

EULAR
LONDON 8/11 JUNE 2016

REVIEW
Annual European Congress
of Rheumatology

Con la colaboración de



ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS TRATAMIENTO

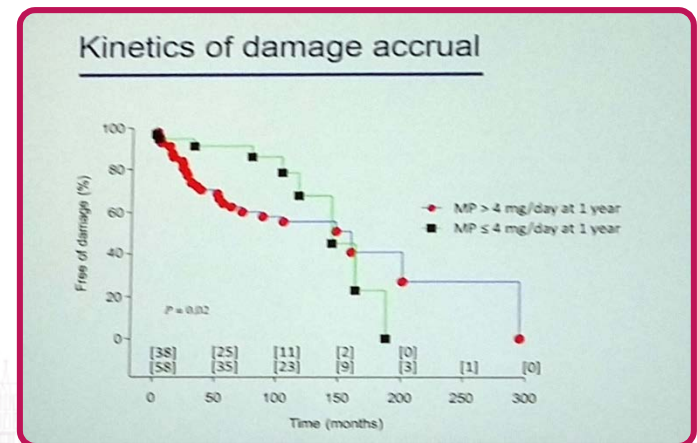
Dr. Íñigo Rúa-Figueroa Fernández de Larrinoa
Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín.
Las Palmas

Abstract Session: SLE, Sjögren's and APS: clinical aspects (other than treatment)

- ▶ THE **DOSE OF GLUCOCORTICOIDS** TAKEN AT ONE YEAR, BUT NOT THE INITIAL DOSE PRESCRIBED, IS AN INDEPENDENT PREDICTOR OF **DAMAGE** ACCRUAL IN LUPUS NEPHRITIS.

- ▶ Retrospectivo
- ▶ 146 nefritis lúpicas
- ▶ Seguimiento medio: 124 m
- ▶ 52% SLICC > 0
- ▶ Regresión logística
 - ▼ Recidivas renales
 - ▼ Dosis diaria de GC al año (no dosis al inicio)
 - ▼ > t hasta 1er daño en pacientes ≤ 4 mg (mpred)

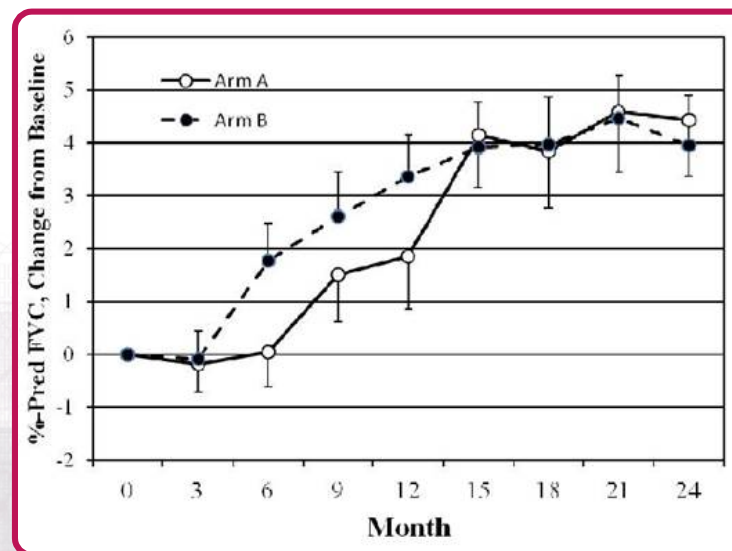
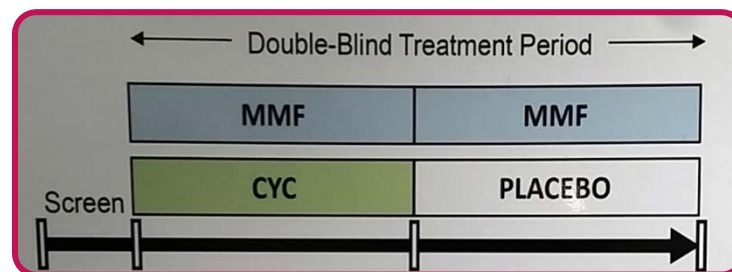
- ▶ **CONCLUSION:** quizá no importe tanto la dosis inicial, si no el tapering



