



Τα “καλύτερα” του EULAR 18



1) Τα νέα (προτεινόμενα) κριτήρια ταξινόμησης EULAR/ACR για τον ΣΕΛ (Tedeschi, et al. *Ann Rheum Dis* 2017;76(S2):50) απαιτούν την παρουσία ANA > 1:80 και όριο ταξινόμησης το 10, φαίνεται δε να φέρουν ευαισθησία παρόμοια αυτής των SLICC κριτηρίων, με

Renal	Class III/IV nephritis	10	Class II/V nephritis	8	Proteinuria ≥ 0.5 g/day	4
Specific antibodies	Anti-Sm or Anti-dsDNA	6				
Mucocutaneous	ACLE	6	SCLE or DLE	4	Alopecia or oral ulcers	2
Serosa	Acute pericarditis	6	Effusion	5		
Musculoskeletal	Arthritis	6				
CNS	Seizures	5	Psychosis	3	Delirium	2
Blood	Autoimmune hemolysis or thrombocytopenia	4	Leukopenia	3		
Complement	Low C3 and C4	4	Low C3 or C4	3		
Anti-phospholipid	Anti-Cardiolipin or anti-β2-GPI or lupus anticoagulant	2				
Constitutional	Fever	2				

διατήρηση της ειδικότητας των ACR κριτηρίων

OP0020. VALIDATION OF NEW SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS CLASSIFICATION CRITERIA M. Aringer et al

2) DRAFT CLASSIFICATION CRITERIA FOR THE ANCA ASSOCIATED VASCULITIDES

Abstract OP0021 – Table 1. Draft classification criteria for the ANCA-associated vasculitides. *Cartilagenous involvement: Inflamed ear or nose cartilage or hoarse voice/stridor, endobronchial involvement or saddle nose deformity

Granulomatosis with polyangiitis (GPA)	Microscopic polyangiitis (MPA)	Eosinophilic granulomatosis with polyangiitis (EGPA)
Blood nasal discharge, ulcers, crusting, congestion or blockage, or septal defect/perforation+3	Pauci-immune glomerulonephritis+3	Obstructive airways diseases+3
Cartilagenous involvement*+2	Bloody nasal discharge, ulcers, crusting, congestion or blockage, septal defect/perforation –3	Nasal polyps+3
Conductive or sensorineural hearing loss+1	pANCA or MPO-antibody positive+6	Mononeuritis multiplex or motor neuropathy+1
Pauci-immune glomerulonephritis+1	Fibrosis orILD on chest imaging+3	Eosinophil count $\geq 1 \times 10^9/L$ +5
cANCA or PR3-antibody+5	cANCA or PR3-antibody –1	Extravascular eosinophilic predominant inflammation/eosinophils in bone marrow +2
pANCA or MPO-antibody –1	Eosinophil count $\geq 1 \times 10^9/L$ –4	cANCA or PR3-antibody –3
Eosinophil count $\geq 1 \times 10^9/L$ –4		Microscopic haematuria –1
Granuloma, extravascular granulomatous inflammation, or giant cells on biopsy+2		
Nodules, mass, cavitation on chest imaging+2		
Inflammation, consolidation, or effusion of the nasal/paranasal sinuses on imaging +1		
Total score of≥ 5 is needed for classification Sensitivity 93%, Specificity 94%	Total score of≥ 6 is needed for classification Sensitivity 87%, Specificity 96%	Total score of≥ 5 is needed for classification Sensitivity 88%, Specificity 98%

OP0021. DRAFT CLASSIFICATION CRITERIA FOR THE ANCA ASSOCIATED VASCULITIDES J.C. Robson et al

3) Το **Upadacitinib** (ABT-494 / AbbVie) είναι ένας από του στόματος εκλεκτικός **αναστολέας JAK-1** και σε ασθενείς με PA και ανεπαρκή απόκριση σε csDMARDs φάνηκε αποτελεσματικό (στην δόση 15 και 30 mg /ημ : ACR20 12 w : 63.8% και 66.2%), με τις λοιμώξεις να είναι πιο συχνές στο ενεργό φάρμακο Vs εικονικό

