



ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΙ & ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΙ ΧΕΙΡΙΣΜΟΙ ΜΕ ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ

ΣΠΥΡΟΣ Ν ΝΙΚΑΣ

ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΟΣ

MSUS SPECIALIST

ΕΠΙΣΤ. ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ Ρ/Κ ΚΛ. ΠΠΓΝΙ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ

SNNIKAS@YAHOO.COM





ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΙ & ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΙ ΧΕΙΡΙΣΜΟΙ ΜΕ ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΙΔΙΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΜΙΚΡΟΤΕΡΟ ΚΟΣΤΟΣ

ΣΠΥΡΟΣ Ν ΝΙΚΑΣ

ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΟΣ

MSUS SPECIALIST

ΕΠΙΣΤ. ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ Ρ/Κ ΚΛ ΠΠΓΝΙ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ

SNNIKAS@YAHOO.COM



Conflict of interest (2y)

BMS (4/15)

ABBVIE (3/14)

Amgen (5/15)

BIANEE (10 /14)

MSD (11/15)

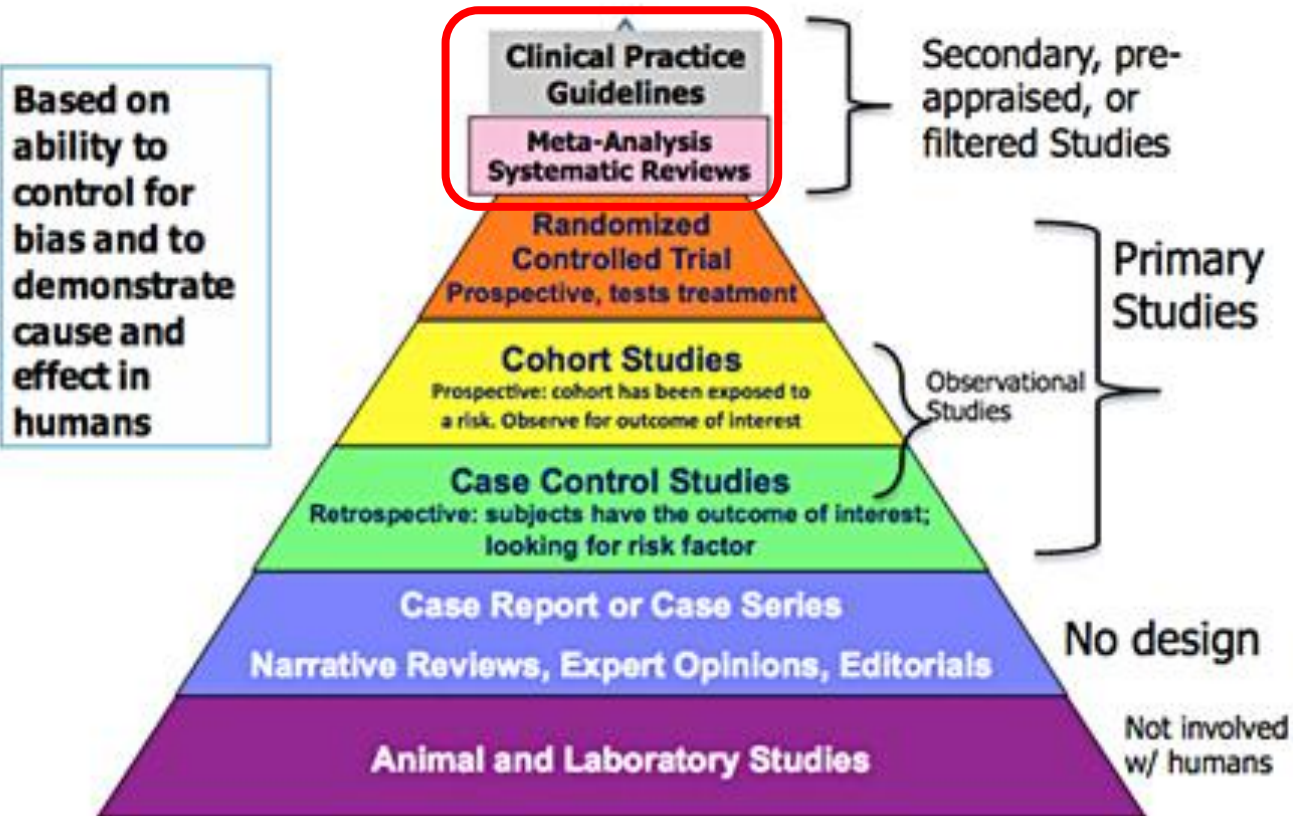
ENORASIS (5/15)

ROCHE (10/15)

PFIZER (6/15)

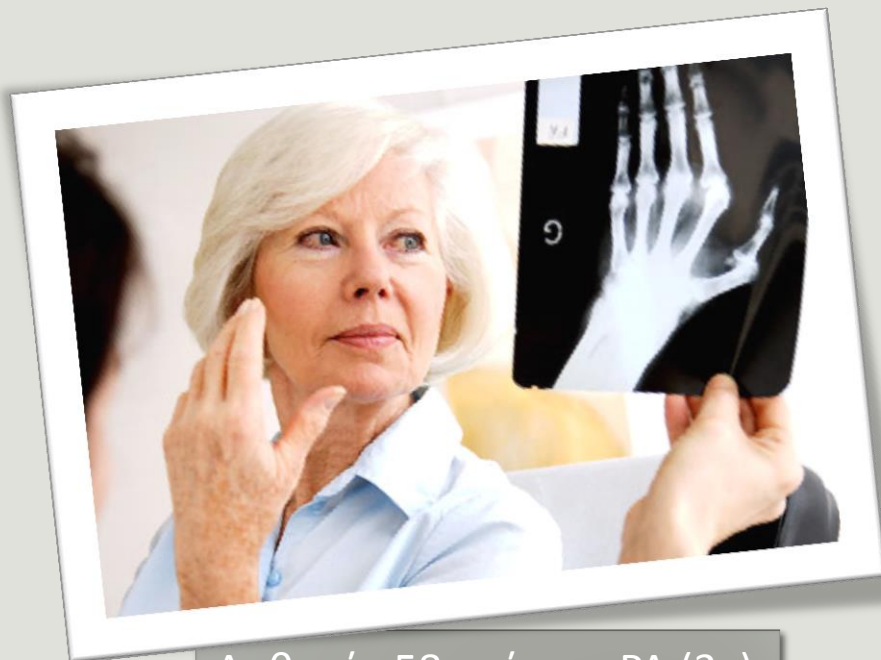
ΚΑΜΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ

Hierarchy of Research Designs & Levels of Scientific Evidence



ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ





Ασθενής 58 ετών με ΡΑ (3γ)
 Ηχ -
 MTX 17,5 mg/w
 DAS28 : 2,7

ΣΠΥΡΟΣ Ν. ΝΙΚΑΣ
 ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΟΣ

ΚΑΠΛΑΝΗ 5
 ΙΩΑΝΝΙΝΑ

ΤΗΛ. ΙΑΤΡΕΙΟΥ: 26510 39048
 ΚΙΝΗΤΟ: 6944 874218

Δι' Ιατρολογίου Νέας Α

· Ιατρ. Αρ. Δρ. — ΚΕ CPO

· Δι. Υπερ., Γρε, Αρ., Αστ;
 γερ. Αρ. Αρ. 204
 K⁺, Na⁺, Ca⁺

· Γεωργίου

Ιωάννινα / 201

Multinational evidence-based recommendations for the use of methotrexate in rheumatic disorders with a focus on rheumatoid arthritis: integrating systematic literature research and expert opinion of a broad international panel of rheumatologists in the 3E Initiative

K Visser,¹ W Katchamart,² E Loza,³ J A Martinez-Lopez,⁴ C Salliot,⁵ J Trudeau,⁶ C Bombardier,^{2,7} L Carmona,⁴ D van der Heijde,¹ J W J Bijlsma,⁸ D T Boumpas,⁹ H Canhao,¹⁰ C J Edwards,¹¹ V Hamuryudan,¹² T K Kvien,¹³ B F Leeb,¹⁴ E M Martín-Mola,¹⁵ H. Mielants,¹⁶ U Müller-Ladner,¹⁷ G Murphy,¹⁸ M Østergaard,¹⁹ I A Pereira,²⁰ C Ramos-Remus,²¹ G Valentini,²² J Zochling,²³ M Dougados⁵

Multinational evidence-based recommendations for the use of methotrexate in rheumatic disorders with a focus on rheumatoid arthritis: integrating systematic literature research and expert opinion of a broad international panel of rheumatologists in the 3E Initiative

K Visser,¹ W Katchamart,² E Loza,³ J A Martinez-Lopez,⁴ C Salliot,⁵ J Trudeau,⁶ C Bombardier,^{2,7} L Carmona,⁴ D van der Heijde,¹ J W J Bijlsma,⁸ D T Boumpas,⁹ H Canhao,¹⁰ C J Edwards,¹¹ V Hamuryudan,¹² T K Kvien,¹³ B F Leeb,¹⁴ E M Martin-Mola,¹⁵ H. Mielants,¹⁶ U Müller-Ladner,¹⁷ G Murphy,¹⁸ M Østergaard,¹⁹ I A Pereira,²⁰ C Ramos-Remus,²¹ G Valentini,²² J Zochling.²³ M Dougados⁵

Recommendation

Table 2 Multinational recommendations for the use of methotrexate in RA (1–10) and other rheumatic disorders (8)

Recommendation	Level of evidence	Grade of recommendation	Agreement mean (SD)
1 The work-up for patients starting methotrexate should include clinical assessment of risk factors for methotrexate toxicity (including alcohol intake), patient education, AST, ALT, albumin, CBC, creatinine, chest x ray (obtained within the previous year); consider serology for HIV, hepatitis B/C, blood fasting glucose, lipid profile and pregnancy test.	4	C	8.2 (1.9)
2 Oral methotrexate should be started at 10–15 mg/week, with escalation of 5 mg every 2–4 weeks up to 20–30 mg/week, depending on clinical response and tolerability; parenteral administration should be considered in the case of inadequate clinical response or intolerance.	2b	B	7.8 (2.6)
4 When starting methotrexate or increasing the dose, ALT with or without AST, creatinine and CBC should be performed every 1–1.5 months until a stable dose is reached and every 1–3 months thereafter; clinical assessment for side effects and risk factors should be performed at each visit.			
ULN, but may be reinstituted at a lower dose following normalisation. If the ALT/AST levels are persistently elevated up to three times the ULN, the dose of methotrexate should be adjusted; diagnostic procedures should be considered in the case of persistently elevated ALT/AST more than three times the ULN after discontinuation.			
6 Based on its acceptable safety profile, methotrexate is appropriate for long-term use.	2b	B	8.7 (1.9)
7 In DMARD-naïve patients the balance of the efficacy/toxicity favours methotrexate monotherapy over combination with other conventional DMARD; methotrexate should be considered as the anchor for combination therapy when methotrexate monotherapy does not achieve disease control.	1a–	A	8.3 (2.1)
8 Methotrexate, as a steroid-sparing agent, is recommended in giant-cell arteritis and polymyalgia rheumatica and can be considered in patients with systemic lupus erythematosus or (juvenile) dermatomyositis.	1b	B	7.7 (2.1)
9 Methotrexate can be safely continued in the perioperative period in RA patients undergoing elective orthopaedic surgery.	1b	B	8.8 (1.9)
10 Methotrexate should not be used for at least 3 months before planned pregnancy for men and women and should not be used during pregnancy or breast feeding.	4	C	8.2 (2.7)

ALT, alanine aminotransferase; AST, aspartate aminotransferase; CBC, complete blood count; DMARD, disease-modifying antirheumatic drug; RA, rheumatoid arthritis; ULN, upper limit of normal.



Ασθενής 58 ετών με ΡΑ (3γ)
 MTX 17,5 mg/w
 DAS28 : 2,7

ΣΠΥΡΟΣ Ν. ΝΙΚΑΣ
 ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΟΣ

ΚΑΠΛΑΝΗΣ
 ΙΩΑΝΝΙΝΑ

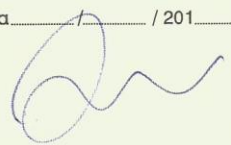
ΤΗΛ. ΙΑΤΡΕΙΟΥ: 26510 39048
 ΚΙΝΗΤΟ: 6944 874218

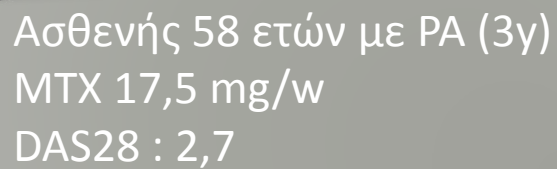
Δι' Ιατρολογίου Νέας Α

· Ιατρ. Αρθρ. — ΚΕ. ΕΡΕ.

· Χρ. Υπερ., Γρε, Αρ., Αστ;
 γερ. Αρθρ. ΟΕ. 2η
 γ+, Na⁺, Ca⁺.

· Γράψω

Ιωάννινα / 201




ΚΑΙ ΤΟ ΛΙΠΙΔΙΑΜΙΚΟ ΠΡΟΦΙΛ ?????



EULAR evidence-based recommendations for cardiovascular risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory arthritis

M J L Peters,¹ D P M Symmons,² D McCarey,³ B A C Dijkmans,^{1,4} P Nicola,⁵ T K Kvien,⁶ I B McInnes,⁷ H Haentzschel,⁸ M A Gonzalez-Gay,⁹ S Provan,⁶ A Semb,⁶ P Sidiropoulos,¹⁰ G Kitas,¹¹ Y M Smulders,¹² M Soubrier,¹³ Z Szekanecz,¹⁴ N Sattar,¹⁵ M T Nurmohamed^{1,4,13}

Recommendations	Level of evidence	Strength of recommendation
1. RA should be regarded as a condition associated with higher risk for CV disease. This may also apply to AS and PsA, although the evidence base is less. The increased risk appears to be due to both an increased	2b–3	B

3. CV risk assessment using national guidelines is recommended for all patients with RA and should be considered annually for all patients with AS and PsA. Risk assessments should be repeated when antirheumatic treatment has been changed

– Disease duration of more than 10 years		
– RF or anti-CCP positivity		
– Presence of certain extra-articular manifestations		
5. TC/HDL cholesterol ratio should be used when the SCORE model is used	3	C
6. Intervention should be carried out according to national guidelines	3	C
7. Statins, ACE inhibitors and/or AT-II blockers are preferred treatment options	2a–3	C-D
8. The role of coxibs and most NSAIDs in CV risk is not well established and needs further investigation. Hence, we should be very cautious about prescribing them, especially for patients with a documented CV disease or in the presence of CV risk factors	2a–3	C
9. Corticosteroids: use the lowest dose possible	3	C
10. Recommend smoking cessation	3	C



EULAR evidence-based recommendations for cardiovascular risk management in patients with rheumatoid arthritis and other forms of inflammatory arthritis

M J L Peters,¹ D P M Symmons,² D McCarey,³ B A C Dijkmans,^{1,4} P Nicola,⁵ T K Kvien,⁶ I B McInnes,⁷ H Haentzschel,⁸ M A Gonzalez-Gay,⁹ S Provan,⁶ A Semb,⁶ P Sidiropoulos,¹⁰ G Kitas,¹¹ Y M Smulders,¹² M Soubrier,¹³ Z Szekanecz,¹⁴ N Sattar,¹⁵ M T Nurmohamed^{1,4,13}

AS and PsA. In this regard, to ensure sufficient take up of CV risk assessment, we have recommended that all patients receive an annual CV risk assessment but we recognise that in patients with low CV risk and inactive disease a lower frequency of

noted that CV risk assessment can be easily incorporated into a routine visit to monitor RA by addition of the determination of non-fasting lipids (cholesterol and HDL-c) to routine laboratory tests and by measurement of blood pressure.