Poster Tour: Scleroderma, myositis and related syndromes

▶ EFFICACY OF MYCOPHENOLATE MOFETIL (MMF) VERSUS ORAL CYCLOPHOSPHAMIDE (CYC) ON SKIN THICKNESS IN THE SCLERODERMA LUNG STUDY II

- ▶ Multicéntrico USA
- ▶ Duración de la ES \leq 7 años
- ▶ EPID con Disnea
- ▶ Diseño (fig)
- ▶ No diferencias en CVF (estabilidad)
- ▶ mRodnan: 14.0 ± 10.6 CYC vs 15.3 ± 10.4 MMF
- ▶ Limitación: placebo 6 meses tras CFM..
- ▶ **CONCLUSION: no sabemos si tanto monta ...**



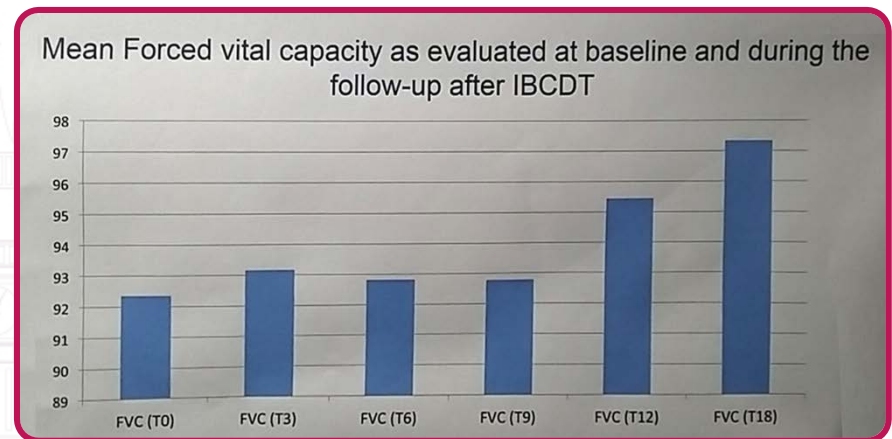
Poster Tour: Scleroderma, myositis and related syndromes

▶ A 18 MONTH OBSERVATION IN PATIENTS WITH PROGRESSIVE SYSTEMIC SCLEROSIS TREATED WITH AN INTENSIFIED B-LYMPHOCYTE DEPLETION - CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL RESPONSE

- ▶ 18 pts
- ▶ Régimen "brutal"
 - ▼ Rituximab (RTX) 375mg/sm x4+ 2dosis mensuales
 - ▼ 2 pulsos de CFM IV 10mg/kg
 - ▼ 3 p (15mg/kg) y pred oral (0.8mg/kg/day, tapered a 5mg/día al 3er mes)
- ▶ 21 meses
- ▶ Mejoría CVF, BNP
- ▶ Pb: no aportan datos de seguridad

▶ **CONCLUSION:** Se puede mejorar la CVF en la esclerosis sistémica !

Rossi Daniela (Italy)



Poster Tour: Scleroderma, myositis and related syndromes

- ▶ COMBINATION THERAPY WITH RITUXIMAB AND MYCOPHENOLATE MOFETIL IN SYSTEMIC SCLEROSIS. SAFETY AND EFFICACY FROM 12 MONTHS

- ▶ 18 pac con refractaria o rápidamente progresiva
- ▶ RTX inicial + Micofenolato a los 6 meses
- ▶ 12 m de seguimiento
- ▶ Resultados
 - ▼ Mejoría e. sig. en
 - ▼ mRSS ($p=0,0036$), > en difusa
 - ▼ CVF (aumento) ($p=0,0093$)
 - ▼ DLCO: estable
 - ▼ No pb de seguridad
- ▶ **CONCLUSION: regímenes más agresivos pueden funcionar en ES graves**

