

# Παρουσίαση ασθενούς με Ρευματοειδή αρθρίτιδα και φλεγμονώδες σύνδρομο

Αινούρ Μολλά Ισμαήλ Σαλή,  
Ειδικευόμενη Ρευματολογίας

Κλινική Ρευματολογίας, Κλινικής Ανοσολογίας και Αλλεργιολογίας

ΠΑΓΝΗ

Λευκωσία 21/9/2019



**Γυναίκα, 68 ετών (Λ.Κ.)**

**Ατομικό αναμνηστικό:**

Οροαρνητική Ρευματοειδής αρθρίτιδα (2006) με εκδηλώσεις περιφερική αρθρίτιδα, εργαστηριακό φλεγμονώδες σύνδρομο, άλγη ωμικής-πυελικής ζώνης, κόπωση, RF (-), antiCCP (-), βιοψία κροταφικής (2006): αρνητική

- Τρέχουσα αγωγή :
  - leflunomide 20mg 1x1 από 2008
- Προηγούμενες θεραπείες:
  - etanercept+methotrexate (9/2006 – 8/2007) = πρωτοπαθής αστοχία
  - adalimumab (8/2007 – 2/2016) = διακοπή λόγω παρατεταμένης ύφεσης

## Λοιπό α/α:

- Αρτηριακή υπέρταση
- Υποθυροειδισμός
- Ανευρυσματική διάταση θωρακικής αορτής
- Στένωση αορτικής βαλβίδας

## Παρούσα νόσος 3/2019

- Από 2μήνου
  - Αδυναμία-καταβολή
  - Εύκολη κόπωση
  - Απώλεια βάρους
- Πρόσφατο ταξίδι στην Ινδία προ 3μήνου

# Παρούσα νόσος 3/2019

## ➤ Κλινική εξέταση:

### ✓ Καρδιαγγειακό:

- **συστολικό φύσημα** σε όλες τις  
εστίες ακρόασης

- **φύσημα στις καρωτίδες άμφω**  
**και τις υποκλείδιες**

### ✓ Μυοσκελετικό:

- Αρθρίτιδα SW: 9, TD:0 ,HAQ: 0  
DAS 28: 4,19

## ➤ Labs:

✓ **WBCs: 8600**

✓ **ESR:120**

✓ **CRP: 17** (ΦΤ: 0,08-0,8)

✓ **Hb: 8,0 g/dl, MCV: 78,8 MCH: 25**

✓ **Ht: 25,2%**

✓ **Ferritin: 883ng/ml**

• **Ro θώρακος:** χωρίς παθολογικά  
ευρήματα.

• **Δακτυλική εξέταση:** Αρνητική

## Ενεργά προβλήματα

- Υπόχρωμη μικροκυτταρική αναιμία
- Εργαστηριακό φλεγμονώδες σύνδρομο
- Συστηματικά συμπτώματα σε γυναίκα με ΡΑ και πρόσφατο ταξίδι σε Ινδία
- Ήπια πολυαρθρίτιδα

## Διαφορική διάγνωση:

- **Λοιμώξεις**
  - Τροπικές (ελονοσία, μαλάρια)
  - Ειδικές λοιμώξεις (Leishmania, Brucella, Coxiella, TB)
- **Νεοπλασία**
- **Υποτροπή του υποκείμενου νοσήματος**

# Εργαστηριακός έλεγχος

- **Διερεύνηση αναιμίας**
  - **Επίχρισμα περιφερικού αίματος:** Παρατηρήθηκαν μικροκυττάρωση, υποχρωμία και ανισοκυττάρωση
  - **Δείκτες αιμόλυσης:** Αρνητικοί
  - **Γαστροσκόπηση:** Χωρίς ευρήματα
  - **Κολonosκόπηση:** (προ 2ετίας) αρνητική για κακοήθεια ή άλλη παθολογία
- **Οστεομυελική βιοψία, μυελόγραμμα, ανοσοφαινότυπος μυελού των οστών και καλλιέργεια μυελού (φυματίωση και βρουκέλλα):** χωρίς παθολογικά ευρήματα



