



Imaging e tecniche interventistiche nelle vasculiti dei grossi vasi

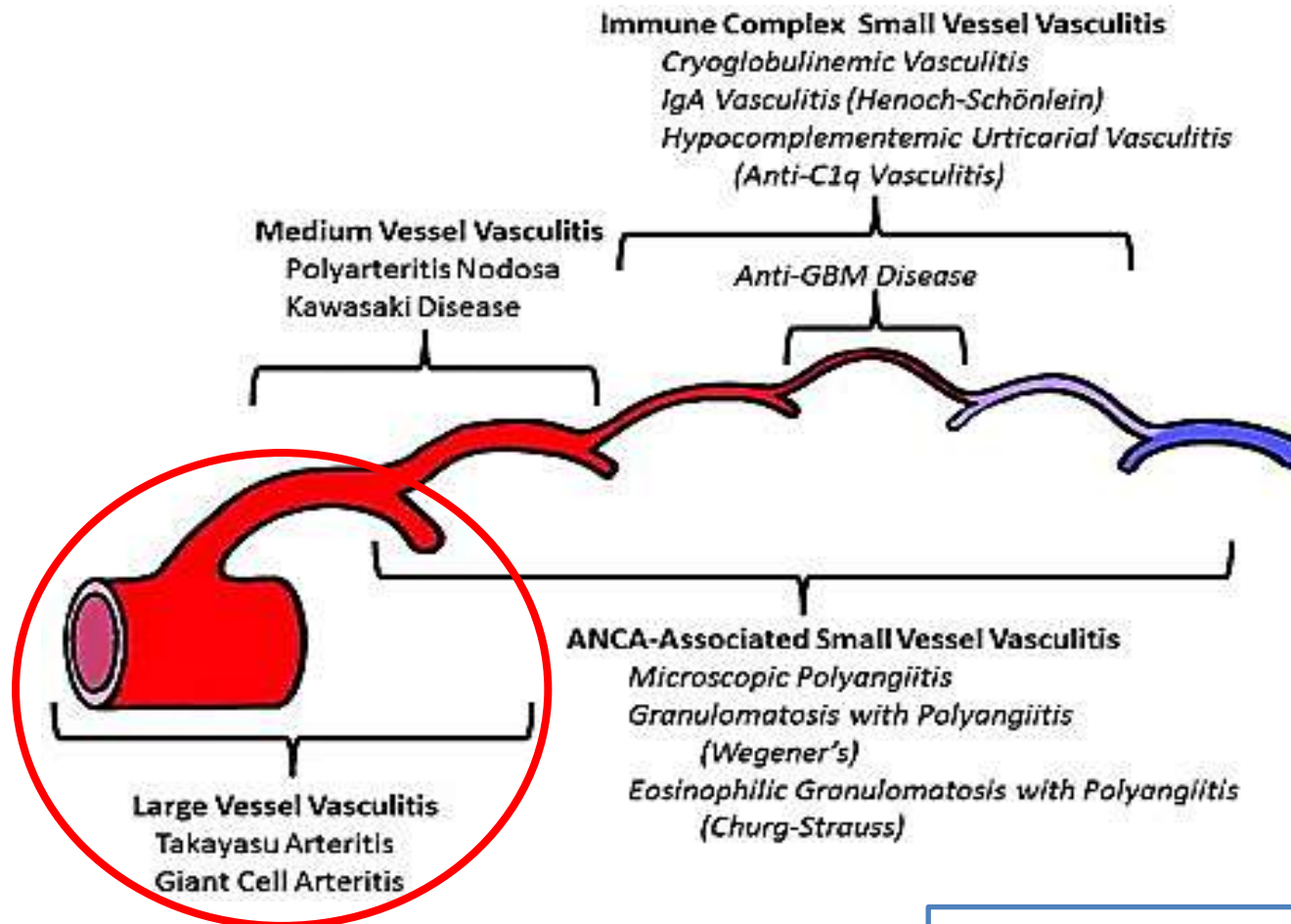
Luisa Brussino

S.C.D.U. Medicina II Prof. Montrucchio

Dipartimento di Scienze Mediche

Università degli studi di Torino

VASCULITI: CLASSIFICAZIONE

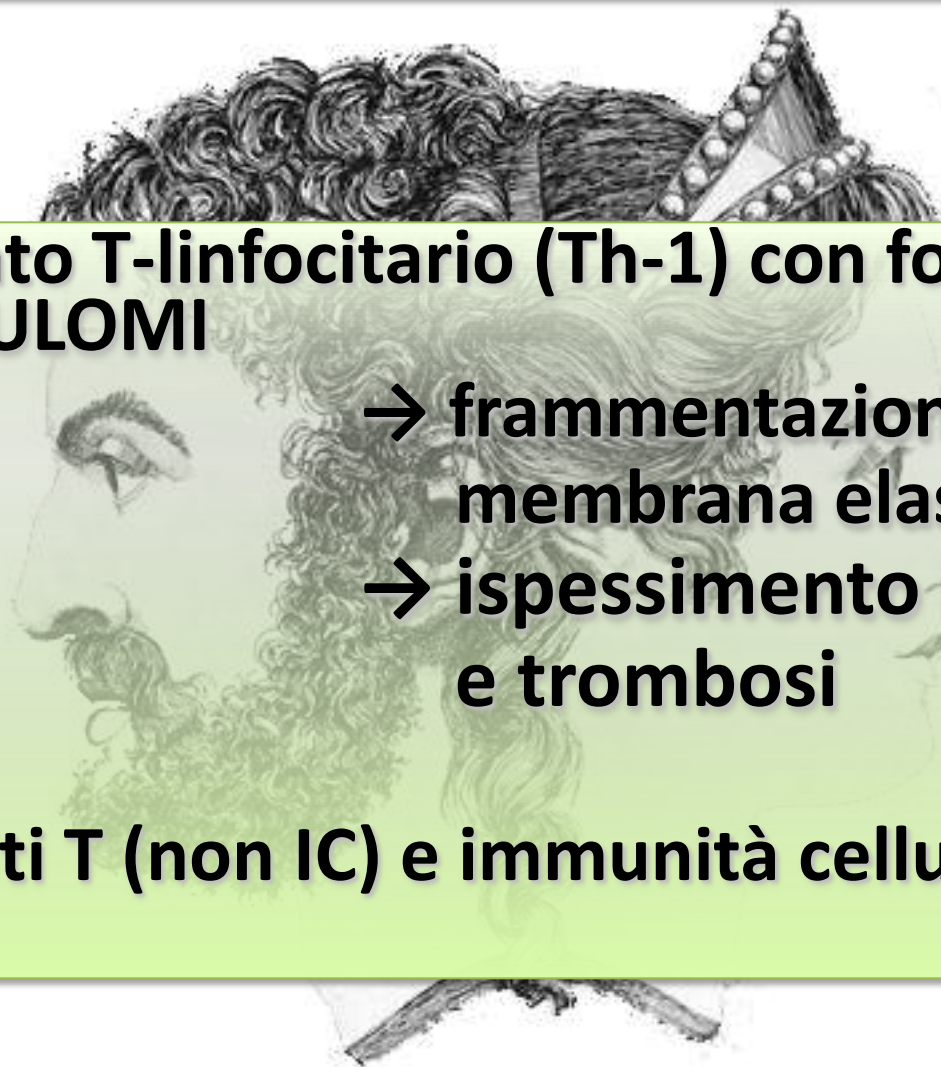


ARTERITE A CELLULE GIGANTI

ARTERITE DI TAKAYASU



PATOGENESI: FLOGOSI GRANULOMATOSA

- 
- **Infiltrato T-linfocitario (Th-1) con formazione di GRANULOMI**
 - frammentazione della membrana elastica
 - ispessimento intimale e trombosi
 - **Linfociti T (non IC) e immunità cellulare**

ARTERITE A CELLULE GIGANTI

(ACG) di HORTON

E' la più comune forma di vasculite che interessa i rami arteriosi del collo e del capo (18,3/100.000) .

E' tra le cause più frequenti di cefalea nell'anziano.

Associata a PMR nel 30 - 60% dei casi.

