



Θεραπεία με κολχικίνη και κορτικοστεροειδή σε υποτροπιάζουσα περικαρδιακή συλλογή

Δαμιανός Δαυίδ
Καρδιολογικού Τμήματος



ΚΑΡΔΙΑΘΡΑΚΗΣ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ (ΙΥΠ)

Πρόληψη του θωρακικού άλγους

ή

ή

ή



ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ (ΙΥΠ)

Εξάνιση του θωρακικού άλγους

ή

αποθεραπεία της αρχικής

αλγής

ΟΞΕΙΑ ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ

- Θωρακικό άλγος
- ΗΚΓ μεταβολές (PR – ST – T)
- Περικαρδιακή συλλογή
- Ήχος τριβής
- (ESC 2004 2/4)

- Λοιμώδη νοσήματα
- Συστηματικά νοσήματα



80 – 90%

ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ



15% - 32%

ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ (ΙΥΠ)

Εξάνιση του θωρακικού άλγους
μετά την ανάρρωση, ή
απουσία ανταπόκρισης στην αποθεραπεία της αρχικής φάσης

ΟΞΕΙΑ ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ

- Θωρακικό άλγος
- ΗΚΓ μεταβολές (PR – ST – T)
- Περικαρδιακή συλλογή
- Ήχος τριβής
- (ESC 2004 2/4)

- Λοιμώδη νοσήματα
- Συστηματικά νοσήματα



80 – 90%

ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ



ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ (ΙΥΠ)



ΔΙΑΛΕΙΠΩΝ ΤΥΠΟΣ
Intermittent



ΣΥΝΕΧΗΣ ΤΥΠΟΣ
Incessant

επεισόδιο > 6 Εβδ. → Υποτροπή

Η διακοπή ή η μείωση της δόσης της αντιφλεγμονώδους θεραπείας, επιφέρει υποτροπή των συμπτωμάτων σε < 6 εβδομάδες από το οξύ επεισόδιο.



ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ (ΙΥΠ)

ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Παρόμοια του οξέος επεισοδίου.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

• Ιστορικό τεκμηριωμένου πρώτου επεισοδίου ΟΠ.

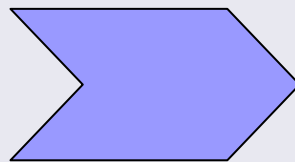
• Απαιτητός.

• Απαιτητός τριβής.

• Απαιτητική εικόνα.

• Απαιτητική παρουσία υγρού.

• Απαιτητική αύξηση λευκών, ή ΤΚΕ, ή CRP



• Αρνητικός αντίκτυπος στην ποιότητα ζωής.

• Προβληματισμός στους θεράποντες ιατρούς.

• Αριθμός και μεσοδιαστήματα υποτροπών φθίνουν.



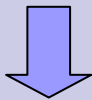
ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ (ΙΥΠ)

ΠΑΘΟΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟΙ

Ανεπαρκής δόση ή ανεπαρκής χρονική διάρκεια χορήγησης αντιφλεγμονωδών ή κορτικοστεροειδών.

Πρώιμη χορήγηση κορτικοστεροειδών

Αυξημένος πολλαπλασιασμός γενετικού υλικού ιού (DNA/RNA)



Αυξημένο ιϊκό αντιγονικό φορτίο

Επαναλοίμωξη

Εξαρση Νόσου του Κολλαγόνου.



ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ (ΙΥΠ)

ΙΥΠ = ΑΥΤΟΑΝΟΣΟ ΝΟΣΗΜΑ

ΪΪΚΟΣ ΠΟΛΛΑΠΛΑΣΙΑΣΜΟΣ πυροδοτεί κυτταρική και χυμική ανοσία



**αυθίας προσβολή
πρικαρδίου από
οργανισμούς**



ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΑΥΤΟΑΝΟΣΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

παρουσία στο περικαρδιακό υγρό προφλεγμονωδών κυττοκινών (IL-6, IL-8)

παρουσία στον ορό ANA (59% ασθενείς – 9,8% υγιείς εθελοντές)

κδήλωση κατά την διαχρονική παρακολούθηση νοσημάτων με τεκμηριωμένη αυτοάνοση αιτιολογία (ρευματοειδής αρθρίτιδα σ. Sjorgen)



ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ (ΙΥΠ)

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

• *Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (NSIDs)*

• *Κολχικίνη*

• *Κορτικοστεροειδή*

• *Ανοσοκατασταλτικά φάρμακα*

• *Περικαρδιεκτομή*



ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΖΟΥΣΑ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ (ΙΥΠ)

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

•Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (NSIDs)

•Κολχικίνη

•Κορτικοστεροειδή

•Ανοσοκατασταλτικά φάρμακα

•Περικαρδιεκτομή



ΚΟΛΧΙΚΙΝΗ

Φάρμακο το οποίο χορηγείται τους τελευταίους δύο αιώνες (1763) ως αντιφλεγμονώδης παράγοντας στην αντιμετώπιση της οξείας αρθρίτιδας και θεωρείται ακόμη και σήμερα το πιο εξειδικευμένο στην οξεία κρίση ουρικής αρθρίτιδας.



1987

Rodriguez de la Sera και συν. υπέθεσαν ότι η κολχικίνη μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην πρόληψη υποτροπής της οξείας περικαρδίτιδας.

3 ασθενείς με υποτροπιάζουσα περικαρδίτιδα (2 ιδιοπαθής – 1 LES) παρά την θεραπεία με κορτικοστεροειδή.

Αντιμετωπίστηκαν με κολχικίνη (1mg/d) και διακοπή των κορτικοστεροειδών σε 2 μήνες.

Σε διάστημα επανελέγχου (15 – 35 μήνες) δεν υπήρξε υποτροπή.



1990

Quindo και συν.

9 ασθενείς (5 ιδιοπαθής
2 συνδρ. Μετά περικαρδιοτομή
1 Dressler
1 LES)

•Αγωγή με NSAIDs και κορτικοστεροειδή

4,3 επεισόδια υποτροπής / ασθενή

•Κολχικίνη (1mg/d) και διακοπή NSAIDs και κορτικοστεροειδών σε 6 εβδ.

Σε διάστημα επανελέγχου (10 – 54 μήνες) δεν υπήρξε υποτροπή.



1994

bler και συν.