## Εργαστηριακός έλεγχος

- **Διερεύνηση λοιμώξεων**
  - Καλλιέργειες αίματος και ούρων: Στείρες
  - Καλλιέργειες και παρασιτολογική εξέταση κοπράνων: Δεν ανέδειξαν παθογόνο
  - ιολογικός (HBV, HCV, HIV) και ορολογικός έλεγχος (Leishmania, Brucella, Coxiella): Αρνητικός
  - Έλεγχος για ελονοσία και φυματίωση (Mantoux, Quantiferon): Αρνητικός
  - Διαθωρακικό και διοισοφάγειο υπερηχογράφημα καρδιάς: σοβαρές ασβετώσεις των πτυχών της αορτικής βαλβίδας με ήπιο περιορισμό στη διάνοιξη της

## **Απεικονιστικός έλεγχος**

- **CT θώρακος:**
  - Αρνητική για κακοήθεια ή λοίμωξη
  - **Ανευρυσματική διάταση ανιούσης αορτής στο επίπεδο της ανιούσας μοίρας έως 4.3cm (γνωστό από 2016)**
  - **Δεύτερη ανευρυσματική διάταση στο τμήμα του ισθμού έως 3.6cm**
  - Μικρή πλευριτική συλλογή αριστερά
  - Ελάχιστη ποσότητα περικαρδιακής συλλογής
- **CT άνω-κάτω κοιλίας:** Χωρίς παθολογικά ευρήματα.

# Συνοψίζοντας:

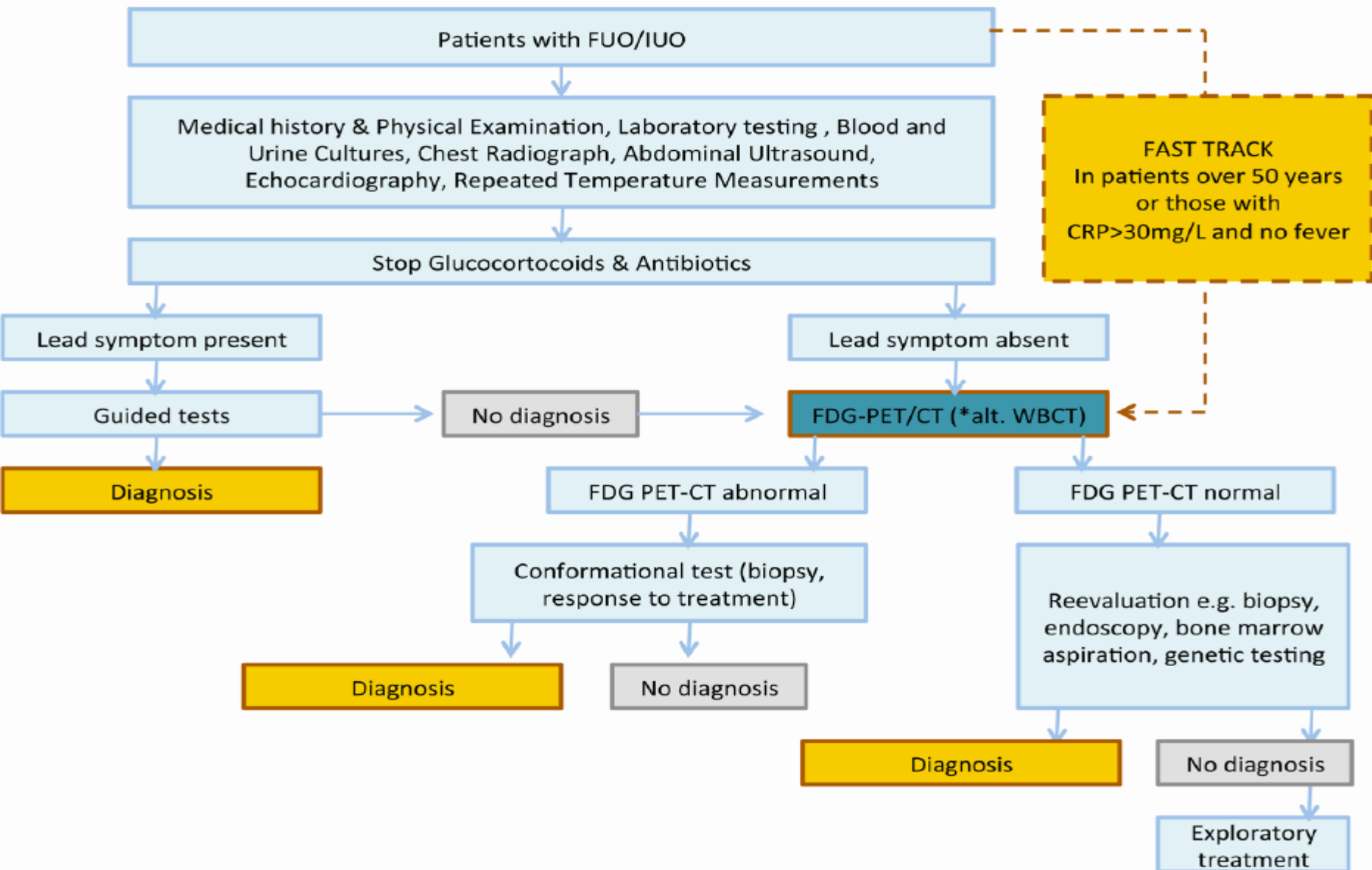
- Έλεγχος για λοιμώξεις και κακοήθεια:  
Αρνητικός
- Υπόχρωμη μικροκυτταρική αναιμία
- Εργαστηριακό φλεγμονώδες σύνδρομο
- Συστηματικά συμπτώματα
- Ήπια πολυαρθρίτιδα

