

Kiểm soát sớm viêm khớp cột sống thể trực chưa tổn thương trên Xquang Viêm khớp cột sống (nr axSpA)

ThS.BS.CKII Dương Minh Trí
Trưởng khoa nội Cơ Xương Khớp
BV Nhân Dân Gia Định

Nội Dung

- Ca lâm sàng
- Đại cương SpA
- Lâm sàng và chẩn đoán
- Cập nhật điều trị

CA LÂM SÀNG

• BN nữ, 38 tuổi đau thắt lưng 6 tháng, đau cả ngày đau nhiều khi về đêm gần sáng, nghỉ ngơi không giảm, hạn chế làm việc, không lan xuống chi dưới.

BN không đau các khớp khác, điều trị nhiều tháng NSAIDs (Etodolac, Loxoprofen, Etoricoxib), dẫn cơ, giảm đau, tình trạng không giảm -> khám CX khớp

CA LÂM SÀNG

Tiền căn: Không chấn thương, Không bệnh khác

Gia đình: Không ghi nhận bất thường

XQuang: Thoái hoá CSTL, không tổn thương khớp cùng chậu

MRI CSTL: Thoái hoá CSTL, VK sau L3/4, L4/5 hai bên

Không bất thường khớp cùng chậu 2 bên

Đau lưng mạn và viêm khớp cột sống

Most common causes of Low Back Pain

- Strains and sprains
- Herniated Discs
- Disc Degeneration
- Spondylolisthesis
- Osteoporosis
- Infections of the spine
- Abnormal shape of the spine
- Inflammatory back pain
- Sacroiliac joint pain
- Other conditions that can cause low back pain such as cancer of the spine, Bladder infections, kidney stones, kidney infections, pelvic inflammatory disease, sleeping disorders
- Posture related such as improper bending, standing or sitting

Chỉ 5% BN đau lưng mạn tính có VKCS

Box 5 IBP according to ASAS experts' to be applied in patients with chronic back pain (>3 months)

- ▶ Age at onset <40 years
 - ▶ Insidious onset
 - ▶ Improvement with exercise
 - ▶ No improvement with rest
 - ▶ Pain at night (with improvement upon getting up)
- The criteria are fulfilled if at least four out of five parameters are present.

30% BN đau lưng mạn tính kiểu viêm có VKCS

Ann Rheum Dis 2009;68(Suppl II):ii1-ii44

Viêm khớp cột sống (ASAS)



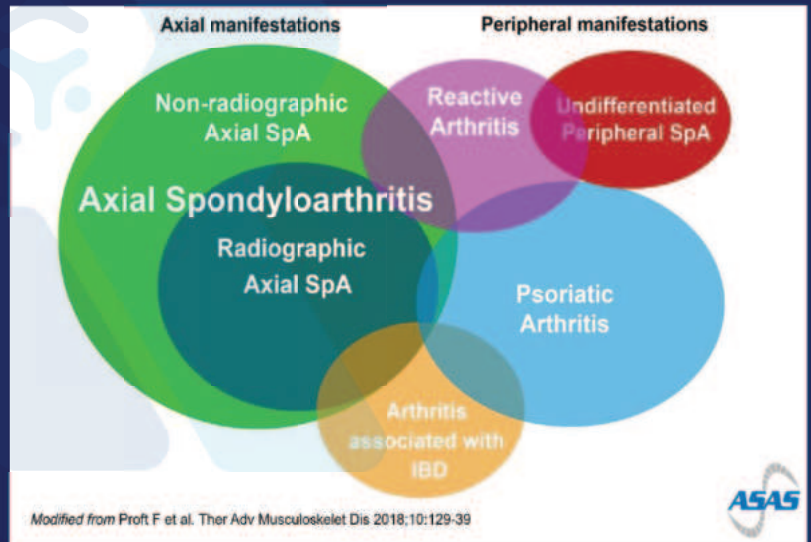
Triệu chứng trùng lặp giữa các nhóm bệnh

VKCS thể trục

- Thể trục đơn thuần
- Thể trục có kèm biểu hiện ngoại vi

VKCS ngoại vi

- Các thể chỉ biểu hiện ngoại vi
- Có thể có biểu hiện trục



Viêm khớp cột sống thể trục (Axial Spondyloarthritis, axSpA)