HeartScore[®]



Αρχική
σελίδα



Εκτύπωση



Κατάλογος
ασθενών



Δημιουργήστε
νέο ασθενή



Αποσύνδεση Spyros Nikas

Όνομα ασθενή **Spyros Nikas**

Μοντέλο κινδύνου: Greek

Υπολογίστε τον 10-ετή καρδιαγγειακό κίνδυνο
Καταχωρήστε την συστολική πίεση
για να βελτιώσετε την κατάσταση

Ημερομηνία
εξέτασης

29/03/2016

Συστολική Αρτηριακή Πίεση (mmHg)
Συστολική Αρτηριακή Πίεση πρέπει να είναι <140 mmHg

Χοληστερόλη (mmol/L or mg/dL)
Χοληστερόλη πρέπει να βρίσκεται <5 mmol/L

Καπνιστής



Υπολογίστε τον κίνδυνο

Συνοπτική Εξέταση
Συνολικός Καρδιαγγειακός Κίνδυνος | Προσωπική συμβουλή υγείας

Δεδομένα εξέτασης

Ημερομηνία εξέτασης 20 April 2016
Όνομα ασθενή Spyros Nikas
Ηλικία 45 (5/1970)
Φύλο Άνδρας

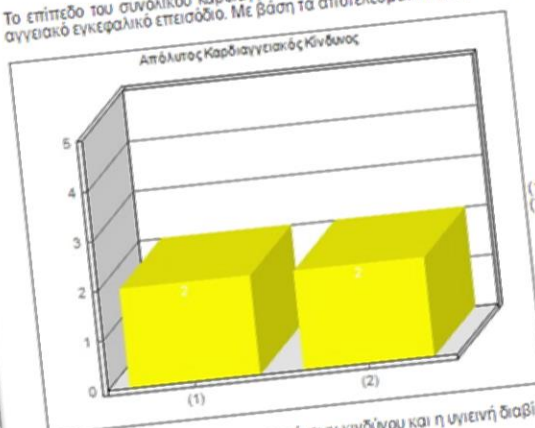
Παράγοντες κινδύνου
Συστολική Αρτηριακή Πίεση
Χοληστερόλη
Καπνιστής

Ο συνολικός σας καρδιαγγειακός κίνδυνος*

* Ο συνολικός καρδιαγγειακός κίνδυνος αναφέρεται στον 10-ετή κίνδυνο θανάτου

Συνολικός Καρδιαγγειακός Κίνδυνος

Το επίπεδο του συνολικού καρδιαγγειακού κινδύνου (αριστερή στήλη κάτω) σας δείχνει την πιθανότητα να υπάρξει ένα θανατηφόρο σύμπτωμα, όπως έμφραγμα ή αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Με βάση τα αποτελέσματα της εξέτασης ο συνολικός σας κίνδυνος είναι 2%



- (1) Ο τωρινός σας κίνδυνος είναι 2%
- (2) Ο κίνδυνός σας είναι ήδη στον στόχο ή και χαμηλότερος, πράγμα ικανοποιητικό

Η συνεχής υπενθύμιση των παραγόντων κινδύνου και η υγιεινή διαβίωση θα σας βοηθήσουν να παραμείνετε σε χαμηλό κίνδυνο



ΣΠΥΡΟΣ Ν. ΝΙΚΑΣ
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΟΣ

ΚΑΠΛΑΝΗΣ
ΙΩΑΝΝΙΝΑ

ΤΗΛ. ΙΑΤΡΕΙΟΥ: 26510 39048
ΚΙΝΗΤΟ: 6944 874218

Γεωργία Χριστίνα, 35 ετών
ΣΕΑ

ΠΕΝ. ΑΥΤΟΣΤ. ΚΕ. (CRP

Αν. Ντε. Γα. Αντ. ΔΣΤ

γ. Γα. ΑΥΡ. ΑΣΒ.

Κ. Νάτ. (Ηρό, ΤΡΟ. ΗΡΟ)

Συν. Αίμα

Ιωάννινα / / 201

Κάθε 3 μήνες

Συμπεράσματα (I)

- Οι ασθενείς με ΣΕΛ εμφανίζουν σημαντικό φλεγμονώδες φορτίο ιδίως στα πρώτα 5-10 έτη από τη διάγνωση, περίοδος κατά την οποία απαιτείται τακτική κλινικο-εργαστηριακή παρακολούθηση (γεν. αίματος, κρεατινίνη, γεν. ούρων, [αντι-φωσφολιπιδικά])
- Φύλο, ηλικία διάγνωσης, anti-dsDNA και αντι-φωσφολιπιδικά αντισώματα συσχετίζονται με προγνωστικά σημαντικούς φαινοτύπους της νόσου
- Με τις διαθέσιμες θεραπείες, παρά τον αρχικό έλεγχο της νόσου, ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών παρουσιάζει υπολειπόμενη ενεργότητα ή υποτροπές, τα οποία συνεπάγονται αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης βλάβης οργάνων (ανάγκη εκτίμησης ενεργότητας/χρονιότητας)
- ΣΕΛ με χρονιότητα (damage) αντιστοιχεί σε σοβαρή νόσο με ανεπαρκή ανταπόκριση στη θεραπεία



Μετεκπαιδευτικά Μαθήματα
Ρευματολογίας
21^η ΣΕΙΡΑ
10-13 Δεκεμβρίου 2015



ΕΛΛΗΝΙΚΗ
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ
ΕΤΑΙΡΕΙΑ
&
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ
ΕΝΩΣΗ
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΩΝ
ΕΛΛΑΔΟΣ

European League Against Rheumatism recommendations for monitoring patients with systemic lupus erythematosus in clinical practice and in observational studies

M Mosca,¹ C Tani,¹ M Aringer,² S Bombardieri,¹ D Boumpas,³ R Brey,⁴ R Cervera,⁵
A Doria,⁶ D Jayne,⁷ M A Khamashta,⁸ A Kuhn,⁹ C Gordon,¹⁰ M Petri,¹¹ O P Rekvig,¹²
M Schneider,¹³ Y Sherer,¹⁴ Y Shoenfeld,¹⁵ J S Smolen,¹⁶ R Talarico,¹ A Tincani,¹⁷
R F van Vollenhoven,¹⁸ M M Ward,¹⁹ V P Werth,²⁰ L Carmona²¹

Ann Rheum Dis 2010;**69**:1269–1274. doi:10.1136/ard.2009.117200

6. Laboratory assessment

We recommend the monitoring of the following autoantibodies and complement:

at baseline: ANA, anti-dsDNA, anti-Ro, anti-La, anti-RNP, anti-Sm, anti-phospholipid, C3, C4

re-evaluation in previously negative patients of: anti-phospholipid antibodies: prior to pregnancy, surgery, transplant and use of oestrogen-containing treatments, or in the presence of a new neurological or vascular event; anti-Ro and anti-La antibodies before pregnancy; anti-dsDNA/C3 C4 may support evidence of disease activity/remission

Other laboratory assessments. At 6–12 months intervals patients with inactive disease should have:

complete blood count

erythrocyte sedimentation rate

C reactive protein

serum albumin

serum creatinine (or eGFR)

urinalysis and urine protein/creatinine ratio

NB: if a patient is on a specific drug treatment, monitoring for that drug is required as well

Annals of the Rheumatic Diseases

The Eular Journal

An international peer-reviewed journal for health professionals and researchers in the rheumatic diseases

[Online First](#)

[Current issue](#)

[Archive](#)

[About the journal](#)

[Submit a paper](#)

[Online First](#)

[Current issue](#)

[Archive](#)

[Supplements](#)

[eLetters](#)

[Topic collections](#)

[RSS](#)

[Home](#) > [Volume 74, Issue 10](#) > [Article](#)

Ann Rheum Dis 2015;74:1799-1807 doi:10.1136/annrheumdis-2015-207492

Recommendation

2015 Recommendations for the management of polymyalgia rheumatica: a European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology collaborative initiative

Christian Dejaco^{1,2}, Yogesh P Singh², Pablo Perel³, Andrew Hutchings⁴, Dario Camellino⁵, Sarah Mackie⁶, Andy Abiri⁷, Artur Bachta⁸, Peter Balint⁹, Kevin Barraclough¹⁰, Lina Biancon¹¹, Frank Buttgereit¹², Steven Carsons¹³, Daniel Ching¹⁴, Maria Cid¹⁵, Marco Cimmino⁵, Andreas Diamantopoulos¹⁶, William Docken¹⁷, Christina Duftner¹⁸, Billy Fashanu², Kate Gilbert¹⁹, Pamela Hildreth¹⁰, Jane Hollywood², David Jayne²⁰, Manuella Lima²¹, Ajesh Maharaj²², Christian Mallen²³, Victor Martinez-Taboada²⁴, Mehrdad Maz²⁵, Steven Merry²⁶, Jean Miller¹⁰, Shunsuke Mori²⁷, Lorna Neill¹⁰, Elisabeth Nordborg²⁸, Jennifer Nott¹⁰, Hannah Padbury¹⁰, Colin Pease⁶, Carlo Salvarani²⁹, Michael Schirmer¹⁸, Wolfgang Schmidt³⁰, Robert Spiera³¹, David Tronnier³², Alexandre Wagner³³, Madeline Whitlock², Eric L Matteson³⁴, Bhaskar Dasgupta²

Madeline Whitlock², Eric L Matteson³⁴, Bhaskar Dasgupta²,
Wolfgang Schmidt³⁰, Robert Spiera³¹, David Tronnier³², Alexandre Wagner³³,
Jennifer Nott¹⁰, Hannah Padbury¹⁰, Colin Pease⁶, Carlo Salvarani²⁹, Michael Schirmer¹⁸,
Steven Merry²⁶, Jean Miller¹⁰, Shunsuke Mori²⁷, Lorna Neill¹⁰, Elisabeth Nordborg²⁸,
Ajesh Maharaj²², Christian Mallen²³, Victor Martinez-Taboada²⁴, Mehrdad Maz²⁵,
Kate Gilbert¹⁹, Pamela Hildreth¹⁰, Jane Hollywood², David Jayne²⁰, Manuella Lima²¹,
Andreas Diamantopoulos¹⁶, William Docken¹⁷, Christina Duftner¹⁸, Billy Fashanu²

Αξον  ες

Γαστ  σκόπηση

Κολο  σκόπηση

Βιο  χημικού

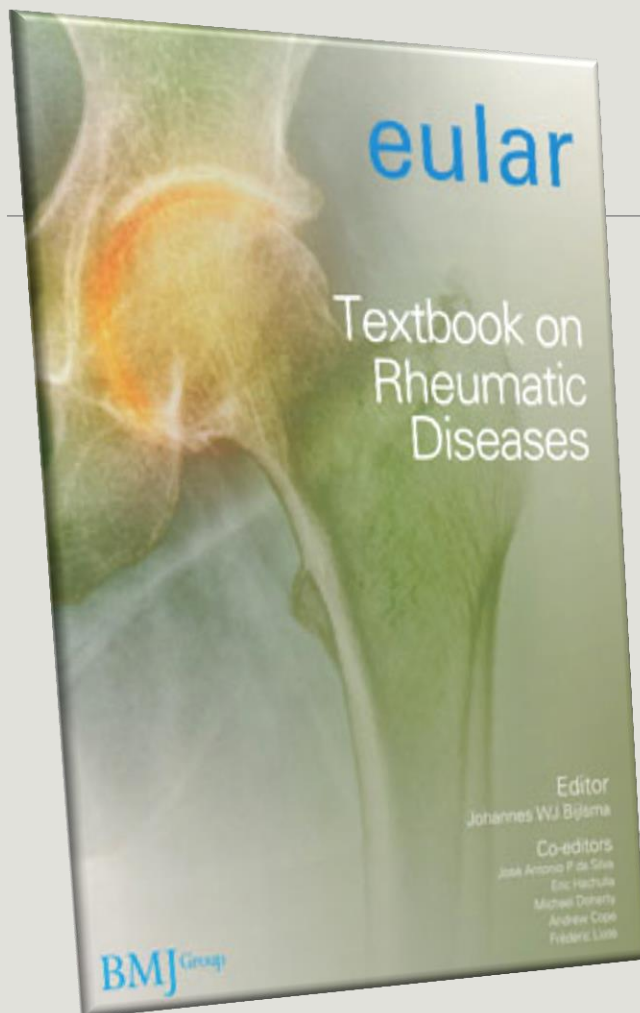
Summary of the 2015 European League Against Rheumatism (EULAR)/American College of Rheumatology (ACR) recommendations for the management of polymyalgia rheumatica (PMR)

Target population:

Patients with PMR based on clinician diagnosis which may be supported by currently available diagnostic or classification criteria.^{3, 4, 7-11}

Overarching principles for the management of PMR:

- A. Adoption of a safe and specific approach to ascertain the PMR case definition. The clinical evaluation should be directed towards exclusion of relevant mimicking (eg, non-inflammatory, inflammatory (such as giant cell arteritis or rheumatoid arthritis), drug-induced, endocrine, infective and neoplastic) conditions.
- B. Every case of PMR should have the following assessments prior to the prescription of therapy (primary or secondary care):
 - Documentation of a basic laboratory dataset. This will help to exclude mimicking conditions and establish a baseline for monitoring of therapy. This should include rheumatoid factor and/or anti-cyclic citrullinated peptide antibodies (ACPA), C-reactive protein and/or erythrocyte sedimentation rate (ESR), blood count, glucose, creatinine, liver function tests, bone profile (including calcium, alkaline phosphatase) and dipstick urinalysis. Additional investigations to consider are protein electrophoresis, thyroid stimulating hormone (TSH), creatine kinase and vitamin D.
 - Depending on clinical signs and symptoms and the likelihood of the alternative diagnoses, additional more extensive serological tests such as anti-nuclear antibodies (ANA), anti-cytoplasmic neutrophil antibodies (ANCA) or tuberculosis tests may be performed to exclude mimicking conditions. Additional investigations such as chest radiographs may be considered at the discretion of the physician in order to exclude other diagnoses.