- Επόμενη διαγνωστική πράξη;

## Recommended minimum diagnostic evaluation of FUO/IUO

- ESR or CRP, LDH, CPK
- tuberculin skin test or IGRA
- HIV immunoassay and HIV viral load for patients at high risk
- 3 routine blood cultures
- RF, ANA
- heterophile antibody test (Monospot) in children and young adults
- serum protein electrophoresis
- CT abdomen, chest

# Diagnostic decision tree for FUO/IUO patients



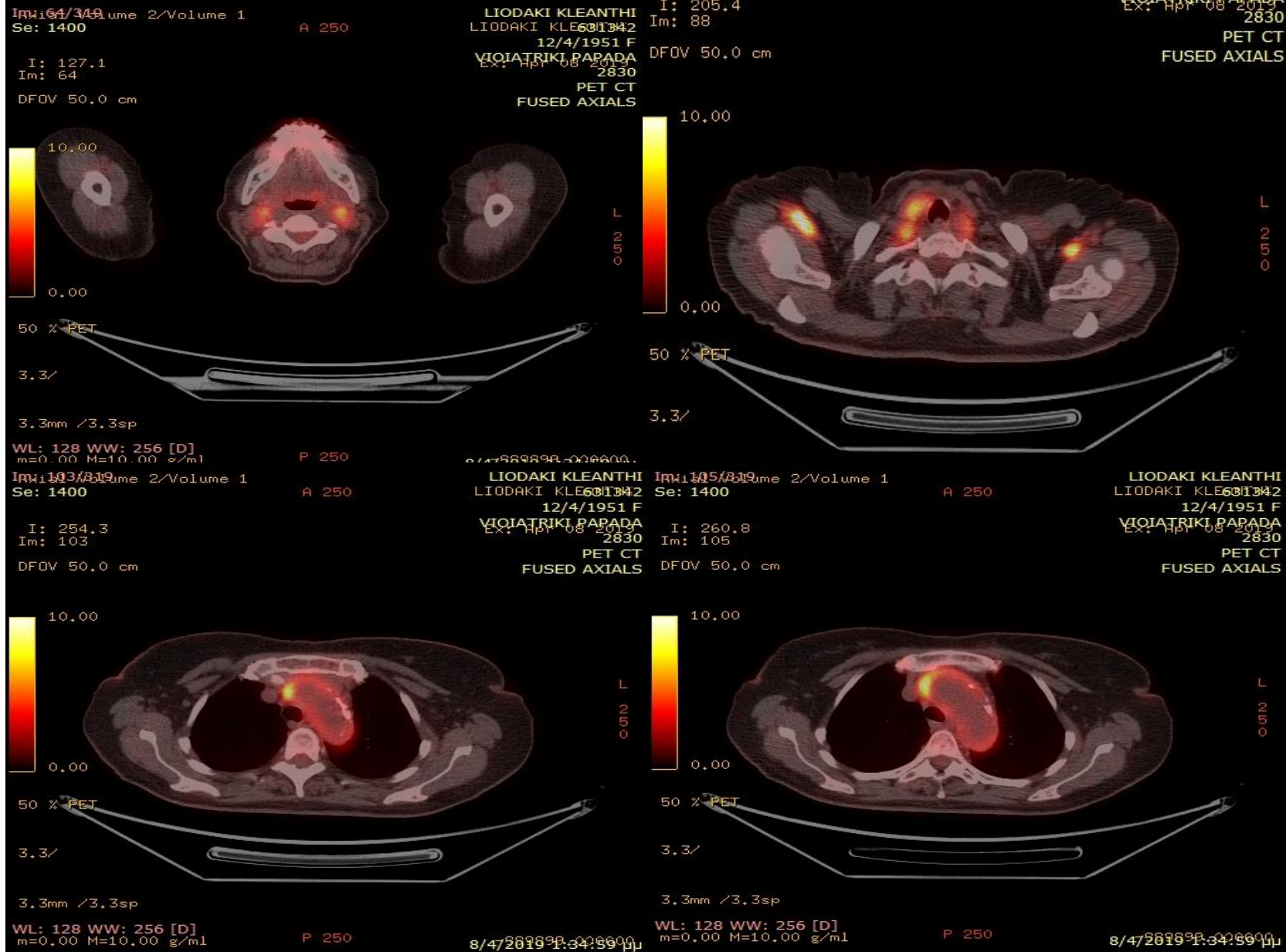
- PET-CT

The value of  $^{18}\text{F}$ -FDG-PET/CT in identifying the cause of fever of unknown origin (FUO) and inflammation of unknown origin (IUO): data from a prospective study

