Valutare in Sanità
Una voce al servizio della Salute

RIVISTA
SCIENTIFICA

NUMERO SPECIALE



Gestione a 360° paziente reumatico

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.
Regolamento UE 679/2016 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 a dicembre 2018

Efficacia e tollerabilità di Adalimumab nella Spondilite Anchilosante in paziente non responder ad Infliximab

Dott. Rosario Buono - AORN Cardarelli, Napoli

Caso clinico

Paziente di anni 42, impiegato. Dal 2008 riferisce comparsa di lombalgia infiammatoria: esacerbazione notturna del dolore, miglioramento parziale con il movimento, rigidità del rachide al risveglio e progressiva limitazione funzionale nei movimenti di flesso estensione della colonna. Incremento persistente degli indici aspecifici di flogosi. Pregresse osservazioni ortopediche con prescrizione di FANS a cicli e presidi fisici senza beneficio. Nel 2012 osservazione reumatologica ambulatoriale con diagnosi di spondilite anchilosante sulla base del riscontro radiografico di sacroileite bilaterale di II grado e positività del HLA-B27. Viene sottoposto a trattamento con sulfasalazina (1500 mg/die) con miglioramento solo parziale e transitorio. Nel 2013 il paziente è giunto alla nostra osservazione ed è stato sottoposto a vari accertamenti ed a valutazioni clinimetriche comprendenti il BASFI e il BASDAI. L'esito di tali accertamenti ha mostrato un'importante limitazione del rachide cervicale e lombare, test di Schober positivo, BASDAI 4,8 e BASFI 1,9. Le indagini radiografiche hanno confermato la sacroileite bilaterale di II grado e la presenza di sindesmofiti al rachide dorso lombare. In considerazione della persistente attività della malattia e della scarsa risposta ai FANS, il paziente è stato avviato alla terapia con anti-TNF alfa. 3.

Prima di iniziare il trattamento il paziente è stato sottoposto, come da protocollo, ad un accurato screening clinico-anamnestico, sierologico e strumentale risultato negativo ed ha iniziato terapia con infliximab ev alla dose di 5mg/Kg.

A distanza di 6 mesi dalla prima somministrazione la terapia veniva interrotta perché, dopo una iniziale favorevole risposta, si realizzava una recrudescenza della sintomatologia dolorosa e della limitazione funzionale a carico del rachide, del cingolo scapolo-omerale e del torace. Dopo 3 mesi dalla sospensione, per la persistenza della sintomatologia associata a rialzo dei parametri infiammatori con BASDAI 4,7 e BASFI 4,4 è stata iniziata terapia con adalimumab 40 mg/2settimane sc.

Sono state programmate visite di controllo trimestrali con monitoraggio dell'emocromo, della funzione epato-renale, VES, PCR e rivalutazione degli indici clinimetrici. Dopo i primi 3 mesi dall'inizio della terapia si è notato un rapido ed importante miglioramento della sintomatologia con riduzione della limitazione funzionale espressa da un significativo decremento degli indici BASDAI (2,9) e BASFI (1,9).

Il controllo del paziente a 6 e 12 mesi ha evidenziato uno stato di benessere articolare e psicologico.

Il paziente, tuttora in trattamento con adalimumab, non mostra segni di attività di malattia clinici e strumentali e non ha riportato effetti collaterali di rilievo.

Discussione

Il caso illustrato conferma l'efficacia della terapia con farmaci anti-TNFalfa nella SA e documenta come lo switch terapeutico da un primo anti-TNF ad un secondo non preclude la possibilità di ottenere una risposta terapeutica. Adalimumab si è inoltre rivelata molecola ben tollerata.

Bibliografia

1. Braun J, Bollow M, Remlinger G et al Prevalence of spondylarthropathies in HLA-B27 positive and negative blood donors. Arthritis Rheum 1998; 41:

2. Chen J, Liu C, Lin J Methotrexate for ankylosing spondylitis. Cochrane Database Syst Rev 2006 18;(4):CD 004524.Review

3. Brown J Sieper J Breban M et al Anti-tumor necrosis factor alpha therapy for ankylosing spondylitis: International experience Ann Rheum Dis 2002;61(suppl III):51-60

4. Braun J, R van den Berg, X Baraliakos, et al 2010 update of the ASAS/EULAR recommendations for the management of ankylosing spondylitis Ann Rheum Dis 2011; 70: 896-903

