

ΠΝΕΥΜΟΝΙΚΗ ΠΡΟΣΒΟΛΗ ΣΤΗ ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ



Φάνης Π. Καράγεωργας

Ρευματολόγος

Μονάδα Ρευματολογίας & Κλινικής Ανοσολογίας, Π.Γ.Ν. «Αττικόν»

Σύγκρουση Συμφερόντων

- Ουδέν

Περίγραμμα Ομιλίας:

- ΡΑ: Τύποι Πνευμονικής προσβολής
 1. Πλευρίτιδα
 2. Ρευματοειδή Οζίδια
 3. Προσβολή Αεραγωγών (39-60%):
 - Κρικοαρτενοειδής αρθρίτιδα (βράγχος φωνής, stridor)
 - Βρογχιεκτασίες (16-58%)
 - Αποφρακτική Βρογχιολίτιδα
 4. Σπάνιες: ΡΑΗ, αγγειίτιδα κ.α.
 5. Διάχυτη Διάμεση πνευμονοπάθεια (ILD)

- Κλινικές περιπτώσεις

- Συμπεράσματα

Περίγραμμα Ομιλίας:

- ΡΑ: Τύποι Πνευμονικής προσβολής
 1. **Πλευρίτιδα**
 2. Ρευματοειδή Οζίδια
 3. Προσβολή Αεραγωγών (39-60%):
 - Κρικοαρτενοειδής αρθρίτιδα (βράγχος φωνής, stridor) → 75%
 - Βρογχιεκτασίες (16-58%)
 - Αποφρακτική Βρογχιολίτιδα
 4. Σπάνιες: ΡΑΗ, αγγειίτιδα κ.α.
 5. Διάχυτη Διάμεση πνευμονοπάθεια (ILD)

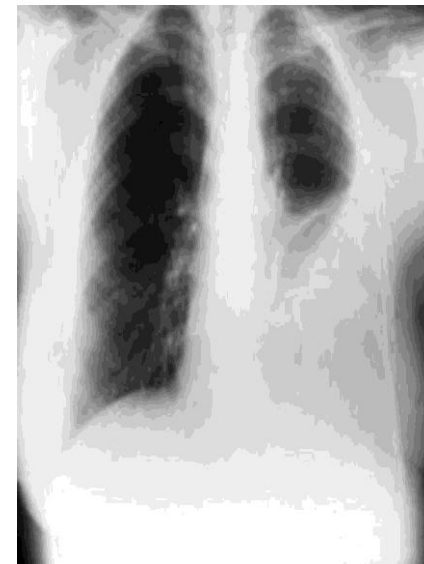
- Κλινικές περιπτώσεις

- Συμπεράσματα

ΡΑ: Υπεζωκοτική συλλογή

- Συχνή (έτερο-ή αμφοτερόπλευρη) ♂ >> ♀ (30% + οζίδια/ILD)
- 20% συμπτωματική (Πυρετός ± πλευριτικό άλγος)
- Χρόνια ΡΑ αλλά 46% σύγχρονη εκδήλωση με αρθρίτιδα (ειδικά ♂)
- Χαρακτηριστικά υγρού:
 - Εξιδρωματική με WBC <5.000 (Αρχικά PMN ή σπάνια Eos τύπος → 7-11 ημέρες = λεμφοκυτταρικός)
 - Ήγλυκόζη (80%),
 - ΉpH (71%)
- Ιστολογική: επιμήκυσμένα Μφ, γιγάντια πολυπύρρηνα Μφ και Κοκκιωματώδης νέκρωση τοιχωματικού υπεζωκότα = ΠΑΘΟΓΝΩΜΟΝΙΚΟ
- Σπανιότερα: εμπύημα, βρογχοπνευμονικό συρίγγιο, πυοπνευμοθώρακας, χυλοθώρακας. Τήξη οζιδίου στον υπεζωκοτικό χώρο.

ADA ↑ και στη ΡΑ



Αρχική: 0.5 mg/Kg CS + MTX

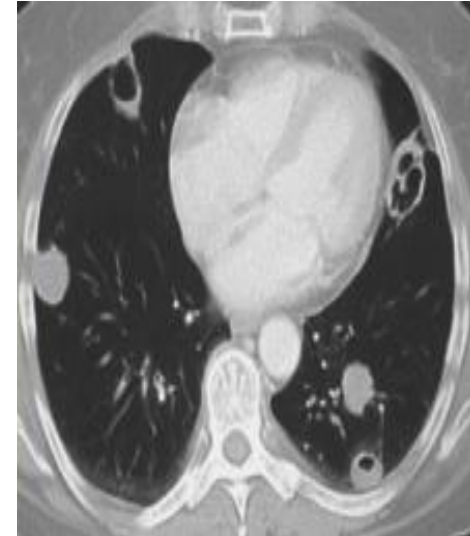
Ανθεκτική: bDMARDs

Περίγραμμα Ομιλίας:

- ΡΑ: Τύποι Πνευμονικής προσβολής
 1. Πλευρίτιδα
 2. **Ρευματοειδή Οζίδια**
 3. Προσβολή Αεραγωγών (39-60%):
 - Κρικοαρτενοειδής αρθρίτιδα (βράγχος φωνής, stridor) → 75%
 - Βρογχιεκτασίες (16-58%)
 - Αποφρακτική Βρογχολίτιδα
 4. Σπάνιες: ΡΑΗ, αγγειίτιδα κ.α.
 5. Διάχυτη Διάμεση πνευμονοπάθεια (ILD)
- Κλινικές περιπτώσεις
- Συμπεράσματα

ΡΑ: Ρευματοειδή Οζίδια

- Πνευμονικοί όζοι → ενίοτε κοιλοποίηση (50%)
- Συνήθως ασυμπτωματικοί,
- Ομαλά όρια σαφώς καθοριζόμενα
- Υπουπεζωκοτική εντόπιση
- Καλή πρόγνωση αν και απρόβλεπτη εξέλιξη
- Ασυμπτωματικά οζίδια παρακολουθούνται
- **Ανησυχία επί μονήρους όζου ιδίως σε καπνιστές → BAL + Βιοψία διά βελόνης (PET/CT χωρίς ειδικότητα για ΔΔ από Ca)**



Περίγραμμα Ομιλίας:

- ΡΑ: Τύποι Πνευμονικής προσβολής
 1. Πλευρίτιδα
 2. Ρευματοειδή Οζίδια
 3. **Προσβολή Αεραγωγών (39-60%):**
 - Κρικοαρτενοειδής αρθρίτιδα (βράγχος φωνής, stridor)
 - Βρογχιεκτασίες (16-58%)
 - **Αποφρακτική Βρογχιολίτιδα**
 4. Σπάνιες: ΡΑΗ, αγγειίτιδα κ.α.
 5. Διάχυτη Διάμεση πνευμονοπάθεια (ILD)
- Κλινικές περιπτώσεις
- Συμπεράσματα

ΡΑ: Νόσος Αεραγωγών

Αποφρακτική Βρογχιολίτιδα

- Η πιο συχνή αιτία (μετά μεταμόσχευση)
- Συνήθως χρόνια ΡΑ
- Αποφρακτικό πρότυπο (↓ FEV1 /FVC)
- HRCT: Πρότυπο **μωσαικού** στην εκπνοή
- Πτωχή ανταπόκριση σε στεροειδή, μακρολίδες, DMARDs
- Σταθερή νόσος στους περισσότερους ασθ.



Περίγραμμα Ομιλίας:

- ΡΑ: Τύποι Πνευμονικής προσβολής
 1. Πλευρίτιδα
 2. Ρευματοειδή Οζίδια
 3. Προσβολή Αεραγωγών (39-60%):
 - Κρικοαρτενοειδής αρθρίτιδα (βράγχος φωνής, stridor) → 75%
 - Βρογχιεκτασίες (30%)
 - Αποφρακτική Βρογχιολίτιδα
 4. Σπάνιες: ΡΑΗ, αγγειίτιδα κ.α.
 5. **Διάχυτη Διάμεση πνευμονοπάθεια (ILD)**
- Κλινικές περιπτώσεις
- Συμπεράσματα

RA - ILD: Επιδημιολογία

□ Συχνότητα = 4.5% (σε 10000 ασθ.)¹

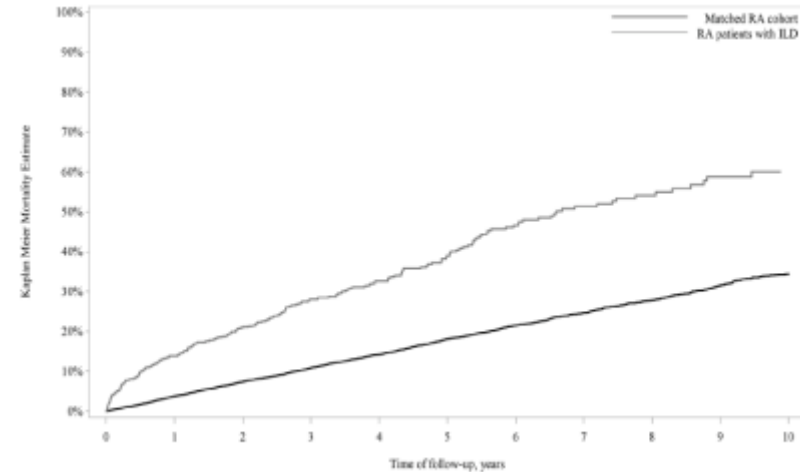
□ Ακτινολογική ILD = 25%²

□ **Life-time risk = 10%**³

□ **10% ILD προ αρθρίτιδας και 7% σύγχρονα**⁴

□ **Θνητότητα:**

- 6-13% περισσότερο από το γενικό πληθυσμό (λοίμωξη ή αναπνευστική ανεπάρκεια)
- 2^η αιτία πρώιμου θανάτου μετά τα καρδιαγγειακά συμβάματα³



Kaplan-Meier survival curves for RA with and without ILD. ILD, interstitial lung disease; RA, rheumatoid arthritis.