- Πολλαπλό μυέλωμα και
- αδеноκαρκίνωμα νεφρού
παρουσιάζονται με εικόνα ΡΠ

ΔΕΝ

- Πρωινή δυσκαμψία
- Θυλακίτιδα (US)
- Φτωχή απόκριση στα στεροειδή

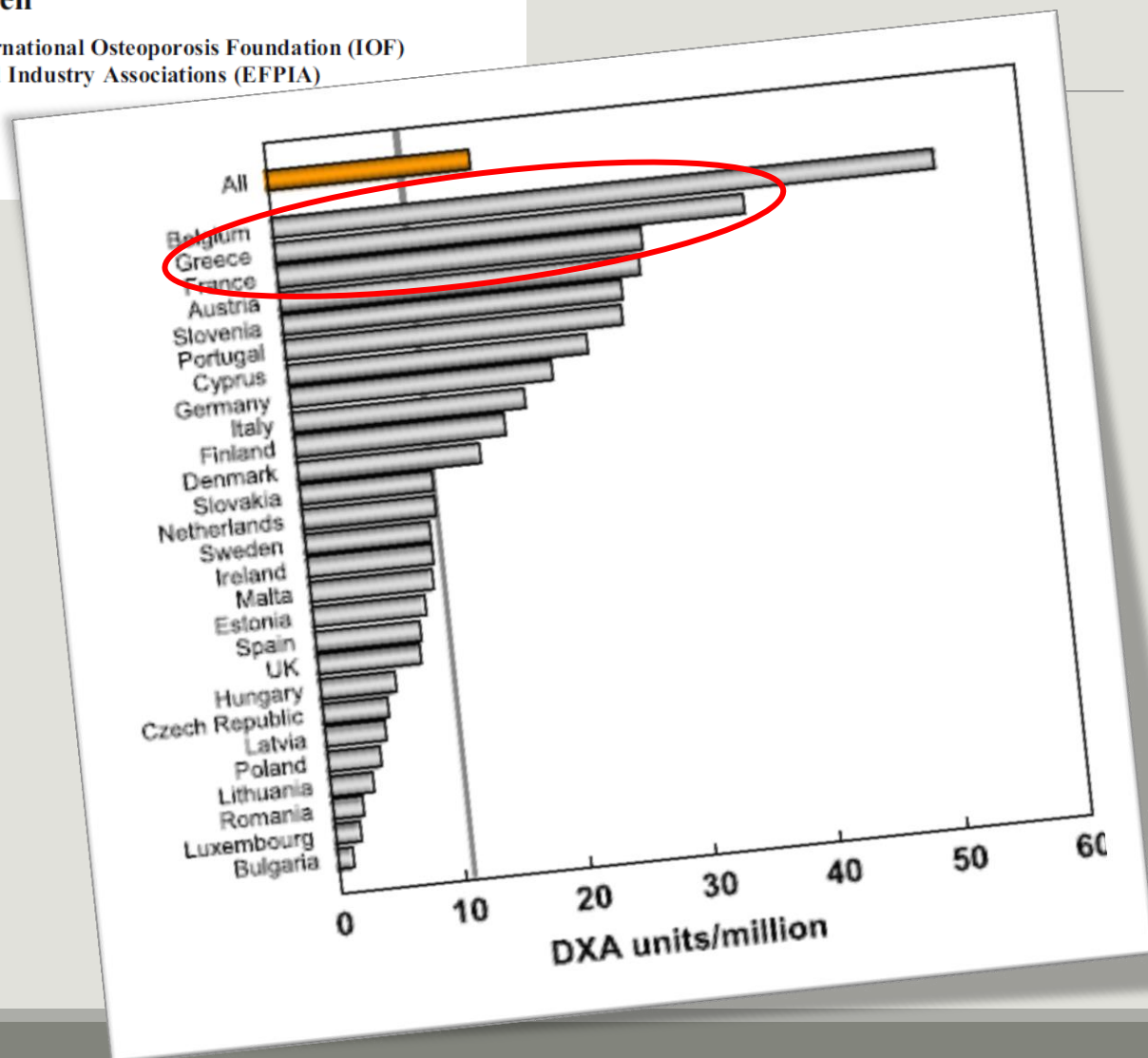




Osteoporosis in the European Union: medical management, epidemiology and economic burden

A report prepared in collaboration with the International Osteoporosis Foundation (IOF) and the European Federation of Pharmaceutical Industry Associations (EFPIA)

E. Hernlund • A. Svedbom • M. Ivergård • J. Compston •
C. Cooper • J. Stenmark • E. V. McCloskey • B. Jönsson •
J. A. Kanis



Μέτρηση οστικής πυκνότητας

Μετρήσεις οστικής πυκνότητας μπορούν να γίνονται ανά διετία και πλέον στις εξής ομάδες:

- Έναρξη θεραπείας που επηρεάζει την οστική πυκνότητα, π.χ. γλυκοκορτικοειδή, ορμονοθεραπεία για καρκίνο προστάτη
- Παρακολούθηση ανταπόκρισης στην αγωγή με αντιοστεοπορωτικά φάρμακα
- Γυναίκες άνω των 65 ετών και άνδρες άνω των 75 ετών
- Γυναίκες 50-64 ετών και άνδρες 50-74 ετών με παράγοντες κινδύνου για οστεοπόρωση ή οστεοπορωτικά κατάγματα:
 - ο προηγθέν κατάγμα ευθραυστότητας, περιλαμβανομένων και συμπιεστικών σπονδυλικών παραμορφώσεων,
 - ο ιστορικό πτώσεων,
 - ο ιστορικό κατάγματος ισχίου στους γονείς,
 - ο ρευματοειδής αρθρίτιδα,
 - ο χρήση κορτικοστεροειδών ≥ 5 mg/d πρεδνιζόνης για ≥ 3 μήνες, στο παρόν ή παλαιότερα
 - ο άλλα αίτια δευτεροπαθούς οστεοπόρωσης,
 - ο χαμηλό σωματικό βάρος ($BMI < 18,5 \text{ kg/m}^2$)
 - ο κάπνισμα (στο παρόν)
 - ο μεγάλη κατανάλωση οινοπνευματωδών (> 3 ποτά ημερησίως)
- Άτομα 40-49 ετών βάσει FRAX για παράγοντες κινδύνου - πιθανότητα κατάγματος εντός δεκαετίας:
 - ο ισχίου $> 3\%$,
 - ο μειζόνων οστεοπορωτικών καταγμάτων $> 20\%$

Άτομα άνω των 65 χωρίς παράγοντες κινδύνου και με φυσιολογική οστική πυκνότητα: επανεξέταση ανά πενταετία.

Guidelines from multiple organizations

- American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG) (2004)
- the U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF)
- the National Osteoporosis Foundation (NOF)

recommend beginning dual-energy x-ray absorptiometry (DEXA) screening for **osteoporosis at age 65** in women and men at age 70 with **no risk** factors

National Osteoporosis Foundation. Clinician's Guide to Prevention and Treatment of Osteoporosis. Washington, DC: National Osteoporosis Foundation; 2010. Available at [http://nof.org/files/nof/public/content/file/344/upload/159.pdf\(nof.org\)](http://nof.org/files/nof/public/content/file/344/upload/159.pdf(nof.org)). Accessed March 1, 2013.

U.S. Preventive Services Task Force. Screening for osteoporosis in postmenopausal women. Recommendations and rationale. Rockville, Md.: Agency for Healthcare Research and Quality; 2002. AHRQ publication 03-511A. Available at [http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/3rduspstf/osteoporosis/osteorr.pdf\(www.uspreventiveservicestaskforce.org\)](http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/3rduspstf/osteoporosis/osteorr.pdf(www.uspreventiveservicestaskforce.org)). Accessed March 1, 2013.

NIH Consensus Development Panel on Osteoporosis Prevention, Diagnosis, and Therapy. Osteoporosis prevention, diagnosis, and therapy. JAMA. 2001;285:785–795.

Risk factors for osteoporotic fractures include:

- a family history of osteoporosis
- previous fractures
- white race, dementia
- poor nutrition
- cigarette smoking
- alcoholism
- low weight and body mass index
- estrogen deficiency, early menopause (i.e., before age 45) or prolonged premenopausal amenorrhea
- long-term low calorie intake
- history of falls, and inadequate physical activity



ΕΛΙΟΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ
ΟΣΤΕΟΠΩΡΩΣΗΣ

ΗΛΙΚΙΑ 50 - 64 ΕΤΩΝ:

- Κάταγμα χαμηλής βίας μετά την ηλικία των 40 ετών
- Κάταγμα ισχίου γονέα
- Σπονδυλικό κάταγμα ή/και οστεοπενική απεικόνιση οστών σε ακτινογραφίες
- Χαμηλό βάρος (< 60 κ.) ή/και απώλεια βάρους >10% από το βάρος του ασθενή στην ηλικία των 25 ετών
- Κατανάλωση αλκοόλ (≥ 25-30 γρ. ημερησίως) ή/και κάπνισμα
- Έτερα

ΗΛΙΚΙΑ > 64

- Όλοι

Α. ΠΟΤΕ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΕ ΜΕΤΡΗΣΗ ΟΣΤΙΚΗΣ ΠΥΚΝΟΤΗΤΑΣ (ΑΝΔΡΕΣ ΚΑΙ ΓΥΝΑΙΚΕΣ):

ΗΛΙΚΙΑ < 50 ΕΤΩΝ:

- Κατάγματα χαμηλής βίας
- Υπογοναδισμός
- Πρώιμη εμμηνόπαυση (< 45 ετών)
- Σύνδρομο δυσαπορρόφησης
- Πρωτοπαθής υπερπαραθυρεοειδισμός
- Φαρμακευτική αγωγή σχετιζόμενη με απώλεια οστικής μάζας ή/και κίνδυνο κατάγματος (πχ στεροειδή, αναστολείς αρωματάσης, κτλ)
- Έτερα παθολογικά νοσήματα σχετιζόμενα με απώλεια οστικής μάζας ή/και κίνδυνο κατάγματος (πχ Ρευματοειδής Αρθρίτιδα, Σύνδρομο Cushing, Σακχαρώδης Διαβήτης τύπου 1, σοβαρή ΧΑΠ, κ.ά.)

DO I NEED TO HAVE BONE DENSITY TESTING AGAIN?

• T-score of -2.00 to -2.49 =>

• **κάθε 2 χρόνια**

• σε γυναίκα ≥ 65 ετών με T-score -1.50 to -1.99 =>

• **σε 3 -5 χρόνια**

• σε γυναίκα ≥ 65 ετών με T-score -1.01 to -1.49 =>

• **10 -15 χρόνια**



Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων
National Organization for Medicines

Επιλογές

Αναζήτηση...



Ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων ενημερώνει
για την **ορθή και ασφαλή** χρήση φαρμάκων

Μάθετε Περισσότερα

Γ. ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΟΣ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ ΠΡΟ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ:

- Η λήψη του ιστορικού του ασθενή και η κλινική εξέταση είναι απαραίτητες και αναντικατάστατες διαδικασίες στην αξιολόγηση του περιστατικού και στον αποκλεισμό δευτεροπαθών αιτίων οστεοπόρωσης.
- Ο ελάχιστος απαραίτητος εργαστηριακός έλεγχος προ της έναρξης θεραπευτικής αγωγής είναι:
 - Ασβέστιο ορού (διορθωμένο ως προς την αλβουμίνη ορού)
 - Φωσφόρος ορού
 - Γενική αίματος
 - ΤΚΕ
 - Κρεατινίνη ορού
 - Αλκαλική φωσφατάση ορού (ALP)
 - Θυρεοειδοτρόπος ορμόνη (TSH)
 - 25 (OH) βιταμίνη D ορού



Σάββατο, 07-Νοε-2015 08:44

Ελλάδα: Η χώρα των μαγνητικών και των αξονικών

Κοινοποιήστε 417   Tweet



Κάθε Έλληνας και πάνω από δέκα διαγνωστικές εξετάσεις. Ο αριθμός των που φθάνουν στον ΕΟΠΥΥ με τις εξετάσεις που παραπερπι...

2014

591.873 MRI

66 MRI/1000 ΠΛΗΘΥΣΜΟ





PREVENTION

Too Many Scans? Use of CT Scans Triples, Study Finds

By Alice Park @aliceparkny | June 13, 2012



88



G+

7



18



The use of CT scans, MRIs and other imaging tests has skyrocketed over the last 15 years, leading some experts to raise alarms over the potential risks of patients' increased exposure to radiation.

Dr. Rebecca Smith-Bindman, a professor of radiology and biomedical imaging at the University of California San Francisco, and her colleagues report that between 1996 and 2010, the use of computed tomography (CT) scans nearly tripled, from 52 scans per 1,000 patients to 149 scans per 1,000 patients, and rates of magnetic resonance imaging (MRI) increased fourfold, from 17 scans per 1,000 patients to 65 scans per 1,000 p. Nuclear medicine and ultrasound rates also soared.



RELATED

Magnetic resonance imaging (MRI) exams

Total / In hospitals / In ambulatory care providers, Per 1 000 inhabitants, 2013

Source: Health care utilisation

Show:

Chart

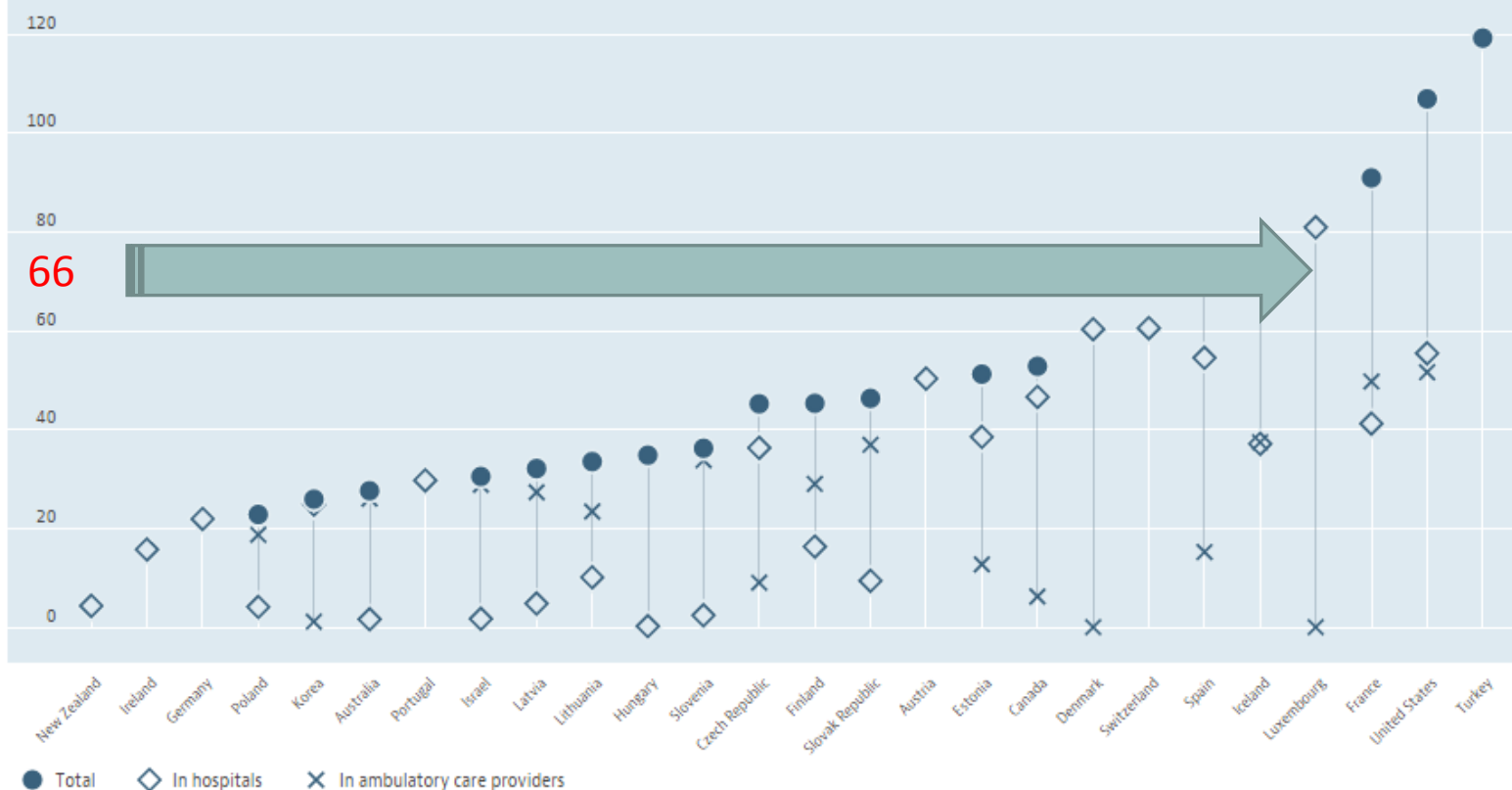
Table

fullscreen

share

download

add to pinboard



**Table 120 (page 1 of 2). Number of magnetic resonance imaging (MRI) units
Selected countries, selected years 1990–2007**

