



# Παρουσίαση κλινικού περιστατικού

**Αλεξάνδρα Φιλιππούλου**

**Ειδικευόμενη ιατρός Ρευματολογίας**

**Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών**

# Απρίλιος 2009

Ρευματολογική εκτίμηση νοσηλευόμενου ασθενούς εις  
ΟΦΘΑΛΜΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

- Φύλο: Άνδρας
- Ηλικία: 34 ετών
- Κάτοικος χωριού κεντρικής Αιτ/νίας
- Αιτία εισόδου: Αιφνίδια εγκατάσταση θάμβους οράσεως ΑΟ  
με συνυπάρχουσα ερυθρότητα και άλγος
- Διάγνωση οφθαλμιάτρων: Πρόσθια ραγοειδίτιδα
- Θεραπεία: κορτικοστεροειδή





## Από το ιστορικό

- Οσφυαλγία από ετών
- Πρωινή δυσκαμψία
- Αναφέρονται γαστρεντερικές διαταραχές ( διάρροιες, άτυπα κοιλιακά άλγη)

## Από την Φυσική Εξέταση

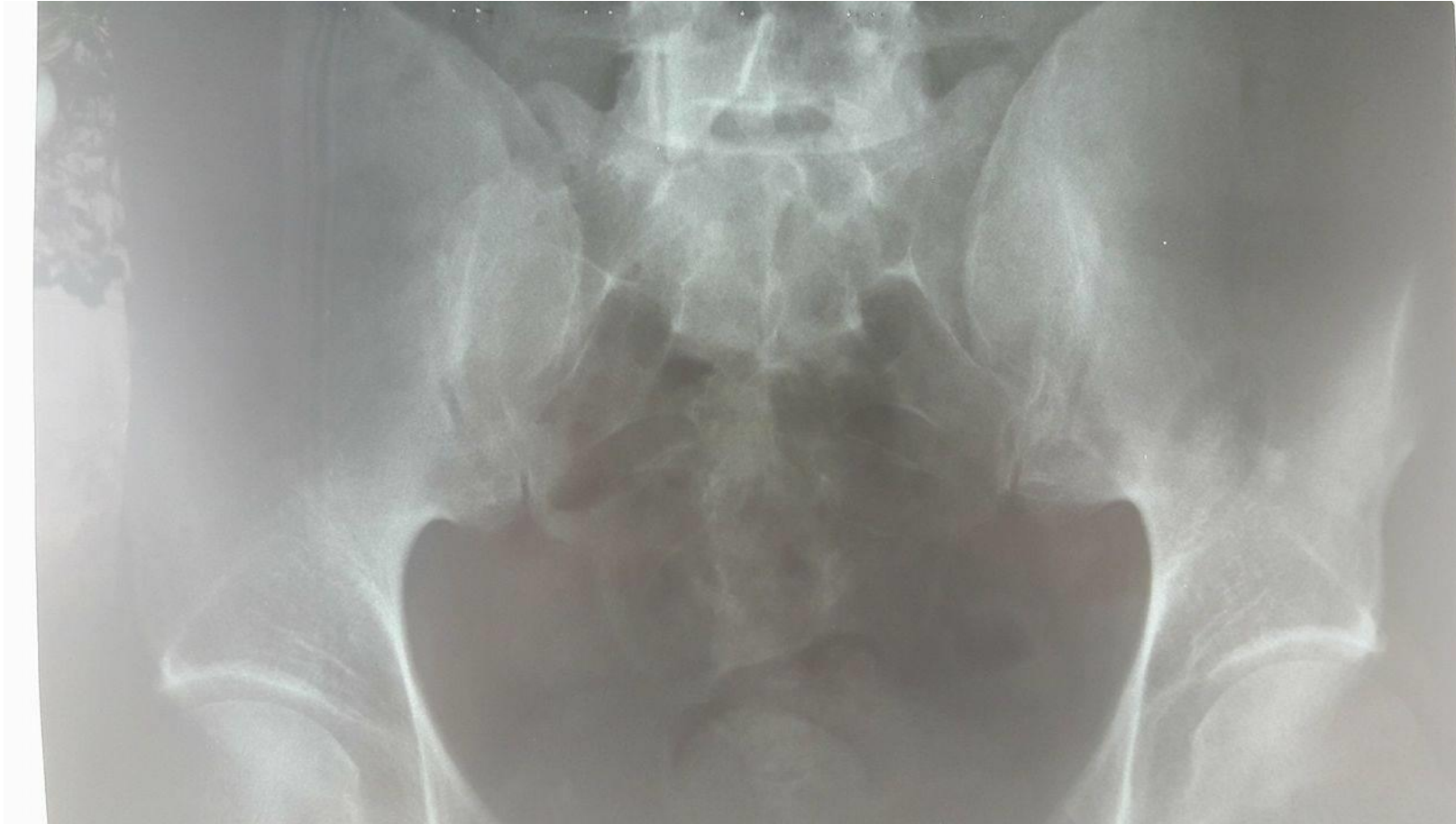
Έντονη ευαισθησία κατά την δοκιμασία stress ιερολαγονίων