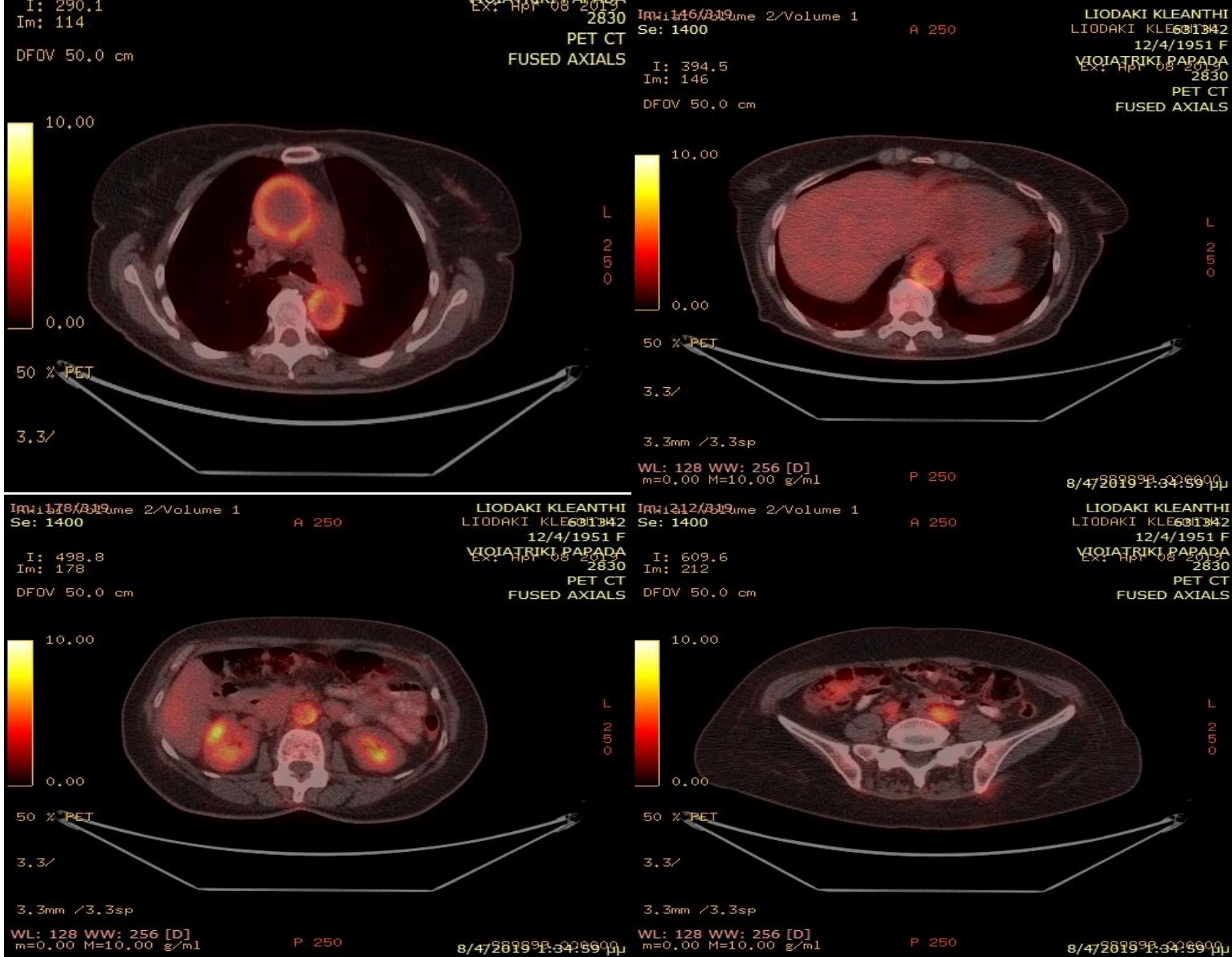
- $^{18}\text{F}$ -FdG-pEt/Ct scanning is helpful in ascertaining the correct diagnosis in more than 50% of the cases presenting with FUo and IUo.

-Absence of intermittent fever, higher age and elevated Crp level increase the likelihood for a diagnostic  $^{18}\text{F}$ -FdG-pEt/Ct





**Εντόνως αυξημένη πρόσληψη στο τοίχωμα των μεγάλων αγγείων, εύρημα συμβατό με αγγειίτιδα των μεγάλων αγγείων.**



**Εντόνως αυξημένη πρόσληψη στο τοίχωμα των μεγάλων αγγείων, εύρημα συμβατό με αγγειίτιδα των μεγάλων αγγείων.**

## **Διαφορική Διάγνωση**

- **Αγγειίτιδα μεγάλων αγγείων**
  - **Εκδήλωση PA**
  - **Συνύπαρξη GCA**

# ΡΑ-Αγγειιτιδα μεγάλων Αγγείων

- **Clinical manifestations and diagnosis of rheumatoid vasculitis:**

**Aortitis :**

-Rare complication of rheumatoid vasculitis, with potential for the development of aortic valve insufficiency, aneurysm, or rupture.