[Data are based on reporting by the Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)]

<i>Country</i>	<i>1990</i>	<i>1995</i>	<i>2000</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>
Number of MRI units per million population						
Australia ¹	0.6	2.9	3.5	4.2	4.8	5.1
Austria	---	---	10.9	16.2	16.8	17.7
Belgium	2.0	3.3	6.0	7.0	7.1	7.5
Canada ²	0.7	1.4	2.5	5.7	6.2	6.7
Czech Republic ³	---	1.0	1.7	3.1	3.8	4.4
Denmark	2.5	---	5.4	---	---	---
Finland	1.8	4.3	9.9	14.7	15.2	15.3
France	0.8	2.1	2.6	4.7	5.3	5.7
Germany ⁴	---	---	---	---	---	---
Greece	0.4	---	---	13.2	---	---
Hungary ⁵	0.1	1.0	1.8	2.6	2.6	2.8
Iceland	3.9	7.5	10.7	20.3	19.7	19.3
Ireland	---	---	---	---	8.0	8.5
Italy ⁶	1.3	---	7.7	15.0	16.9	18.6
Japan ⁷	6.1	---	---	40.1	---	---
Luxembourg	2.6	2.4	2.3	10.8	10.7	10.5
Mexico	---	---	---	1.3	1.4	1.5
Netherlands ⁸	0.9	3.9	---	6.6	---	---
New Zealand	---	---	---	---	---	8.8
Poland	---	---	---	2.0	1.9	2.7
Portugal ⁹	0.8	---	---	---	5.8	8.9
Republic of Korea	---	3.9	5.4	12.1	13.6	16.0
Slovak Republic ¹⁰	---	---	---	4.3	4.5	5.7
Spain ¹¹	---	2.7	4.8	8.1	8.8	9.3
Sweden	1.5	6.8	---	---	---	---
Switzerland	---	---	12.9	14.4	14.0	14.4
Turkey	---	---	---	---	3.5	5.6
United Kingdom ¹²	---	---	4.7	5.4	5.6	8.2
United States ¹³	---	12.3	---	---	26.5	25.9



From:
Health at a Glance: Europe 2012

Access the complete publication at:

<http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en>

Medical technologies: CT scanners and MRI units

In 2010, Greece, Italy and Cyprus had the highest number of MRI and CT scanners per capita among EU member states. Iceland and Switzerland also had significantly more MRI and CT scanners than the EU average (Figures 3.4.1 and 3.4.2). The numbers of MRI units and CT scanners per population were the lowest in Hungary and Romania.

MRI οσφυϊκής μοίρας σπονδυλικής στήλης επί οσφυαλγίας

Δικαιολογείται στις εξής περιπτώσεις:

A. Μετά από ακτινογραφία οσφυϊκής μοίρας σπονδύλου:

- Πρόσφατη σημαντική κάκωση
- Γνωστή οστεοπόρωση
- Παρατεταμένη χρήση υψηλών δόσεων κορτιζόνης
- Ηλικία > 70 ετών
- Παιδιά
- Διάρκεια συμπτωμάτων > 6 εβδομάδες

B. Ως πρώτη εξέταση:

- Εντοπισμένα ή πολυεστιακά νευρολογικά ελλείμματα, προϊόντα νευρολογικά ελλείμματα ή ιππουριδική συνδρομή
- Ιστορικό νεοπλασίας
- Πρόσφατη ανεξήγητη απώλεια βάρους
- Πυρετός αγνώστου αιτιολογίας ή πρόσφατη μικροβιακή λοίμωξη
- Ανοσοανεπάρκεια ή ανοσοκαταστολή, σακχαρώδης διαβήτης ή χρήση ενδοφλεβίων φαρμάκων-οισιτών
- Προεγχειρητικός έλεγχος
- Προηγηθείσες επεμβάσεις σπονδυλικής στήλης

Τονίζεται ότι σε απλή οσφυαλγία ή και ισχιαλγία χωρίς νευρολογικό έλλειμμα, χωρίς υποψία φλεγμονής ή νεοπλασίας, με διάρκεια συμπτωμάτων < 6 εβδομάδων, που δεν είναι υποψήφια για χειρουργική αποκατάσταση, δεν απαιτείται καμμία απεικονιστική εξέταση.

Πηγή: American College of Radiology. *ACR Appropriateness Criteria®. Condition: Low back pain.* 2011.

<http://www.acr.org/~media/ACR/Documents/AppCriteria/Diagnostic/LowBackPain.pdf>
(07.11.2012).



American College of Radiology ACR Appropriateness Criteria®

Clinical Condition: Low Back Pain

Variant 1: Acute, subacute, or chronic uncomplicated low back pain or radiculopathy. No red flags. No prior management.

Radiologic Procedure	Rating	Comments	RRL*
MRI lumbar spine without contrast	2		O
X-ray lumbar spine	2		☼☼☼
X-ray myelography and post myelography CT lumbar spine	2		☼☼☼☼
Tc-99m bone scan with SPECT spine	2	If there is concern for spondylolysis in a young patient, SPECT/CT remains the gold standard.	☼☼☼
CT lumbar spine without contrast	2		☼☼☼
CT lumbar spine with contrast	2		☼☼☼
MRI lumbar spine without and with contrast	2		O
CT lumbar spine without and with contrast	1		☼☼☼☼
Rating Scale: 1,2,3 Usually not appropriate; 4,5,6 May be appropriate; 7,8,9 Usually appropriate			*Relative Radiation Level

[Report CME](#) [CME Transcript](#) [Check My Dues](#) [Member Services](#) [Join AAFP](#) [Shop](#) [View Cart \(0 items\)](#)



Search 

Sign In

[CME](#) [Journals](#) [Patient Care](#) [Med School & Residency](#) [Practice Management](#) [Advocacy](#) [Events](#) [AAFP News](#)

PATIENT CARE

Clinical Recommendations 

Clinical Practice Guideline Manual

Choosing Wisely®

Imaging for Low Back Pain

Recommendation

Don't do imaging for low back pain within the first six weeks, unless red flags are present. (Red flags include, but are not limited to, severe or progressive neurological deficits or when serious underlying conditions such as osteomyelitis are suspected.)

Low back pain is the fifth most common reason for all physician visits. Imaging of the lower spine before six weeks does not improve outcomes, but does increase costs.

severe or progressive neurologic deficits (e.g., bowel or bladder function), fever, sudden back pain with spinal tenderness, trauma, and indications of a serious underlying condition (e.g., osteomyelitis, malignancy)



ΚΑΙ ΑΝ Ο
ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΟΥ
ΕΧΕΙ ΚΗΛΕΣ ???

SO WHAT !!!

ΣΥΧΝΟ MRI ΕΥΡΗΜΑ
ΣΠΑΝΙΟ ΑΙΤΙΟ ΠΟΝΟΥ

Systematic Literature Review of Imaging Features of Spinal Degeneration in Asymptomatic Populations

W. Brinjikji, P.H. Luetmer, B. Comstock, B.W. Bresnahan, L.E. Chen, R.A. Deyo, S. Halabi, J.A. Turner, A.L. Avins, K. James, J.T. Wald, D.F. Kallmes, and J.G. Jarvik

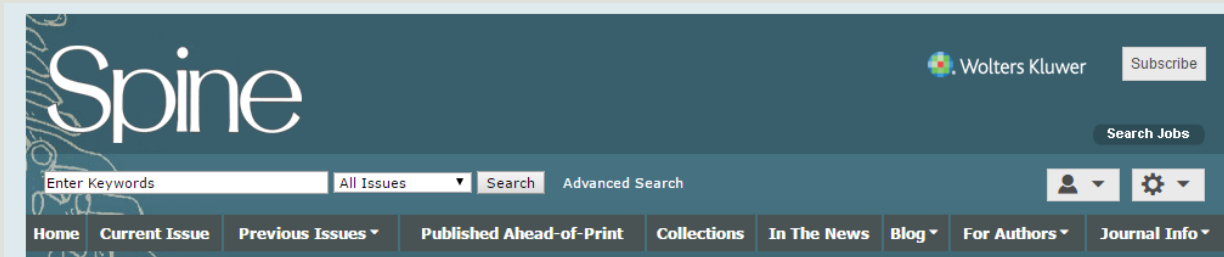


33 άρθρα με 3110 **ασυμπτωματικά** άτομα

Η συχνότητα του **Disk bulge** :

30% για άτομα 20 ετών

84% για 80 ετών



Spine:

15 March 2015 - Volume 40 - Issue 6 - p 392–398

doi: 10.1097/BRS.0000000000000775

Diagnostics

Abnormal Findings on Magnetic Resonance Images of the Cervical Spines in 1211 Asymptomatic Subjects

Nakashima, Hiroaki MD^{*}; Yukawa, Yasutsugu MD[†]; Suda, Kota MD[‡]; Yamagata, Masatsune MD[§]; Ueta, Takayoshi MD[¶]; Kato, Fumihiko MD[‡]

Οι περισσότεροι, ακόμη και στην ηλικία των 20 είχαν
bulging discs, :
73.3% /78.0% άνδρες / γυναίκες

LOW BACK PAIN

RICHARD A. DEYO, M.D., M.P.H.,
AND JAMES N. WEINSTEIN, D.O.

N Engl J Med, Vol. 344, No. 5 • February 1, 2001

TABLE 1. DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF LOW BACK PAIN.*

MECHANICAL LOW BACK OR LEG PAIN (97%)†	NONMECHANICAL SPINAL CONDITIONS (ABOUT 1%)‡	VISCERAL DISEASE (2%)
Lumbar strain, sprain (70%)§	Neoplasia (0.7%)	Disease of pelvic organs
Degenerative processes of disks and facets, usually age-related (10%)	Multiple myeloma	Prostatitis
<i>Herniated disk</i> (4%)	Metastatic carcinoma	Endometriosis
<i>Spinal stenosis</i> (3%)	Lymphoma and leukemia	Chronic pelvic inflammatory disease
Osteoporotic compression fracture (4%)	Spinal cord tumors	Renal disease
Spondylolisthesis (2%)	Retroperitoneal tumors	Nephrolithiasis
Traumatic fracture (<1%)	Primary vertebral tumors	Pyelonephritis
Congenital disease (<1%)	Infection (0.01%)	Perinephric abscess
Severe kyphosis	Osteomyelitis	Aortic aneurysm
Severe scoliosis	Septic diskitis	Gastrointestinal disease
Transitional vertebrae	Paraspinal abscess	Pancreatitis
Spondylolysis¶	Epidural abscess	Cholecystitis
Internal disk disruption or diskogenic low back pain	<i>Shingles</i>	Penetrating ulcer
Presumed instability**	Inflammatory arthritis (often associated with HLA-B27) (0.3%)	
	Ankylosing spondylitis	
	Psoriatic spondylitis	
	Reiter's syndrome	
	Inflammatory bowel disease	
	Scheuermann's disease (osteochondrosis)	
	Paget's disease of bone	

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

RA



2,5 χρόνια νόσος
RF –
57 ετών
MTX 17,5 mg/w per os
DAS28 : 4,8

Das 4,8

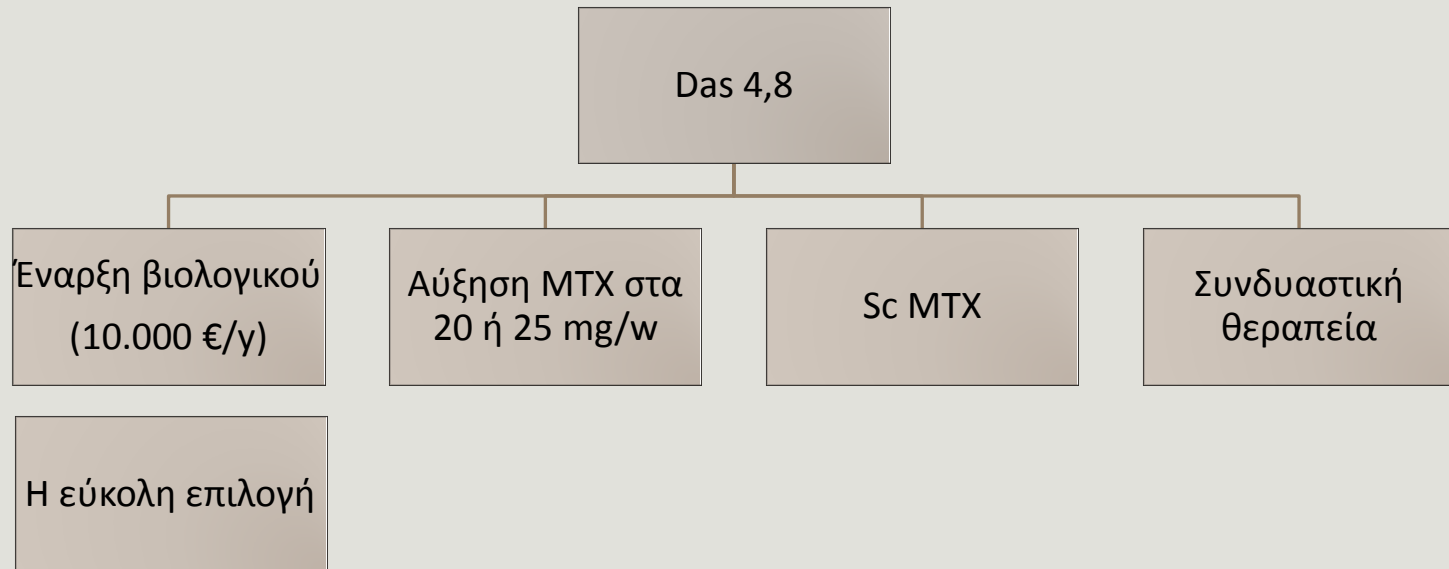
Έναρξη βιολογικού
(10.000 €/γ)