A volte associazione asincrona **PMR → ACG**



ARTERITE A CELLULE GIGANTI

Criteri diagnostici dell'American College of Rheumatology

3 o +

Età ≥ 50 anni

Cefalea di recente origine

Dolenza o ingrossamento o ipopulsatilità
dell'arteria temporale

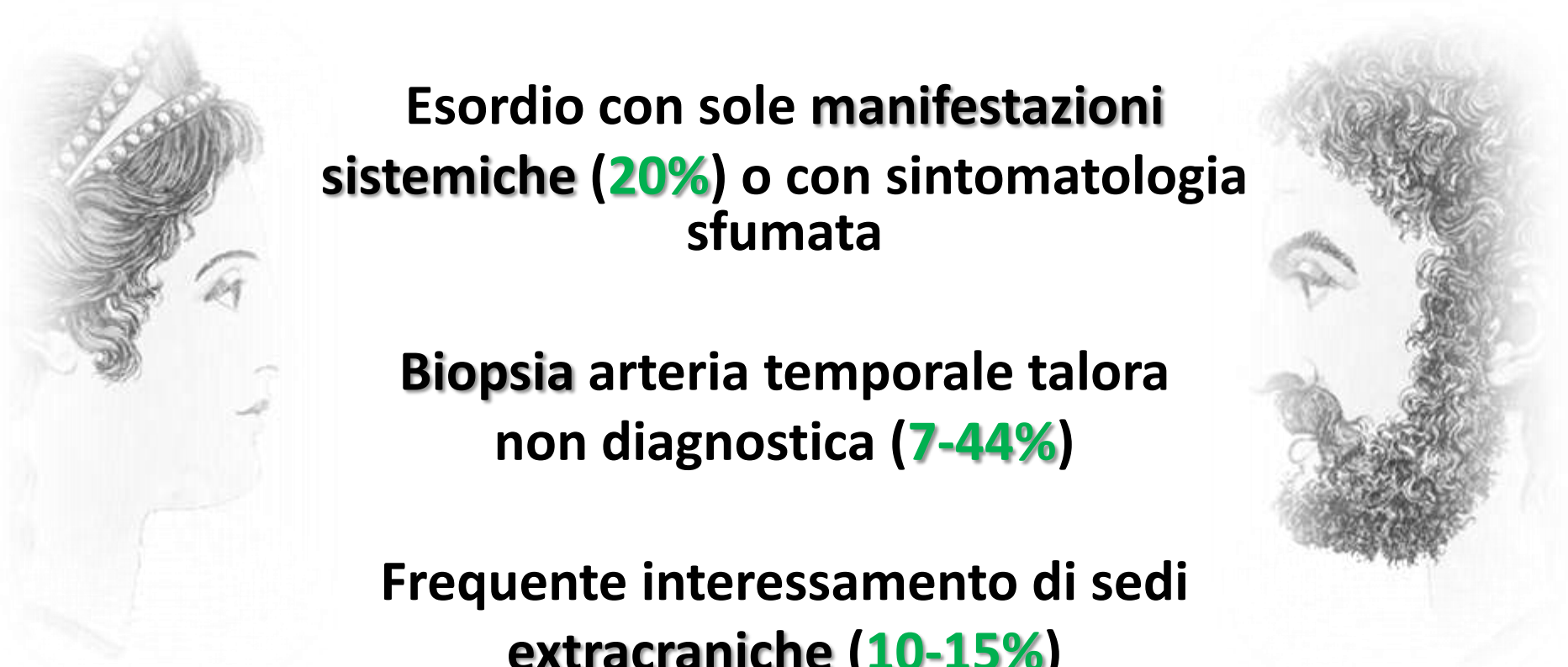
VES superiore ai 50 mm/1^a ora

Lesioni istologiche:

infiltrato mononucleati o flogosi
granulomatosa con cellule giganti
multinucleate



ACG: un problema diagnostico?



Esordio con sole manifestazioni sistemiche (20%) o con sintomatologia sfumata

Biopsia arteria temporale talora non diagnostica (7-44%)

Frequente interessamento di sedi extracraniche (10-15%)

ACG: un problema diagnostico?

**Esordio con sole manifestazioni
sistemiche o con sintomatologia sfumata**

Età ≥ 50 anni (>65)

Febbre (FUO)

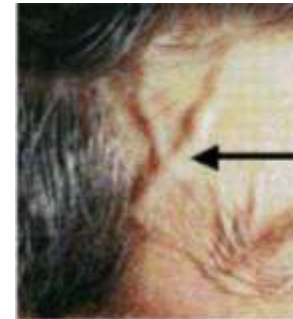
Dolenzia cuoio capelluto

Claudicatio mandibolare

Claudicatio arti superiori

Disturbi del visus

(fugaci emianopsia e/o diplopia, scotomi, «annebbiamento del visus»)



ACG: un problema diagnostico?