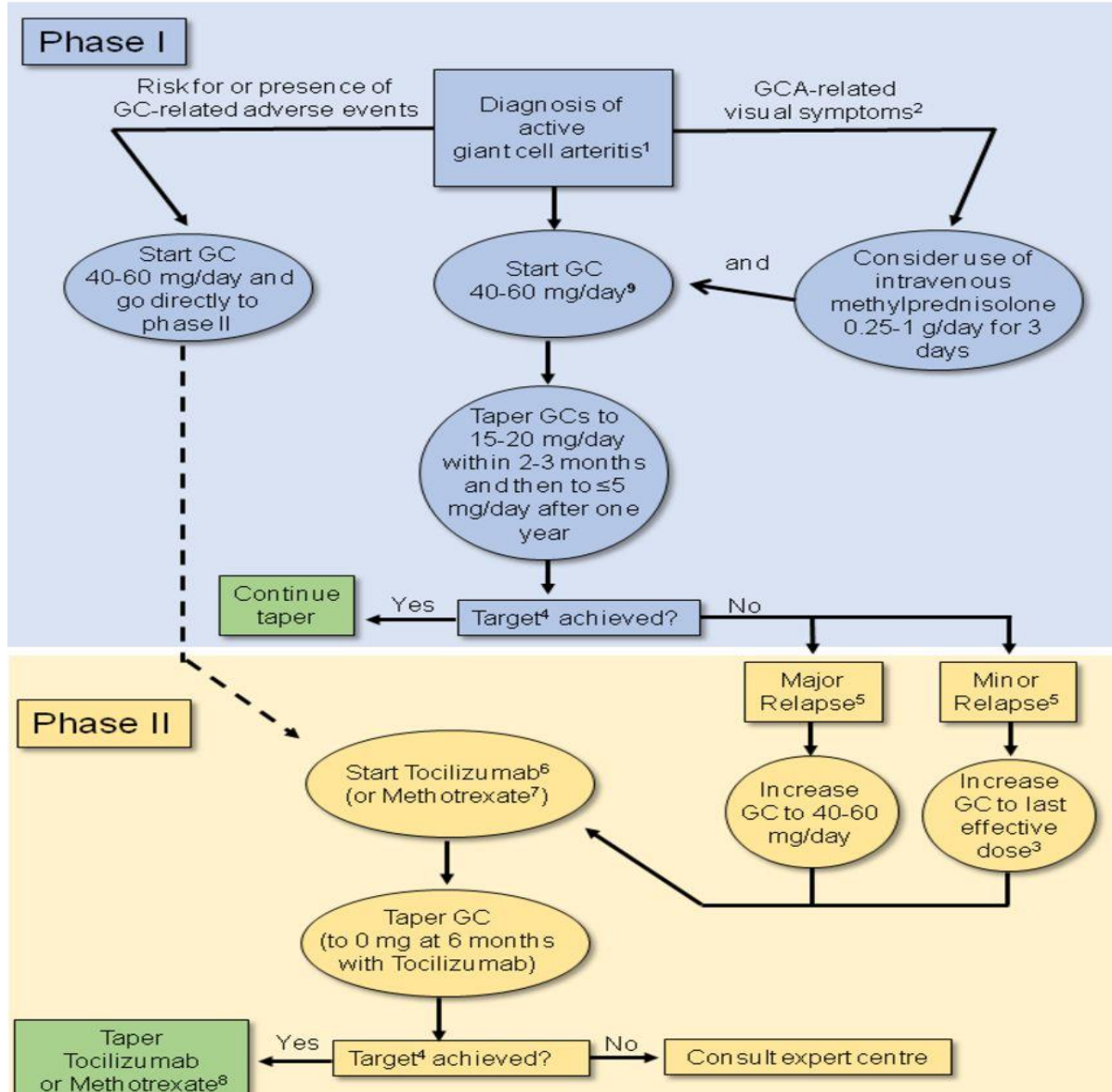
-In contrast to rheumatoid coronary vasculitis, most rheumatoid aortitis is identified incidentally at the time of aneurysm resection in patients with RA who lack an established diagnosis of RV.

-Autopsy studies have suggested that other manifestations of vasculitis are more widespread in patients with rheumatoid aortitis than is clinically apparent; thus, aortitis does appear to be a manifestation of systemic RV.

# Θεραπεία

- Ώσεις στεροειδών (2gr iv) και έπειτα po.
- Sc Tocilizumab (anti-IL6)

# 2018 EULAR RECOMMENDATIONS FOR THE MANAGEMENT OF GIANT CELL ARTERITIS



Ευχαριστώ!