- viêm mạn tính chủ yếu ở cột sống và các khớp trục
 - Có thể kèm biểu hiện ngoại vi/ngoài khớp
- Thường khởi phát ở độ tuổi trẻ (<45)
- Giới tính
 - Viêm cột sống dính khớp (VCSDK) (AS, r-axSpA): Nam > nữ
 - Thể không tổn thương XQ (nr-axSpA): Nữ ~ nam
- Có mối liên hệ chặt chẽ với HLA-B27 (90%)
- Tiến triển đến dính cứng khớp và cột sống, nguy cơ cao tàn phế, giảm chất lượng cột sống



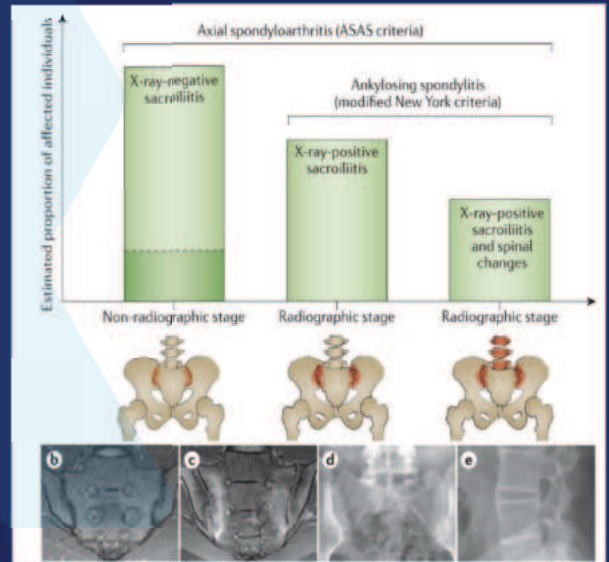
Dịch tể

Tỷ lệ viêm khớp thể trục axSpA: **0.9 – 1.4% ở Mỹ**¹

- Không tổn thương X quang nr-axSpA: 0.4 – 0.9%
- Viêm CS dính khớp AS: ~0.5%

nr-axSpA chiếm 29% BN có đau lưng kiểu viêm²

1. Am J Med Sci 2013; 345 (6): 431-6.
2. Arthritis Res Ther. 2016; 18: 132.



Sieper, J. et al. (2015) Axial spondyloarthritis. Nat. Rev. Dis. Primers

Các yếu tố chẩn đoán SpA

Triệu chứng

Đau lưng
kiểu viêm



Viêm khớp

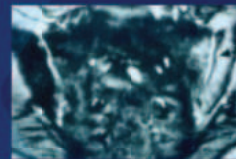


điểm bám tận



Viêm ngón

Hình ảnh



Viêm khớp cùng chậu

Các yếu tố chẩn đoán SpA

Xét nghiệm

ESR/CRP

Tiền sử Bệnh Nhân

Good response to NSAIDs

Di truyền học

HLA-B27
dương

Tiền
sử gia
đình

Elewaut D & Matucci MC. Rheumatology 2009;48:1029-1035



axSpA: Các biểu hiện ngoài khớp

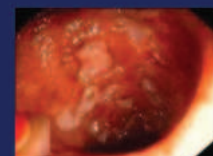
Các biểu hiện ngoài khớp	(%)
Viêm màng bồ đào (trước)	20-30
Viêm ruột (IBD)	5-10
Rối loạn dẫn truyền tim	1-33
Vẩy nến	10-20
Bất thường về thận	10-35
Bất thường hô hấp	40-88
Loãng xương	11-18
Thiếu xương	39-59