Vasculitis: **Activity** versus **Damage**

Patologia in fase attiva



Danno d'organo



Necrosi del cuoio capelluto



ACG: un problema diagnostico?

Età ≥ 50 anni (>65)

Febbre

Dolenzia cuoio capelluto

Claudicatio mandibolare

Claudicatio arti superiori

Disturbi del visus

(fugaci emianopsia e/o diplopia, scotomi, «annebbiamento del visus»)



© www.rheumtext.com - Hochberg et al (eds)



Ischemia bilaterale dei 2/3 anteriori della lingua



ACG: un problema diagnostico?

Età ≥ 50 anni (>65)

Febbre

Dolenzia cuoio capelluto

Claudicatio mandibolare

Claudicatio arti superiori

Disturbi del visus

(fugaci emianopsia e/o diplopia, scotomi, «annebbiamento del visus»)



Cecità permanente



Più tipico: parziale riduzione del visus con sensazione di “annebbiamento” ad uno dei 2 occhi

Se non si inizia trattamento precoce: coinvolgimento dell'occhio controlaterale in 2-3 settimane

Diplopia

Perdita del visus parziale o completa < 20%

Amaurosi

Precede la perdita del visus nel 44% dei pazienti



Disturbi del visus

(fugaci emianopsia e/o diplopia, scotomi, «annebbiamento del visus»)

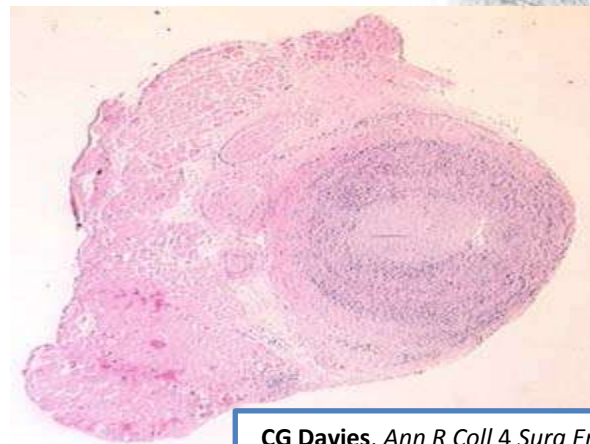
Biopsia arteria temporale

Gold standard diagnostico

Biopsia arteria temporale talora non diagnostica (7-44%)

- Se diagnosi dubbia
- Sintomi sistemici predominanti
 - Più utile nelle prime 24 ore dall'inizio del trattamento
- Non ritardare trattamento
- Positiva per circa 2-3 settimane dopo l'inizio della terapia steroidea

- Solo se ACR score = 2
 - Influenza su scelta terapeutica
 - Positiva (specificità 100%) evita dubbi in terapie prolungate con complicanze





Imaging: ¹⁸FDG-PET

Alta Sensibilità (83%)

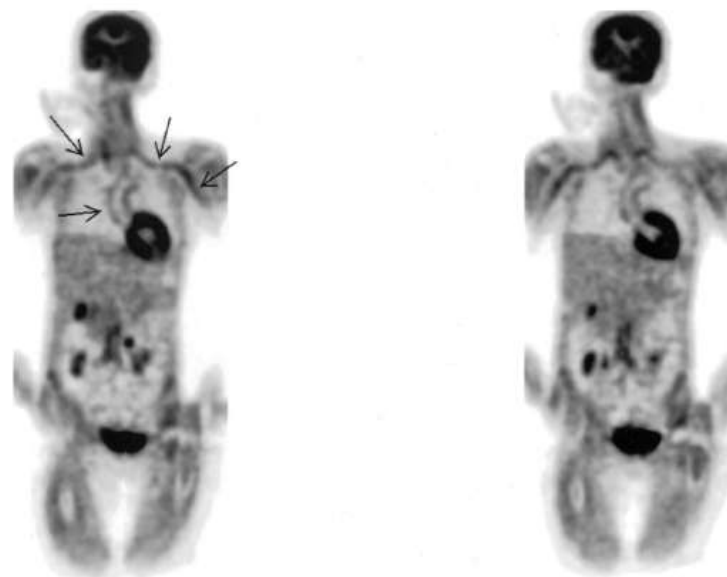
**Utile per monitorizzare
persistenza flogosi prima di
manovre interventistiche**

