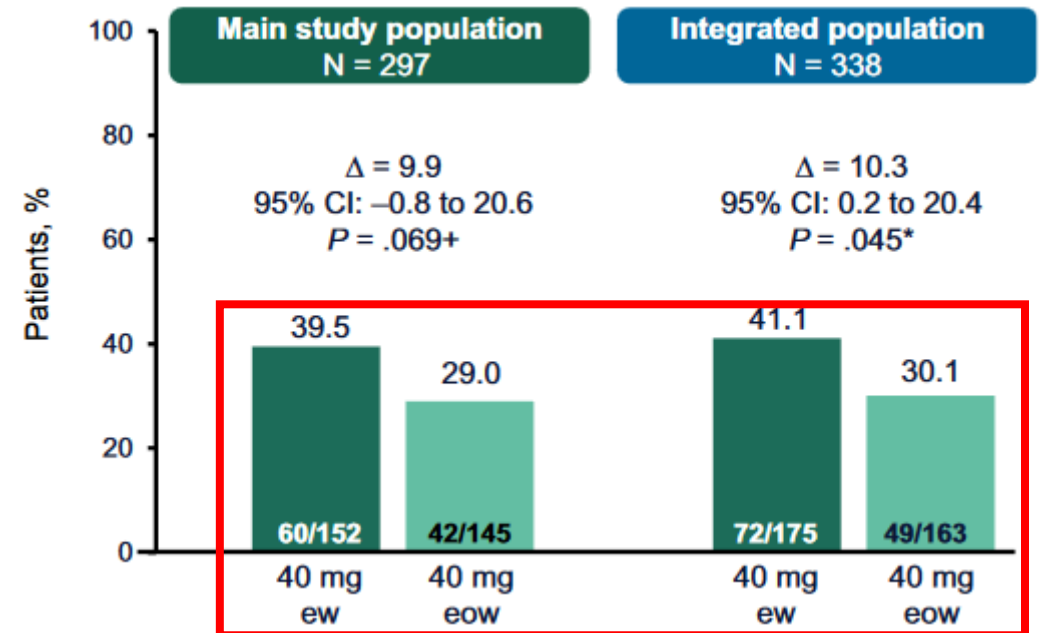
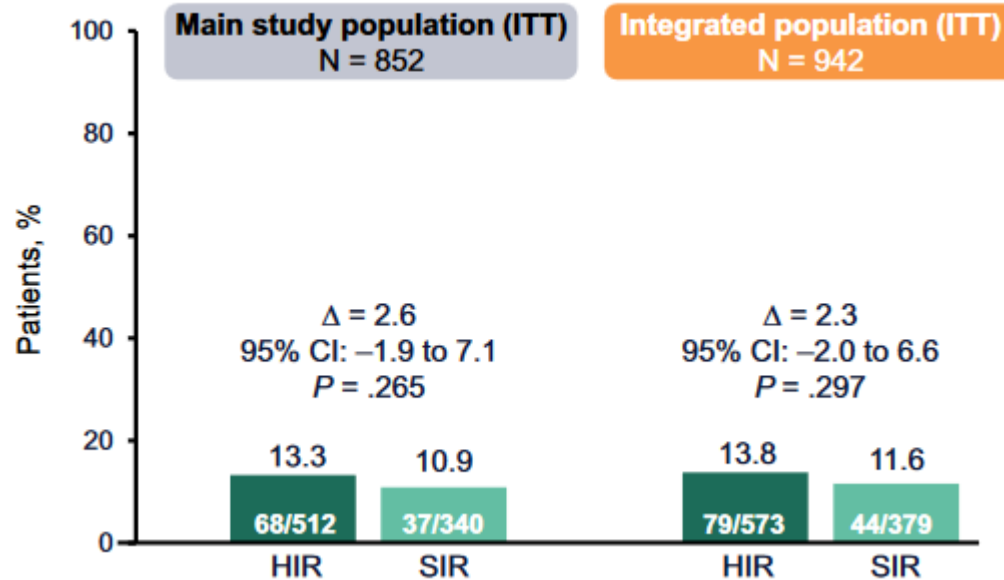
Conclusions: Adalimumab was superior to placebo for induction of remission in patients with moderate to severe Crohn's disease naive to anti-TNF therapy. **The optimal induction dosing regimen for adalimumab in this study was 160 mg at week 0 followed by 80 mg at week 2.** Adalimumab was well tolerated.