Αύξηση MTX στα
20 ή 25 mg/w

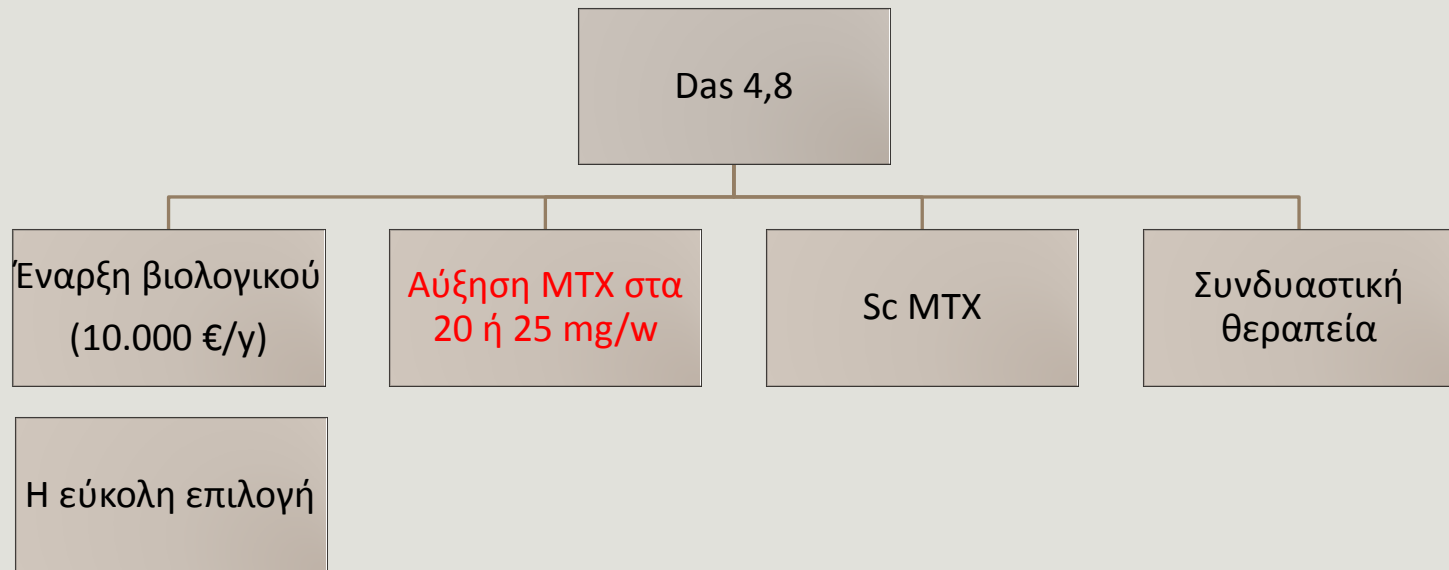
Sc MTX

Συνδυαστική
θεραπεία

Θεραπευτικές επιλογές



Θεραπευτικές επιλογές



Αύξηση MTX στα 20 ή 25 mg/w

ARD Online First, published on October 25, 2013 as 10.1136/annrheumdis-2013-204573

Recommendation



EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2013 update

Josef S Smolen,^{1,2} Robert Landewé,^{3,4} Ferdinand C Breedveld,⁵ Maya Buch,^{6,7} Gerd Burmester,^{8,9} Maxime Dougados,¹⁰ Paul Emery,^{6,7} Cécile Gaujoux-Viala,¹¹ Laure Gossec,¹² Jackie Nam,^{6,7} Sofia Ramiro,^{13,14} Kevin Winthrop,¹⁵ Maarten de Wit,¹⁶ Daniel Aletaha,¹ Neil Betteridge,¹⁶ Johannes W J Bijlsma,¹⁷ Maarten Boers,¹⁸ Frank Buttgereit,^{8,9} Bernard Combe,¹⁹ Maurizio Cutolo,²⁰ Nemanja Damjanov,²¹ Johanna M W Hazes,²² Marios Kouloumas,¹⁶ Tore K Kvien,²³ Xavier Mariette,²⁴ Karel Pavelka,²⁵ Piet L C M van Riel,²⁶ Andrea Rubbert-Roth,²⁷ Marieke Scholte-Voshaar,¹⁶ David L Scott,²⁸ Tuulikki Sokka-Isler,^{29,30} John B Wong,³¹ Désirée van der Heijde⁵

3. Η παρακολούθηση

θα πρέπει να είναι συχνή στην ΕΝΕΡΓΗ νόσο (κάθε 1–3 μήνες)

Αν δεν

- υπάρχει **βελτίωση** σε 3 μήνες από την έναρξη της αγωγής ¹
- ή ο **στόχος** δεν έχει επιτευχθεί σε 6 μήνες

η θεραπεία θα πρέπει να τροποποιηθεί

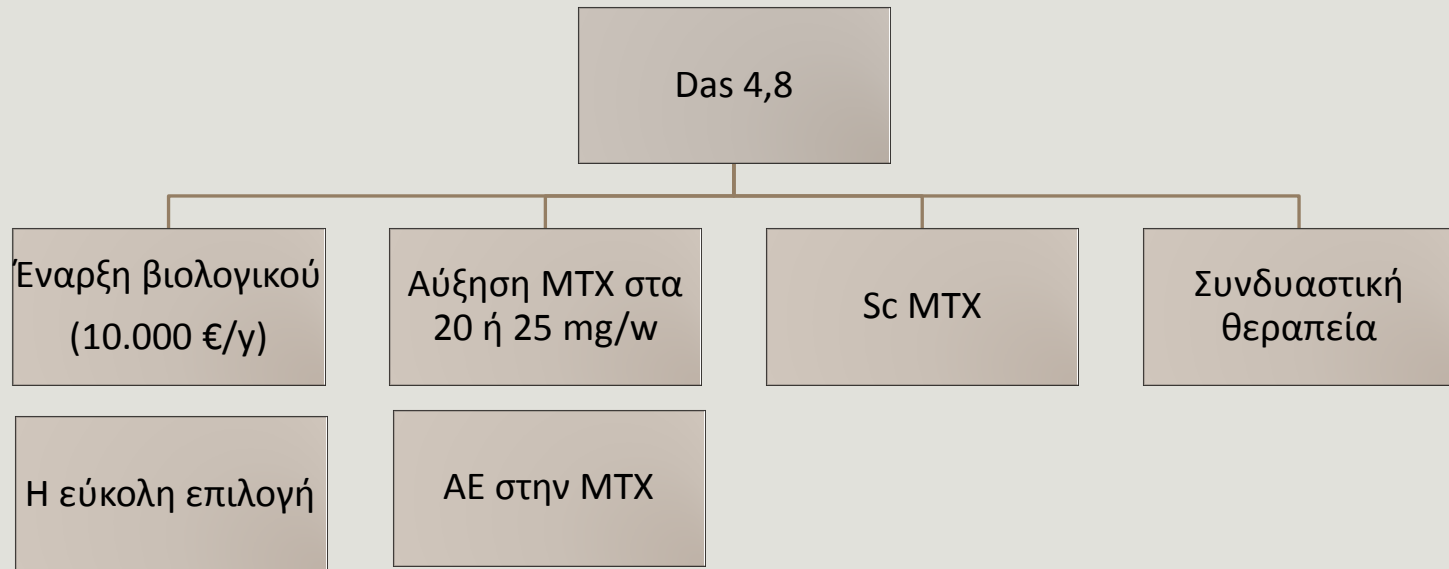
- αφού έχει δοθεί στη **μέγιστη** θεραπευτική δόση

Να φτάσει κανείς στην ιδανική δόση MTX σε λίγες εβδομάδες και να διατηρηθεί η **μέγιστη** δόση (**25–30 mg/εβδ**) για τουλάχιστον 8 εβδομάδες

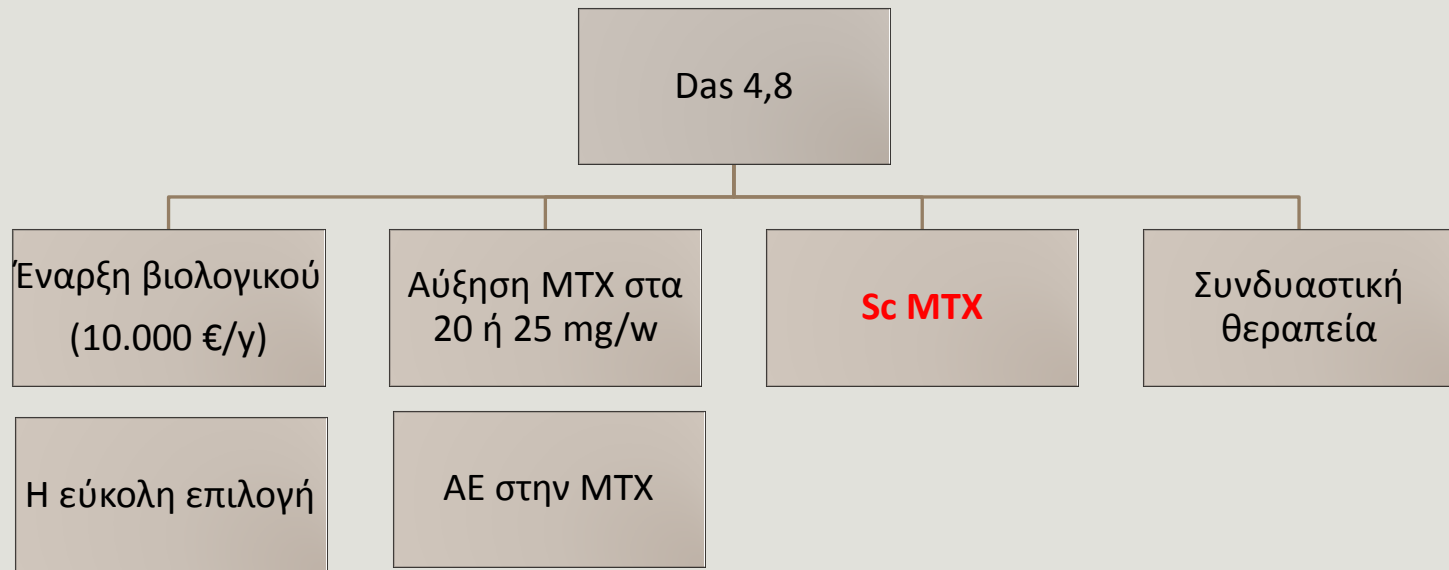
Αν υπάρξει βελτίωση => στους 3 μήνες

Η μέγιστη αποτελεσματικότητα ΔΕΝ θα φανεί πριν τους 6 μήνες

Θεραπευτικές επιλογές



Θεραπευτικές επιλογές



RHEUMATOLOGY

[ABOUT THIS JOURNAL](#)

[CONTACT THIS JOURNAL](#)

[SUBSCRIPTIONS](#)

[CURRENT ISSUE](#)

[ARCHIVE](#)

[SEARCH](#)

[Oxford Journals](#) > [Medicine & Health](#) > [Rheumatology](#) > [Volume 42, Issue 8](#) > Pp. 1009-1010.

TOP TIPS ON GETTING PUBLISHED IN
RHEUMATOLOGY

WATCH
NOW!



Parenteral methotrexate should be given before biological therapy



[« Previous](#) | [Next Article »](#)
[Table of Contents](#)

[S. J. Bingham](#), [M. H. Buch](#), [S. Lindsay](#), [A. Pollard](#)¹, [J. White](#)¹ and [P. Emery](#)

[+ Author Affiliations](#)

This Article

Rheumatology (2003) 42 (8):
1009-1010.

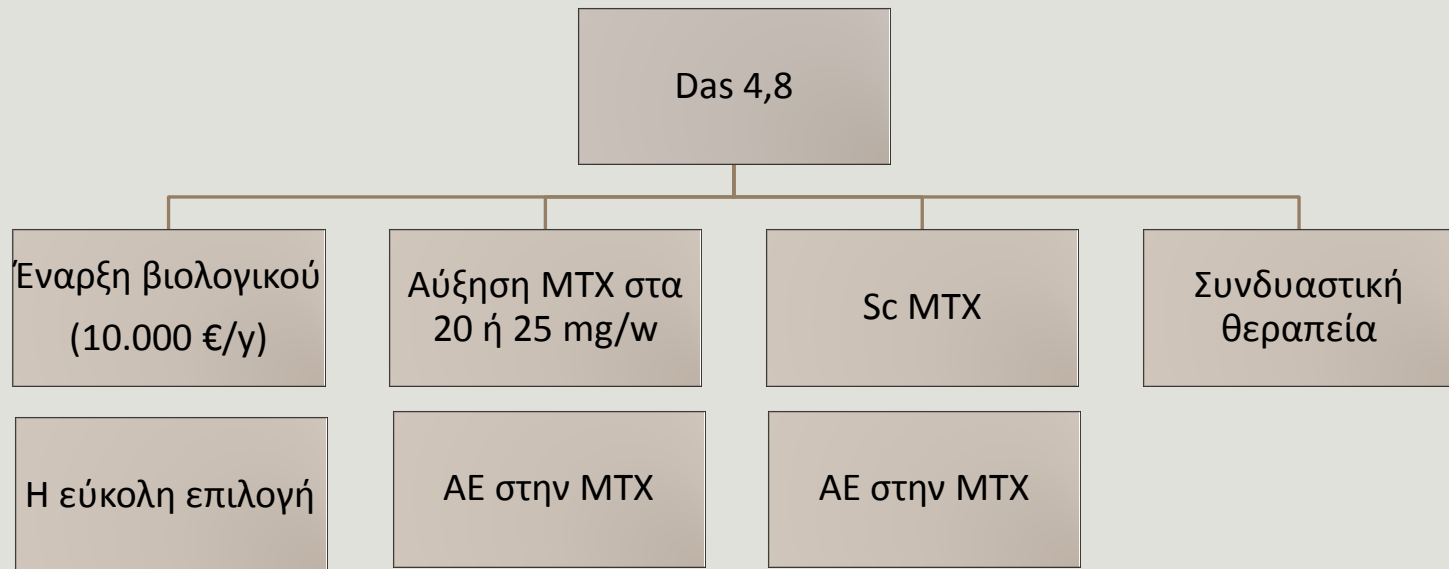
Search this journal

[Advanced »](#)