Vẩy nến



Viêm màng
bồ đào



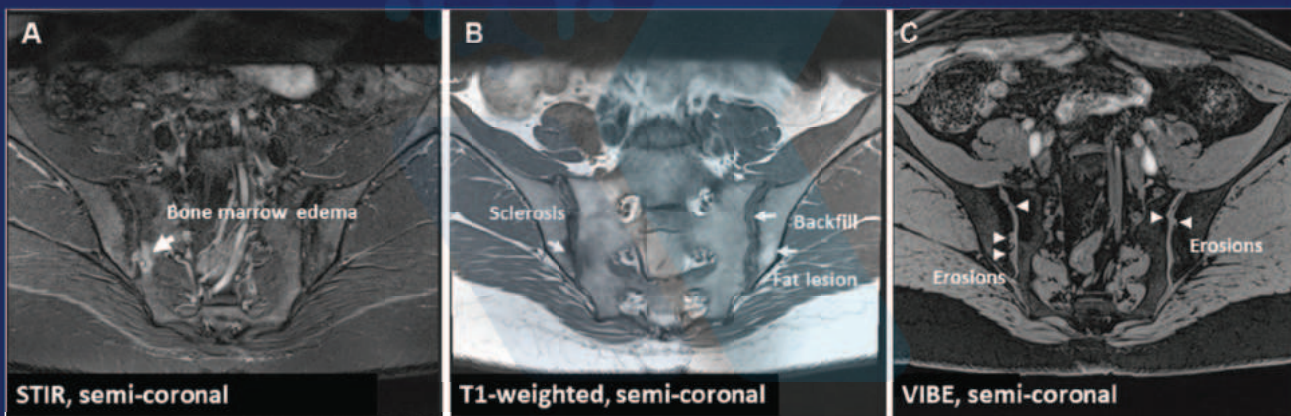
Viêm ruột

Elewaut D & Matucci MC. Rheumatology 2009;48:1029-1035



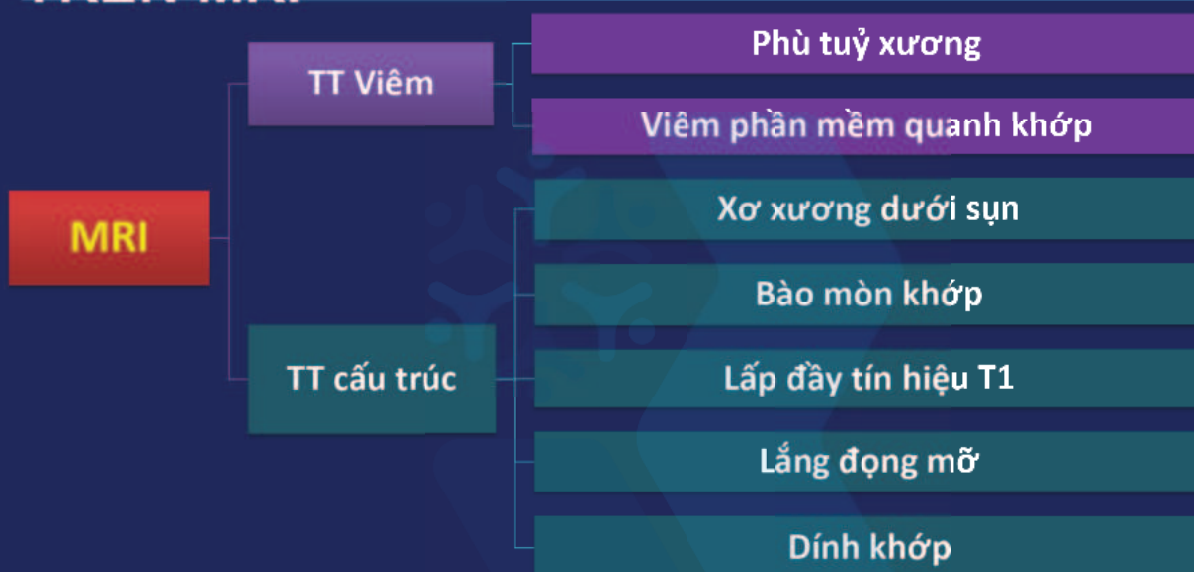
HÌNH ẢNH HỌC - MRI

Phát hiện các tổn thương viêm ở **giai đoạn sớm** trước khi thay đổi trên X-quang



Poddubnyy D. Joint Bone Spine 2023 Jan;90(1):105,468.

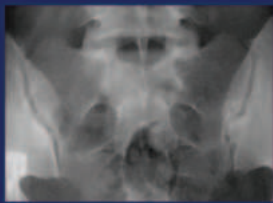
TỔN THƯƠNG KHỚP CÙNG CHẬU TRÊN MRI



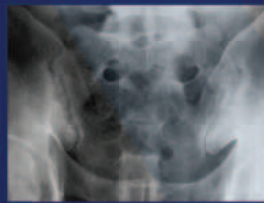
Yu Jin T, Knipe H, Di Muzio B, et al. Sacroiliitis. Reference article, Radiopaedia.org (Accessed on 02 Nov 2024)

Chẩn đoán AS: T/c New York sửa đổi (1984)