8 ασθενείς (5 ιδιοπαθής

2 συνδρ. μετά περικαρδιοτομή

1 μετατραυματικό στο θώρακα).

• Δίχως ανταπόκριση σε: NSAIDs (6 ασθ.), κορτικοστεροειδή (7 ασθ.), περικαρδιοκέντηση (3 ασθ.) . **26 υποτροπές.**

• Κολχικίνη (1mg/d): Όλοι απάντησαν δίχως υποτροπή σε επανέλεγχο 18 – 34 μήνες.

• 4 ασθενείς με διακοπή κολχικίνης λόγω γαστρεντερικών διαταραχών, εμφάνισαν υποτροπή σε 1 – 12 εβδομάδες.

• Με επαναχορήγηση κολχικίνης, ασυμπτωματικοί μετά επανέλεγχο 15 – 24



1997

Adler και συν. JACC 1997:29(suppl):24A
Recurrent pericarditis and colchicine:
10 years of experience.

Η κολχικίνη αποτρέπει εντελώς τις υποτροπές σε 56% των ασθενών με προηγούμενα επεισόδια υποτροπών (2-15 προσβολές) σε επανέλεγχο 36 μήνες / ασθενή).

Η Κολχικίνη είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθεί ως αρχικός τρόπος θεραπείας της υποτροποιάζουσας περικαρδίτιδας διότι οι περισσότεροι από τους ασθενείς που εμφανίζουν υποτροπή μετά την έναρξη θεραπείας με κολχικίνη, ήταν αυτοί που ευρίσκοντο υπό



1997

Guind J. Και συν.(Circulation 1997;96 (suppl J):1-29 Abstract
**Colchicine for recurrent pericarditis:
51 patients followed up for 10 years**

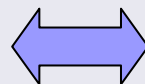
33 ιδιοπαθείς

18 δευτεροπαθείς

NSAIDs (n=47)

ορτικοστεροειδή (n=29)

περικαρδιοκέντηση (n= 8)



187 υποτροπές

Μεσοδιάστημα 2 μήνες



Guind J. Και συν.(Circulation 1997;96 (suppl J):1-29 Abstract
**Colchicine for recurrent pericarditis:
51 patients followed up for 10 years**

33 ιδιοπαθείς

18 δευτεροπαθείς

Κολχικίνη

ακολουθήση
≤ 10 έτη

1004 μήνες
ασθενών

7 ασθενείς
υποτροπή
(13,7%)

2333 μήνες
ασθενών

31 ασθενείς
δίχως υποτροπή
(60,7%)

Υποτροπές προ και μετά κολχικίνης

$P = 0,1 \pm 0,0$ $M = 1 \pm 0,5$



Γαστρεντερικές παρενέργειες

(διάρροια – έμετος)

Ήταν μέτριες



**Η Κολχικίνη ήταν
αποτελεσματική και ασφαλής
για την μακράς διάρκειας πρόληψη
της υποτροπιάζουσας περικαρδίτιδας.**



**Της αποτελεσματικότητας της κολχικίνης
λόγω έλλειψης διπλής τυφλής μελέτης.**



2005

ΠΡΩΤΗ ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΜΕΝΗ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

CORE (COlchicine for REcurrent pericarditis) Trial

Massimo Imazio, MD; Marco Bobbio, MD; Enrico Cecchi, MD;
Daniela Demarie, MD; Franco Pomari, MD; Mauro Moratti, MD;
Aldo Ghisio, MD; Riccardo Belli, MD; Rita Trincherò, MD



ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΕΣ

ΠΕΡΙΟΔΟΣ: Από 01.01.2001 έως 08.2004

ΠΑΘΗΣΕΙΣ: 1^ο επεισόδιο υποτροπής οξείας περικαρδίτιδος.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ: Ιδιοπαθής, ιογενής, αυτοάνοσος

ΟΧΙ Φυματιώδης, νεοπλασίας, πυώδης.

ΗΛΙΚΙΑ: Άνω των 18 ετών

ΔΙΧΩΣ

Ηπατική ανεπάρκεια (τρανσαμινάσες < 1,5 φορές ανώτερο όριο)



ΤΕΛΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

Πρωτεύον:

Η συχνότητα των υποτροπών


Ευτερεύον:

Εμμονή των συμπτωμάτων 72 h μετά την έναρξη της αγωγής.



ΤΥΧΑΙΟΠΟΙΗΣΗ

GROUP 1: Aspirin: 800mg / 6 ή 8 h
7 – 10 ημέρες.
σταδιακή μείωση έως διακοπή σε 3 – 4 εβδομάδες.

GROUP 2: Aspirin: 800mg / 6 ή 8 h

Κολχικίνη: 1,0 έως 2,0 mg την 1^η ημέρα
0,5 έως 1,0 mg/ημερησίως για 6 μήνες.

Σε αντιένδειξη Aspirin δόθηκε **Προδινζόνη** 1,0 έως 1,5 mg/Kg/d για 4



Table 1. Baseline Demographic and Clinical Characteristics of Randomized Patients According to Treatment Assignment*

Characteristic	Group 1 (n = 42)	Group 2 (n = 42)	P Value
Age, mean \pm SD, y	51.2 \pm 16.3	56.4 \pm 16.9	.16
Male sex	13 (31)	16 (38)	.65
Pericarditic chest pain	42 (100)	42 (100)	>.99
Pericardial rub	14 (33)	15 (36)	>.99
Electrocardiographic changes	29 (69)	31 (74)	.81
Pericardial effusion	27 (64)	26 (62)	>.99
Cardiac tamponade	0	1 (2)	.99
Previous idiopathic pericarditis	34 (81)	36 (86)	.78
Previous autoimmune etiologies†	8 (19)	6 (14)	.77
Previous corticosteroid use‡	16 (38)	14 (33)	.82
Time from first attack, mean \pm SD, mo	5.1 \pm 6.9	5.8 \pm 7.0	.65

Data are given as number (percentage) except where indicated otherwise.

Group 1 received conventional treatment alone, and group 2 received

conventional treatment plus colchicine.