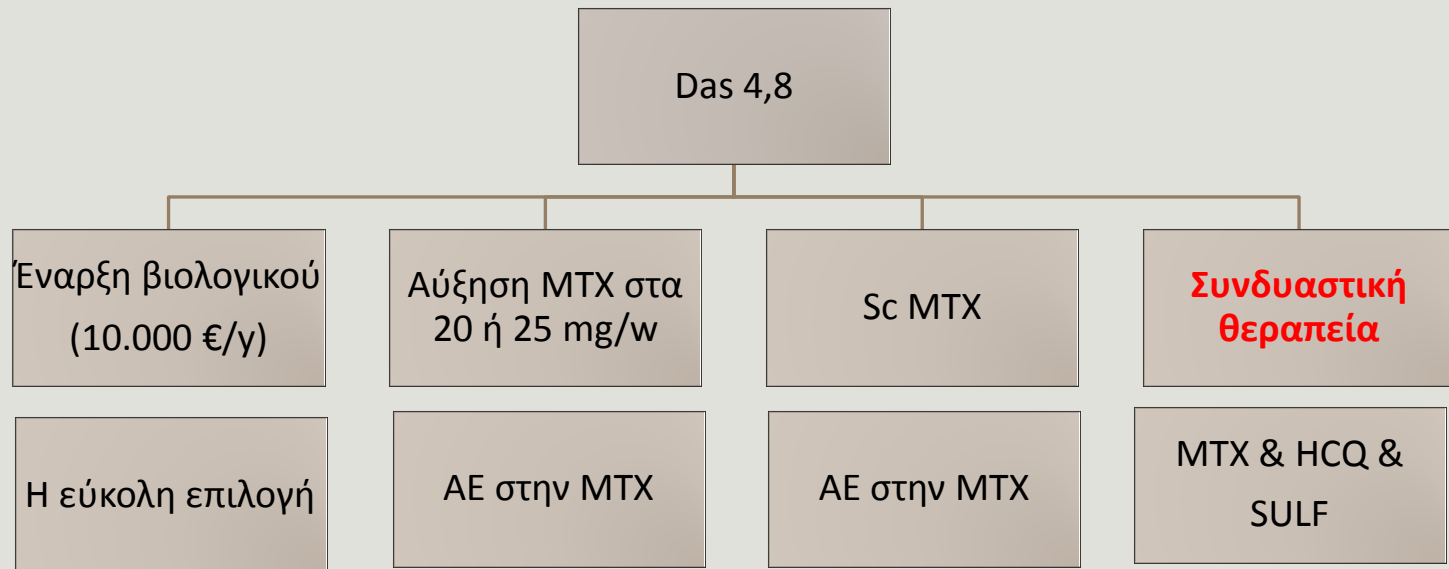
Current Issue

[April 20](#)

Θεραπευτικές επιλογές



Θεραπευτικές επιλογές



6. Σε DMARD-naïve ασθενείς, ανεξάρτητα της χρήσης γλυκοκορτικοειδών, μονοθεραπεία ή **συνδυασμός csDMARD** θα πρέπει να χρησιμοποιείται

First, published on October 25, 2013 as 10.1136/annrheumdis-2013-204573

Recommendation

EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2013 update

(2010)

In DMARD-naïve patients, irrespective of the addition of glucocorticoids, sDMARD monotherapy rather than combination therapy of sDMARDs may be applied

- Αρκετές τελευταίες μελέτες υποστηρίζουν τον συνδυασμό csDMARD (με MTX)
- Ανώτερος της MTX μονοθεραπείας
- Μερικές έχουν δείξει ΚΛΙΝΙΚΗ αποτελεσματικότητα **παρόμοια** των bDMARDs



Conventional combination treatment versus biological treatment in methotrexate-refractory early rheumatoid arthritis: 2 year follow-up of the randomised, non-blinded, parallel-group Swefot trial

Ronald F van Vollenhoven, Pierre Geborek, Kristina Forslind, Kristina Albertsson, Sofia Ernestam, Ingemar F Petersson, Katerina Chatzidionysiou, Johan Bratt, for the Swefot study group

Lancet 2012; 379: 1712–20

Αποτελέσματα κλινικής ανταπόκρισης

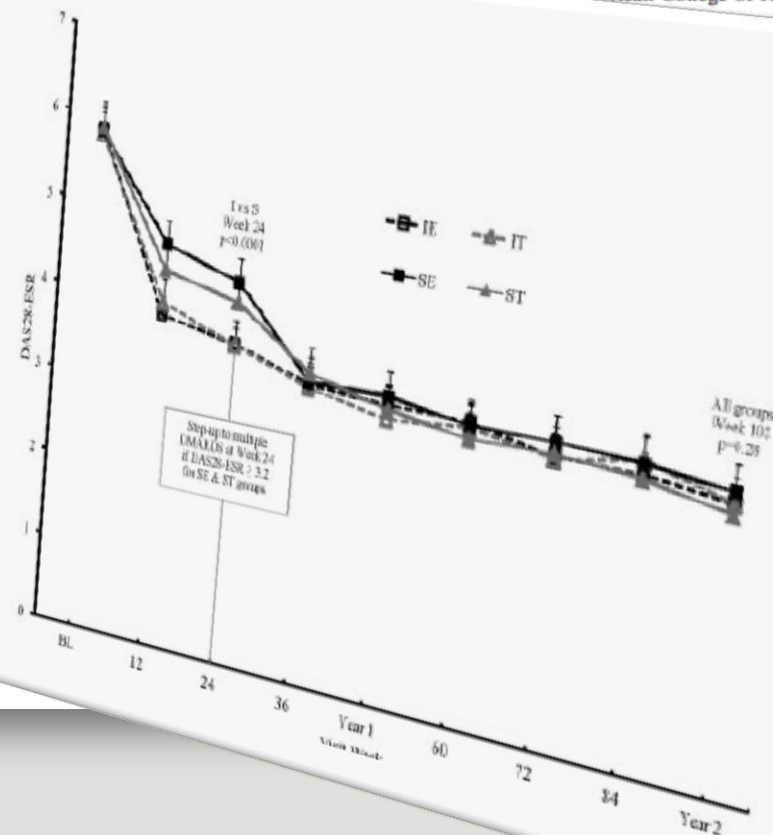
	12 months				18 months			24 months		
	Conventional treatment (n=130)	Biological treatment (n=128)	Risk ratio (95% CI)	p value	Conventional treatment (n=130)	Biological treatment (n=128)	Risk ratio (95% CI)	Conventional treatment (n=130)	Biological treatment (n=128)	p value
ACR20 response	37 (28%)	54 (42%)	1.48 (1.06-2.08)	0.0266	44 (34%)	58 (45%)	1.34 (0.99-1.82)	43 (33%)	51 (40%)	0.259
ACR50 response	19 (15%)	32 (25%)	1.71 (1.02-2.86)	0.0424	25 (19%)	39 (30%)	1.58 (1.02-2.46)	28 (22%)	38 (30%)	0.134
ACR70 response	9 (7%)	15 (12%)	1.69 (0.77-3.73)	0.2044	14 (11%)	22 (17%)	1.60 (0.86-2.98)	18 (14%)	21 (16%)	0.566
EULAR good response	32 (25%)	50 (39%)	1.59 (1.10-2.30)	0.0160	38 (29%)	49 (38%)	1.31 (0.93-1.85)	40 (31%)	49 (38%)	0.204
EULAR good to moderate response	64 (49%)	77 (60%)	1.22 (0.98-1.53)	0.0817	61 (47%)	74 (58%)	1.23 (0.97-1.56)	65 (50%)	75 (59%)	0.166

Data are n (%). ACR= American College of Rheumatology. EULAR= European League Against Rheumatism.

A Randomized Controlled Trial of Oral Triple Therapy in Early Aggressive Rheumatoid Arthritis

The Treatment of Early Aggressive Rheumatoid Arthritis

Larry W. Moreland,¹ James R. O'Neil,² E. William St.Clair,⁶ S. Louis F. Smith,³ Désirée van der Heijde,⁴ and



The NEW ENGLAND JOURNAL *of* MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812

JULY 25, 2013

VOL. 369 NO. 4

Therapies for Active Rheumatoid Arthritis after Methotrexate Failure

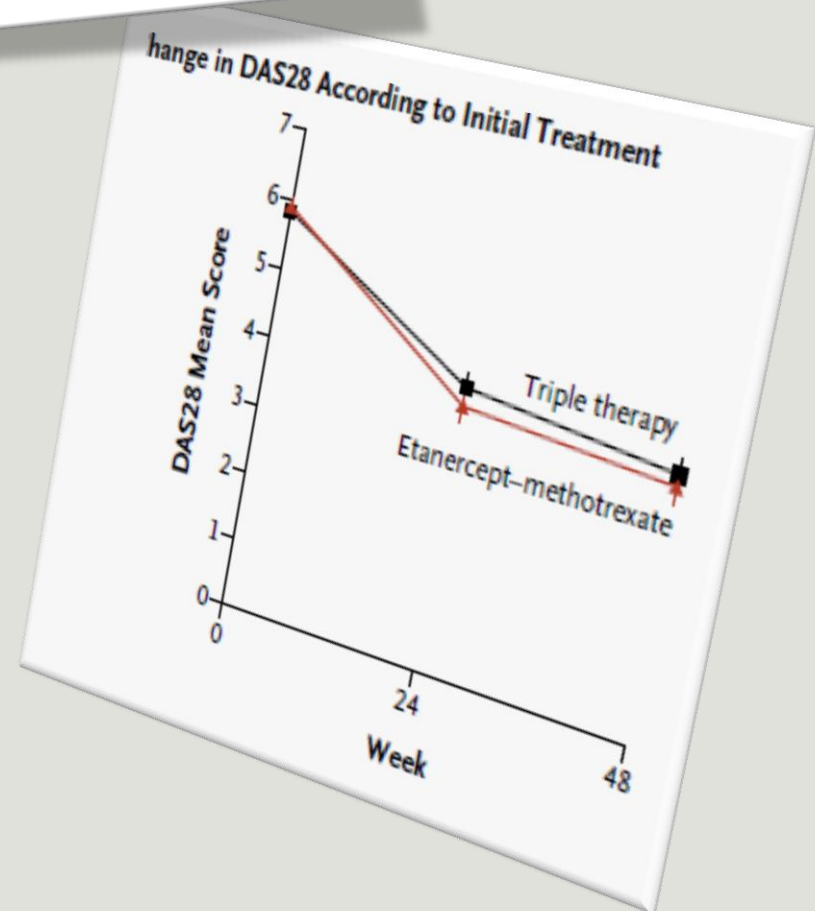
James R. O'Dell, M.D., Ted R. Mikuls, M.D., M.S.P.H., Thomas H. Taylor, M.D., Vandana Ahluwalia, M.D., Mary Brophy, M.D., M.P.H., Stuart R. Warren, J.D., Pharm.D., Robert A. Lew, Ph.D., Amy C. Cannella, M.D., Gary Kunkel, M.D., Ciaran S. Phibbs, Ph.D., Aslam H. Anis, Ph.D., Sarah Leatherman, M.A., and Edward Keystone, M.D., for the CSP 551 RACAT Investigators*

ORIGINAL ARTICLE

Therapies for Active Rheumatoid Arthritis after Methotrexate Failure

James R. O'Dell, M.D., Ted R. Mikuls, M.D., M.S.P.H., Thomas H. Taylor, M.D., Vandana Ahluwalia, M.D., Mary Brophy, M.D., M.P.H., Stuart R. Warren, J.D., Pharm.D., Robert A. Lew, Ph.D., Amy C. Cannella, M.D., Gary Kunkel, M.D., Ciaran S. Pibbs, Ph.D., Aslam H. Anis, Ph.D., Sarah Leatherman, M.A., and Edward Keystone, M.D. for the CSP 551 RACAT Investigators
N Engl J Med 2013; 369:307-318 | July 25, 2013 | DOI: 10.1056/NEJMoa1303006

- Στις **48 εβδομάδες**, η αλλαγή στο DAS28 ήταν **ίδια** και στις 2 ομάδες (-2.1 με την 3πλή και -2.3 με etanercept + methotrexate, $P=0.26$)
- ΔΕΝ υπήρχαν διαφορές μεταξύ των ομάδων σε εκβάσεις όπως:
 - ✓ παρενέργειες
 - ✓ πόνος
 - ✓ ποιότητα ζωής
 - ✓ ακτινολογική εξέλιξη



Arthritis Care & Research

Rheumatoid Arthritis

Combination Therapy With and Without Tumor Necrosis Factor Inhibitors in Rheumatoid Arthritis: A Meta-Analysis of Randomized Trials

Niels Graudal^{1,*}, Thorbjørn Hubeck-Graudal², Mikkel Faurschou¹, Bo Baslund¹ and Gesche Jürgens^{3,†}

Issue

Article first published online: 27 OCT 2015

DOI: 10.1002/acr.22618

© 2015, American College of Rheumatology



Arthritis Care & Research
Volume 67, Issue 11, pages
1487–1495, November 2015

compared combinations of DMARDs
versus a
tumor necrosis factor (TNF) inhibitor plus methotrexate

Arthritis Care & Research

Rheumatoid Arthritis

Combination Therapy With and Without Tumor Necrosis Factor Inhibitors in Rheumatoid Arthritis: A Meta-Analysis of Randomized Trials

- radiographic progression score, **did not differ** (*during the second year* (-0.09 units [$-0.61, 0.44$]) *of treatment or during the first 2 years* (0.66 units [$-0.12, 1.43$])).
- significant **differences** in the radiographic progression score, the American College of Rheumatology criteria for 50% improvement (ACR50), and the ACR70 response criteria **at 6 months** in favor of TNF inhibitor treatment

BUT

these differences were not present in patients treated with an initial **steroid** course

AND

disappeared at 24 months



Plaquenil® 200mg Tablets

hydroxychloroquine sulphate

For oral use

60 tablets

sanofi aventis

1 (LEF) έναντι 2 (HCQ + SSZ)

| ARTICLE

Concomitant Leflunomide Therapy in Patients with Active Rheumatoid Arthritis despite Stable Doses of Methotrexate

A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial

Joel M. Kremer, MD; Mark C. Genovese, MD; Grant W. Cannon, MD; Jacques R. Caldwell, MD; John J. Cush, MD; Daniel E. Furst, MD; Michael E. Luggen, MD; Ed Keystone, MD; Michael H. Weisman, MD; William M. Bensen, MD; Jeffrey L. Kaine, MD; Eric M. Ruderman, MD; Patricia Coleman, MD; David L. Curtis, MD; Elliot J. Kopp, MD; Seth M. Kantor, MD; Jonathan Walback, MD; Herbert B. Lindsley, MD; Joseph A. Markenson, MD; Vibeke Strand, MD; Bruce Crawford, MA, MPH; Indra Fernando, PhD; Karen Simpson, MD; and Joan M. Bathon, MD

Background: Disease-modifying antirheumatic drugs may confer greater benefits when combined with the antimetabolite methotrexate.

Objective: To evaluate the efficacy and safety of leflunomide versus placebo when added to ongoing, stable-dose methotrexate therapy in patients with persistently active rheumatoid arthritis.

Design: 24-week, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled trial.