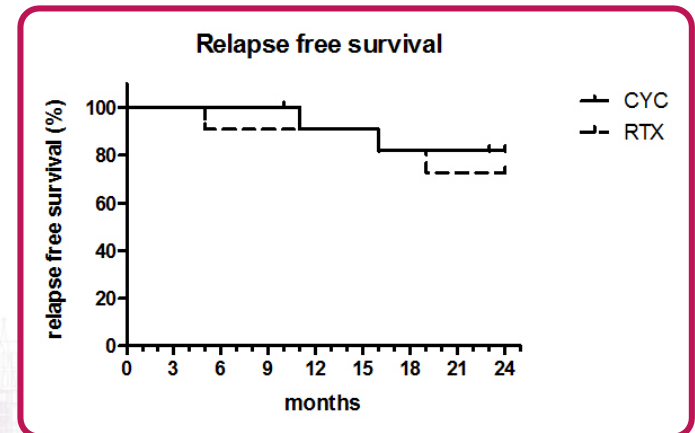
Abstract Session: Scleroderma, myositis and related conditions

- ▶ AUTOLOGOUS HEMATOPOIETIC STEM CELL TRANSPLANTATION IMPROVES FUNCTIONAL EVALUATION OF SYSTEMIC SCLEROSIS PATIENTS
- ▶ Observacional prospectivo
- ▶ TAPH (N= 9) vs controles con inmunosupresores
- ▶ Mejora significativa a los 6 meses en:
 - ▼ Parámetros funcionales de la mano (Cochin etc)
 - ▼ Función respiratoria: PEM, 6MWT
 - ▼ mRodnan
 - ▼ Componentes físicos del SF36
- ▶ No se mantiene a los 12 meses : 6MWT, mRodnan ni PEM
- ▶ **CONCLUSION: N demasiado baja? Se pierde el efecto de la ablación?**

Poster Tour: Vasculitis I

▶ COMPARISON OF **RITUXIMAB** WITH CYCLOPHOSPHAMIDE AS INDUCTION THERAPY IN EOSINOPHILIC GRANULOMATOSIS WITH POLYANGIITIS (**CHURG-STRAUSS** SYNDROME): A 24 MONTHS FOLLOW-UP ANALYSIS.

- ▶ Observacional retrospectivo monocentrico
- ▶ 11 p RTX (73% ANCA) vs controles CFM
 - ▼ Mantenimiento AZA
- ▶ RTX: Remisión o RP en 100% a los 3 meses
- ▶ Similar sxv libre de brote
- ▶ Brote grave: similar
 - ▼ 3/11 con RTX
 - ▼ 2/11 con CFM
- ▶ **CONCLUSION: RTX una buena alternativa para inducir remisión tb en el Churg-Strauss**



SLE: What will it be and how will it be treated 5 years from now

- ▶ ANIFROLUMAB, AN ANTI-INTERFERON-ALPHA RECEPTOR MONOCLONAL ANTIBODY, IN MODERATE TO SEVERE SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS (SLE)
- ▶ Monoclonal anti-IFNR tipo I, Fase II
- ▶ ANIFR (300 mg ó 1000 mg) (iv) vs placebo (PBO) (SoC) / 4 weeks
- ▶ 48 weeks
- ▶ % de respondedores SRI-4 > placebo
 - ▼ 25.5% PBO, 51.5% 300 mg ($p < 0.001$) and 38.5% 1000 mg ($p = 0.048$)
 - ▼ Reducción brotes y de dosis de GC
- ▶ 75% con IFN elevado at baseline
- ▶ Aceptable nivel de seguridad, cuadros gripales
- ▶ CONCLUSION: **anifrolumab promete, pero ojo a los fase II en LES**

Abstract Session: New pathways to treatment

- ▶ BENEFICIAL EFFECTS OF AN ANTI-IFNAR1 MONOCLONAL ANTIBODY ON IMMUNE CELL DYSREGULATION AND COMPLEMENT SYSTEM ABNORMALITIES OF SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS: AN EXPLORATORY ANALYSIS OF PHASE IIB CLINICAL TRIAL OF ANIFROLUMAB

- ▶ Mecanismos ...