- **Lâm sàng:**
 - Đau lưng kèm cứng cột sống trên 3 tháng, không đỡ khi nghỉ ngơi, cải thiện khi vận động
 - Hạn chế vận động cột sống các tư thế
 - Độ giãn lồng ngực giảm
- **X quang khớp cùng chậu:** Viêm khớp cùng chậu 2 bên (độ II-IV) hoặc 1 bên (độ III, IV)



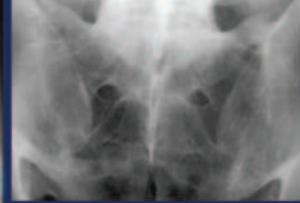
Độ I



Độ II



Độ III



Độ IV

➔ **Chẩn đoán xác định:** XQ và ≥ 1 t/c lâm sàng (thường trễ)

Tiêu chuẩn ASAS* chẩn đoán AxSpA

Tiêu chuẩn ASAS chẩn đoán bệnh lý khớp-CS thể trục
(Đau lưng ≥ 3 tháng, khởi phát ở tuổi <45)

Viêm K. cùng chậu trên CĐHA
(XQ/MRI) và ≥ 1 t/ch sau:

Hoặc

HLA-B27 (+)
và ≥ 2 t/ch khác dưới đây:

- Ngón tay/ngón chân hình khúc dồi
- Vảy nến
- Đau lưng kiểu viêm
- Đáp ứng tốt với NSAID
- Tiền căn gia đình bị viêm khớp cột sống
- Viêm khớp
- Viêm điểm bám gân
- Bệnh Crohn, viêm loét đại tràng
- CRP tăng
- HLA B27 dương
- Viêm màng bồ đào

Tổn thương MRI khớp cùng chậu

- **Tổn thương viêm hoạt động (STIR)**
 - + Phù tủy xương (viêm xương) -> bắt buộc trong viêm hoạt động
 - + Viêm màng hoạt dịch
 - + Viêm bao khớp, điểm bám gân, dây chằng
- **Tổn thương viêm mạn tính (T1) -> thay đổi cấu trúc**
 - + Xơ đặc xương
 - + Bào mòn
 - + Lắng đọng mỡ
 - + Cầu xương/dính khớp

*ASAS: The Assessment of SpondyloArthritis International Society (ASAS)

CẦN CHẨN ĐOÁN SỚM VKCSTT

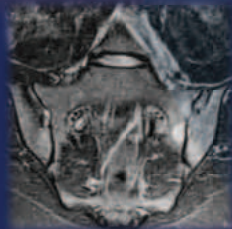
Giai đoạn chưa tổn thương khớp trên Xquang

Giai đoạn dính khớp

Viêm khớp cùng chậu trên MRI

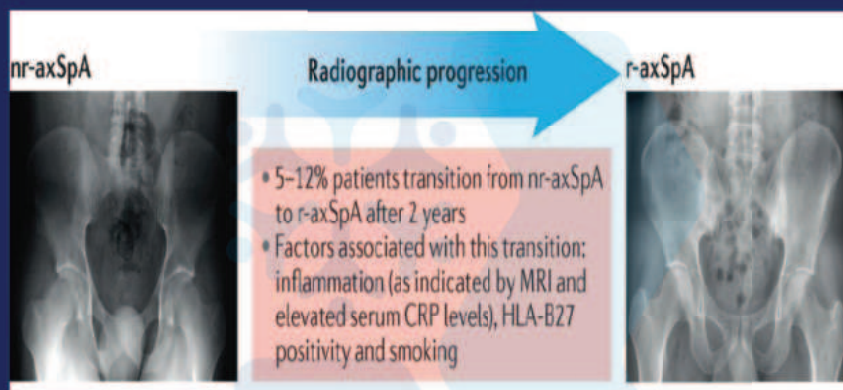
Viêm khớp cùng chậu trên Xquang

Dính khớp cột sống



Rudwaleit M, Khan MA, Sieper J. The challenge of diagnosis and classification in early ankylosing spondylitis: do we need new criteria? *Arthritis Rheum.* 52(4), 1000–1008 (2005)

Tiến triển từ nr-axSpA sang AS



Navarro-Compán, V. & Machado, P. M. (2016) Sacroiliac joint radiographic progression — speed and determinants *Nat. Rev. Rheumatol.* doi:10.1038/nrrheum.2016.86

CA LÂM SÀNG

Khớp cùng
chậu không
viêm/xquang
và MRI



CRP: 8,7 mg/dl
VS 1h và 2h tăng (47 và 90)