OP0036.A PHASE 3 RANDOMISED, PLACEBO-CONTROLLED, DOUBLE-BLIND STUDY OF UPADACITINIB (ABT-494), A SELECTIVE JAK-1 INHIBITOR, IN PATIENTS WITH ACTIVE RHEUMATOID ARTHRITIS WITH INADEQUATE RESPONSE TO CONVENTIONAL SYNTHETIC DMARDS G. Burmester et al.

4) Η διπλή αναστολή IL-17F και IL-17A φαίνεται, σύμφωνα με κυτταρικά μοντέλα, να μειώνει τη φλεγμονή σε μεγαλύτερο ποσοστό από ότι η αναστολή μόνο της IL-17A. Το **Bimekizumab** (μονοκλωνικό αντίσωμα με εξουδετέρωση **IL-17A και IL-17F** / UCB)

δοκιμάστηκε σε ασθενείς με ΑΣ, με σημαντική βελτίωση των εκβάσεων της νόσου, χωρίς νέα ευρήματα σχετικά με την ασφάλεια (φάση 2B)

LB0001 DUAL NEUTRALISATION OF IL-17A AND IL-17F WITH BIMEKIZUMAB IN PATIENTS WITH ACTIVE ANKYLOSING SPONDYLITIS (AS): 12-WEEK RESULTS FROM A PHASE 2B, RANDOMISED, DOUBLE-BLIND, PLACEBO-CONTROLLED, DOSE-RANGING STUDY D. van der Heijde et al

5) Στο ερώτημα αν η **κυκλοφωσφαμίδη θα πρέπει να χορηγείται per-os ή IV** σε ασθενείς με **σκληρόδερμα & διάμεση πνευμονική νόσο**, μελέτη με 322 ασθενείς έδειξε ότι η αποτελεσματικότητα είναι παρόμοια και με τις 2 στρατηγικές. Αν και στο IV σχήμα, η δόση των στεροειδών ήταν γενικά μεγαλύτερη όπως και των DMARDs (στο στάδιο διατήρησης ύφεσης), κάτι τέτοιο δεν επηρέασε την ασφάλεια του σχήματος. Πάντως επεισόδια λευκοπενίας και αιμορραγικής κυστίτιδας φάνηκαν πιο συχνά με την per os αγωγή ενώ σοβαρές ΑΕ (πχ ανάγκη για οξυγονοθεραπεία, καρδιομυοπάθεια) με το IV σχήμα

OP0144 INTRAVENOUS VERSUS ORAL CYCLOPHOSPHAMIDE (CYC) FOR THE TREATMENT OF INTERSTITIAL LUNG INVOLVEMENT (ILD) AND SKIN INVOLVEMENT IN SYSTEMIC SCLEROSIS (SSC): SAFETY AND EFFICACY EVALUATION IN A LARGE MULTI-CENTRE SCLERODERMA COHORT C. Bruni et al

6) Το **Apremilast (oral phosphodiesterase 4 inhibitor)** δοκιμάστηκε σε μια μελέτη φάσης III σε ασθενείς με **Behçet's syndrome και στοματικά έλκη** (και αποτυχία σε πρώτο παράγοντα) και φάνηκε αποτελεσματικό στον αριθμό και τον πόνο αυτών. Ευεργετική φάνηκε η δράση του και στα έλκη γενετικών οργάνων

OP0082 APREMILAST FOR BEHÇET'S SYNDROME: A PHASE III RANDOMISED, PLACEBO CONTROLLED, DOUBLEBLIND STUDY (RELIEF) G. Hatemiet al