Poster Tour: Scleroderma, myositis and related syndromes II

- ▶ RITUXIMAB IN PATIENTS WITH IDIOPATHIC INFLAMMATORY MYOPATHIES ASSOCIATED WITH INTERSTITIAL LUNG DISEASE
- ▶ 41 pac refractarios o intolerantes
- ▶ Estabilidad, mejoría en algunos....
- ▶ Enfermedad no muy severa

Posters sesion

- ▶ LOW-DOSE ASPIRIN AS PRIMARY PROPHYLAXIS FOR CARDIOVASCULAR EVENTS IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS: A LONG-TERM FOLLOW UP
 - ▼ Profilaxis primaria: ASA 100 mg
 - ▼ 189 pac con LES
 - ▼ Seguimiento medio: 8 años
 - ▼ 164 ASA-tratados vs 25 stop o rechazaron
 - ▼ 6 eventos CV en ASA-tratados (4.2/1000 p-años) frente a 4 en no-ASA (25.4/1000 p-años) ($p=0.003$)
 - ▼ No EA relacionados ASA

Posters sesion

- ▶ GLUCOCORTICOID PREVENTS THE PROGRESSION OF ATHEROSCLEROSIS IN JAPANESE PATIENTS WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS: A LONGITUDINAL PROSPECTIVE COHORT STUDY (NTMC-COHORT STUDY)
 - ▼ Prospectivo, N=39
 - ▼ Eco carotídea : progresión anual de IMT
 - ▼ Intervalo medio entre ecos: 4 años
 - ▼ GC evaluados de 2 formas
 - ▼ Dosis acumulada
 - ▼ Dosis media diaria
 - ▼ Dosis diaria GC (5mg/día), protector de progresión
 - ▼ Limitación grosera: no se recogió actividad !
 - ▼ CONCLUSION: **tampoco demonizar a los corticoides: necesitamos más datos!!**

When and how to diagnose and treat Vitamin D deficiency?

- ▶ A RANDOMIZED DOUBLE-BLIND COMPARATIVE CLINICAL TRIALS TO EVALUATE EFFICACY OF VITAMIN D IN SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS (SLE) PATIENTS
 - ▼ 104 pacientes , 88 completan
 - ▼ Dosis altas de ergo (400.000 carga +40.000 sem) vs bajas (800ui/día)
 - ▼ 24 semanas
 - ▼ Niveles vitD: 41.2 ± 14.4 vs. 27.2 ± 10.1 , $p < 0.001$
 - ▼ No diferencias en actividad (ni SLEDAI ni SFI)
 - ▼ El número de pacientes capaces de reducir dosis de pred fue mayor con dosis altas (43.4% vs. 23.5%, $p = 0.013$)
 - ▼ CONCLUSIONES
 - ▼ Dosis altas, pero bien de altas, de vit D no son mejores que sustitutivas
 - ▼ Posible efecto ahorrador de esteroides

How to manage: SLE Más perlas Houssiau

- ▶ Que hacer si :
 - ▼ Nefritis que respondió a CFM-ENT y recidiva: pues repetir!
 - ▼ Fatiga: ejercicio y más ejercicio!
 - ▼ Pasan 4 meses y no hay respuesta a beli: esperar hasta 6 m
 - ▼ Si la piel no responde a MTX: le has dado 25mg/sem?
 - ▼ LED en scalp: infiltraciones de triamcinolona
- ▶ Hubo más perlititas, disculpen...
- ▶ MENSAJE PARA CASA:
 - ▶ el Dr Houssiau es un figura, no se pierdan sus charlas

How to manage: SLE Houssiau

▶ HCQ: beneficios múltiples

- ▼ Dosis única mejora la adherencia
- ▼ Duración: no se conoce (tox retiniana si > 1Kg)
 - ▼ Planteable stop si ANA negativo varios años?

▶ Corticoides

▼ En inducción nefritis:

- ▼ Pulsos de Metilpred a todos
- ▼ Dosis oral diaria 20 mg pred
 - ▼ Tapering: a las 8 semanas ya en 10mg

▼ Tópicos:

- ▼ Sólo potentes, 2 semanas on/off: vacaciones de Semana Santa (1 sem...)
- ▼ en cara, **5 días** on/ 1 semana off

Take home message

3 x 750 mg IV MP pulse

Oral prednisolone

Week	Prednisolone mg/day
W1-4	20
W5-6	15
W7-8	10
W9-10	7.5
W11-M6	5
M6-M12	2.5
M12	0