HLA – B27
dương tính

ĐIỀU TRỊ

Δ : Viêm cột sống thể trực không TT Xquang

Chỉ số hoạt tính bệnh

ASDAS = 3.5 - BASDAI = 6,8

HOẠT TÍNH BỆNH CAO

NSAIDs + Anti-TNFi: Etoricoxib + Adalimumab

Điều trị axSpA

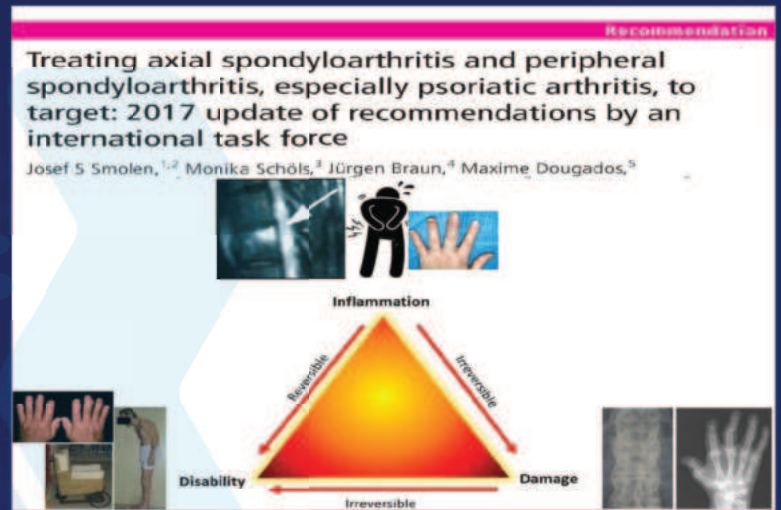
Mục tiêu điều trị

Lui bệnh lâm sàng, bệnh không hoạt động hoặc hoạt tính thấp

Nguyên tắc

- Toàn diện, kết hợp nhiều biện pháp
- Sớm, tích cực -> kiểm soát viêm, ngừa tổn thương cấu trúc, tàn phế
- Liên tục, lâu dài

Smolen JS, et al. Ann Rheum Dis 2018;77:3–17



Điều trị nội khoa

• NSAIDs: đầu tay cho hầu hết bệnh nhân

- Cải thiện đau và cứng khớp
- Hiệu quả hạn chế trên vận động CS và đáp ứng viêm cấp
- Có thể có tác dụng trên tổn thương cấu trúc
- Sử dụng liều cao cho phép, liên tục