Esame sicuro

**Frequente interessamento di sedi
extracraniche (10-15%)**

Positività in Arteriosclerosi

**Scarso valore predittivo per
recidiva**



ARTERITE DI TAKAYASU

Criteri diagnostici dell'American College of Rheumatology

3 o +

Età < 40 anni

Claudicatio delle estremità

↓ **PA brachiale** (polso poco percettibili)

Differenza PA > 10 mmHg tra i due arti superiori

Soffi arteriosi (succlavia e/o aorta addominale)

Imaging (**angiografia**, ED, RMN): restringimento
(focale, segmentario)

di tratti di aorta e dei suoi rami principali

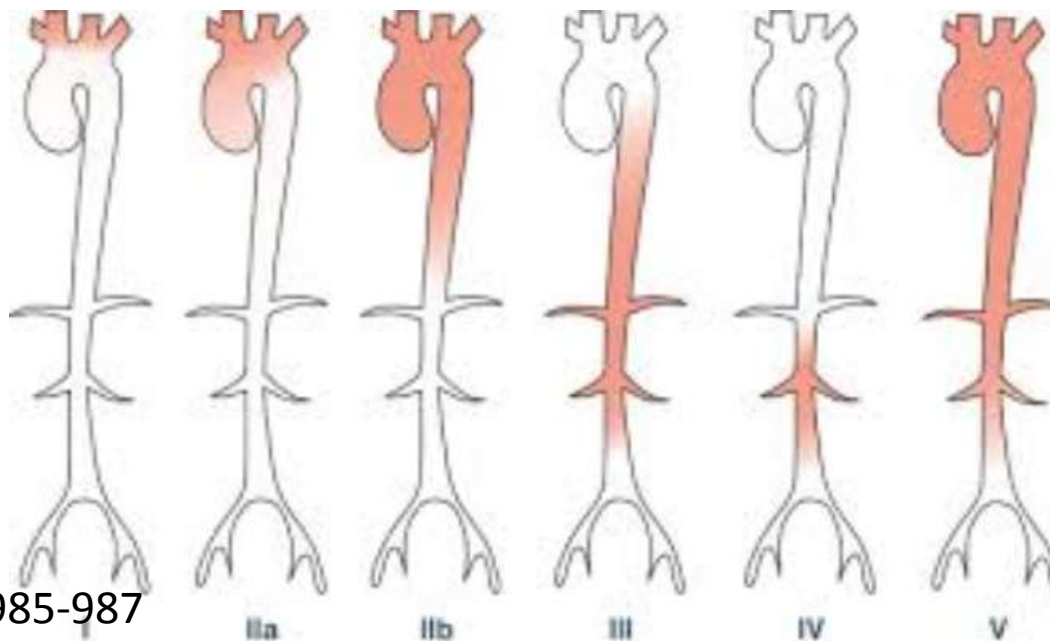


ARTERITE DI TAKAYASU

manifestazioni cliniche

Sintomi generali (da citochine):
malessere, febbre, perdita di peso

Latenza: (media) 17,5 mesi



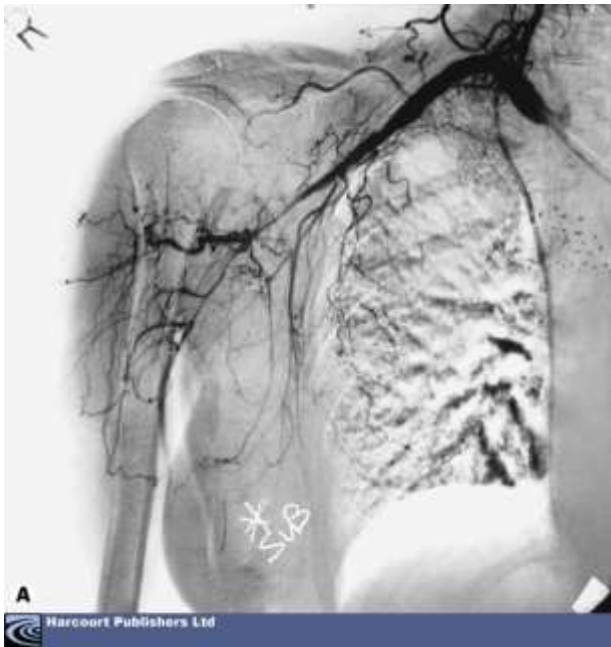


ARTERITE DI TAKAYASU

manifestazioni cliniche

Latenza: settimane, mesi, anni

Claudicatio delle estremità,
fase della «malattia senza polso»
(subclavian or iliac arteries)