†Autoimmune etiologies include connective tissue diseases and

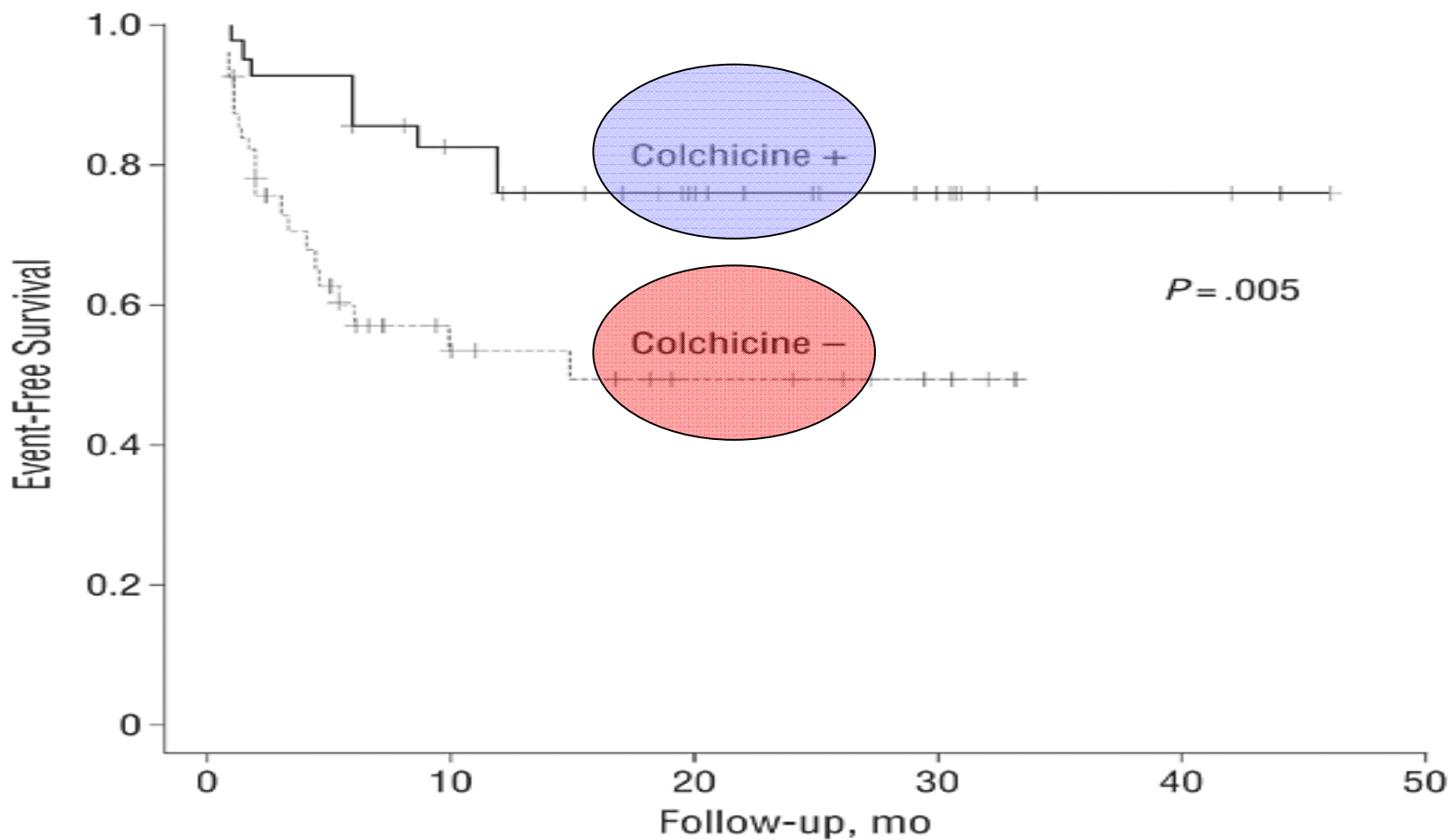


Table 2. Follow-up Data: Overall Efficacy and Safety Profiles according to Treatment Assignment*

Characteristic	Group 1 (n = 42)	Group 2 (n = 42)	P Value
Follow-up, mean \pm SD, mo	21.4 \pm 12.9	18.6 \pm 11.5	.30
Recurrences	19 (45)	9 (21)	.04
Actuarial recurrence rate at 18 mo, %	50.6	24.0	.02
Symptom persistence at 72 h	13 (31)	4 (10)	.03
Adverse effects	6 (14)	3 (7)	.48
Severe adverse effects	0	0	>.99
Cardiac tamponade	0	0	>.99
Constrictive pericarditis	1 (2)	0	.99
Symptom-free period, mean \pm SD, mo	10.6 \pm 9.6	17.2 \pm 12.2†	.007
Recurrences, mean \pm SD, No.	1.7 \pm 0.8	1.2 \pm 0.5	<.001