7) **Συνδυαστική χορήγηση ΜΣΑΦ και TNFi** φαίνεται να προσφέρει συνεργατική δράση στην επιβράδυνση της **ακτινολογικής εξέλιξης** σε ασθενείς με ΑΣ. Η δράση αυτή φαίνεται να είναι μεγαλύτερη με υψηλές δόσεις ΜΣΑΦ και TNFi, με το Celecoxib να προσφέρει την καλύτερη αποτελεσματικότητα στα 2 και 4 χρόνια αγωγής

OP0198 COMBINED EFFECTS OF TUMOUR NECROSIS FACTOR INHIBITORS AND NSAIDS ON RADIOGRAPHIC PROGRESSION IN ANKYLOSING SPONDYLITIS L.S. Gensler et al



8) Το SM04690, είναι ένα μικρό μόριο, ενδοαρθρικά χορηγούμενο, με δράση στην **αναστολή του μονοπατιού Wnt** και σε μια μελέτη φάσης II με 445 ασθενείς με **ΟΑ** φάνηκε να σχετίζεται με βελτίωση στον πόνο (WOMAC A1) και τη λειτουργικότητα των ασθενών αυτών

OP0061 TREATMENT OF KNEE OSTEOARTHRITIS WITH SM04690

IMPROVED WOMAC A1 'PAIN ON WALKING' –
RESULTS FROM A 52 WEEK, RANDOMISED,
DOUBLEBLIND, PLACEBO-CONTROLLED, PHASE 2
STUDY OF A NOVEL, INTRA-ARTICULAR, WNT
PATHWAY INHIBITOR S. Kennedy et al

9) Σύμφωνα με συστ ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, ασθενείς με **περιφερική αρτηριακή νόσο βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για κάταγμα ισχίου (RR : 1.64 (95% CI: 1.17 - 2.29).**

OP0063 PERIPHERAL ARTERIAL DISEASE AND RISK OF

OSTEOPOROTIC HIP FRACTURE: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS OF COHORT STUDIES P. Ungprasert et al

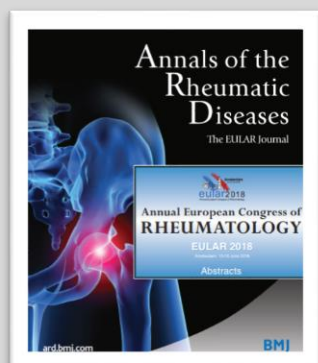
10) Όπως είναι γνωστό, η χορήγηση **HCQ** σχετίζεται με μείωση του κινδύνου για ΣΔΙΙ και δυσλιπιδαιμία. Σύμφωνα και με το Δανέζικο αρχείο, η χορήγηση της σε ασθενείς με PA σχετίζεται με **σημαντική μείωση τη θνησιμότητας κάθε αιτιολογίας, αλλά και ειδικότερα καρδιαγγειακής (0.83 (95% confidence interval [CI] 0.71–0.97) και 0.78 (95% CI: 0.61 - 0.99))**

OP0191 ALL-CAUSE MORTALITY AND CARDIOVASCULAR DEATH IN HYDROXYCHLOROQUINE USERS IN

RHEUMATOID ARTHRITIS PATIENTS – A POPULATION BASED DANISH COHORT STUDY K. Soeltoft et al

TO BE CONTINUED ...

ΟΛΟ ΤΟ ΒΙΒΛΙΟ ΠΕΡΙΛΗΨΕΩΝ ΤΟΥ EULAR Congress 2018:



Το κείμενο αποτελεί βιβλιογραφική ενημέρωση της ΕΡΕ-ΕΠΕΡΕ και όχι απαραίτητα σύσταση για την καθημέρα κλινική πράξη. Αποτελεί επίσης εύρημα **περιλήψεων του συνεδρίου** και όχι υποχρεωτικά θέμα κατασταλαγμένης γνώσης. Αποτελεί τέλος ελεύθερη μετάφραση της περιλήψης των δημοσιευμένων αναρτήσεων.