• Corticosteroids: Chủ yếu dùng tại chỗ

- Đường toàn thân: hiệu quả hạn chế và dùng tạm
- Tác dụng phụ nhiều

• DMARDs: Sulfasalazine

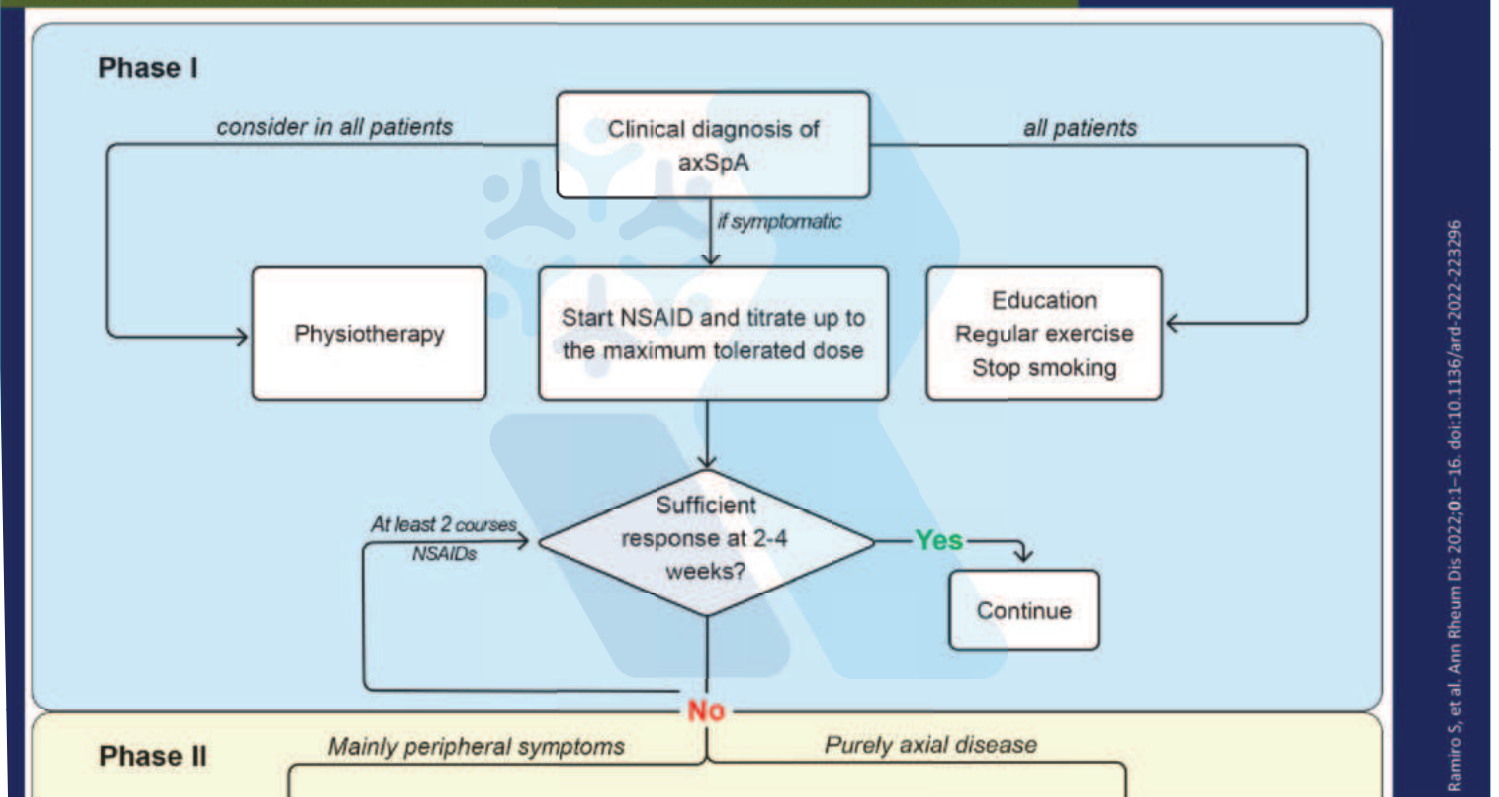
- Có thể cải thiện viêm khớp ngoại biên
- Ít hiệu quả đối với thể trục (cột sống) đơn thuần

Hiệu quả hạn chế đối với VKCS mức độ trung bình, nặng

HỘI NGHỊ KHOA HỌC NĂM 2025

LIÊN CHI HỘI BỆNH TỰ MIỄN CƠ XƯƠNG KHỚP TP.HỒ CHÍ MINH

ASAS-EULAR recommendations for the management of axial spondyloarthritis: 2022 update



ASAS-EULAR recommendations for the management of axial spondyloarthritis: 2022 update