5. Braun J, Davis J, Dougados M et al First update of the International ASA consensus statement for the use of anti-TNF agents in patients with ankylosis spondylitis Ann Rheum Dis 2006; 65:316-2

Artrite Reumatoide precoce ed aggressiva prontamente responsiva ad Adalimumab: descrizione di un caso clinico

Fabio Calcagnile - UO Reumatologica, PO "Vito Fazzi", Polo Riabilitativo San Cesario di Lecce

L'Artrite Reumatoide colpisce circa 1 persona ogni 200, per oltre il 70% dei casi di sesso femminile e nel pieno della loro vita attiva.
È una malattia infiammatoria cronica a carattere sistemico, ma con prevalente interessamento articolare, ad eziologia sconosciuta e patogenesi autoimmunitaria; può colpire sia le piccole che le grandi articolazioni, di solito in maniera simmetrica e bilaterale, determinando alterazioni articolari permanenti erosive ed invalidanti, con notevole impatto negativo sulla qualità di vita.
È ormai opinione comune che curare precocemente l'AR, entro i primi 3 – 6 mesi dall'esordio, con i farmaci adeguati rallenta e\o arresta l'evoluzione del danno articolare, previene la disabilità e consente una aspettativa di vita paragonabile alla popolazione generale.
Si descrive il caso clinico di una paziente di anni 32, giunta all'osservazione con una diagnosi di Artrite Reumatoide early (interessamento poli articolare, con positività a titolo elevato del Fattore Reumatoide e degli anticorpi anti Peptidi Citrullinati) effettuata in altra sede.
Il quadro clinico era esordito alcuni mesi prima con franca artrite (con dolore, tumefazione e limitazione funzionale) a carico di alcune metacarpo-falangee ed interfalangee prossimali delle mani, del polso destro, del ginocchio omolaterale, delle tibio-tarsiche, associata a marcata rigidità mattutina.
La paziente era in terapia con Metotrexato (15 mg IM alla settimana), Metilprednisolone (4 mg per os al giorno), Naprossene (500 mg per os al bisogno).
A distanza di circa tre mesi dall'esordio giungeva, quindi, alla nostra osservazione;
l'obiettività articolare evidenziava: sinovite a carico del ginocchio destro, dei polsi (marcata a destra, con notevole limitazione funzionale), alcune metacarpo-falangee ed interfalangee prossimali delle mani; niente di particolare in anamnesi.
Anche le indagini eseguite evidenziavano l'elevata attività di malattia: indici bioumorali di flogosi elevati; sinovite attiva con versamento articolare, proliferazione sinoviale e segnale Power Doppler positivo a livello delle articolazioni interessate all'indagine ecografica; veniva confermata la positività a titolo elevato del Fattore Reumatoide ed anticorpi anti Peptidi Citrullinati.
In considerazione dell'importante coinvolgimento articolare (con notevole impatto negativo sulla qualità di vita), con presenza di tutti i Fattori Prognostici sfavorevoli (1 – 2) per l'Artrite Reumatoide (Fattore Reumatoide ed anticorpi antiCCP ad alto titolo, attività di malattia elevata, danno articolare precoce) dopo aver effettuato lo Screening previsto dalle linee guida, veniva intrapresa terapia con Adalimumab fiale 40 mg (1 f ogni 2 settimane, sc), in aggiunta alla terapia in atto.
Tale trattamento appariva subito efficace, con pronto miglioramento clinico, laboratoristico ed ecografico già dopo le prime somministrazioni, in assenza di effetti collaterali da riferire al farmaco.
Ai controlli successivi si assisteva ad un ulteriore e progressivo miglioramento e, a distanza di 12 mesi, persiste la completa remissione clinica e bioumorale, in assenza di manifestazioni erosive articolari, come evidenziato dalle indagini stumentali (RX, Ecografia) eseguite. Tale remissione cosentiva, inoltre, dapprima la riduzione e, successivamente, la sospensione della terapia cortisonica.

Commento

Nel caso clinico in questione l'efficacia e la rapidità d'azione del farmaco, associata ad un ottimo profilo di tollerabilità, si è tradotta in una netta e persistente riduzione (fino alla normalizzazione) della flogosi articolare sia sul piano clinico che bioumorale e strumentale (consentendo anche la sospensione della terapia cortisonica).