Schober test: 10 → 14,5 cm

Απόσταση τράγου τοίχου: 13,5 cm

Χωρίς περιφερική αρθρίτιδα

Ζητήθηκε ακτινογραφία Λεκάνης - Ισχίων





Λαμβάνοντας υπόψιν

- Ανδρικό φύλο
- Φλεγμονώδης οσφυαλγία από νεαρή ηλικία
- Εικόνα ιερολαγονίτιδας(?) στην ακτινογραφία λεκάνης – ισχίων
- Πρόσθια ραγοειδίτιδα
- Αναφερόμενες διαταραχές από ΓΕΣ ( κολονόσκοπηση και βιοψία: άτυπη κολίτιδα)



**Σπονδυλοαρθροπάθεια**

# Λήψη θεραπευτικών αποφάσεων

- Αποφυγή ΜΣΑΦ ( λόγω της υποκλινικής εντερικής φλεγμονής)
- Έναρξη anti TNFα θεραπείας μετά το screening



Συναποφασίζεται με ασθενή **Adalimumab**

Screening ασθενούς: Mantoux ( +) 10 mm ( BCG προ 15ετίας)

Έναρξη ισονιαζίδης ( dianicotyl 100mg 3x1) με προοπτική 9μήνου

Και έναρξη Adalimumab 1 μήνα μετά την έναρξη dianicotyl

# Επανεκτίμηση 2 μήνες μετά την έναρξη Adalimumab



- Άριστη κατάσταση ασθενούς
  - χωρίς άλγη
  - χωρίς υποτροπή οφθαλμικής προσβολής
- Πολύ ευχαριστημένος ο ασθενής ως προς την νέα του θεραπεία
- Σημειώνεται ήπια ουδετεροπενία από την γενική αίματος

# Επανεκτίμηση 3 μήνες μετά

Υπό Adalimumab και dianicotyl

- Εμφάνιση ισχιαλγίας ΑΡΙΣΤΕΡΑ μετά από αναφερόμενη μηχανική καταπόνηση
- Laseque ( +) Αριστερά
- ΣΣ χωρίς περιορισμό κινητικότητας
- Χωρίς πρωινή δυσκαμψία





# Επανεκτίμηση μετά από 1 έτος

- Ο ασθενής έχει χάσει το τακτικό follow up στο τακτικό ρευματολογικό ιατρείο – δεν λαμβάνει θεραπεία το τελευταίο 3μηνο περίπου

Στο μεσοδιάστημα

- Εμφάνιση αδυναμίας στο AP κάτω άκρο
- Συνοδές αιμωδίες με διαλείποντα χαρακτήρα

Έναρξη πρεγκαμπαλινής λόγω νευροπαθητικού τύπου άλγος

# Επανεκτίμηση ένα μήνα μετά

- Βελτίωση μερικώς μετά την από μηνός θεραπεία με πρεγκαμπαλίνη ως προς το άλγος
- Αδυναμία AP κάτω άκρου ( διαλείποντας χαρακτήρας)

**« Δεν μπορώ να ανέβω σκάλες »**

- Από 4μήνου τουλάχιστον ΔΕΝ λαμβάνει anti- TNFα θεραπεία

Κ Α Ι

ΔΕΝ εμφανίστηκε συμπτωματολογία SpA

Από αντικειμενική εξέταση:

Χωρίς ενεργό αρθρίτιδα

Laseque( +) άμφω ( κυρίως AP)

**???? Σκέψεις για αναθεώρηση διάγνωσης SpA???**

Ζητήθηκε διενέργεια εξέτασης για HLA B27 καθώς και Ηλεκτρομυογράφημα κ.άκρων  
(Ευρήματα χρόνιας νευρογενούς βλάβης κατανομής O3O4 και πιθανότατα O5 ΙΔΙΩΣ ΑΡΙΣΤΕΡΑ)

- Ο ασθενής συνεχίζει να έχει αδυναμία στο AP κάτω άκρο
  - με διαλείποντα χαρακτήρα
  - σταδιακά επιδεινούμενη πορεία

