

ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

ΒΑΣΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

- Στόχος της θεραπείας πρέπει να είναι η επίτευξη της ύφεσης ή χαμηλή ενεργότητα νόσου, όσο το δυνατό νωρίτερα (3-6 μήνες). Αν ο στόχος δεν επιτυγχάνεται, η θεραπεία πρέπει να τροποποιείται μετά από συχνή και αυστηρή παρακολούθηση (τροποποίηση τρέχουσας θεραπείας ανά 1-3 μήνες).
- Θεραπεία με συνθετικά τροποποιητικά της νόσου φάρμακα (DMARDs) πρέπει να αρχίζει ταυτόχρονα με την διάγνωση της ρευματοειδούς αρθρίτιδας
- Αν ο θεραπευτικός στόχος δεν επιτευχθεί με την χορήγηση του πρώτου DMARD και αν υπάρχουν δυσμενείς προγνωστικοί παράγοντες* τότε θα πρέπει να προστίθεται βιολογικός παράγοντας. Αν δεν υπάρχουν δυσμενείς προγνωστικοί παράγοντες μπορεί να γίνει αλλαγή σε άλλο DMARD ή να γίνει συνδυασμός τροποποιητικών της νόσου φαρμάκων (λεφλουνομίδη, κυκλοσπορίνη, σουλφασαλαζίνη, ενέσιμος χρυσός, Δ-πενικιλλαμίνη, υδροξυχλωροκίνη)
- Η καταστολή της ενεργότητας της νόσου απαιτεί δια βίου φαρμακευτική αγωγή και περιοδική ιατρική παρακολούθηση.
- Η παρουσία κλασικών παραγόντων κινδύνου για καρδιαγγειακή νόσο πρέπει να εκτιμάται ανά έτος και να αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά.

**Σαν δυσμενείς προγνωστικοί παράγοντες θεωρούνται:*

α. Παρουσία RF ή/και αντί-CCP αντισωμάτων(ιδιαίτερα σε υψηλούς τίτλους)

β. Ακτινολογικές διαβρώσεις σε άκρα χέρια ή/και πόδια

γ. Υψηλή ενεργότητα νόσου (με βάση δείκτες ενεργότητας νόσου, του αριθμού των διογκωμένων αρθρώσεων ή την παρουσία πρωτεϊνών οξείας φάσεως)

1ης επιλογής

-γλυκοκορτικοειδή 7.5mg/ημέρα

+

-Μεθοτρεξάτη (7.5–20mg) και

-Σε περίπτωση δυσανεξίας στην μεθοτρεξάτη μπορούν να χρησιμοποιηθούν τα ακόλουθα: λεφλουνομίδη, κυκλοσπορίνη, σουλφασαλαζίνη, ενέσιμος χρυσός, Δ-πενικιλλαμίνη, υδροξυχλωροκίνη

Η διάρκεια θεραπείας θα είναι τουλάχιστον 3-6 μήνες ώστε να εκτιμηθεί τότε η αποτελεσματικότητα. Αν η αποτελεσματικότητα είναι ικανοποιητική η θεραπευτική αγωγή συνεχίζεται

2ης επιλογής (προστίθενται σε περιπτώσεις αποτυχίας φαρμάκων^{1ης} εκλογής + παρουσία δυσμενών προγνωστικών παραγόντων*)

-αντί-TNF παράγοντες (infliximab, adalimumab, etanercept, certolizumab, golimumab)

3ης επιλογής

Σε ασθενείς που η θεραπεία με τον πρώτο αναστολέα του TNF αποτύχει, πρέπει να χορηγηθεί ή άλλος αναστολέας του TNF ή abatacept ή rituximab ή tocilizumab

Σημείωση 1: Ένδειξη για πρώτης γραμμής θεραπεία με βιολογικό παράγοντα έχουν και τα abatacept, tocilizumab αλλά η πλέον μακρόχρονη εμπειρία τόσο της διεθνούς επιστημονικής κοινότητας όσο και η δική μας με τους α-TNF παράγοντες, τείνει να προτείνει την έναρξη με αντί-TNF. Επίσης έγκριση έχει το anakinra αλλά θεωρούμε ότι η αποτελεσματικότητά του δεν είναι αντίστοιχη των άλλων και δεν το προτείνουμε σαν θεραπεία για τη PA.

Σημείωση 2: Η συνύπαρξη άλλων νοσηρών καταστάσεων είναι πάντα καθοριστική για την επιλογή ενός βιολογικού παράγοντα. Πχ Η φορεία HbSAg, θα πρέπει να υπολογιστεί σοβαρά στη χορήγηση rituximab.

Σημείωση 3: Η Θεραπεία με βιολογικούς παράγοντες στη PA πρέπει να συνεχίζεται μόνον εφ' όσον υπάρχει ένδειξη ικανοποιητικής απάντησης της νόσου σε συνεχή θεραπεία επί 3-6 μήνες. Αν η απάντηση δεν είναι ικανοποιητική ή θεραπεία διακόπτεται και αντικαθίσταται με άλλο βιολογικό παράγοντα ή οποιαδήποτε θεραπευτική παρέμβαση κριθεί απαραίτητη.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

Επιπρόσθετα, συνιστάται η κλινικο-εργαστηριακή παρακολούθηση και η αντίστοιχη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής για την αντιμετώπιση ή προφύλαξη επιπλοκών του νοσήματος, συνοσηρότητας, ανάπτυξης παραγόντων κινδύνου για νοσήματα φθοράς ή ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων που λαμβάνονται, σύμφωνα με τις αντίστοιχες κατευθυντήριες οδηγίες.