¹Sokka T et al AnnRheum Dis 2007

²Dowson Jk et al Thorax 2001

³Bongartz, T. et al Arthritis Rhem 2010

⁴Kelly C et al Rheumatology 2014

RA - ILD: Επιδημιολογία

- Παράγοντες κινδύνου:
 - Άρρεν φύλο⁴
 - ↑ ηλικία⁴
 - Κάπνισμα (αν >25py → RR = 3.8)⁵
 - Υψηλή ενεργότητα (↑ΤΚΕ, ↑ΗΑQ)⁶
 - RF, anti-CCP + (ειδικά σε υψηλούς τίτλους)⁴

⁴Kelly C et al Rheumatology 2014

⁵Gochuico Br et al Arch Int Med 2008

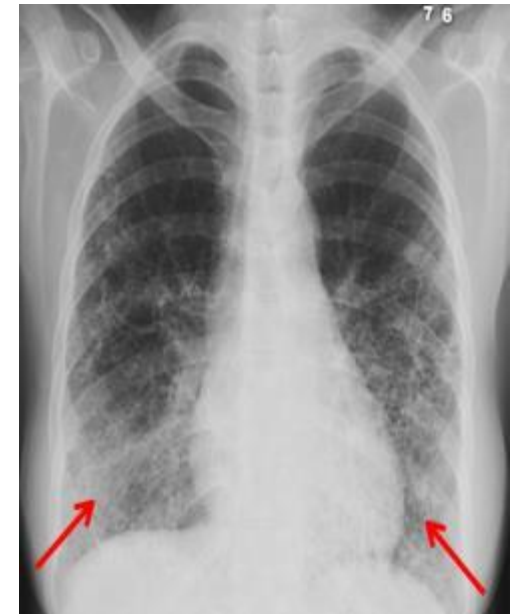
⁶Koduri G et al Rheumatology 2010

ΡΑ-ILD: Υποψία

- **Συμπτώματα:**
 - Δύσπνοια προσπάθειας → ηρεμίας
 - Ξηρός βήχας
 - Συστηματικά συμπτώματα (πυρετός, ↓ΒΣ, κακουχία) συνήθως στις οξείες/υποξείες πνευμονίτιδες

- **ΑΕ:**
 - Ταχύπνοια, κυάνωση
 - Τελοεισπνευστικοί τρίζοντες (Velchro)
 - Clubbing σπάνια

- **Κλασσική Ακτινογραφία** (χαμηλή ευαισθησία)

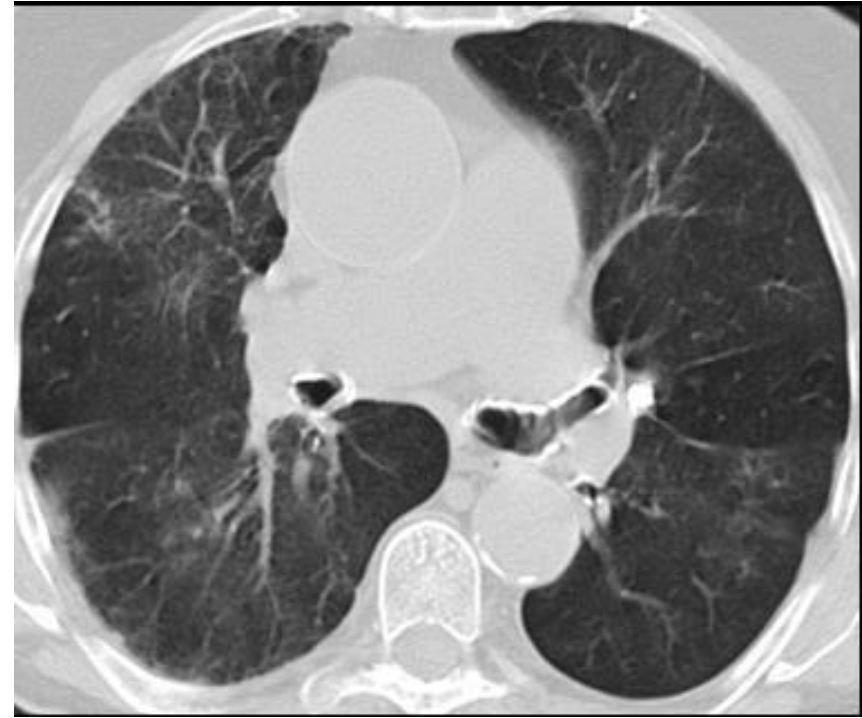


RA-ILD: Ακτινολογικό/Ιστολογικό Πρότυπο



UIP:

- Μελικυρήθρα υποπεζωκοτικά + κάτω λοβούς
- Μη αναστρέψιμη ίνωση – κακή πρόγνωση



NSIP:

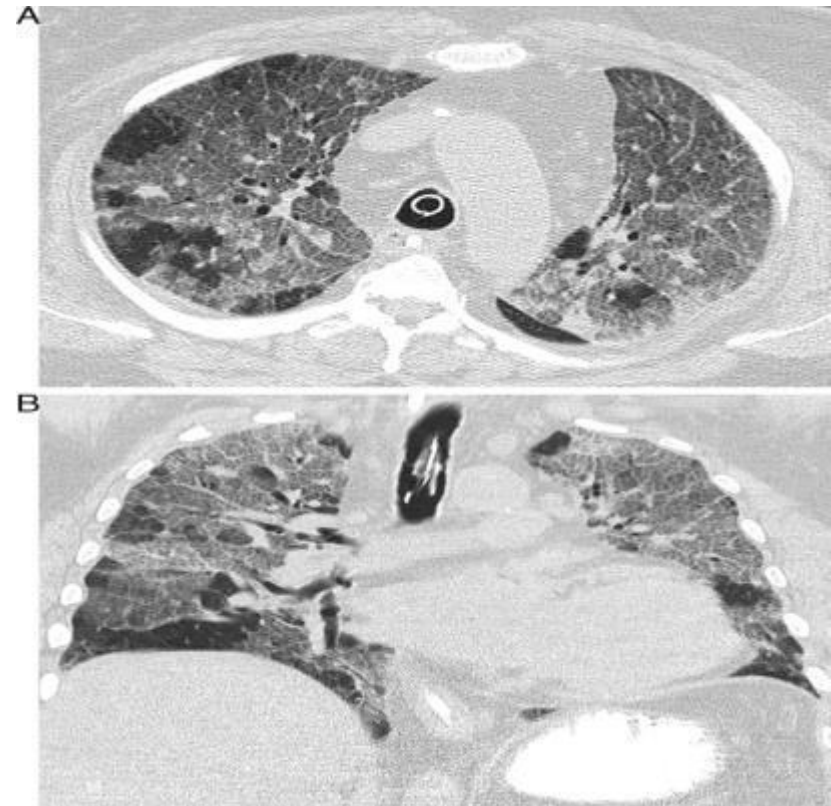
- Αμφοτερόπλευρη θαμβή ύαλος ± δικτυωτό πρότυπο ± βρογχιεκτασίες
- ±Αναστρέψιμη

ΡΑ-ILD: Ακτινολογικό/Ιστολογικό Πρότυπο



COP:

- Αμφοτερόπλευρη κατά τόπους πύκνωση ± θαμβή ύαλος
- Αναστρέψιμη ± υποτροπιάζουσα