Συνιστάται νευρολογική εκτίμηση

Απευθύνεται εις Νευρολόγους

Πολλαπλές νοσηλείες

Τίθεται η διάγνωση

**CIDP ( Χρόνιας Φλεγμονώδους Απομυελινωτικής πολυνευροπάθειας)**

# CIDP ( Chronic Inflammatory Demyelinating Polyneuropathy)

- Φλεγμονώδης διαταραχή του περιφερικού νευρικού συστήματος αυτοάνοσης αρχής – προσβολή μυελίνης
- Εμπλέκονται και οι νευρικές ρίζες
- Χρόνιο Guillain- Barre' σύνδρομο

## Συμπτώματα

- Αιμωδίες - παραισθησίες
- Νευροπαθητικό άλγος
- Προοδευτική μυϊκή αδυναμία
- Απώλεια των εν τω βάθει τενόντιων αντανακλαστικών
- Αίσθημα κόπωσης

Η έγκαιρη διάγνωση ( με υψηλό δείκτη υποψίας) σημαντική για πρόληψη μη αναστρέψιμης προσβολής των νευραξόνων

# Ένταξη Θεραπείας από νευρολόγους



- Κορτικοστεροειδή
- IVIG

( 5ημερα σχήματα 140 gr επί υποτροπών νόσου και εξάρσεων)

**Μερική ανταπόκριση και βελτίωση της μυϊκής αδυναμίας AP κάτω άκρου**

**Από το 2013: συνεχείς υποτροπές, τουλάχιστον 1 έγχυση μηνιαίως**

**IVIG ανά μήνα 160gr!!!!**

# Απρίλιος 2017

- Νοσηλεία εις N/K κλινική ΠΓΝΠ στα πλαίσια υποτροπής της CIDP

Διπλωπία – πάρεση απαγωγού

Αδυναμία κάτω άκρων με αδυναμία βάδισης

Αιμωδίες/άλγη κάτω άκρων

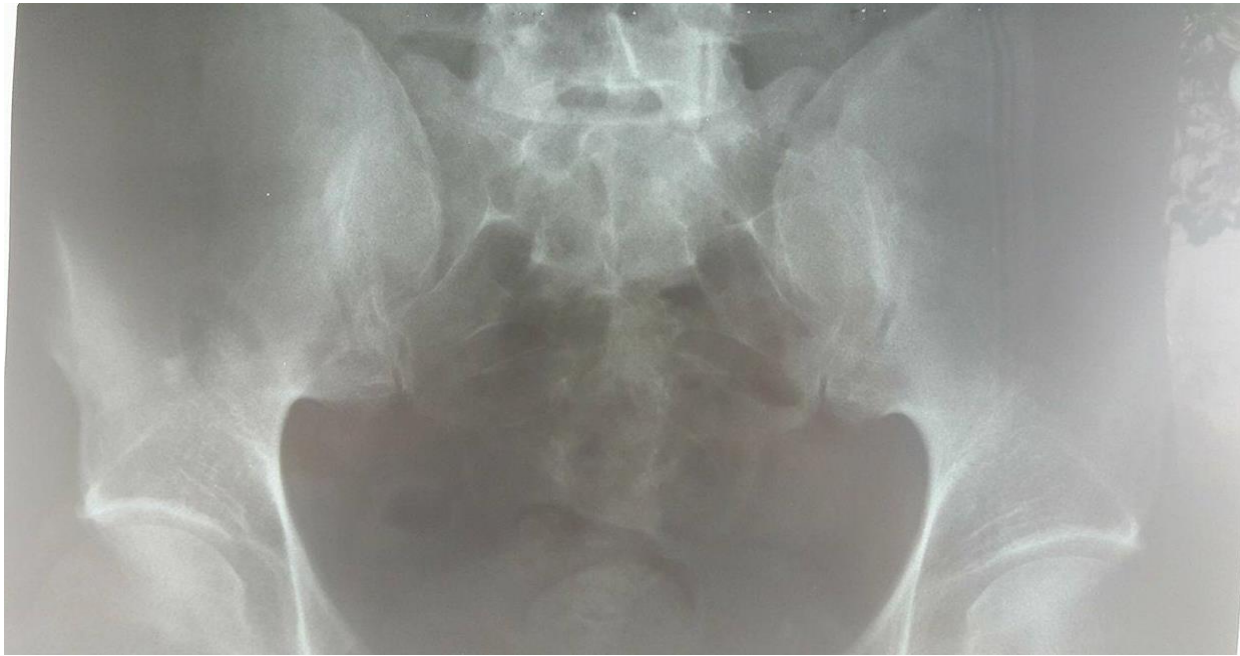
Οσφυαλγία

- Ζητήθηκε ρευματολογική εκτίμηση στα πλαίσια του παρελθόντος ιστορικού και εμμένουσας οσφυαλγίας

## Σύσταση για

- εκ νέου ακτινογραφία λεκάνης ισχίων
- λήψη ΜΣΑΦ ( σε συνδυασμό με γαστροπροστασία)