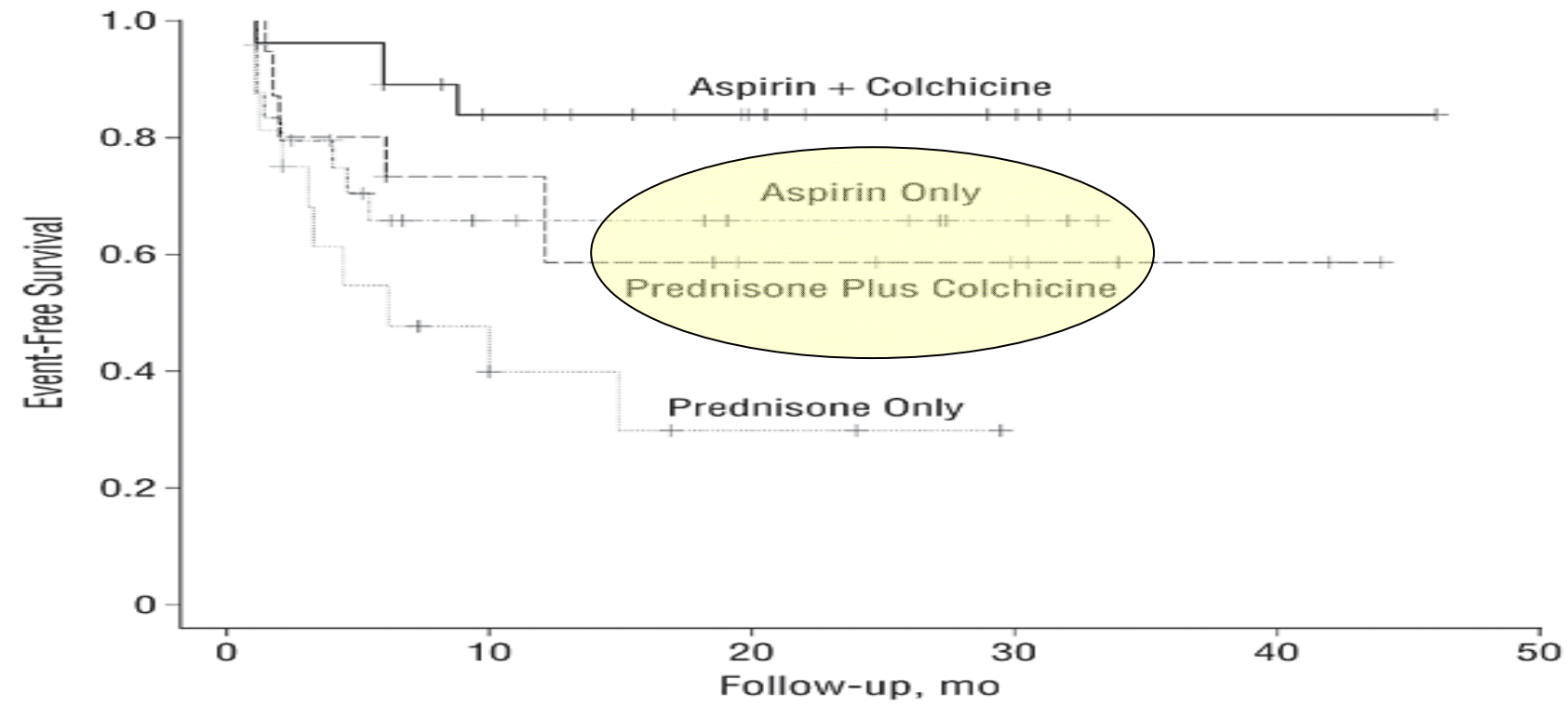
Data are given as number (percentage) except where indicated otherwise. Group 1 received conventional treatment alone and group 2 received conventional treatment plus colchicine.

†Comparison of the symptom-free periods before and after colchicine.



Patients at Risk, No.

Follow-up (mo)	0	10	20	30	40
Colchicine +	42	25	14	7	3
Colchicine -	42	14	6	3	2



Patients at Risk, No.

Aspirin + Colchicine

28	15	9	3	2
----	----	---	---	---

Aspirin Only

26	10	7	2	0
----	----	---	---	---

Prednisone + Colchicine

14	10	5	4	1
----	----	---	---	---



Table 3. Baseline Demographic and Clinical Characteristics (First Recurrence) of Patients With and Without Further Recurrences During Follow-up*

Characteristic	Patients With Further Recurrences (n = 28)	Patients Without Further Recurrences (n = 56)	P Value
Age, mean \pm SD, y	52.9 \pm 14.6	54.2 \pm 17.8	.74
Female sex	22 (79)	33 (59)	.12
Pericardial effusion	19 (68)	34 (61)	.69
Severe pericardial effusion	3 (11)	7 (13)	.91
Cardiac tamponade	1 (4)	0	.72
Previous idiopathic etiology	20 (71)	50 (89)	.08
Previous autoimmune etiologies†	8 (29)	6 (11)	.08
Previous corticosteroid use	16 (57)	14 (25)	.008
Colchicine use‡	9 (32)	33 (59)	.04

Data are given as number (percentage) except where indicated otherwise. Further recurrences refer to those after the first recurrence.

Autoimmune etiologies include connective tissue diseases and



Γαστρεντερικές παρενέργειες (διάρροια – έμετος)

Ήταν μέτριες

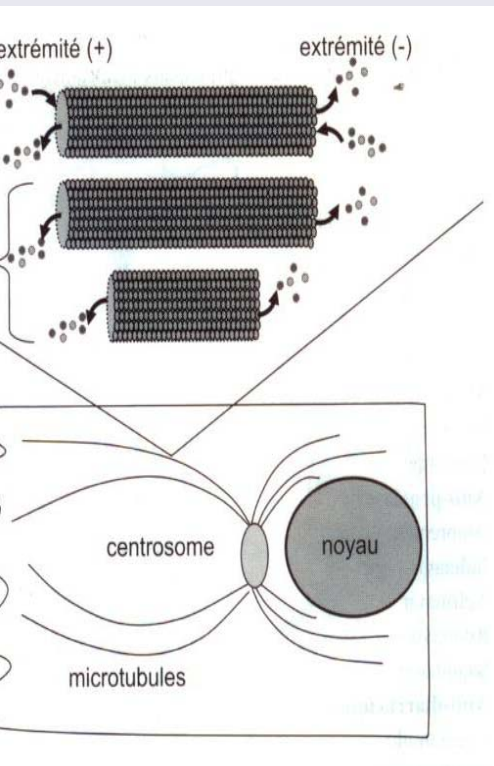
Διακοπή φαρμάκου

7% ↑ τρανσαμινασών

7% διάρροιες



ΤΡΟΠΟΣ ΔΡΑΣΗΣ ΚΟΛΧΙΚΙΝΗΣ



Αντιμιτωτικός:

- ❖ Ανασταλτική δράση στον πολυμερισμό της tubulin α και β.

Αντιφλεγμονώδης:

- ❖ Ανασταλτική δράση στην έκκριση ενδοκυτταρικών κυτοκινών και χυμοκινών κυρίως των πολυμορφοπυρηνικών λευκοκυττάρων. (>16 φορές η συγκέντρωσή της στο PMN από το αίμα).
- ❖ Επηρεάζει την δράση της COX-1 και COX-2 και συνεπώς την παραγωγή των προσταγλανδινών.



Συμπέρασμα

Η θεραπεία με κολχικίνη σε υποτροπιάζουσα περικαρδίτιδα οδηγεί σε κλινικά σπουδαίο και στατιστικά σημαντικό όφελος σε σύγκριση με την συμβατική αγωγή, μειώνοντας με ασφάλεια την συχνότητα υποτροπών.



ΚΑΤΕΥΘΥΝΤΗΡΙΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ 2004

Bernhard Maisch και συν.

Guidelines on the Diagnosis and Management of Pericardial Diseases

Executive Summary

of the Task Force on the Diagnosis and Management of Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology.