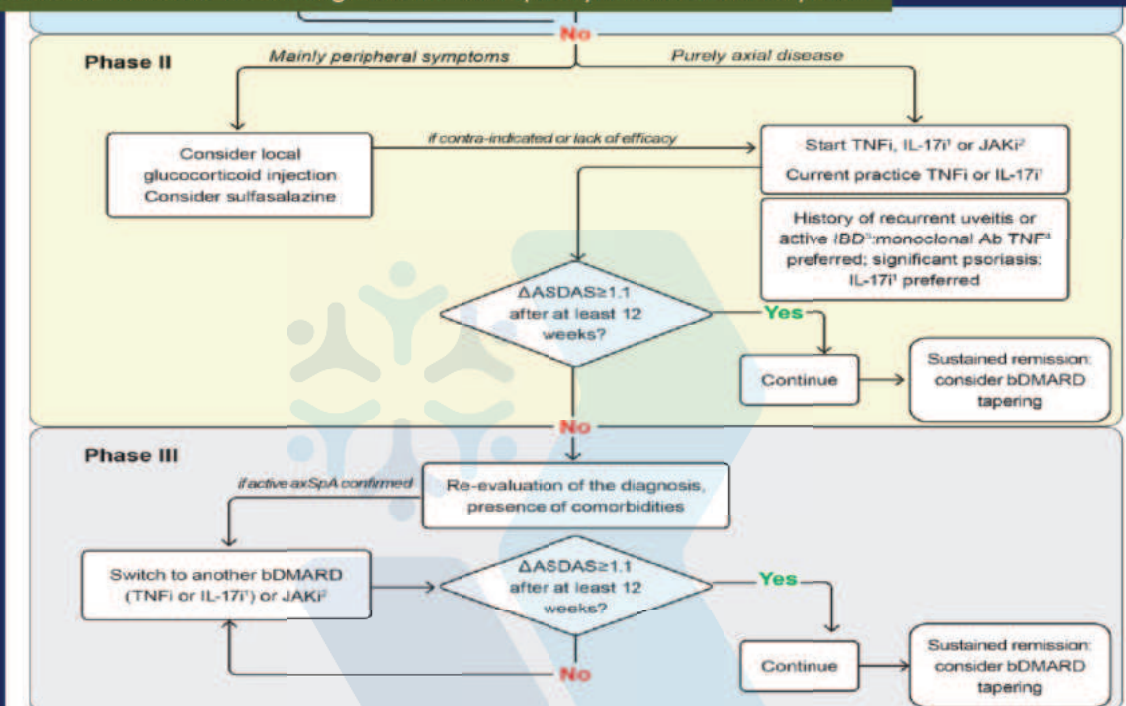


Figure 1 Algorithm based on the ASAS-EULAR recommendations for the management of axial spondyloarthritis (axSpA). Ab, antibody; ASAS, Assessment of SpondyloArthritis international Society; ASDAS, Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score; bDMARD, biological disease-modifying antirheumatic drug; IBD, inflammatory bowel disease; IL-17i, interleukin-17 inhibitors; JAKi, Janus kinase inhibitors; NSAID, non-steroidal anti-inflammatory drug; TNFi, tumour necrosis factor inhibitors.

HỘI NGHỊ KHOA HỌC NĂM 2025

LIÊN CHI HỘI BỆNH TỰ MIỄN CƠ XƯƠNG KHỚP TP.HỒ CHÍ MINH

6	Analgesics, such as paracetamol and opioid-(like) drugs, might be considered for residual pain after previously recommended treatments have failed, are contraindicated, and/or poorly tolerated.	5/D	8.9 (1.4)	79
7	Glucocorticoid injections directed to the local site of musculoskeletal inflammation may be considered. Patients with axial disease should not receive long-term treatment with systemic glucocorticoids.	2/B (injections) 5/D (long-term systemic GCs)	9.6 (0.8)	100
8	Patients with purely axial disease should normally not be treated with csDMARDs; sulfasalazine may be considered in patients with peripheral arthritis.	1a/A (sulfasalazine, methotrexate) 1b/A (leflunomide) 4/A (other csDMARDs) 1a/A (sulfasalazine peripheral disease)	9.6 (0.9)	94
9	TNF, IL-17i† or JAKi† should be considered in patients with persistently high disease activity despite conventional treatments (figure 1); current practice is to start a TNFi or IL-17i†.	1a/A	9.2 (1.2)	94
10	If there is a history of recurrent uveitis or active IBD‡, preference should be given to a monoclonal antibody against TNF†. In patients with significant psoriasis, an IL-17i† may be preferred.	2b/B (uveitis, IBD) 1a/B (psoriasis)	9.1 (1.8)	97
11	Absence of response to treatment should prompt re-evaluation of the diagnosis and consideration of the presence of comorbidities.	5/D	9.5 (0.8)	97
12	Following a first b/tsDMARD failure, switching to another bDMARD (TNFi or IL-17i†) or a JAKi† should be considered.	2b/B (TNFi after TNFi failure) 1b/A (IL-17i after TNFi failure) 5/D (all other switches)	9.3 (1.1)	88
13	If a patient is in sustained remission, tapering of a bDMARD can be considered.	1a/B (TNFi), 5/D (IL-17i)	9.1 (1.2)	82
14	Total hip arthroplasty should be considered in patients with refractory pain or disability and radiographic evidence of structural damage, independent of age; spinal corrective osteotomy in specialised centres may be considered in patients with severe disabling deformity.	4/C	9.5 (0.8)	97
15	If a significant change in the course of the disease occurs, causes other than inflammation, such as a spinal fracture, should be considered and appropriate evaluation, including imaging, should be performed.	5/D	9.6 (0.9)	97