Bibliografia

1. Aletala D, Neogi T, Silman Aj, et al. 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology\European League Against Rheumatism collaborative initiative. Arthritis Rheum 2010; 62 (9): 2569-81

2. Smolen J S, Landewe R et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease – modifying antirheumatic drugs: 2013 update. Ann Rheum Dis 2014; 73: 492 - 509

Artrite psoriasica non controllata dalla terapia tradizionale

Romualdo Russo - UOS di Reumatologia AORN Cardarelli, Napoli

L'artropatia psoriasica (AP) è una spondiloentesoartrite ad andamento cronico-evolutivo che compare in soggetti con psoriasi o predisposti a psoriasi e che può interessare sia il compartimento osteoarticolare periferico che quello assiale. Si descrive un caso di artrite psoriasica con severo impegno cutaneo non responder ai DMARDs, che ha risposto alla terapia biotecnologica con adalimumab.

Casalinga di anni 38 affetta da psoriasi da alcuni anni. Giunge per la prima volta alla nostra osservazione lamentando una storia recente di dolore e tumefazione alle piccole articolazioni delle mani (MCF, IFD) bilateralmente con rigidità al risveglio di circa 30 minuti; nonché tumefazione dolente al IV dito del piede dx. La sua psoriasi era stata trattata per anni con terapia topica e con PUVA-terapia con scarso beneficio. All'esame obiettivo presenza di dolore alla digitopressione nelle seguenti sedi articolari: II MCF e polso a dx, III e IV IFD a sx; presenza di tumefazione della II MCF a dx. Dito a salsicciotto IV dito piede dx. Erano presenti, inoltre, lesioni eritemato-desquamative a carico degli arti superiori e inferiori, del dorso e del cuoio capelluto.

Esami di laboratorio nulla di significativo. Rx mani, polsi, piedi e bacino: assenza di lesioni ossee diffuse o a focolaio. Ecografia piede dx: tendinite dei flessori del IV dito.

Per la presenza di psoriasi associata alla recente comparsa di artrite bilaterale asimmetrica e dattilite, si poneva diagnosi di early artrite psoriasica con impegno periferico.

La paziente veniva avviata ad una appropriata e tempestiva strategia terapeutica di associazione con metotrexato (10 mg/settimana portato in tre mesi fino a 20 mg/ settimana, con supplementazione di acido folico) e ciclosporina al dosaggio di 3mg/Kg/die.

Alla rivalutazione a 12 settimane persistenza del quadro cutaneo ed articolare e sospensione del trattamento con ciclosporina per progressivo aumento della pressione arteriosa non controllata dalla terapia farmacologica. Si decideva, quindi, di avviare la paziente a terapia con farmaci anti-TNFα in accordo con la più recente letteratura. Lo screening evidenziava positività della Mantoux e del Quantiferon, per cui alla paziente, come da linee guida, veniva prescritta terapia con isoniazide (300 mg/die) per nove mesi e dopo il primo mese di assunzione del farmaco antitubercolare iniziava l'adalimumab alla dose di 40mg sc/2settimane in associazione al metotrexato.

Progressivo e significativo miglioramento dell'impegno articolare e del quadro clinico cutaneo. Ad una rivalutazione a 12 settimane risoluzione completa della dattilite del IV dito e notevole miglioramento dell'obiettività a carico delle articolazioni delle mani e del polso che non erano più dolenti, né tumefatti. Dopo sei mesi di trattamento, la paziente presentava una quasi completa risoluzione delle lesioni psoriasiche con una riduzione del punteggio PASI > 75%, una stabilizzazione dell'impegno articolare con una VAS dolore di 10.

Nella nostra paziente la terapia con l'anti-TNFα adalimumab si è dimostrata rapidamente efficace nell'indurre la remissione cutanea ed artritica; la terapia è stata ben tollerata ed ha avuto un forte impatto nel benessere psicologico della paziente, determinando, dopo oltre 12 mesi di terapia, un progressivo e costante miglioramento della sua qualità di vita. Un altro elemento di discussione è relativo alla sicurezza d'impiego che ha dimostrato il farmaco in una paziente affetta da Tbc latente nonostante ciò che riporta la letteratura su questo argomento.