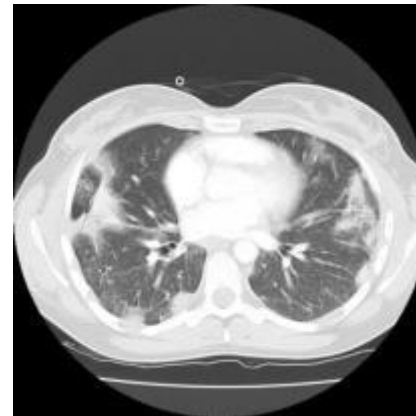
AIP:

- Αμφοτερόπλευρη θαμβή ύαλος ± πύκνωση (οχι υπεζωκοτική συλλογή)
- >50% θνητότητα

RA-ILD: Ακτινολογικά Πρότυπα

Πρότυπο	Συχνότητα	Πρόγνωση (Μέση Επιβίωση σε έτη)
UIP	44-66%	Κακή (3.9)
NSIP	24-44%	Καλή (17)
OP	5%	Καλή (9.3)
AIP/DAD	<5%	Πολύ Κακή (0.2)

Ακτινολογικό Πρότυπο → Πληροφορίες για την αναστρεψιμότητα της βλάβης



PA-ILD: Τεκμηρίωση

□ HRCT:

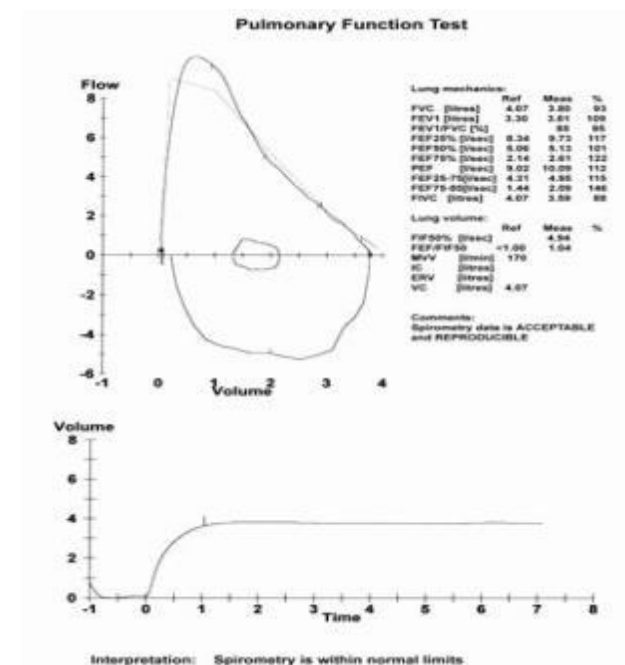
- Επιβεβαίωση ILD

- Ακτινολογικό πρότυπο (UIP vs NSIP κοκ) → Αναστρεψιμότητα?

□ Σπυρομέτρηση – Διάχυση (Στατικοί όγκοι):

- Περιοριστικό πρότυπο:

 - Αρχικά DLCO ↓ → ↓ FVC και DLCO



RA-ILD: Τεκμηρίωση

□ BAL?

- Απαραίτητο επί υποψίας λοίμωξης ή κακοήθειας
- Συνεργασία με πνευμονολόγο

□ Βιοψία?

- Συνήθως ΟΧΙ
 - Μελικυρήθρα → 40% ευαισθησία και 95% ειδικότητα για UIP σε Bx¹
 - Θαμβή ύαλος → 95% ευαισθησία και 40% ειδικότητα για NSIP στη Bx¹

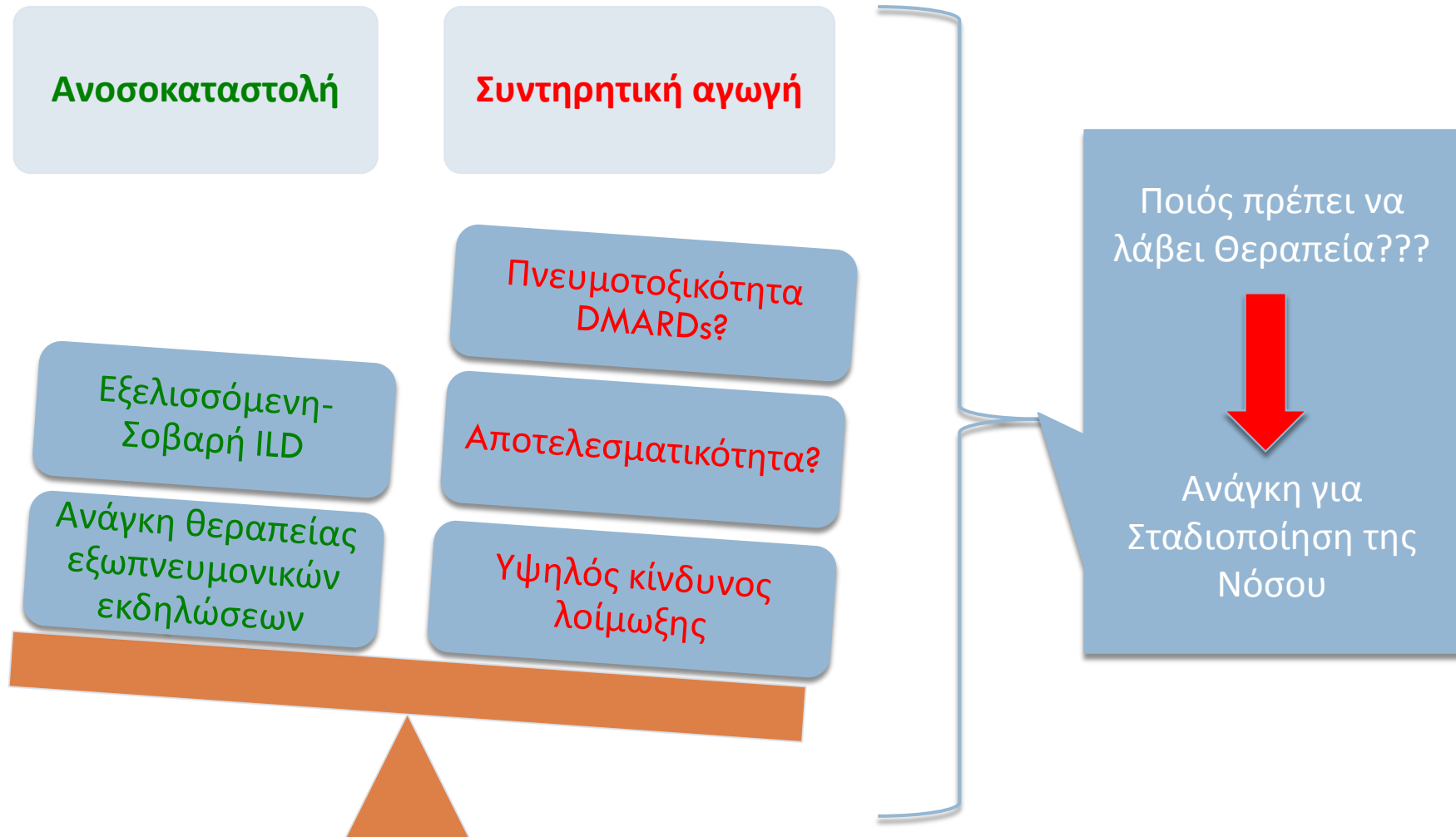
RA-ILD: Προσέγγιση ασθενούς Αποκλεισμός άλλων αιτιών.

Συνεκτίμηση με
πνευμονολόγο

ΑΙΤΙΑ:	ΣΧΟΛΙΑ:	
1) ΛΟΙΜΩΞΗ	<ul style="list-style-type: none">•TB•PCP•Chlamydia•Άτυπη πνευμονία	<ul style="list-style-type: none">•Mantoux/IGRA•Καλλιέργεια πτυέλων αίματος•Ορολογικός ορού-ούρων•BAL
2) ΚΑΚΟΗΘΕΙΑ	<ul style="list-style-type: none">•Καρκινοματώδης λεμφαγγειίτιδα από Ca μαστού, πνεύμονα, ΓΕΣ, προστάτη κοκ	<ul style="list-style-type: none">•Λεμφαδένες ΜΣΘ•Απεικόνιση /Ενδοσκόπηση αναλόγως ευρημάτων
3) ΦΑΡΜΑΚΑ	<ul style="list-style-type: none">•Αντιβιώσεις (INH, νιτροφουραντοίνη)•Αντιεπιληπτικά•ΧΜΘ - DMARDs•Στατίνες•αΜΕΑ, αμιοδαρόνη, κοκ	<ul style="list-style-type: none">•Ιστορικό
4) ΠΝΕΥΜΟΝΙΑ ΕΞ ΥΠΕΡΕΥΑΙΣΘΗΣΙΑΣ	Αγρότες/Κτηνοτρόφοι (σανό/σιτηρά) Πτηνοτρόφοι, Εργάτες σε πλαστικά/ηλεκτρονικά, ξυλεία, συστήματα θέρμανσης/πισίνες/χαμάμ	<ul style="list-style-type: none">•Ιστορικό
5) ΙΔΙΟΠΑΘΕΙΣ	<ul style="list-style-type: none">•IPF	<ul style="list-style-type: none">• ΠΡΟΣΟΧΗ χαμηλοί τίτλοι RF/ANA

RA-ILD: Προσέγγιση ασθενούς – Θεραπεία

Ποιός πρέπει να λάβει θεραπεία???



RA-ILD: Προσέγγιση ασθενούς –Σταδιοποίηση

Ποιές Δοκιμασίες είναι απαραίτητες?

□ HRCT:

□ Ακτινολογικό πρότυπο (UIP vs NSIP κοκ, **Προσδιοριστική Αποδοτικότητα?**)

□ Έκταση προσβολής → < ή > 20% → Βα

□ Σπυρομέτρηση – Διάχυση (Στατικοί ό

■ Κλινικά σημαντική επιδείνωση

■ **FVC ≤ 10% ή/και DLCO ≤ 50%**

□ Βαρύτητα

Προσέγγιση/Αντιμετώπιση
βάσει:
Α. Προτύπου
Β. Έκτασης/Βαρύτητας
Γ. Ταχύτητας εξέλιξης νόσου

Βαρύτητα:	FVC	DLCO
Ήπια	>70%	>70%
Μέτρια	50-70%	50-70%
Σοβαρή	<50%	<50%

RA–ILD: Θεραπευτική Προσέγγιση

Ασυμπτωματικοί Περιορισμένη ILD

Τακτική
παρακολούθηση
με PFTs και
HRCT ανά 6-12
μήνες

Σταδιακά εξελισσόμενη ILD

CS = 0,5 mg/Kg

MTX ή MMF
ή
RTX (εάν
DAS28>5,1)

Ταχέως εξελισσόμενη ILD

Iv MP + CYC →
RTX

MTX ή MMF

RA-ILD: Παρακολούθηση ασθενούς

1. Σπυρομέτρηση- Διάχυση

- Ευαίσθητο τεστ για follow-up
- Συχνότητα ανά 3-6 μήνες ανάλογα την περίπτωση
- Κλινικά σημαντική επιδείνωση:
 - $FVC \leq 10\%$ ή/και $DLCO \leq 15\%$ με $FVC \leq 5-10\%$ ¹

2. HRCT

- Συνήθως επί κλινικής επιδείνωσης
- Συχνότητα ανά 6-12 μήνες

3. Άλλες δοκιμασίες (π.χ. 6MWT, ABG, Echo)

RA-ILD: Θεραπευτικά Ζητήματα:

1. Πνευμονο-τοξικότητα από csDMARDs

□ MTX:

- Αποτελεσματική + ↑ δόσεις στεροειδών (ειδικά εάν περιορισμένη ίνωση)¹

□ Πνευμονίτιδα

- RR = 7.81 αλλά συχνότητα 0.45-1% και τελευταίο case-report 2001²
- Συνήθως εντός 1 έτους από έναρξης θεραπείας
- Διακοπή ± στεροειδή

□ LEF:

- Κίνδυνος <0.1% (Ασιάτες 1%)³
- AIP/DAD εντός 1^{ου} εξαμήνου από έναρξης θεραπείας

□ SSZ:

- NSIP - OP

¹Rojas-Serrano J et al Reumatol Clin 2012

²Conway R et al Arthritis Rheumatol 2014

³Shaw M et al ERR 2015

RA–ILD: Θεραπευτικά Ζητήματα:

1. Πνευμονο-τοξικότητα από bDMARD

Σπάνια παρενέργεια
 → εγρήγορση σε περίπτωση ανεξήγητης επιδείνωσης

Biologic DMARD ^{134,135}		
TNF blockade ¹³⁰⁻¹³⁹ <ul style="list-style-type: none"> • Etanercept (soluble p75 TNFα receptor fusion protein) • Infliximab (dimeric anti-TNFα) • Adalimumab (anti-TNFα monoclonal antibody) • Golimumab • Certolizumab 	Infection including TB (pneumonia 0.8%) Pneumonitis—ALI/UIP/NSIP (0.6%) Noninfectious granulomatous disease New lung nodules	<ul style="list-style-type: none"> • Low • Older age • Previous MTX pneumonitis • CXR and Mantoux or QuantiFERON Gold before therapy
Anakinra (IL-1 blocker) ^{140,141}	Infection	No reports of pneumonitis
Rituximab (anti-B cell monoclonal antibody) ¹⁴¹⁻¹⁴⁶	Rare—rapidly progressive, OP	
Abatacept (a selective costimulation modulator which prevents T cell CD28 binding) ¹⁴¹	Pneumonitis	
Tocilizumab (humanized anti-IL-6 receptor mAb)	Rare exacerbation of pre-existing ILD	

RA-ILD: Θεραπευτικά Ζητήματα:

2. Λοιμώξεις

- Λοιμώξεις και Hazard Ratio για σοβαρές λοιμώξεις από μελέτες παρατήρησης:
 - Χρόνια Πνευμονοπάθεια: HR = 2.04¹
 - Ενεργότητα νόσου: Αύξηση του DAS28 κατά 0.6 → 25% περισσότερες πιθανότητες²
 - Στεροειδή: HR = 2 (δοσοεξαρτώμενος κίνδυνος)²
 - MTX/HCQ: HR ≤ 1²
 - bDMARDs (vs non use): HR = 1.21²
 - ABA ίσως το πιο ασφαλές
 - RTX ίσως πιο συχνά PCP → prophylaxis?

Διαστρωμάτωση Κινδύνου - Εξατομίκευση:

1. Ηλικία
2. HAQ
3. Συννοσηρότητες
4. Κάπνισμα
5. Προηγούμενη Λοίμωξη

Χρήση Infection Risk online calculators (e.g. RABBIT)?

¹Doran MF et al, Arthritis&Rheum 2002

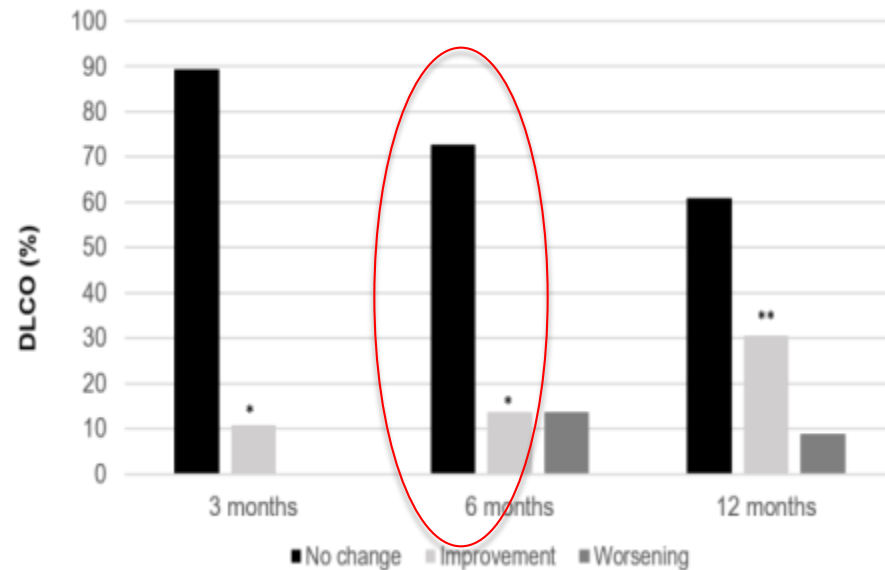
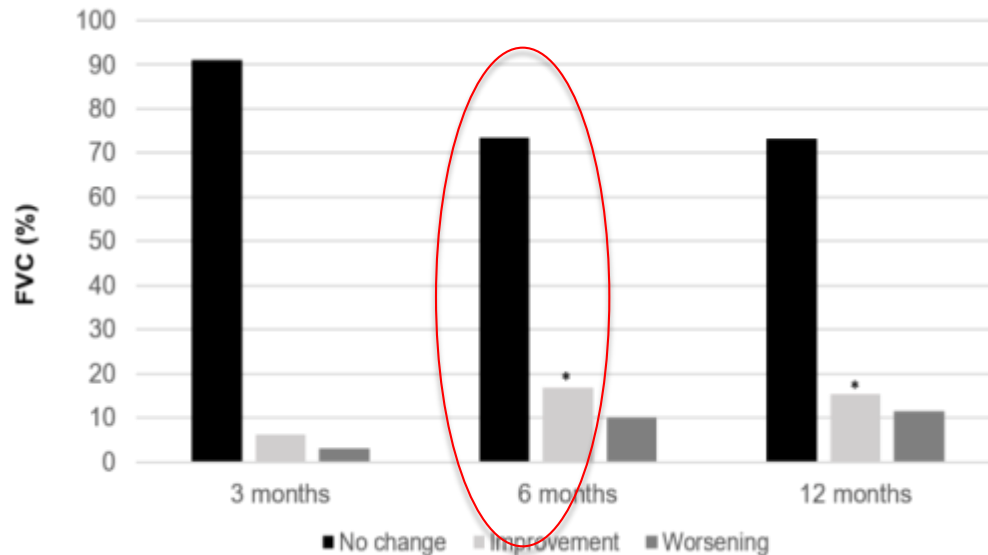
²Singh JA, Curr Rheumatol Rep, 2016

RA-ILD: Θεραπευτικά Ζητήματα:

3. Αποτελεσματικότητα θεραπειών?

Χρειαζόμαστε
πιο καλά
δεδομένα!
(RECITAL?)

- Ελλιπή δεδομένα κυρίως από σειρές ασθενών:
- RTX¹:
 - 56pts με RA-ILD σε μια κοορτή 700 ασθ με φυ >10 έτη:
 - 68% σταθεροποίηση ή/και βελτίωση vs 32% επιδείνωση (ασθενείς με UIP ή/και DLCO <46%)
- ABA²: 63 ασθ με RA-ILD με φυ =10μο



¹Md Yuzaiful Md Yusof et al, Rheumatology 2017

²Fernandez Diaz C, Semin Arthr Rheum, 2018

Περίγραμμα Ομιλίας:

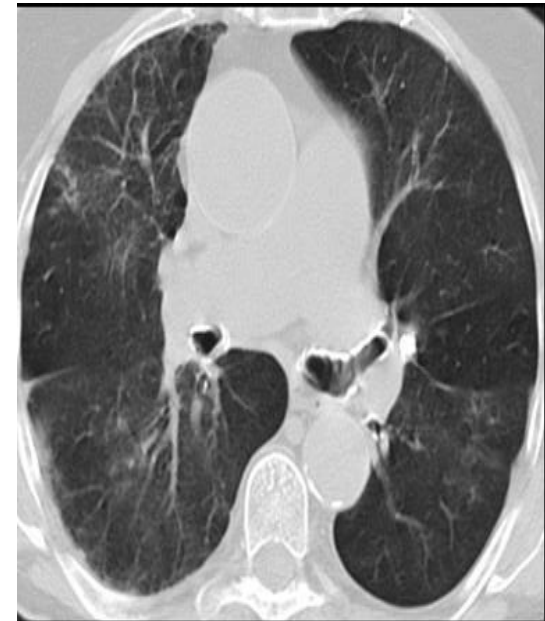
- ΡΑ: Τύποι Πνευμονικής προσβολής
 1. Πλευρίτιδα
 2. Ρευματοειδή Οζίδια
 3. Προσβολή Αεραγωγών (39-60%):
 - Κρικοαρτενοειδής αρθρίτιδα (βράγχος φωνής, stridor)
 - Βρογχιεκτασίες (16-58%)
 - Αποφρακτική Βρογχιολίτιδα
 4. Σπάνιες: ΡΑΗ, αγγειίτιδα κ.α.
 5. Διάχυτη Διάμεση πνευμονοπάθεια (ILD)

- **Κλινικές περιπτώσεις**

- Συμπεράσματα

CTD-ILD: Κλινική περίπτωση#1

- 67 ♀ από 2μήνου **ξηρό βήχα και προοδευτικά επιδεινούμενη δύσπνοια** προσπάθειας → ηρεμίας.
- Χωρίς ιστορικό
 - Άσθματος/ΧΑΠ
 - Πρόσφατης λοίμωξης αναπνευστικού
 - Καπνίσματος
- **A/A:**
 - ΑΥ από 5ετίας υπό Βαλσαρτάνη
 - Υποθυροειδισμός υπό αγωγή
- **A/E: Ταχύπνοια**, Διάχυτοι **τρίζοντες** κυρίως κάτω πνευμονικών πεδίων
- **E/E:**
 - **Αναιμία χρόνιας νόσου + ήπια \uparrow WBCs + ΤΚΕ= 64 CRP= 18mg/dL**
 - **ABGs: Αναπνευστική Ανεπάρκεια τύπου I**
 - HRCT: Κατά τόπους κυρίως **περιφερικά ίνωση** και περιοχές **δίκην θαμβής υάλου** → **NSIP?**
 - BAL: λεμφοκυτταρική πλειοκυττάρωση **χωρίς ευρήματα λοίμωξης – κακοήθειας**



ΕΡΩΤΗΜΑ: Ιδιοπαθής NSIP ή Νόσημα του κολλαγόνου?

CTD-ILD: Κλινική περίπτωση#1

ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ:

- Ιστορικό:
 - Αρθραλγίες μικρών αρθρώσεων με πρωινή δυσκαμψία 30min από έτους
 - Λοιπό ρευμ/κό ιστορικό: (-)
- A/E:
 - Αρθρίτιδα:
 - 2^{ης} -3^{ης} -5^{ης} ΜΚΦ άμφω
 - ΜΤΦ άμφω
 - Χωρίς στίγματα αγγειίτιδας ή άλλου CTD
- E/E: RF =57 IU (<15)

67 ♀ + ILD (NSIP) με :

1. Πολυαρθρίτιδα (3)
2. Διάρκεια >6 εβδ (1)
3. ↑ CRP/ΤΚΕ (1)
4. RF= 57 IU (1)

**ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ
ΜΕ
ILD (NSIP)**

CTD-ILD: Κλινική περίπτωση#1

- Ποια δοκιμασία είναι απαραίτητη πριν την έναρξη θεραπείας?
- PFTs: FVC = 61%, DLCO = 50% (Μέτρια-σοβαρή προσβολή)
- **Θεραπεία?**
- Iv MP 1g x 3d → Pre 0.5mg/kg/d + MTX20mg/wk
- **FU στους 6 μήνες (MTX 20mg/wk + Pre 5mg/d):**
- MRC II (δύσπνοια στην ανηφόρα)
- PFTs: FVC = 73% (+ 12%) DLCO= 54% (+4%)

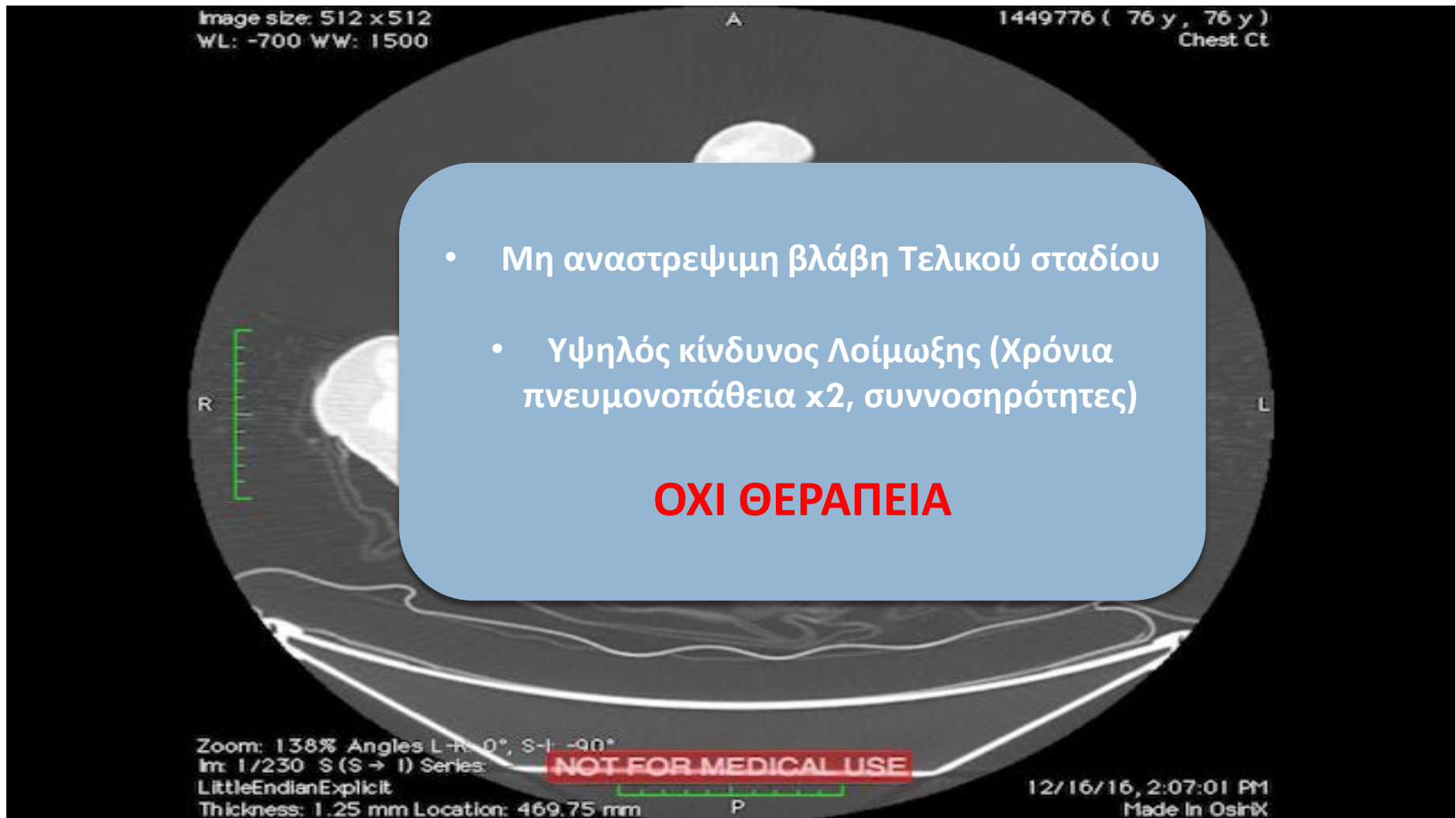
CTD-ILD: Κλινική περίπτωση#2

- 79 ♂ από 7 ετίας **ξηρό βήχα και προοδευτικά επιδεινούμενη δύσπνοια** προσπάθειας → ηρεμίας (LTOT από 1 έτους)
- PA από 10 ετίας (anti-CCP >300 IU, RF=121 IU) υπό LEF 20mg/d → DAS28 = 2,7

- **A/A:**
 - ΧΑΠ – καπνιστής 120py
 - ΣΝ (PCI 2013)

- **E/E:**
 - ήπια ↑WBCs + ΤΚΕ= 30 CRP= 6mg/L
 - ABGs: **Αναπνευστική Ανεπάρκεια τύπου I**
 - **PFTs: FVC = 49%, DLCO= 22%**

CTD-ILD: Κλινική περίπτωση#2



Combined Pulmonary Fibrosis and Emphysema (UIP)

ΡΑ – Συμπεράσματα:

- Η προσβολή του πνεύμονα παρουσιάζει ποικιλόμορφο κλινικό φαινότυπο
- Απαραίτητη η συνεκτίμηση-συνεργασία με πνευμονολόγο:
 - Αποκλεισμός άλλων αιτιών
- ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΗ Θεραπευτική προσέγγιση με βάση:
 - Πρότυπο
 - έκταση και
 - ταχύτητα εξέλιξης της πνευμονικής νόσου
 - Κίνδυνο λοίμωξης
- Η χρήση MTX και DMARDs δεν πρέπει να αποφεύγεται από το φόβο της πνευμονίτιδας (σπάνιο φαινόμενο 0.5%) → εγρήγορση σε περίπτωση ανεξήγητης επιδείνωσης
- Σε οξείες και σοβαρές εκδηλώσεις → ivMP + iv CY ± RTX
- Ανάγκη για περισσότερα δεδομένα σχετικά με την αποτελεσματικότητα των φαρμακευτικών επιλογών

Ευχαριστώ για την προσοχή σας!

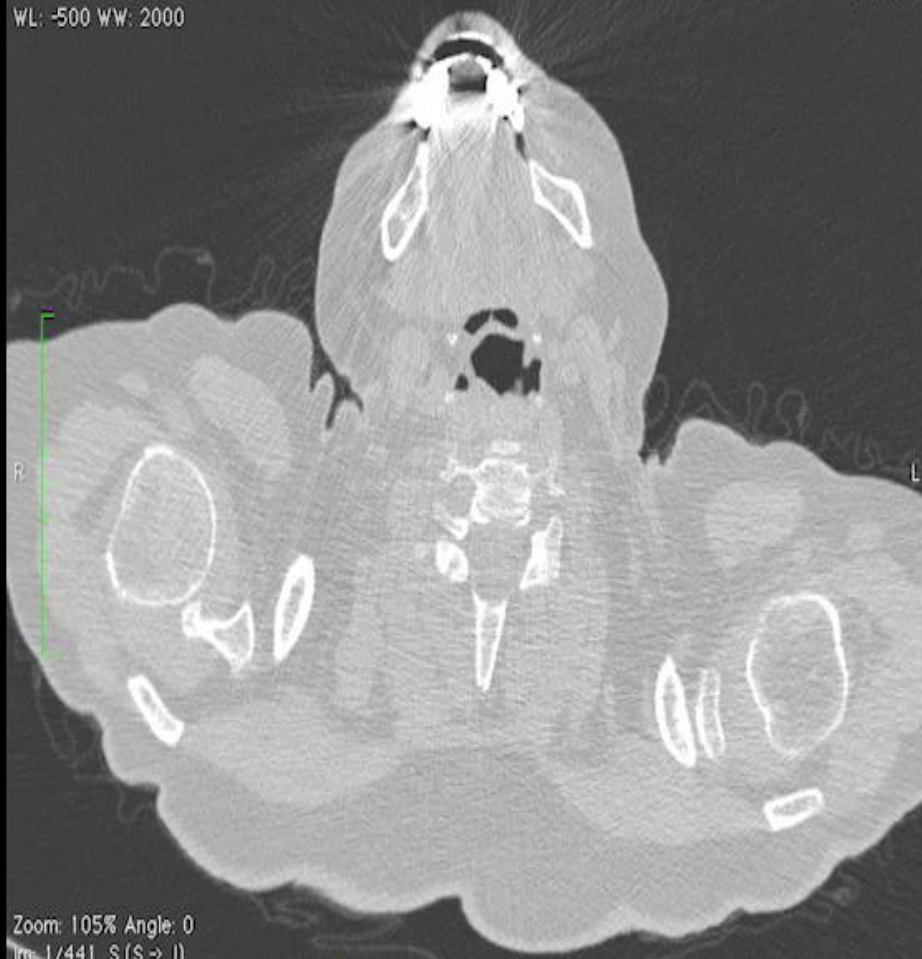




Image size: 768 x 768
View size: 809 x 702
WL: -500 WW: 2000

A

1015239 (-, -)
Ct Chest



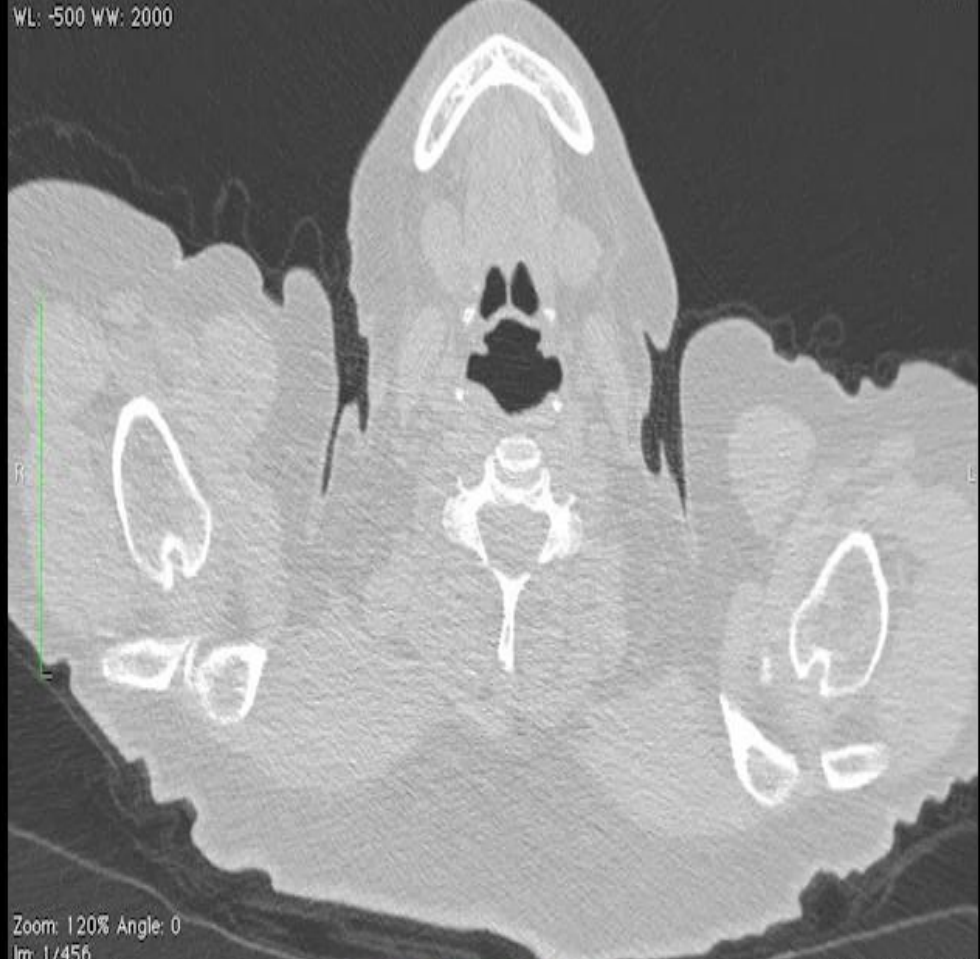
Zoom: 105% Angle: 0
Im: 1/441 S (S -> I)
Uncompressed
Thickness: 6.70.00 μ m Location: -53.60 mm

3/12/18, 9:45:41 AM
Made In Horos

Image size: 768 x 768
View size: 921 x 706
WL: -500 WW: 2000

A

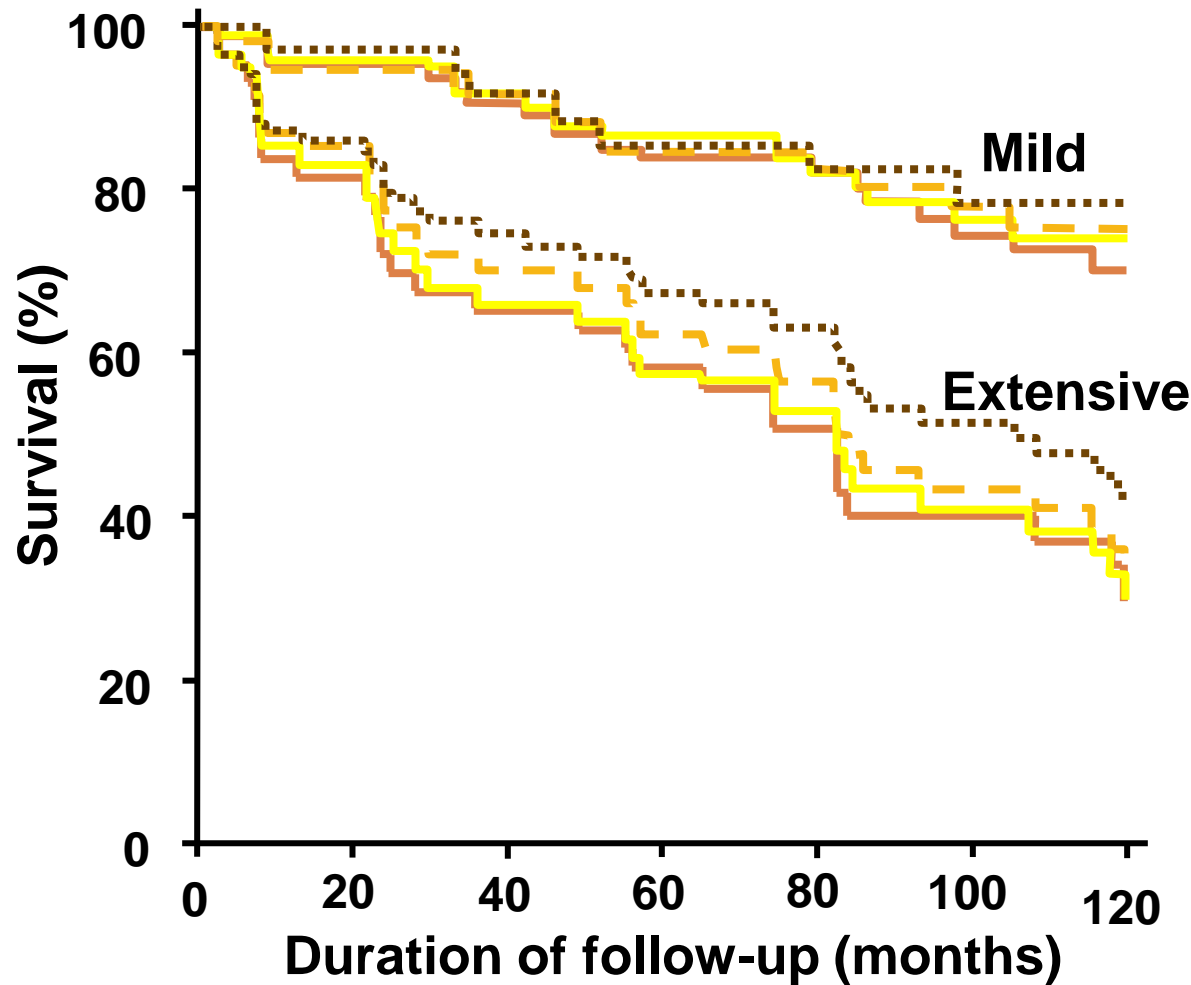
1015239 (-, -)
Ct Chest



Zoom: 120% Angle: 0
Im: 1/456
Uncompressed
Thickness: 6.70.00 μ m Location: -809.50 mm

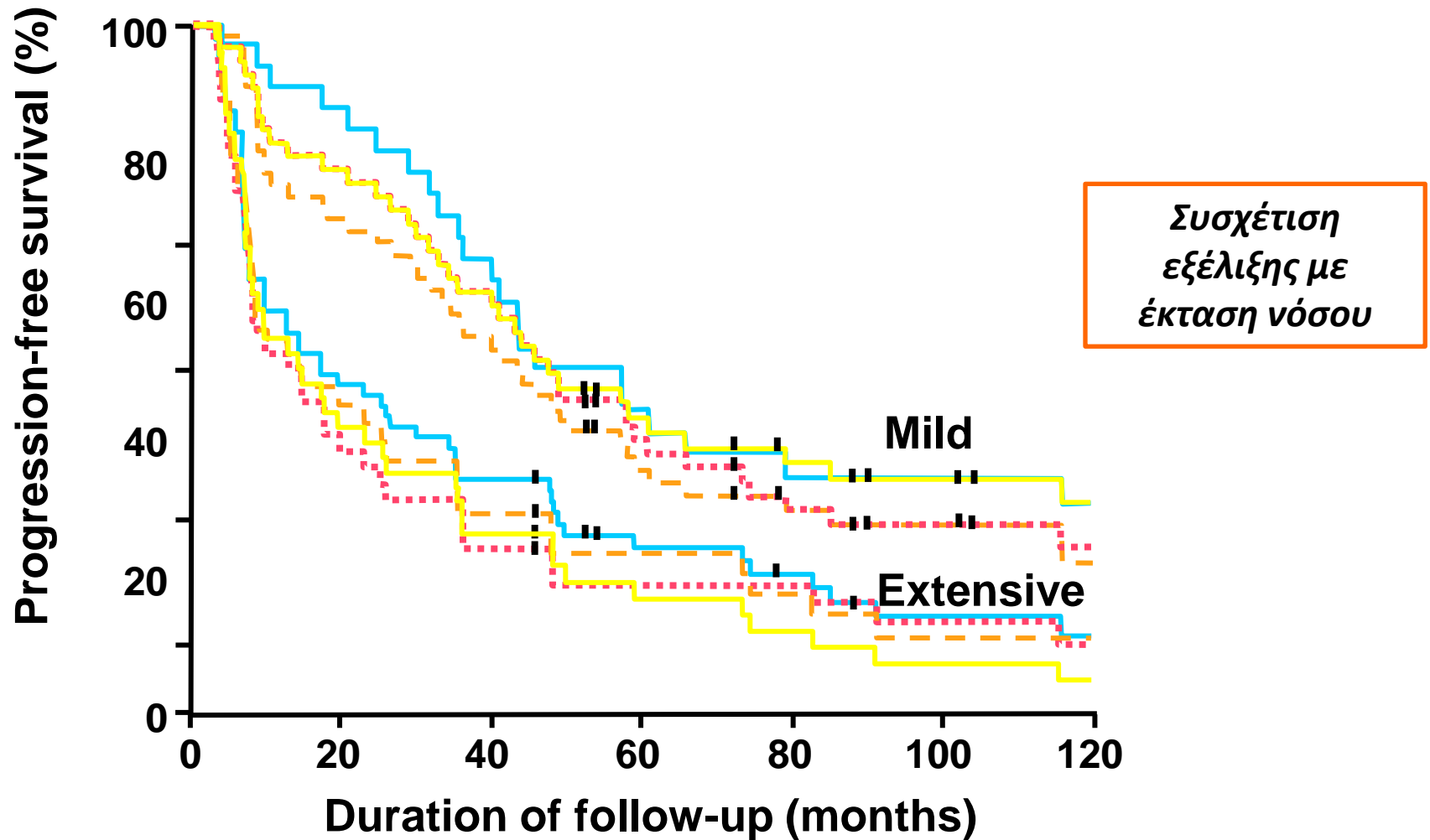
3/17/17, 2:03:47 PM
Made In Horos

Προσέγγιση ασθενούς – Σταδιοποίηση

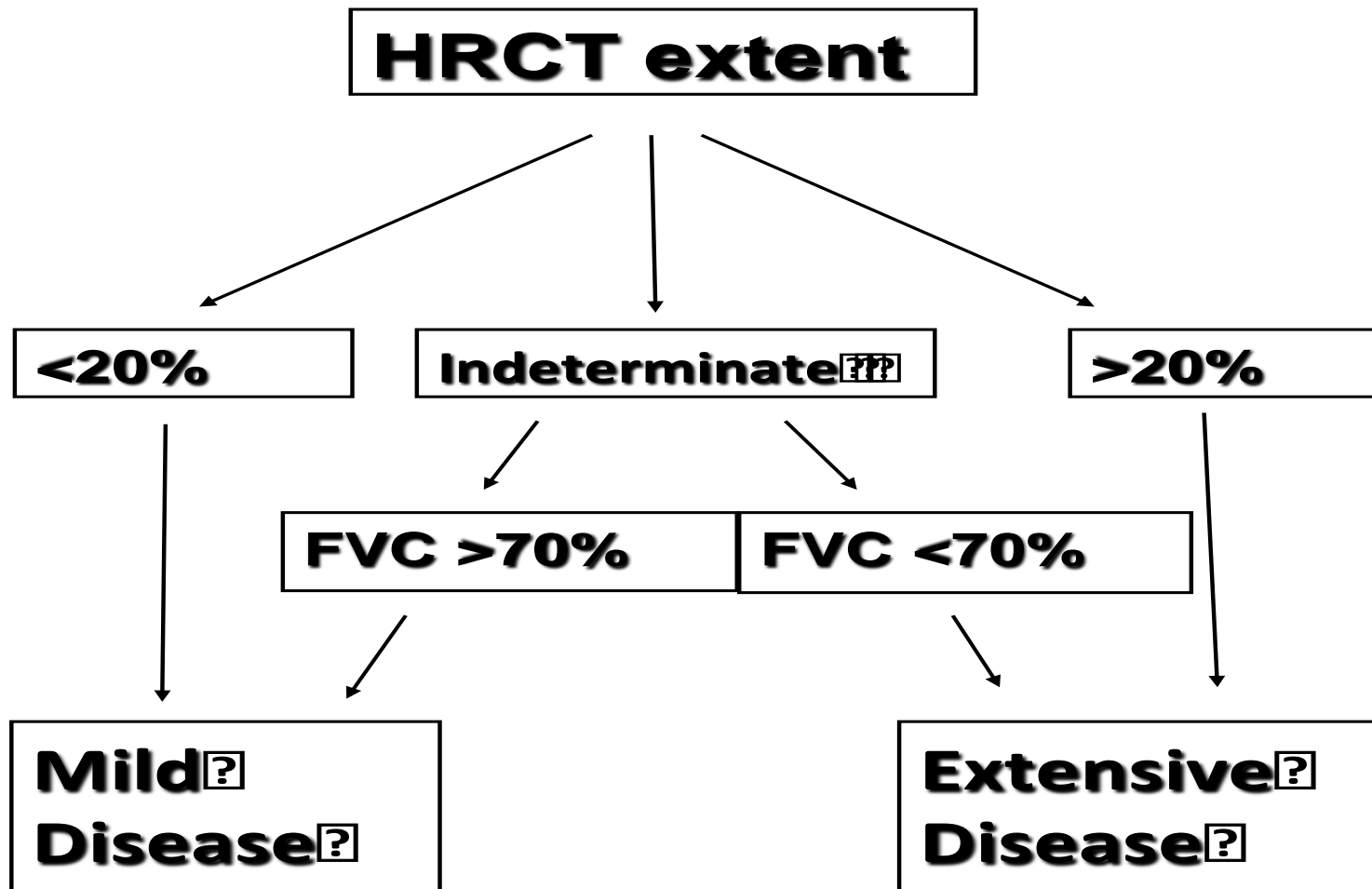


Συσχέτιση
επιβίωσης με
έκταση νόσου

Προσέγγιση ασθενούς – Σταδιοποίηση



Προσέγγιση ασθενούς – Σταδιοποίηση



Προσέγγιση ασθενούς – Θεραπεία

- Άρα σε ΗΠΙΑ - ΣΤΑΘΕΡΗ νόσο →

MICO:

Masterful Inactivity with Cat-like Observation



The role of the doctor is to amuse the patient while nature takes its course

Voltaire

Ρευματοειδής Αρθρίτιδα – ILD: Προσέγγιση

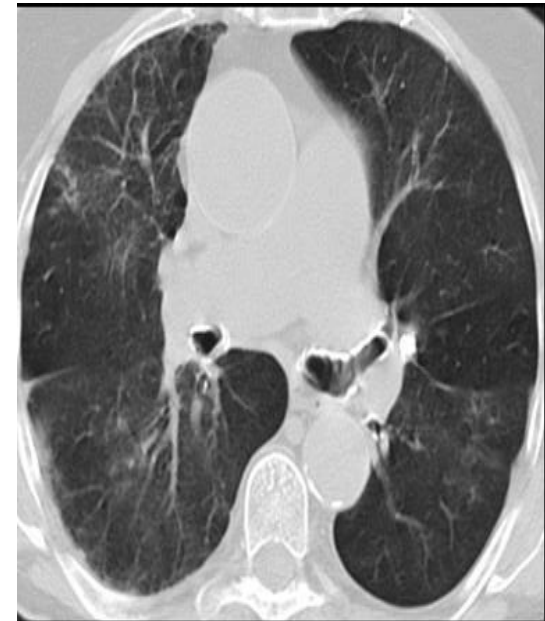
Clinical behavior	Treatment and treatment goal	Monitoring strategy
Potentially reversible with risk of irreversible disease (e.g., cases of drug-related lung disease in RA)	Remove cause, treat to obtain a response to reverse changes	Short-term (3–6 mo) observation to confirm disease regression, or occasionally need for palliation
Reversible disease with risk of progression (e.g., RA-cellular NSIP and some RA-fibrotic NSIP, RA-OP)	Treat to initially achieve response and then rationalize longer term therapy	Short-term observation to confirm treatment response. Long-term observation to ensure that gains are preserved
Stable with residual disease (e.g., some RA-fibrotic NSIP, some RA-UIP)	No treatment if stable, aiming to maintain status	Long-term observation to assess disease course
Progressive, irreversible disease with potential for stabilization (e.g., some RA-fibrotic NSIP, some RA-UIP)	Consider treatment trial to stabilize	Long-term observation to assess disease course
Progressive, irreversible disease despite therapy (e.g., RA-DAD, most RA-UIP, some RA-fibrotic NSIP)	In absence of contraindications, consider treatment trial in selected patients to slow progression	Short (DAD) or long-term observation to assess disease course, and need for transplant or effective palliation

Abbreviations: DAD, diffuse alveolar damage; NSIP, nonspecific interstitial pneumonia; OP, organizing pneumonia; RA, rheumatoid arthritis; UIP, usual interstitial pneumonia.

^aBased on a diagnosis established by a multidisciplinary team and with disease behavior classification reviewed with longitudinal measurement.

CTD-ILD: Κλινική περίπτωση#1

- 67 ♀ από 2μήνου **ξηρό βήχα και προοδευτικά επιδεινούμενη δύσπνοια** προσπάθειας → ηρεμίας.
- Χωρίς ιστορικό
 - Άσθματος/ΧΑΠ
 - Πρόσφατης λοίμωξης αναπνευστικού
 - Καπνίσματος
- **A/A:**
 - ΑΥ από 5ετίας υπό Βαλσαρτάνη
 - Υποθυροειδισμός υπό αγωγή
- **A/E: Ταχύπνοια**, Διάχυτοι **τρίζοντες** κυρίως κάτω πνευμονικών πεδίων
- **E/E:**
 - **Αναιμία χρόνιας νόσου + ήπια \uparrow WBCs + ΤΚΕ= 64 CRP= 18mg/dL**
 - **ABGs: Αναπνευστική Ανεπάρκεια τύπου I**
 - HRCT: Κατά τόπους κυρίως **περιφερικά ίνωση** και περιοχές **δίκην θαμβής υάλου** → **NSIP?**
 - BAL: λεμφοκυτταρική πλειοκυττάρωση **χωρίς ευρήματα λοίμωξης – κακοήθειας**



ΕΡΩΤΗΜΑ: Ιδιοπαθής NSIP ή Νόσημα του κολλαγόνου?