European Heart Journal (2004) 25, 587-610

Ασπιρίνη έλαβε ένδειξη κατηγορίας I με επίπεδο τεκμηρίωσης B για την θεραπεία υποτροπιάζουσας περικαρδίτιδας.

Προτεινόμενο σχήμα στις σχετικές οδηγίες είναι:

2 mg / ημερησίως για 1 – 2 ημέρες

1 mg / ημερησίως (δίχως αναφορά στην διάρκεια θεραπείας)

Σύμφωνα με το πρωτόκολλο της μελέτης CORE η διάρκεια θεραπείας είναι:

6 μήνες για 1^η υποτροπή



ΤΑ ΚΟΡΤΙΚΟΣΤΕΡΟΕΙΔΗ ΣΤΗΝ ΙΥΠ

Η ΙΥΠ συχνά αντιμετωπίζεται με κορτικοστεροειδή στην κλινική πράξη.

Τα κορτικοστεροειδή μπορούν να επιφέρουν γρήγορη επίπληξη με έλεγχο των συμπτωμάτων και αρχική ύφεση της υποτροπής.

Παρά το γεγονός ότι οι κατευθυντήριες οδηγίες και συστάσεις συνιστούν περιορισμό της χρήσης των κορτικοστεροειδών στην περικαρδίτιδα, η χρήση αυτών των φαρμάκων είναι ευρέως διαδεδομένη.



1995

Marcolongo και συν.

Immunosuppressive therapy prevents recurrent pericarditis

Department of clinical medicine, Padua University school of Medicine, Italy.

Am Coll Cardiol, 1995;26:1276-1279



Marcolongo και συν.

Immunosuppressive therapy prevents recurrent pericarditis

12 pts (4♂ - 8♀) - Age 35,9 ± 17,2

Μικρή δόση Prednisone

14,2
Months

39 υποτροπές

Prednisone (1-1,5 mg/Kg/d) για 4 εβδομάδες, με σταδιακή ελάττωση

+ ASA
1,6gr/d 2 μήνες

Έως διακοπή prednisone (σύνολο 3 μήνες)

ASA
0.8gr/d 2 μήνες



Αποτελέσματα

Follow up 41,6 months

11
δίχως
υποτροπή

1
υποτροπή

Azathioprine
+
prednisone

Δίχως

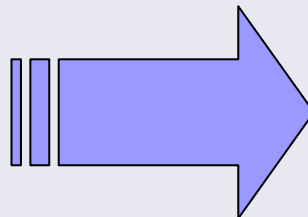


Παρενέργειες

3 pts
Με σοβαρές
Επιπλοκές

Σχετικές με τα στεροειδή

2 pts
Αναγκάστηκαν
να διακόψουν
την πρεδνιζόνη



Azathioprine
+
Cyclophosphamide



Συμπέρασμα

Η δόση και η διάρκεια της αγωγής με κορτικοστεροειδή είναι κριτικοί παράγοντες στην αντιμετώπιση της υποτροπιάζουσας περικαρδίτιδας.

Υψηλές δόσεις πρεδνιζόνης με ασπιρίνη θα μπορούσαν να θεωρηθούν ιδανικές στην αντιμετώπιση της υποτροπιάζουσας περικαρδίτιδας που ανθίστανται στην θεραπεία με αντιφλεγμονώδη.



2004

Bernhard Maisch και συν.

Guidelines on the Diagnosis and Management of Pericardial Diseases

Executive Summary

of the Task Force on the Diagnosis and Management of Pericardial Diseases
of the European Society of Cardiology.



Πότε χρησιμοποιούνται τα κορτικοστεροειδή:

Τα κορτικοστεροειδή μπορούν να χορηγηθούν μόνο σε:

- Ασθενείς με επηρεασμένη γενική κατάσταση.
- Περιπτώσεις αποτυχίας των NSAIDs.
- Συχνές και δυσχερώς ελεγχόμενες υποτροπές.

(Ένδειξη κατηγορίας IIa με επίπεδο τεκμηρίωσης C)



Δόση Κορτικοστεροειδών

Κοινό λάθος είναι η χορήγηση πολύ χαμηλών δόσεων, ή ταχεία προοδευτική μείωση (tapering) της δόσης.

Η δοσολογία που συνιστάται είναι:

one (1-1,5 mg/Kg/d) τουλάχιστον για (1) ένα μήνα

Σταδιακή διακοπή
σε 3 μήνες

Υποτροπή

Επιστροφή στην τελευταία δοσολογία που ελέγχοντο οι κλινικές εκδηλώσεις

Διατήρηση της δόσης για 2-3 εβδομάδες και μετά σταδιακή μείωση για 3 μήνες.

Προς το τέλος της μείωσης συνιστάται



**Η κρίσιμη δόση για εμφάνιση
υποτροπών κατά την διαδικασία
μείωσης της δόσης των
κορτικοστεροειδών, φαίνεται να
είναι τα 25 mg πρεδνιζόνης.**



2008

Massimo Imazio και συν.

Corticosteroids for Recurrent Pericarditis:

High Versus Low Doses:

A Nonrandomized Observation

Circulation 2008;118;667-671



ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

ΠΕΡΙΟΔΟΣ: Ιανουάριος 1996, έως Ιούνιος 2004

ΤΟΠΟΣ: Center A : Maria Vittoria Hospital, Torino
Center B : Niguarda Hospital, Milano

ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΣ: Υποτροπιάζουσα περικαρδίτιδα

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ: Ιδιοπαθής, ιογενής, αυτοάνοσος

ΟΧΙ Φυματιώδης, νεοπλασίας, πυώδης.

ΗΛΙΚΙΑ: Άνω των 18 ετών



Σχεδιασμός Φαρμακευτικής Αντιμετώπισης

Η αγωγή με κορτικοστεροειδή χορηγήθηκε **μόνον** σε ασθενείς με αντένδειξη, ή κακή ανοχή, ή αποτυχία σε ασπιρίνη και NSAIDs.