ARTERITE DI TAKAYASU

manifestazioni cliniche

Latenza: settimane, mesi, anni

SNC:

Sincope o ICTUS (carotide)

Rene:

Ipertensione refrattaria
(renal arteries)





ARTERITE DI TAKAYASU

manifestazioni cliniche

Latenza: settimane, mesi, anni

Cuore:

**Angina per coinvolgimento
coronarico**



Polmone:

**Coinvolgimento arteria
polmonare**





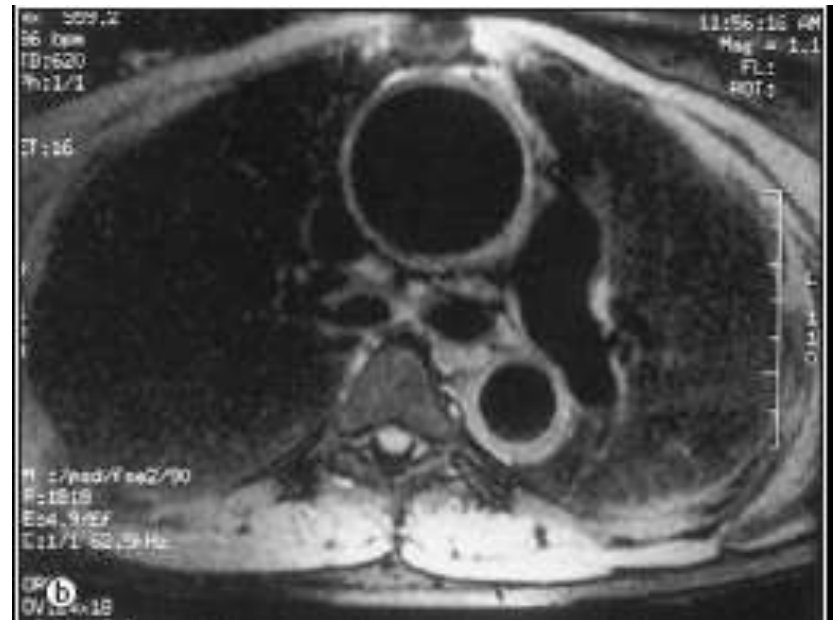
ARTERITE DI TAKAYASU

manifestazioni cliniche

Latenza: settimane, mesi, anni



**Aneurisma dell'aorta
toracica in Takayasu**



The role of ¹⁸F-FDG PET in characterising disease activity in Takayasu arteritis

Myles Webb¹, Anthony Chambers¹, Adil AL-Nahhas¹, Justin C. Mason², Lucy Maudlin¹, Lucy Rahman¹, John Frank¹

Sensibilità: 92%

Specificità: 100%

Valore predittivo negativo:

85%

Valore predittivo positivo:

100%

- **Diagnosi** in fase iniziale
- Evidenziare l'**attività** di malattia
- **Follow-up**
 - valutare efficacia del trattamento
 - recidive

VASCULITI DEI GROSSI VASI

Terapia

Bloccare la flogosi
a livello delle
arterie

TERAPIA STEROIDEA

1 mg/Kg/die di
prednisone o di
metilprednisolone
per 45-60 gg

oppure

pulse dose
1 g/die x 3 gg di
metilprednisolone
(forme iperacute e
pericolose per la vita)

a seguire

Dosi giornaliere di
1mg/Kg a scalare

Arterite di Horton

MTX 15-25 mg/week orale o s.c.

Tocilizumab

Ciclofosfamide

Ant~~X~~TNF infliximab,
etanercept, adalimumab

Arterite di Takayasu

AZATIOPRINA 1-2,5 mg/kg/die (non > 200 mg/die)

MTX 15-25 mg/week orale o s.c.