Bibliografia

1. Ann Rheum Dis. 2016 Mar;75(3):499-510. European League Against Rheumatism (EULAR) recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2015 update.Gossec L, et al

2. Dixon WG,Hyrich KL, Watson KD et al Drug-specific risk of tubercolosis in patients with rheumatoid arthritis treated with anti-TNf therapy: results from the British Society for Rheumatology Biologics Register BSRBR Ann Rheum Dis 2010;69(3):522-528.

Efficacia e sicurezza di adalimumab nel trattamento di un paziente con artrite reumatoide early

Romualdo Russo - UOS di Reumatologia AORN Cardarelli, Napoli

L'artrite reumatoide è una malattia infiammatoria cronica immunomediata ad impronta destruente che colpisce le piccole e grandi articolazioni diartrodiali, ma nella sua evoluzione può diventare una patologia sistemica. È una malattia multifattoriale con una predisposizione genetica.
Diversi dati clinici dimostrano che una diagnosi e un trattamento precoce sono in grado di modificare in modo sostanziale l'evoluzione e il decorso della malattia. In questo articolo si descrive il caso clinico di una paziente con artrite reumatoide ad esordio recente trattato con adalimumab con buon recupero clinico e funzionale.

Caso clinico
Un uomo di 58 anni giungeva all'osservazione ambulatoriale lamentando, una sintomatologia caratterizzata da dolore spontaneo e ai movimenti con tumefazione e limitazione funzionale a carico dei polsi e di alcune metacarpo-falangee e interfalangee prossimali delle mani; era presente rigidità mattutina > 1 h.
All'esame obiettivo polsi dolenti alla pressione e ai movimenti con limitazione funzionale; 2ª, 3ª e 4ª MCP e PIP delle mani tumefatte, dolenti intensamente alla digitopressione.
Il laboratorio evidenziava indici di flogosi elevati F.R. presente antiCCP assenti. RX grafie negative, all'eco delle mani distensione della capsula articolare a carico delle MCP con power-doppler positivo a carico del polso dx. Diagnosi di artrite reumatoide all'esordio con un DAS28 > 5,1. Il paziente veniva sottoposta a trattamento con metotrexato fino a 20 mg sc a settimana associato alla idrossiclorochina 2 cpr/die e 8 mg di metilprednisone.

A distanza di tre mesi il paziente tornava a visita di controllo riferendo scarso beneficio dalla terapia praticata. Gli esami di laboratorio evidenziavano una VES e una PCR ancora alta, un DAS28 4,8 e un HAQ 2.
In considerazione del quadro complessivo rilevato la paziente veniva valutata come candidata al trattamento con agente anti-TNFα. Dopo aver firmato il consenso informato la paziente si sottoponeva a tutte le indagini di screening in accordo con le raccomandazioni vigenti per l'inizio del trattamento con farmaci biotecnologici con esito negativo.

Iniziava quindi il trattamento con adalimumab 40 mg/2week sc unitamente a metotrexato 15 mg/settimana im e folina.
Già dopo il primo mese il quadro clinico era nettamente migliorato con notevole riduzione della sintomatologia articolare; ulteriore miglioramento alla rivalutazione clinico-laboratoristica dopo 12 settimane di trattamento. Nell'arco di sei mesi il paziente presentava un benessere clinico pressochè completo fino alla stabilizzazione anche dei parametri infiammatori ed ecografici, senza alcuna reazione avversa al farmaco.

L'analisi di questo caso clinico mette in luce due aspetti rilevanti:

a) il trattamento precoce ed aggressivo è in grado di modificare in modo sostanziale l'evoluzione e il decorso della malattia

b) la conferma dell'efficacia dell'adalimumab come farmaco anti-TNF di prima linea nel paziente con artrite reumatoide in fase early

Bibliografia
1. Smolen J, et al. EULAR Recommendations Ann Rheum Dis 2014; 73: 492-509

Le sfide più grandi. La scienza più avanzata.



Siamo impegnati nel rispondere alle sfide più grandi in tema di salute.

Mettiamo in campo innovazione e passione, dove il bisogno è maggiore.

Come azienda biofarmaceutica globale, il nostro obiettivo è avere un impatto significativo sulla vita delle persone.

È con il contributo di tutti che i progressi della scienza si traducono in farmaci per milioni di persone.
Per questo collaboriamo con università e centri di ricerca, organizzazioni governative, associazioni di pazienti e no profit.

Insieme, costruiamo la medicina del futuro.

abbvie.it

abbvie

People. Passion. Possibilities.®

IT/ABV/1018/1141

www.valutareinsanita.it