CENTER A
Υψηλή δόση
Πρεδνιζόνη
1,0 mg/Kg/d

4 εβδομάδες

CENTER B
Χαμηλή δόση
Πρεδνιζόνη
0,2-0,5 mg/Kg/d

	10 mg/d every 1 to 2 wk
	5–10 mg/d every 1 to 2 wk
	2.5 mg/d every 2 to 4 wk
	1.25 to 2.5 mg/d every 2 to 6 wk

Σε κάθε υποτροπή
Χορηγήθηκε ASA ή
NSAIDs ή Colchicine



ΤΕΛΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

Πρωτεύον:

Η συχνότητα σοβαρών παρενεργειών.
(θανατηφόρο ή απειλητικό για την ζωή και απαιτεί νοσηλεία σε Νοσοκομείο.)

Ευτερεύον:

Η συχνότητα των υποτροπών.



Baseline Clinical Characteristics of the Studied Population

Characteristic	Group 1 Low Dose (n=49)	Group 2 High Dose (n=51)	P
Age, y	47.5±16.0	52.6±15.3	0.106
Men, n (%)	25 (51.0)	32 (62.7)	0.313
Pericardial effusion, n (%)	14 (28.6)	17 (33.3)	0.669
Cardiac tamponade, n (%)	3 (6.1)	1 (2.0)	0.357
Autoimmune origin, n (%)	35 (71.4)	38 (74.5)	0.823
Non-immune origins, n (%) [*]	14 (28.6)	13 (25.5)	0.823
Mean recurrences, n	4.9±6.9	5.1±3.2	0.773

Values are mean±SD when appropriate. Prednisone low dose was 0.2 to 0.5 mg · kg⁻¹ · d⁻¹ and high dose was 1.0 to 2.0 mg · kg⁻¹ · d⁻¹. The mean number of recurrences is reported at the beginning of the observation.

^{*}Non-immune causes include connective tissue diseases and postpericardiotomy syndromes.



Follow-Up Data of the Studied Population

Καθίζηση σπονδύλων
Σοβαρή οστεοπόρωση
Σοβαρό σ. Cushing

Πρωτεύον
ελικό σημείο

κό άλγος
ράτηση νερού – άλατος
λυκαιμία
ική μυοπάθεια

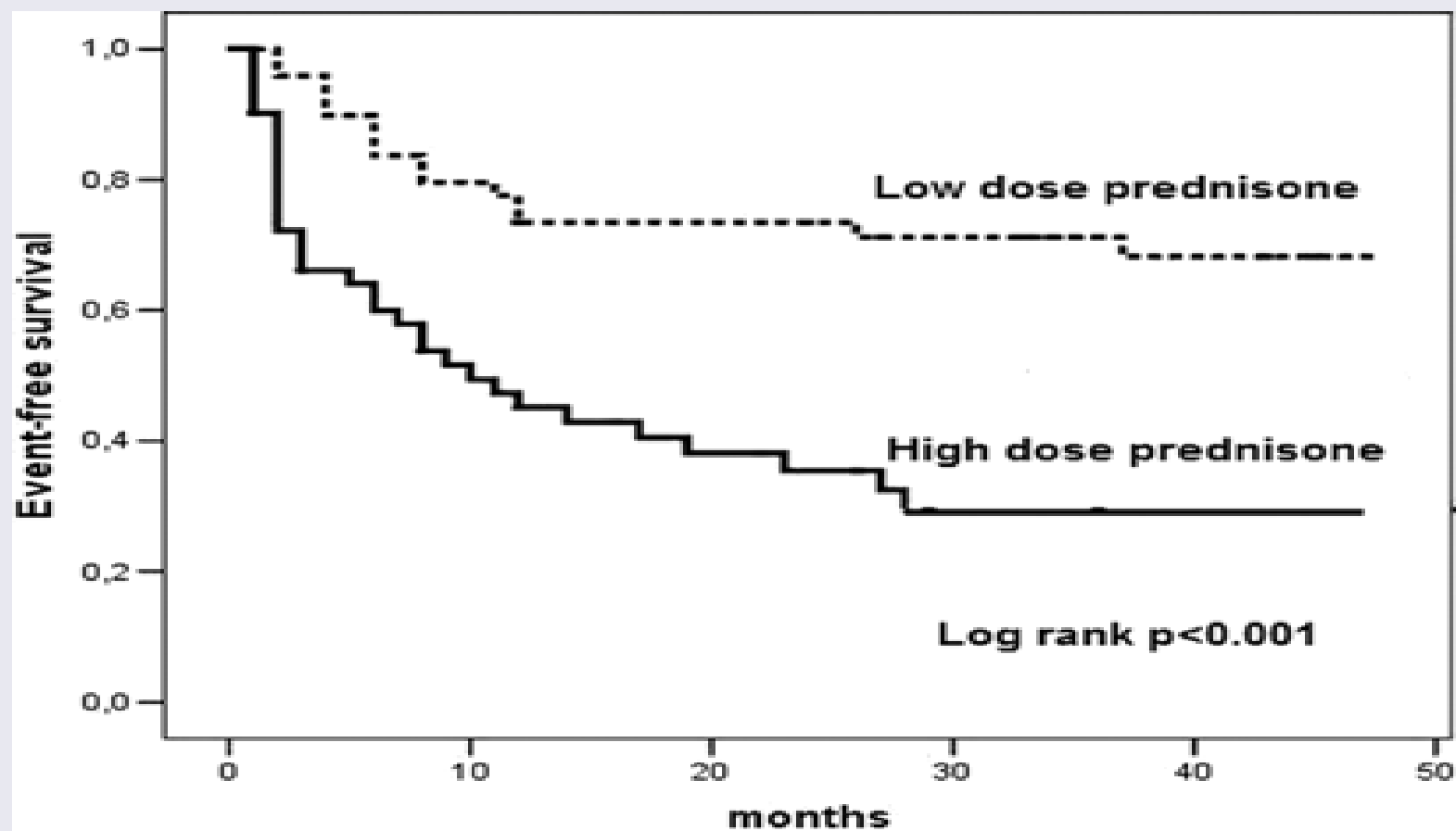
	Low Doses (n=49)	Prednisone 1mg.kg ⁻¹ .d ⁻¹	P
Prednisone, mg [*]	33.3±12.6	68.8±9.6	<0.001
Colchicine, n (%)	40 (81.6)	41 (80.4)	0.920
Follow-up, mo	57.6±27.5	54.1±17.8	0.450
Severe side effects, n (%)	1 (2.0)	12 (23.5)	0.002
Minor side effects, n (%)	7 (14.3)	10 (19.6)	0.597
Recurrence, n (%)	16 (32.6)	33 (64.7)	0.002
Hospitalization, n (%)	4 (8.2)	16 (31.4)	0.005
Values are mean±SD when appropriate. No cases of cardiac tamponade and constriction were recorded in either group.			
*Mean dose.			



Follow-Up Data of the Studied Population

	Low Doses (n=49)	Prednisone 1mg.kg ⁻¹ .d ⁻¹	P
Prednisone, mg [*]	33.3±12.6	68.8±9.6	<0.001
Colchicine, n (%)	40 (81.6)	41 (80.4)	0.920
Follow-up, mo	57.6±27.5	54.1±17.8	0.450
Severe side effects, n (%)	1 (2.0)	12 (23.5)	0.002
Minor side effects, n (%)	7 (14.3)	10 (19.6)	0.597
Recurrence, n (%)	16 (32.6)	33 (64.7)	0.002
Hospitalization, n (%)	4 (8.2)	16 (31.4)	0.005
Values are mean±SD when appropriate. No cases of cardiac tamponade and constriction were recorded in either group.			
*Mean dose.			

Δευτερεύον
Τελικό σημείο



Patients at risk:

Low dose-prednisone:

49

39

33

30

23

High dose-prednisone:



Συμπέρασμα

Οι χαμηλές δόσεις κορτικοστεροειδών (πρεδνιζόνη) είναι αποτελεσματικότερες από τις υψηλές δόσεις ειώνοντας τις υποτροπές, τις νοσηλείες στο Νοσοκομείο και τις παρενέργειες του φαρμάκου.



2005

Galit Artom και συν.

Pretreatment with corticosteroids attenuates the efficacy of colchicine in preventing recurrent pericarditis: a multi-centre all-case analysis

European Heart Journal 2005 26(7):723-727; doi:10.1093/eurheartj/ehi197



Μελέτησαν:

140 δημοσιευμένες και μη περιπτώσεις ασθενών που αντιμετωπίστηκαν με κολχικίνη, μετά τουλάχιστον δύο (2) υποτροπές Περικαρδίτιδας υπό κορτικοστεροειδή (71) ή όχι (48), σε διάφορα κέντρα της Ευρώπης.

Ιταλία	44
Γαλλία	37
Ισπανία	33
Ισραήλ	20
Λίβανος	3
Τουρκία	2
Δανία	1

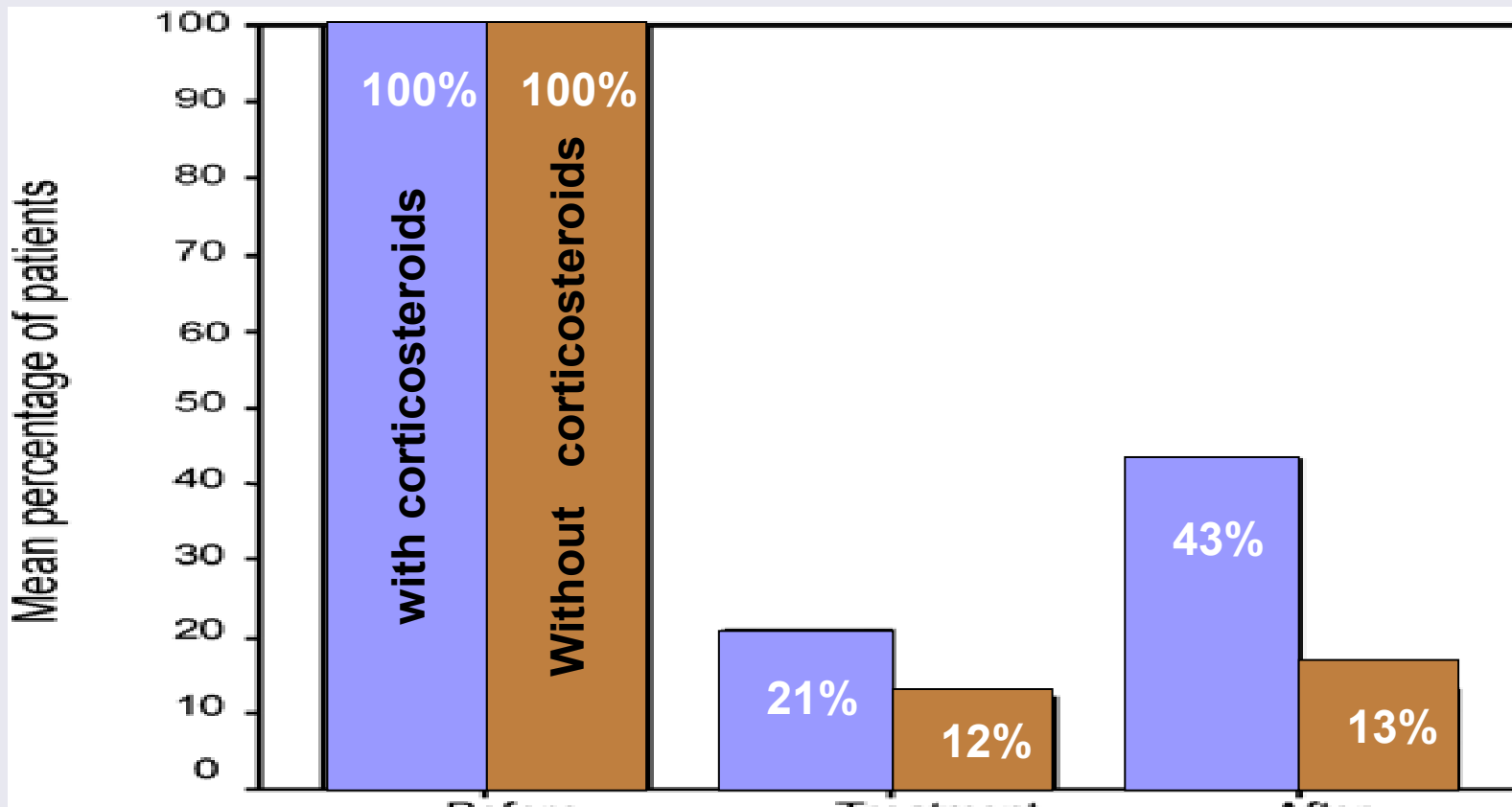


Table 1 Comparison between the number of relapses, duration of follow-up, and colchicine treatment in patients with and without previous corticosteroid treatments

	Corticosteroid treatment			No corticosteroid treatment			<i>T</i>	<i>P</i> -value
	<i>n</i>	Mean	SD	<i>n</i>	Mean	SD		
Follow-up before colchicine treatment (in months)	71	19.3	33.9	48	14.2	29.9	0.85	0.396
No. of relapses per patient before treatment (including first episode)	71	5.10	5.70	48	2.81	1.02	3.30	0.001
Treatment with colchicine (in months)	71	24.5	23.3	48	9.7	7.8	4.50	0.001
No. of relapses per patient under colchicine	71	0.46	1.45	48	0.19	0.53	1.47	0.145
Follow-up post colchicine (in months)	49	47.6	39.1	39	26.1	18.9	3.35	0.001
No. of relapses per patient post colchicine	49	0.65	0.99	39	0.18	0.56	2.83	0.006



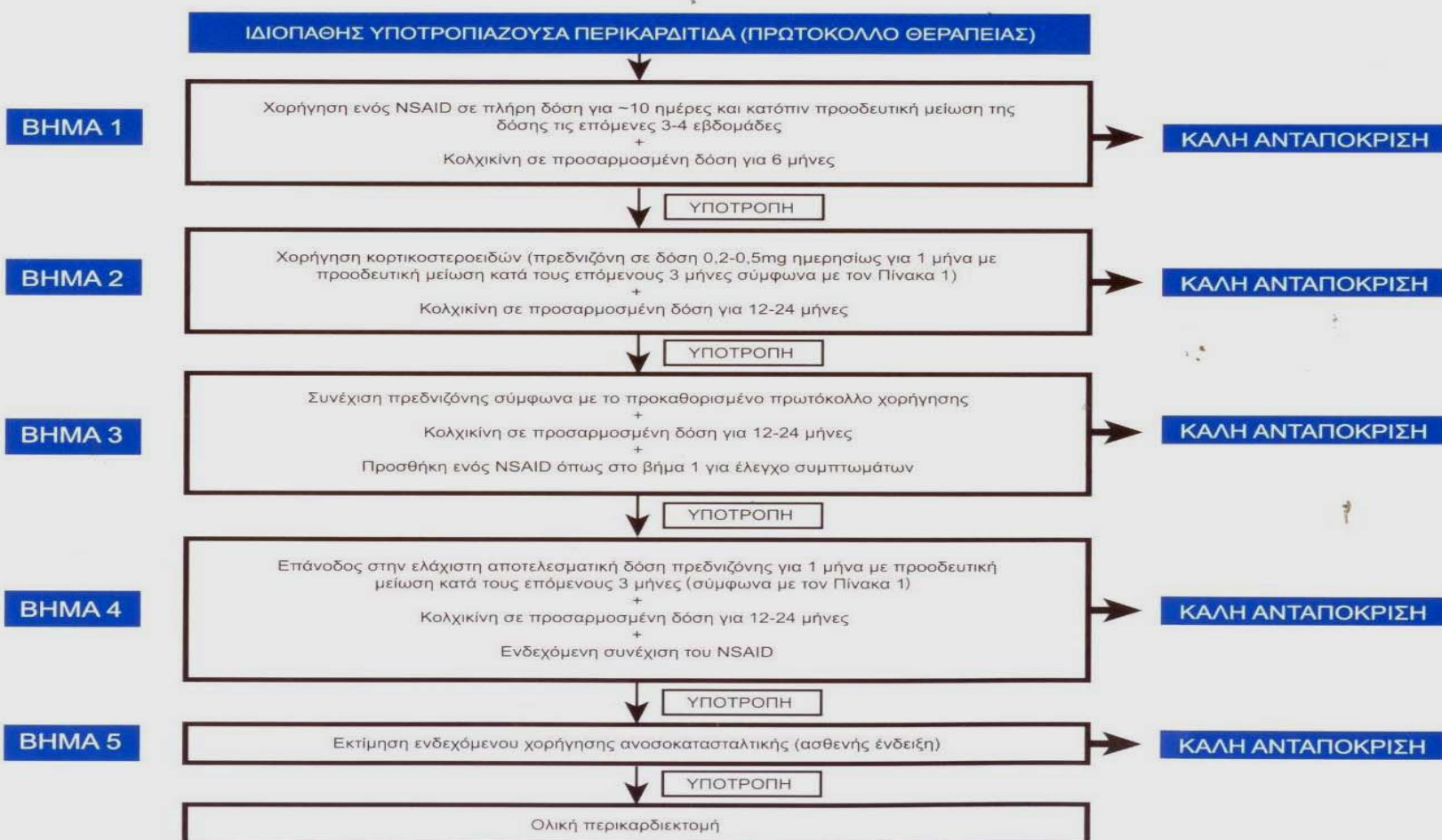
Differences in the percentage of patients with relapses during the treatment with methotrexate and after its discontinuation as a function of a previous corticosteroid treatment. Dark grey, with corticosteroids; light grey, without corticosteroids.





Συμπέρασμα

Η αντιμετώπιση της υποτροπιάζουσας περικαρδίτιδας με κολχικίνη είναι πολύ αποτελεσματική, ενώ η προηγούμενη αντιμετώπιση με κορτικοστεροειδή αυξάνει την πιθανότητα υποτροπής της.



Εικόνα 1. Προτεινόμενος θεραπευτικός αλγόριθμος σε περιπτώσεις ιδιοπαθούς υποτροπιάζουσας περικαρδίτιδας βασισμένος στην ιατρική βάση ενδείξεων (NSAID=μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα).



- 45 - 14.00 Γ´ Στρογγυλό Τραπέζι**
Θεραπεία υποτροπιάζοντος περικαρδιακού υγρού
Πρόεδροι: Γ. Κολοβού (Αθήνα), Γ. Μπομπότης (Θεσσαλονίκη)
- 45 - 13.00 Θεραπευτικές επιλογές στην αντιδραστική**
και ιογενούς αιτιολογίας περικαρδιακή συλλογή - Σ.
Λυμπέρη (Αθήνα)
- 00 - 13.15 Θεραπεία με κολχικίνη και κορτικοστεροειδή**
σε υποτροπιάζουσα περικαρδιακή συλλογή -
Δ. Συμεωνίδης (Αθήνα)



Καβάλα