# Ακτινογραφία λεκάνης -ισχίων



Απρίλιος 2009



Απρίλιος 2017

# Αιτίες εμφάνισης CIDP

- Άγνωστο τι πυροδοτεί τους αυτοάνοσους μηχανισμούς έναντι μυελίνης
- Γενετικό υπόβαθρο;
- Περιβαλλοντικοί παράγοντες;
- Φύλο;
- Ηλικία;
- Anti- TNFα θεραπεία;;;



# Anti- TNF $\alpha$ Θεραπεία και CIDP

## **Pattern of demyelination occurring during anti-TNF- $\alpha$ therapy: a French national survey**

**Raphaèle Seror<sup>1,\*</sup>, Christophe Richez<sup>2,\*</sup>, Christelle Sordet<sup>3</sup>, Stéphanie Rist<sup>4</sup>, Laure Gossec<sup>5</sup>, Guillaume Direz<sup>6</sup>, Eric Houvenagel<sup>7</sup>, Jean-Marie Berthelot<sup>8</sup>, Christian Pagnoux<sup>9</sup>, Emmanuelle Dernis<sup>10</sup>, Sylvie Melac-Ducamp<sup>11</sup>, Beatrice Bouvard<sup>12</sup>, Caroline Asquier<sup>13</sup>, Antoine Martin<sup>14</sup>, Xavier Puechal<sup>10</sup> and Xavier Mariette<sup>1</sup> for the Club Rhumatismes et Inflammation Section of the SFR**

## **Neuropathy resembling CIDP in patients receiving tumor necrosis factor- $\alpha$ blockers**

**C. Richez, MD, P. Blanco, MD, A. Lagueny, MD, T. Schaeverbeke, MD, PhD and J. Dehais, MD**

## **Guillain-Barré and Miller Fisher Syndromes Occurring With Tumor Necrosis Factor $\alpha$ Antagonist Therapy**

**In-Sook J. Shin,<sup>1</sup> Alan N. Baer,<sup>1</sup> Hyon J. Kwon,<sup>2</sup> Elektra J. Papadopoulos,<sup>2</sup> and Jeffrey N. Siegel<sup>2</sup>**

# Στον συγκεκριμένο ασθενή

- Για την εκδήλωση συμπτωματολογίας CIDP

**Ευθύνεται η anti- TNFα θεραπεία;;;;;** ( για ένα έτος την έλαβε με καλή ανταπόκριση)

Προϋπήρχε το γενετικό υπόβαθρο και **πυροδοτήθηκε από τον anti- TNFα παράγοντα;;;;;**

**Συνέπεσαν** και άλλοι περιβαλλοντικοί παράγοντες με την **χορήγηση anti- TNFα;;;;;**

**Τυχαίο γεγονός;;;;;**

# Τι θεραπεία χρειάζεται ο ασθενής;

Αποφυγή anti-TNFα θεραπείας

**Πρόταση νευρολόγων:**

Χορήγηση Rituximab για έλεγχο της συμπτωματολογίας CIDP

**Άποψη ρευματολόγων:**

Δεν υπάρχει αντίρρηση

# Rituximab και Αγκυλοποιητική Σπονδυλίτιδα

Different Response to Rituximab in Tumor Necrosis Factor  
Blocker–Naive Patients With  
Active Ankylosing Spondylitis and in Patients in Whom  
Tumor Necrosis Factor Blockers Have Failed

A Twenty-Four–Week Clinical Trial

I.-H. Song,<sup>1</sup> F. Heldmann,<sup>2</sup> M. Rudwaleit,<sup>1</sup> J. Listing,<sup>3</sup> H. Appel,<sup>1</sup> J. Braun,<sup>2</sup> and J. Sieper<sup>1</sup>

**ARTHRITIS & RHEUMATISM**

Vol. 62, No. 5, May 2010, pp 1290–1297

DOI 10.1002/art.27383

© 2010, American College of Rheumatology

# Συμπεράσματα

- Η anti- TNFα θεραπεία είναι θεραπεία για ασθενείς με SpA, συχνά χρησιμοποιούμενη
- Η CIDP είναι μια σπάνια απομυελινωτική νόσος που επηρεάζει πολύ αρνητικά την ζωή του πάσχοντα
- Υπάρχουν βιβλιογραφικά δεδομένα που ενοχοποιούν την anti- TNFα για εμφάνιση CIDP ή παρεμφερών νευρολογικών παθήσεων
- Οι νευρολογικές εκδηλώσεις ασθενών υπο anti- TNFα θεραπεία πρέπει να μας προβληματίζουν
- Η έγκαιρη παραπομπή σε νευρολόγο είναι βασική για την έκβαση πορείας νόσου του ασθενή