Setting: 20 centers in the United States and Canada.

Patients: Patients with persistent rheumatoid arthritis, as defined by American College of Rheumatology (ACR) criteria, despite receiving methotrexate for at least 6 months.

Intervention: Leflunomide or matching placebo added to existing methotrexate therapy.

Measurements: The primary efficacy variable was the rate of achievement of 20% improvement in ACR criteria (ACR20) at the end of the study. The Health Assessment Questionnaire Disability Index was assessed at each visit, and the Medical Outcomes

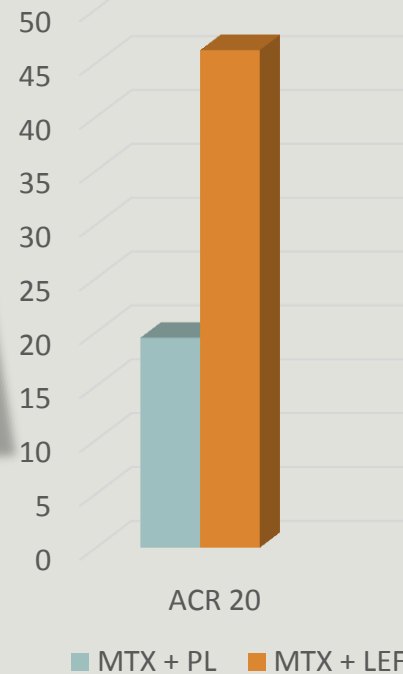
Study 36-item Short Form was completed as an end point analysis.

Results: In the leflunomide and placebo groups, 46.2% and 19.5% of patients, respectively, met ACR20 criteria at 24 weeks ($P < 0.001$). Clinical improvement was demonstrated by statistically significant mean changes in individual components of the ACR20 response criteria. Discontinuation rates were similar in both treatment groups (23.1% in the leflunomide group and 24.8% in the placebo group), as were the overall incidences of adverse events (89.2% vs. 89.5%, respectively). Adverse events were predominantly mild or moderate.

Conclusions: Combination therapy with leflunomide and methotrexate provides statistically significant clinical benefit in patients with active rheumatoid arthritis who are receiving methotrexate therapy. Leflunomide plus methotrexate is generally well tolerated and can be used safely with appropriate liver enzyme and hematologic monitoring.

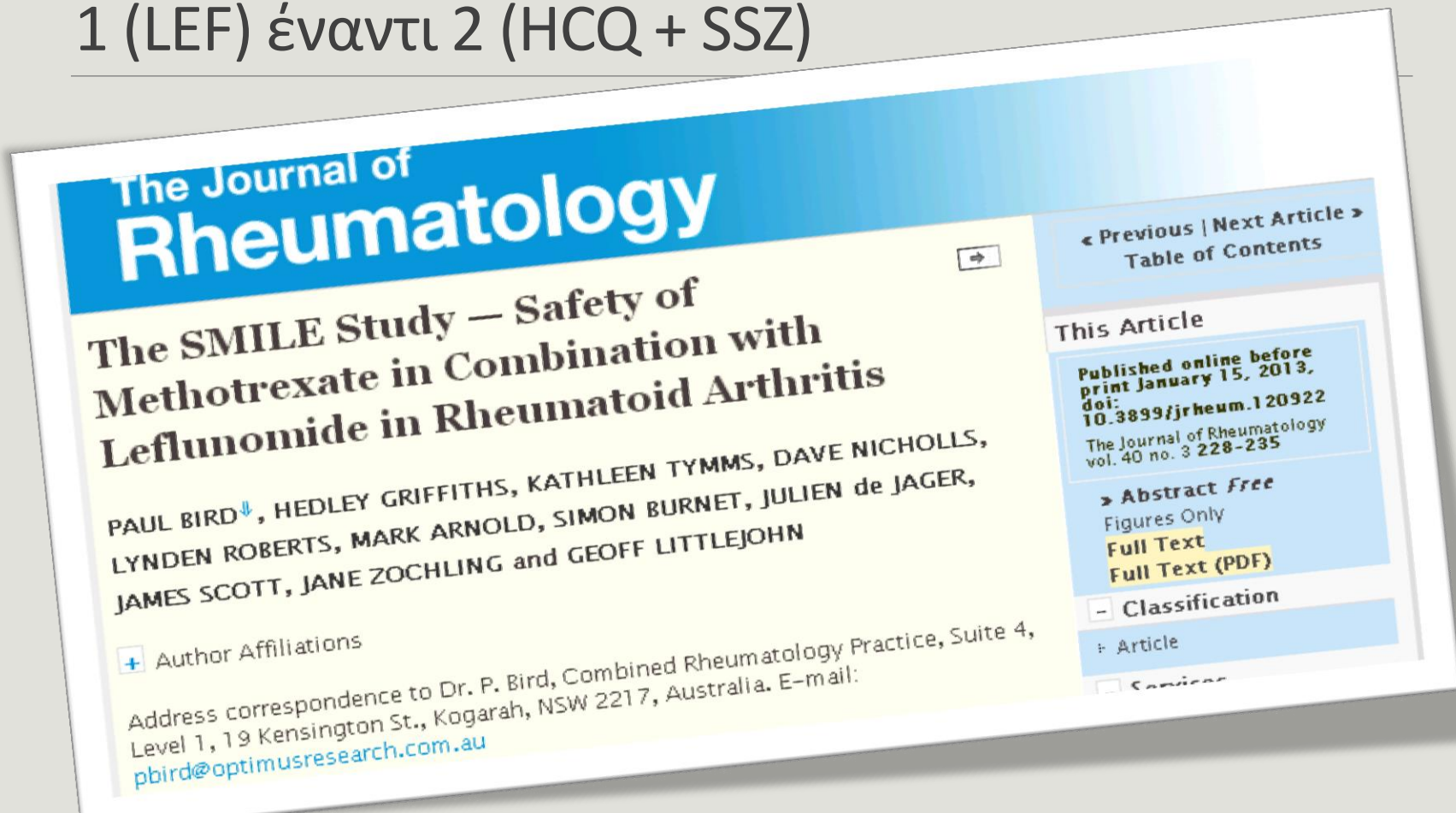
Ann Intern Med. 2002;137:726-733.
For author affiliations, see end of text.

www.annals.org



■ MTX + PL ■ MTX + LEF

1 (LEF) έναντι 2 (HCQ + SSZ)



συνδυασμός MTX & LEF ήταν **καλά** ανεκτός,
με ανεπιθύμητες δράσεις **συμβατές** με αυτές της μονοθεραπείας ή με
άλλες μη βιολογικές αντιρευματικές τροποποιητικές της νόσου θεραπείες

Συνδυαστική θεραπεία

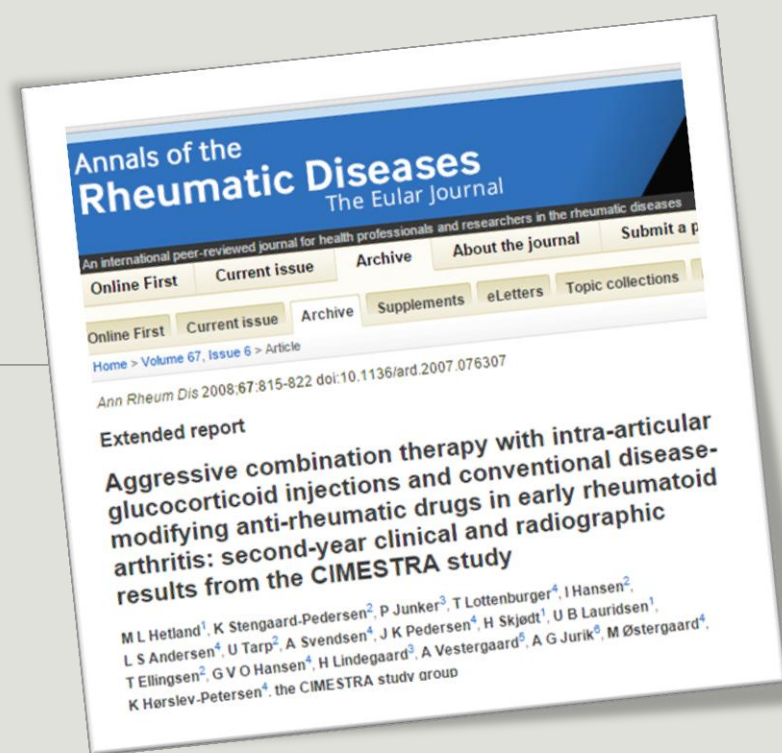
160 ασθενείς με πρώιμη RA (<6 m)

τυχαιοποιήθηκαν σε **IA betamethasone**

σε κάθε οίδηματώδη άρθρωση και

- methotrexate και placebo-ciclosporine (monotherapy) ή
- methotrexate & ciclosporine (combination therapy)

Aggressive combination therapy with intra-articular glucocorticoid injections and conventional disease-modifying anti-rheumatic drugs in early rheumatoid arthritis: second-year clinical and radiographic results from the CIMESTRA study.
Hetland ML¹, Østergaard M, Hørslev-Petersen K; **CIMESTRA** study group. *Ann Rheum Dis.* **2008** Jun;67(6):815-22



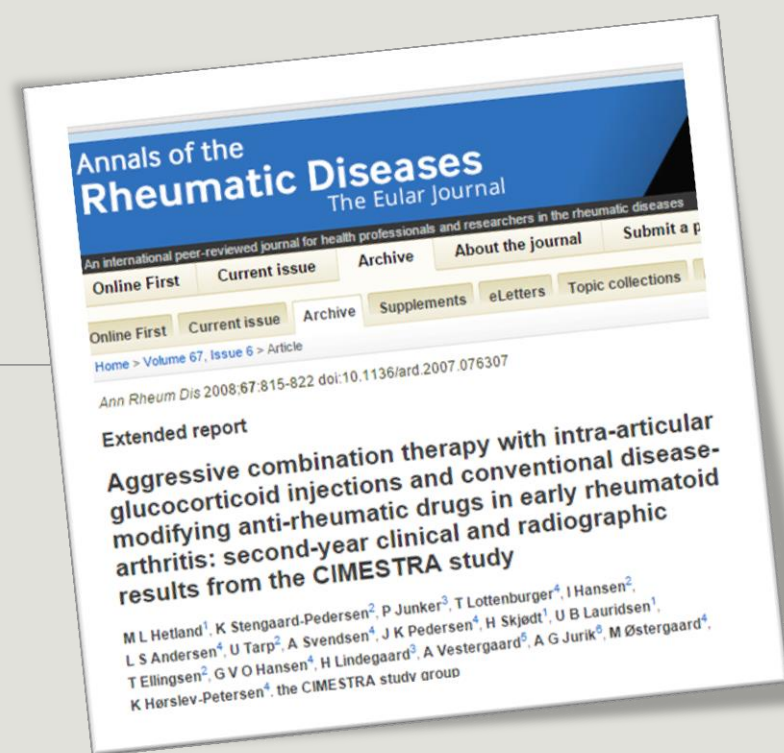
Συνδυαστική θεραπεία

Στις 76 εβδ :

ACR20, ACR50 and ACR70 σε

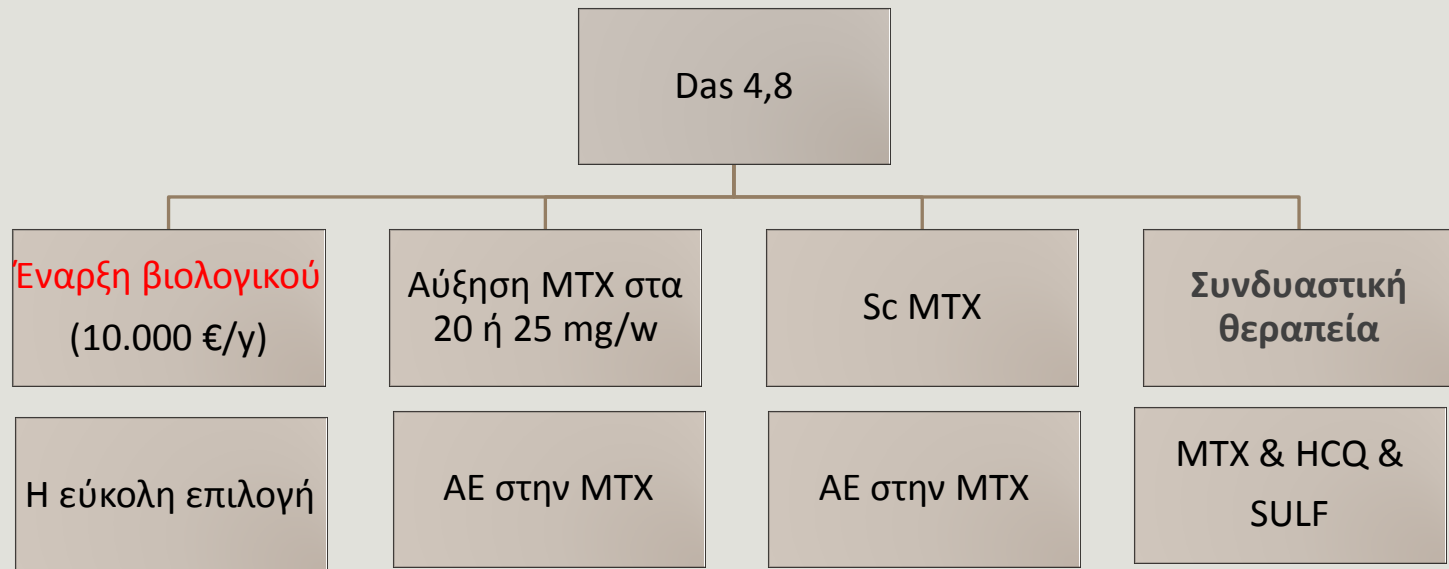
88% 79% and 59% (MTX & Cyc-A)

• 72%, 62% and 54% (MTX)