Micofenolato mofetile

Ciclofosfamide 2 mg/kg per os /
pulse dose (0.75 g/mq) ogni 3-4 weeks per 7 dosi

Tocilizumab: in studio

Infliximab/etanercept

VASCULITI DEI GROSSI VASI

Terapia chirurgica/radiologica

Nei periodi di quiescenza
correzione delle anomalie
vascolari permanenti se rischio
di danno d'organo

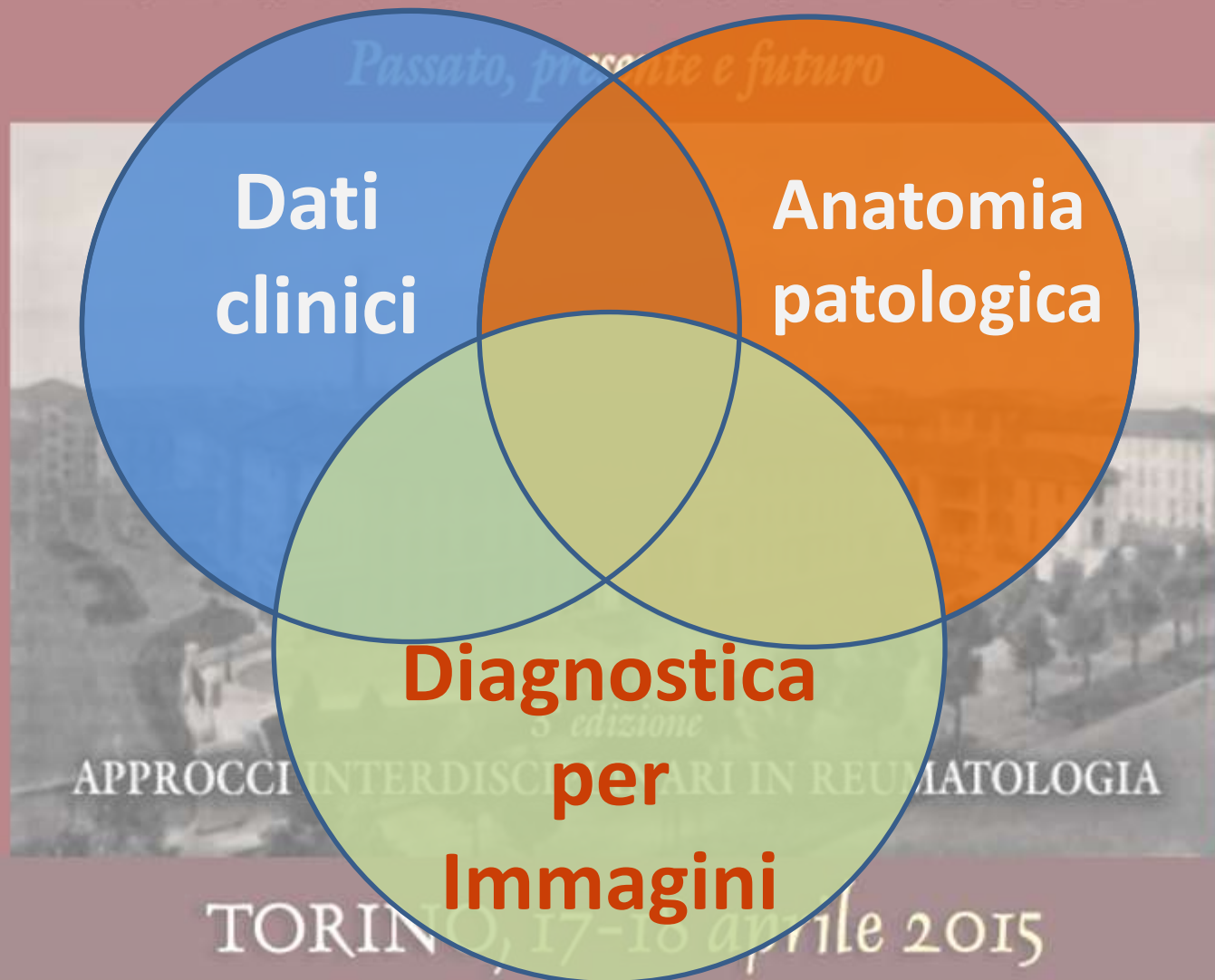
Rivascolarizzazione chirurgica

Angioplastica intraluminale percutanea

Terapia
immunosoppressiva
+
correzione del danno
vascolare

→ Netto miglioramento della prognosi

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI ED APPROCCI INTERVENTISTICI IN REUMATOLOGIA



Starhotels Majestic, corso Vittorio Emanuele II 54, Torino

DIAGNOSTICA PER IMMAGINI ED APPROCCI INTERVENTISTICI IN REUMATOLOGIA

Passato, presente e futuro

Grazie



3^a edizione

APPROCCI INTERDISCIPLINARI IN REUMATOLOGIA

TORINO, 17-18 aprile 2015

Starhotels Majestic, corso Vittorio Emanuele II 54, Torino