Higher vs Standard Adalimumab Induction and Maintenance Dosing Regimens for Treatment of Ulcerative Colitis: SERENE UC Trial Results

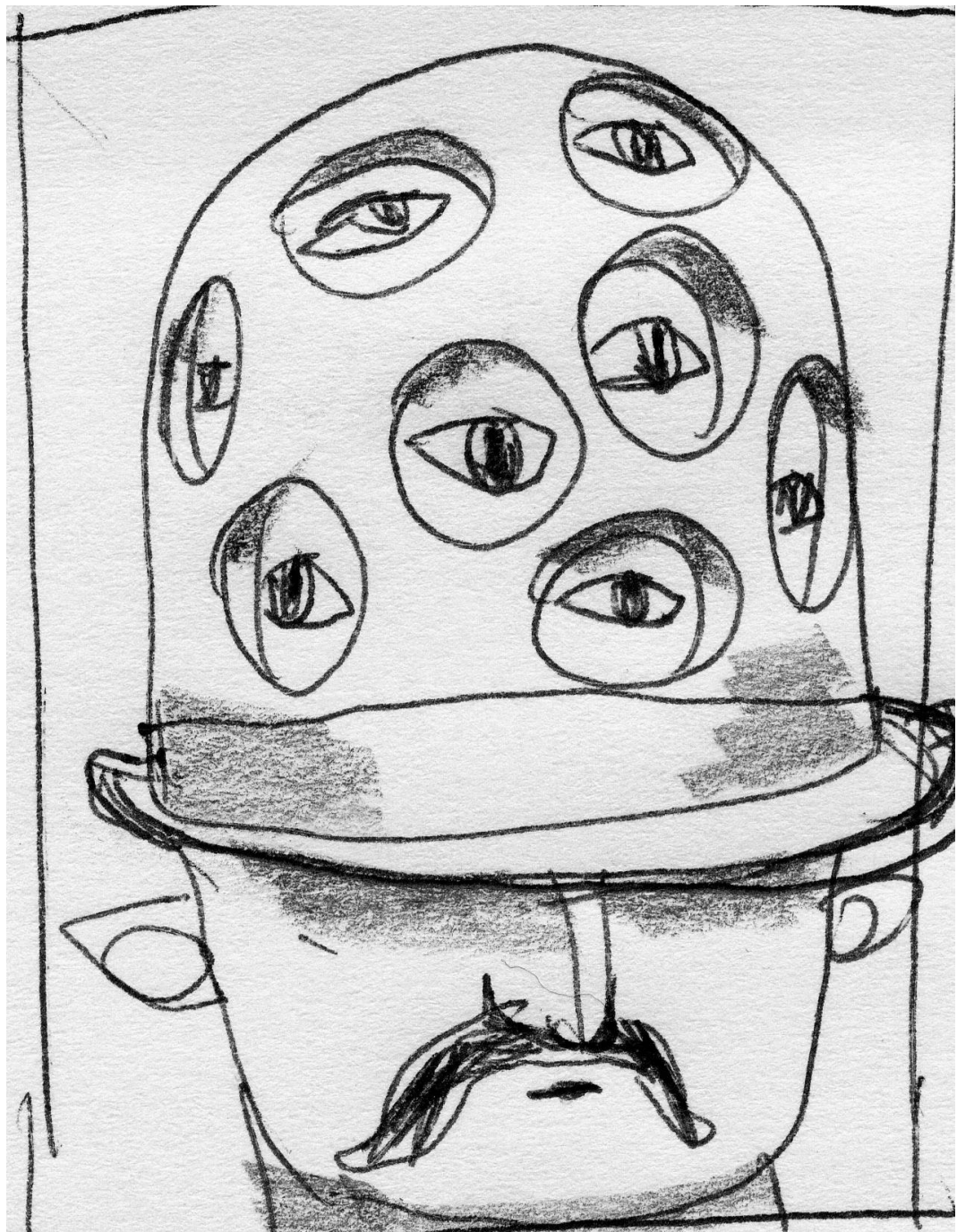
Julián Panés,¹ Jean-Frederic Colombel,² Geert R. D'Haens,³ Stefan Schreiber,⁴ Remo Panaccione,⁵ Laurent Peyrin-Biroulet,⁶ Edward V. Loftus Jr,⁷ Silvio Danese,⁸ Satoshi Tanida,⁹ Yusuke Okuyama,¹⁰ Edouard Louis,¹¹ Alessandro Armuzzi,^{12,*} Marc Ferrante,¹³ Harald Vogelsang,¹⁴ Toshifumi Hibi,¹⁵ Mamoru Watanabe,¹⁶ Jessica Lefebvre,¹⁷ Tricia Finney-Hayward,¹⁸ Yuri Sanchez Gonzalez,¹⁷ Thao T. Doan,¹⁷ Nael M. Mostafa,¹⁷ Kimitoshi Ikeda,¹⁹ Wangang Xie,¹⁷ Bidan Huang,¹⁷ Joel Petersson,¹⁷ Jasmina Kalabic,²⁰ Anne M. Robinson,¹⁷ and William J. Sandborn²¹

Χάνω πιθανή έξαρση της ελκώδους κολίτιδας που όμως δεν μου έχει δώσει συμπτώματα από το γαστρεντερικό μέχρι τώρα?

- 120 κέντρα , 19 χώρες
- RCT – phase 3
- Σκοπός : κλινική ύφεση σε υψηλότερη δόση εφόδου και συντήρησης με ADALIMUMAB



Περισσότεροι ασθενείς πέτυχαν την ύφεση στην υψηλότερη δόση ... όχι όμως στατιστικά σημαντικά



Σας ευχαριστώ
!