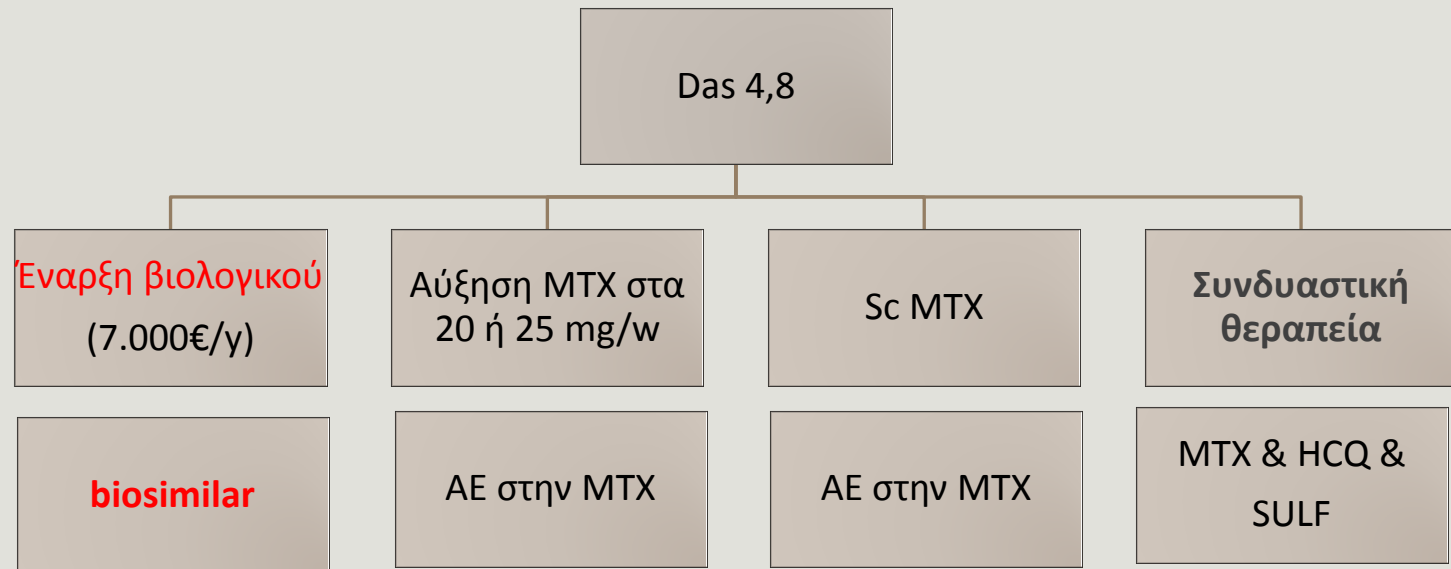


Aggressive combination therapy with intra-articular glucocorticoid injections and conventional disease-modifying anti-rheumatic drugs in early rheumatoid arthritis: second-year clinical and radiographic results from the CIMESTR study. Hetland ML1,, Østergaard M, Hørslev-Petersen K; CIMESTR study group. Ann Rheum Dis. 2008 Jun;67(6):815-22

Θεραπευτικές επιλογές



Θεραπευτικές επιλογές





EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2013 update

12. Προοδευτική μείωση bDMARDs

- Σταθερή ύφεση
- Έχουν διακοπεί τα glucocorticoids
- Εφόσον συνχορηγούνται csDMARD

Μια καλή απόκριση
αυξάνει την πιθανότητα για διατήρηση της ύφεσης
μετά την απόσυρση του βιολογικού

!

Σε **εγκατεστημένη** ΡΑ, οι περισσότεροι ασθενείς
ΘΑ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΣΟΥΝ όταν ο TNF αναστολέας αποσυρθεί



Brief Report
Clinical Rheumatology
October 2015, Volume 34, Issue 10, pp 1801-1805

First online: 12 June 2015

Updated systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials comparing low- versus high-dose rituximab for rheumatoid arthritis

Markus Bredemeier  , Guilherme G. Campos, Fernando K. de Oliveira



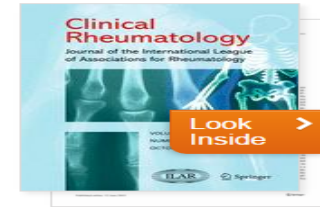
Article Metrics

(2 × 500 or 1 × 1000 mg) Vs high-dose (2 × 1000 mg)

Brief Report
Clinical Rheumatology
October 2015, Volume 34, Issue 10, pp 1801-1805
First online: 12 June 2015

Updated systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials comparing low- versus high-dose rituximab for rheumatoid arthritis

Markus Bredemeier  , Guilherme G. Campos, Fernando K. de Oliveira



Article Metrics

Social Mentions

7 RCTs (2 new full publication versions and 1 abstract of RCTs)

ΔΕΝ ΥΠΗΡΧΑΝ ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ : primary outcomes / HAQ

although the mean change in mTSS was 0.25 units (95 % CI, 0.01 to 0.49; $P = 0.04$) higher in low-dose group at week 52

infusion reactions were less frequent in the low-dose group ($P = 0.02$). Our updated results further support the similar efficacy of both RTX regimens in different subsets of RA patients, demonstrating a better clinical and laboratory safety profile of the low-dose scheme.

Annals of the Rheumatic Diseases

The Euler Journal

An international peer-reviewed journal for health professionals and researchers in the rheumatic diseases

[Online First](#)

[Current issue](#)

[Archive](#)

[About the journal](#)

[Submit a paper](#)

[Online First](#)

[Current issue](#)

[Archive](#)

[Supplements](#)

[eLetters](#)

[Topic collections](#)

[RSS](#)

[Home](#) > [Volume 74, Issue 3](#) > [Article](#)

Ann Rheum Dis 2015;**74**:564-568 doi:10.1136/annrheumdis-2014-206149

Clinical and epidemiological research

Concise report

Maintenance of remission following 2 years of standard treatment then dose reduction with abatacept in patients with early rheumatoid arthritis and poor prognosis



OPEN ACCESS

Rene Westhovens¹, Manuel Robles², Antonio Carlos Ximenes³, Jorgen Wollenhaupt⁴, Patrick Durez⁵, Juan Gomez-Reino⁶, Walter Grassi⁷, Boulos Haraoui⁸, William Shergy⁹, Sung-Hwan Park¹⁰, Harry Genant¹¹, Charles Peterfy¹², Jean-Claude Becker¹³, Bindu Murthy¹⁴

Published Online First 30 December 2014



The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

[HOME](#)[ARTICLES & MULTIMEDIA ▾](#)[ISSUES ▾](#)[SPECIALTIES & TOPICS ▾](#)[FOR AUTHORS ▾](#)[CME ▸](#)

Perspective

The Science of Choosing Wisely — Overcoming the Therapeutic Illusion

David Casarett, M.D.

N Engl J Med 2016; 374:1203-1205 | [March 31, 2016](#) | DOI: 10.1056/NEJMp1516803

 [Comments](#) open through April 6, 2016

Share:     

[Article](#)[References](#)[Comments \(10\)](#)[Metrics](#)

In recent years, the United States has seen increasing efforts to reduce inappropriate use of medical treatments and tests. Perhaps the most visible has been the Choosing Wisely campaign, in which medical societies have identified many tests, medications, and treatments that are used inappropriately. The result is recommendations advising against using these interventions or suggesting that they be considered more carefully and discussed with patients.

Complete lists of recommendations by society can be found by clicking the society name or via individual recommendation pages.

Your search returned 5 results

Society	Recommendation
American College of Rheumatology – Pediatric Rheumatology	Don't repeat a confirmed positive ANA in patients with established JIA or systemic lupus erythematosus (SLE).
American College of Rheumatology – Pediatric Rheumatology	Don't perform methotrexate toxicity labs more often than every 12 weeks on stable doses.
American College of Rheumatology – Pediatric Rheumatology	Don't routinely perform surveillance joint radiographs to monitor juvenile idiopathic arthritis (JIA) disease activity.
American College of Rheumatology – Pediatric Rheumatology	Don't test for Lyme disease as a cause of musculoskeletal symptoms without an exposure history and appropriate exam findings.
American College of Rheumatology – Pediatric Rheumatology	Don't order autoantibody panels unless positive antinuclear antibodies (ANA) and evidence of rheumatic disease.

Search Recommendations

KEYWORD

SOCIETY

American College of Rheumatology – P

TOPIC AREA

- filter by -

AGE

- filter by -

SETTING

- filter by -

SERVICE

- filter by -

SEARCH

Clear Filters



DOWNLOAD A PDF
of all Choosing Wisely
recommendations



ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΙ & ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΙ ΧΕΙΡΙΣΜΟΙ ΜΕ ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ

ΣΠΥΡΟΣ Ν ΝΙΚΑΣ

ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΟΣ

MSUS SPECIALIST

ΕΠΙΣΤ. ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ Ρ/Κ ΚΛ ΠΠΓΝΙ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ

SNNIKAS@YAHOO.COM





ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΙ & ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΙ ΧΕΙΡΙΣΜΟΙ ΜΕ ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΙΔΙΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΜΙΚΡΟΤΕΡΟ ΚΟΣΤΟΣ

ΣΠΥΡΟΣ Ν ΝΙΚΑΣ

ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΟΣ

MSUS SPECIALIST

ΕΠΙΣΤ. ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ Ρ/Κ ΚΛ ΠΠΓΝΙ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ

SNNIKAS@YAHOO.COM





ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΙ & ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΙ ΧΕΙΡΙΣΜΟΙ ΜΕ ΚΡΙΤΗΡΙΟ

ΤΗΝ ΣΟΦΗ ΕΠΙΛΟΓΗ

ΣΠΥΡΟΣ Ν ΝΙΚΑΣ

ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΟΣ

MSUS SPECIALIST

ΕΠΙΣΤ. ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ Ρ/Κ ΚΛ ΠΠΓΝΙ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ

SNNIKAS@YAHOO.COM





ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟΙ & ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΙ ΧΕΙΡΙΣΜΟΙ ΜΕ ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΤΗ «ΜΑΓΕΙΑ» ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΣΠΥΡΟΣ Ν ΝΙΚΑΣ

ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΟΣ

MSUS SPECIALIST

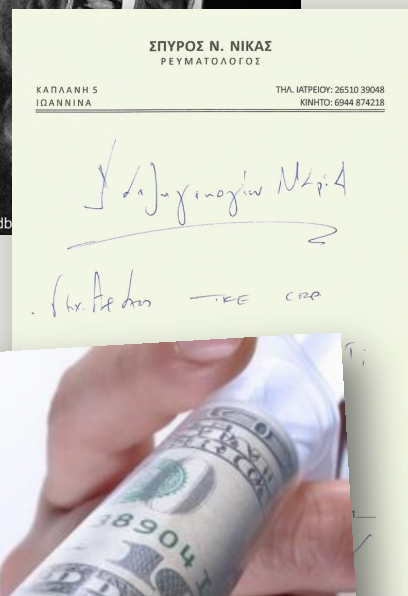
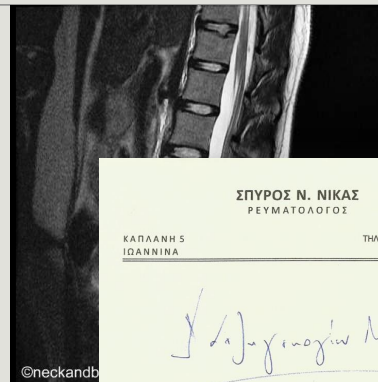
ΕΠΙΣΤ. ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ Ρ/Κ ΚΛ ΠΠΓΝΙ

ΙΩΑΝΝΙΝΑ

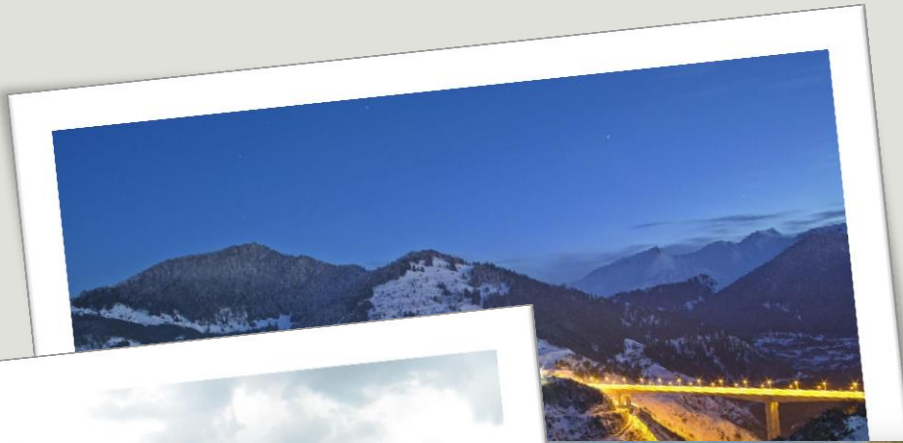
SNNIKAS@YAHOO.COM

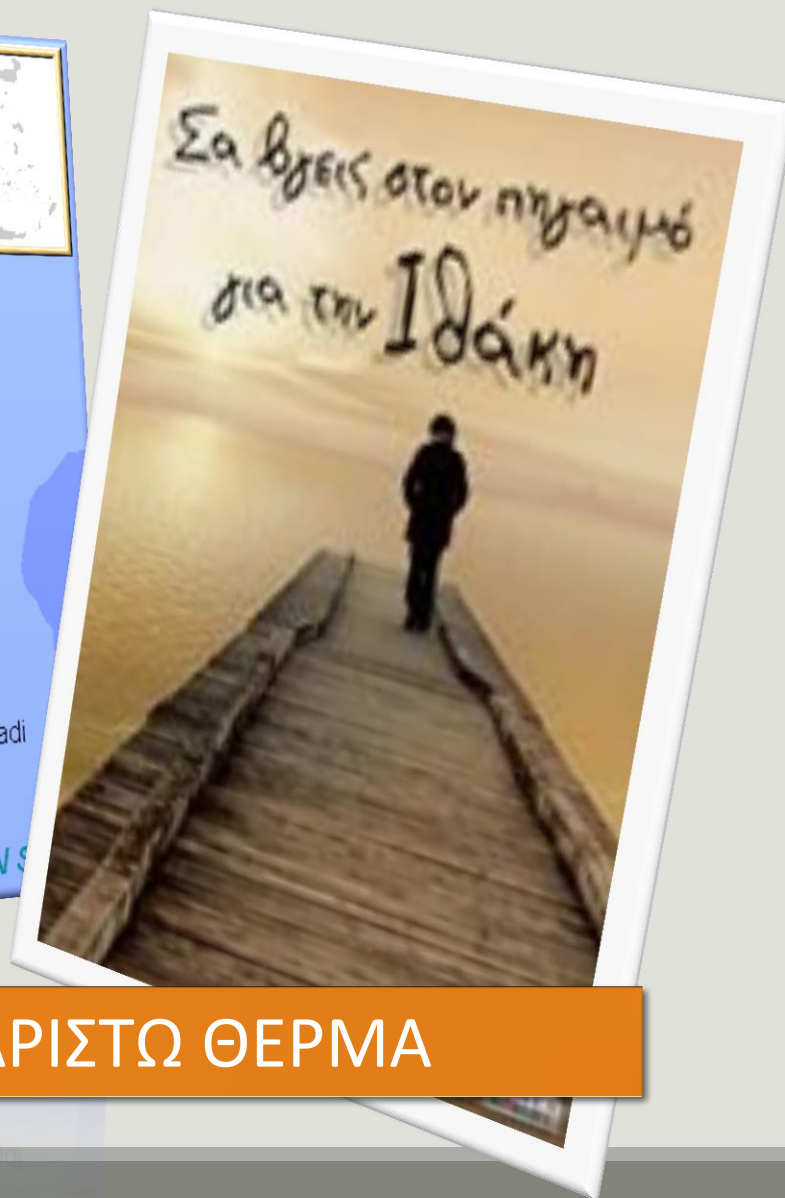


είναι εύκολο...



ΑΛΛΑ ΔΕΝ ΕΙΝΑΙ ΑΥΤΗ
ΜΑΓΕΙΑ ΤΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ





ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΘΕΡΜΑ