Valutare in Sanità
Una voce al servizio della Salute

RIVISTA
SCIENTIFICA

NUMERO SPECIALE



Casi Clinici in Best Practice in Reumatologia

Numero speciale

VALUTARE IN SANITÀ
Rivista Scientifica
Registrazione presso il Tribunale di Bari
n.36 del 24/09/09

www.valutareinsanita.it

Direttore Responsabile
Maddalena Milone

Direzione, redazione e pubblicità
Meeting Planner s.r.l.
Via Divisione Paracadutisti Folgore, 5
70125 Bari - Italia
Tel. 080 9905360
Fax 080 9905359
e-mail: info@meeting-planner.it
website: www.meeting-planner.it

Editore
Meeting Planner s.r.l.
Via Divisione Paracadutisti Folgore, 5 - 70125 Bari

Stampa
Mediatipo s.r.l.
Via delle Margherite, 26
70026 - Modugno (BA)

La Direzione non si assume la responsabilità dei contenuti delle inserzioni pubblicitarie.
È vietata la riproduzione, anche parziale, dei testi.
D.Lgs. n.196/2003 Tutela della Privacy – Informativa: Responsabile del trattamento Meeting Planner s.r.l.
Tutte le richieste di consultazione, modifica, integrazione e cancellazione dei dati personali dovranno essere inviate a Meeting Planner s.r.l.

Numero chiuso in redazione ad aprile 2018

Treat to target nella real life di una paziente con artrite reumatoide

Dott.ssa Rosa De Luca Bossa - Specialista Reumatologo - Asl Salerno

Introduzione

L' artrite reumatoide (AR) è una malattia infiammatoria sistemica ad andamento cronico e colpisce elettivamente le articolazioni mobili. Come è tipico delle malattie infiammatorie croniche di interesse reumatologico, l'AR predilige il sesso femminile con un picco tra la quarta e la quinta decade di vita (1), ma anche per il decorso più aggressivo che ne condiziona la prognosi (2). Per molti anni il modello patogenetico dominante è stato sostenuto dalla scoperta di un autoanticorpo, il fattore reumatoide (FR) presente fin nell'80% dei pazienti, capace di formare immunocomplessi che attivano il complemento danneggiando in tal modo i tessuti bersaglio. (3) Rispetto al FR, negli ultimi anni ha assunto particolare interesse il sistema degli anticorpi anti-proteine/peptidi citrullinati (ACPA). Nei pazienti con AR il riscontro degli ACPA può precedere di anni l'insorgenza dei sintomi e la loro presenza predice la progressione da una forma indifferenziata ad AR associandosi ad un danno articolare più severo ed un'attività di malattia più elevata.(4)

Caso Clinico

aziente donna, A.S., 42 anni, giunge alla mia osservazione nel dicembre 2015 per la presenza di artralgie diffuse, dolore al ginocchio sx, rigidità mattutina, stanchezza ed episodi di febbre ricorrente. Inizia terapia con MTX 15mg/week e cortisone per tre mesi con associazione di paracetamolo in caso di febbre, ma le condizioni peggiorano. Si eseguono ulteriori esami di laboratorio ed una ecografia al ginocchio. Per valori del FR + ed ACPA elevati si decide di intraprendere terapia con biologico cogestendo il paziente con centro prescrittore di riferimento. Il paziente viene seguito mensilmente con programma di supporto al paziente. Per un anno la paziente sta bene ed il DAS28 è nella norma. Nel marzo del 2017 la paziente comincia a lamentare di nuovo forte dolore al ginocchio ed agli arti. Si cerca di associare MTX e continua il T2T ogni tre mesi ma viene persa la MDA per cui si decide di swappare a terapia con Adalimumab 14mg ogni 2 settimane ed MTX 7,5mg/week. La paziente è inserita dal centro prescrittore nel programma di supporto al paziente per essere sicuri di una buona aderenza alla terapia e per seguire l'andamento della qualità di vita del paziente con i questionari somministrati. La paziente ritorna a star bene fino ad oggi con valori nella norma e DAS28minore di 2.6.

Conclusioni

Oggi una scelta terapeutica possibile in pazienti che abbiano AR attiva e fattori prognostici sfavorevoli è l'Abatacept. Ma un attento T2T consente di seguire l'andamento della malattia ed apportare modifiche laddove necessario affinchè la MDA sia l'obiettivo primario e si minimizzi il rischio di progressione radiografica. In questo caso clinico Adalimumab, antiTNF-alfa si è dimostrato valido anche se usato in seconda linea.

Bibliografia

1. Kvien TK et al. Epidemiological of rheumathoid arthritis. The sex ratio. Ann N Y Acad Sci 2006; 1069:212-22

2. Kavlvik AG Mortality in a cohort of Norwegian patients with rheumatoid arthritis followed from 1977 to 1992 Scand J Rheumatol 2000;29: 29-37

3. Weyand CM Pathomechanisms in rheumatoid arthritis-time for a string theory? J Clin Invest 2006; 116: 869-71

4. Syversen SW et al.Ann. Rheum Dis 2008;67:212-7

Caso clinico di artrite reumatoide refrattaria a dmards e farmaci biotecnologici a diverso meccanismo d'azione.

Dott.ssa Gabriella Loi - Specialista ambulatoriale presso Azienda Ospedaliera San Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona (Salerno)

L'artrite reumatoide è una malattia infiammatoria cronica, multifattoriale a patogenesi immunomediata. Colpisce tutte le età con un picco incidenza in epoca pre-menopausale. I tessuti target sono la membrana sinoviale delle articolazioni diartrodiali, le guaine tendinee e le borse sierose. La sinovite cronica provoca erosioni cartilaginee ed ossee, rotture tendinee e legamentose con conseguente deformità ed invalidità.

Caso clinico

Paziente di sesso femminile di anni 36. Riferiva comparsa di artrite a carico di grandi e piccole articolazioni, non responsiva a terapia con FANS e steroidi. Per tale motivo consultava un reumatologo che consigliava di eseguire esami ematochimici i quali evidenziavano aumento degli indici di flogosi (VES e PCR), lieve anemia normocromica, normocitica, positività del fattore reumatoide e degli anticorpi anticitrullina. L'esame obiettivo mostrava tumefazione delle piccole articolazioni delle mani, polsi, tibiotarsiche, ginocchia. La paziente riferiva inoltre astenia e rigidità mattutina di lunga durata. Veniva intrapresa terapia con Methotrexato fl 15 mg (1fl sc ogni settimana), steroidi a basse dosi e FANS al bisogno. Dopo 4 mesi, per inefficacia, veniva associata terapia con Etanercept fiale 50 mg (1 fl sottocute ogni settimana). Il farmaco biotecnologico veniva sospeso dopo 2 anni per perdita di efficacia a lungo termine. Per la persistenza della positività ad alto titolo degli anticorpi anticitrullina e del fattore reumatoide, nonché riacutizzazione dell'impegno articolare, veniva intrapresa terapia con Abatacept fl 125 mg (1 fl sc ogni settimana). La paziente praticava tale terapia per circa 1 anno, con discreto beneficio. Successivamente per peggioramento clinico (DAS 28 =6.27, VES 60 mm/HG, PCR 4 mg/dl, anti-CCP 400 UI/ml, FR 300 UI/ml, PGA (patient global assessment) = 6,10 articolazioni dolenti, 8 articolazioni tumefatte), veniva intrapresa terapia con Adalimumab fl 40 mg (1 fl sc ogni 14 giorni).
L'ecografia articolare, effettuata prima di intraprendere terapia con Adalimumab, mostrava sinovite della III, IV, V MCP bilateralmente, sinovite della IV MTF sinistra, sinovite attiva dei polsi bilateralmente.
Dopo 9 mesi di terapia, la paziente riferiva un miglioramento soggettivo sulle artralgie e sulla rigidità mattutina (circa 80%), assenza di astenia e normalizzazione dei parametri di laboratorio.
L'ecografia articolare mostrava assenza di sinovite a carico della III e IV MCP, migliorata la sinovite a carico dei polsi.

Conclusioni

La terapia con Adalimumab si è dimostrata una valida alternativa terapeutica in un caso di AR refrattaria agli altri trattamenti. L'efficacia del farmaco si è mantenuta costante nel tempo, con un follow-up a 9 mesi, permettendo alla paziente di ottenere uno stato di minimal disease activity in assenza di effetti collaterali.

Efficacia di Adalimumab in paziente AR dopo perdita di efficacia di Abatacept

Dott. Nutile Gaetano - Specialista in Reumatologia

Caso clinico

Paziente di sesso maschile di 65 anni. Diagnosi di artrite reumatoide da circa due anni, per cui il paziente viene trattato con MTX 15 mg/settimana, poi scalato a 7,5mg/settimana, mantenendo la remissione clinica. Dopo riaccensione della malattia (DAS 28 7,52) con interessamento articolare a livello di mani, polsi e ginocchia vengono ripetuti esami clinici. Risultano: VES 67 mm/h, PCR 20 mg/l. FR 272 U/ml, anti-CCP 77 U/ml (v.n. minore di 20), ANA assenti.

Si esegue screening per farmaci biologici e si decide di trattare il paziente in piano terapeutico con Abatacept, presentando fattori prognostici sfavorevoli. Si decide di associare MTX 7,5mg/settimana.

Il paziente viene seguito con stretto tight control a domicilio tramite visite mensili con programma di supporto al paziente.

Nonostante la risposta risulti inizialmente buona e velocemente il DAS28 risulti pari a 3.7, già dopo sei mesi si assiste ad una perdita di efficacia con dolori e tumefazione alle ginocchia. Viene ripetuta la VES: 40 mm/h.

Il paziente viene seguito con tale terapia per ulteriori 2 mesi aggiungendo alla terapia precedente Diclofenac 100mg/die.

Nonostante ciò il paziente continua a lamentare dolore alle ginocchia e si decide di sospendere terapia con Abatacept.

Dopo un periodo di wash-out si decide di trattare il paziente con Adalimumab 40mg ogni 14 giorni. Ad esso viene associato MTX 15 mg/settimana e Fans all'occorrenza.

Il paziente ha presentato miglioramenti già dopo il primo mese di trattamento. Al terzo mese il paziente presentava un DAS 1,78.

A sei mesi lo stato di salute del paziente trattato con Adalimumab DAS 28 1,68 era buono decidendo di abbassare il dosaggio di MTX a 7,5mg/settimana. Ad un anno il paziente risulta in remissione, ma la terapia con Adalimumab viene continuata.

Conclusioni

In un paziente con artrite reumatoide e fattori prognostici sfavorevoli la pratica clinica oggi fa propendere per la scelta di Abatacept. Nonostante ciò occorre un tight control stretto e decidere di cambiare terapia qualora la malattia non risulti sotto controllo.

In questo caso Adalimumab si è dimostrato efficace dopo switch da Abatacept.

Artrite Reumatoide in paziente HCV positivo

Romualdo Russo - UOS di Reumatologia AORN Cardarelli Napoli

Un uomo di 58 anni giunge al nostro ambulatorio riferendo, da circa 2 anni, dolore alle spalle e rubor, tumor e calor alle piccole articolazioni delle mani, con una rigidità mattutina superiore a 30 minuti.
Gli esami esibiti mostravano alterazione dei parametri infiammatori con positività del fattore reumatoide, della citrullina e dell'HCV; normali gli altri esami.
L'esame obiettivo confermava l'impegno artritico della II e III metacarpo-falangea bilateralmente, dolore all'abduzione, adduzione, intra ed extrarotazione delle scapolo-omerali bilateralmente; dolore alla digitopressione di tutte le interfalangee prossimali.
Viene completato l'inquadramento con le radiografie delle mani e dei piedi, nonché con l'esecuzione dell'HCV-RNA risultati negativi per erosioni e replicazione virale.
Iniziava pertanto terapia con Methotrexato a 10 mg a settimana associato all'acido folico che portava a 15 mg dopo 4 settimane con controllo assiduo delle transaminasi.
Dopo tre mesi di trattamento la rivalutazione evidenziava:
-HAQ (Health Assessement Questionnarie): 1,875 (v.n: 0-3)
-Valutazione dell'attività di malattia secondo il paziente: 70 (v.n: 0-100)
-Valutazione dell'attività di malattia secondo il medico: 80 (v.n: 0-100)
-VAS: 70 (v.n: 0-100), DAS28: 5,5
Dopo screening veniva avviato alla terapia biologica con etanercept sc alla dose di 50 mg/settimana, ritenendo tale agente biotecnologico più sicuro per la presenza del virus C. Dopo circa quattro mesi di buona risposta clinica laboratoristica e clinimetrica, violenta ed insopportabile reazione cutanea all'etanercept tale da richiedere la sospensione del farmaco. Dopo qualche settimana di wash-out, che si accompagnava con una ripresa dell'impegno articolare, veniva prescritta terapia biologica con adalimumab. Dopo 6 mesi di terapia con tale farmaco si verificava un totale miglioramento della sintomatologia clinica del paziente senza alcuna alterazione della funzione epatica. All'esame obiettivo nessun segno di artrite con:
- HAQ (Health Assessement Questionnarie): 0,2 (vn: 0-3)
-Valutazione dell'attività di malattia secondo il paziente: 5 (v.n: 0-100)
-Valutazione dell'attività di malattia secondo il medico: 20 (v.n: 0-100)
-Numero di articolazioni dolenti: 2; Numero di articolazioni tumefatte: 0
-DAS28:2,8

Conclusioni

Adalimumab ha determinato un netto miglioramento delle manifestazioni articolari dimostrando di essere una importantissima opportunità terapeutica nel paziente con artrite attiva e severa dimostrando, inoltre, la sua sicurezza anche nel paziente con positività del virus C, che allo stato non è più da considerarsi una controindicazione alla terapia biologica.

Bibliografia

1. Aletaha D et al Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/ European League Against Rheumatism collaborative initiative Arthritis Rheum 2010

2. Smolen JS et al EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs:2013 updateAnn Rheum Dis 2014

abbvie

L'INNOVAZIONE GUIDA LA NOSTRA SCIENZA.
LA VITA DELLE PERSONE GUIDA IL NOSTRO IMPEGNO.

Per rispondere alla domanda di salute nel mondo, AbbVie unisce lo spirito di un'impresa biotecnologica alla solidità di un'azienda farmaceutica di successo.
Il risultato è un'azienda biofarmaceutica che coniuga scienza, passione e competenza per migliorare la salute e la cura delle persone, con modalità innovative.
Incidere significativamente sulla vita delle persone è, per noi, più di una promessa.
È il nostro obiettivo.

abbvie.it



www.valutareinsanita.it