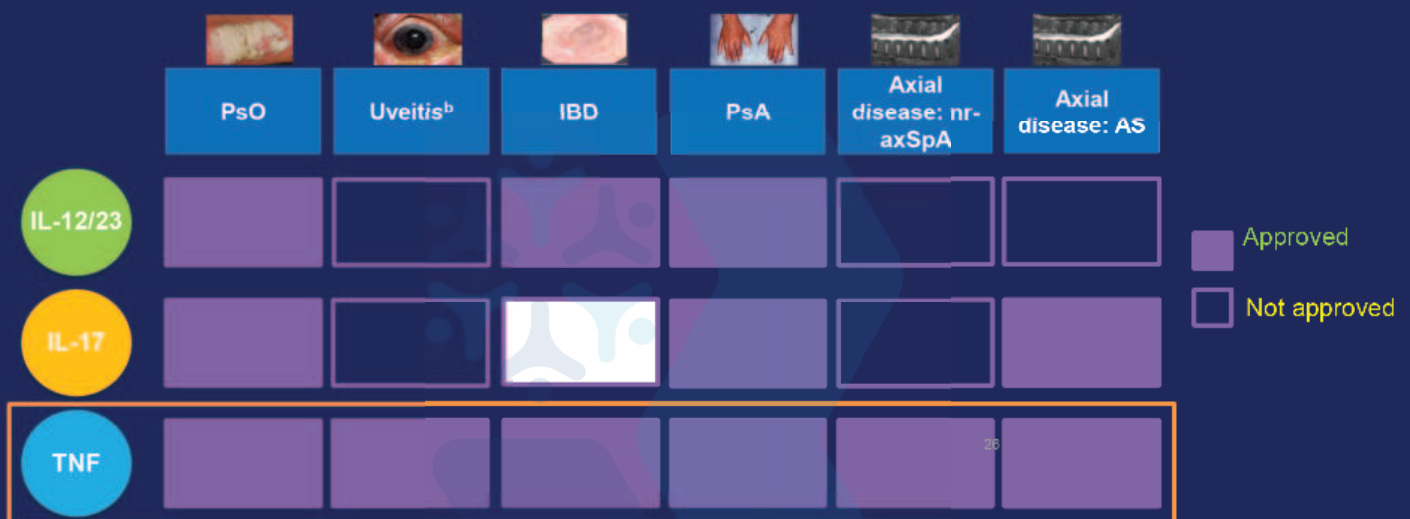
*Level of recommendation: level 1a, systematic review with homogeneity of RCTs; level 1b, individual RCT (with narrow CI); level 1c, all or none; level 2a, systematic review with homogeneity of cohort studies; level 2b, individual cohort study (including low-quality RCT); level 2c, 'outcomes' research, ecological studies; level 3a, systematic review (with homogeneity) of case-control studies; level 3b, individual case-control study; level 4, case series (and poor-quality cohort and case-control studies); level 5, expert opinion without explicit critical appraisal, or based on physiology, bench research or 'first principles'. Grade of recommendation: grade A, consistent level 1 studies; grade B, consistent level 2 or 3 studies or extrapolations from level 1 studies; grade C, level 4 studies or extrapolations from level 2 or 3 studies; grade D, level 5 evidence or troublingly inconsistent or inconclusive studies of any level.

†IL-17i: refers only to IL-17A inhibitors.

‡The following risk factors for cardiovascular events and malignancies must be considered when intending to prescribe a JAKi: age over 65 years, current or past smoking, other

Ramiro S, et al. Ann Rheum Dis 2022;0:1–16. doi:10.1136/ard-2022-223296

Biologics with Different MoAs Have Been Approved for the Treatment of a Wide Range of IMiDs^{a,1–8}



IMiD: Immune-Mediated Inflammatory Disease

^aApproval of originator biologics. ^bHumira is approved for the treatment of non-infectious intermediate, posterior, and panuveitis in adult patients, and chronic non-infectious anterior uveitis in pediatric patients

1. Humira EMA SmPC, AbbVie, May 2018; 2. Remicade EMA SmPC, Merck, May 2018; 3. Enbrel EMA SmPC, Pfizer, May 2018; 4. Cimzia EMA SmPC, UCB Pharma, Jan 2018; 5. Simponi EMA SmPC, Merck Sharp & Dohme, Apr 2018; 6. Cosentyx EMA SmPC, Novartis, May 2018; 7. Taltz EMA SmPC, Eli Lilly, May 2018; 8. Stelara EMA SmPC, Janssen-Cilag, Mar 2018

ASAS-EULAR 2016 axSpA:

- Trong tiêu chí này, cả 5 TNFi đều được chỉ định cho AS.
- Etanercept, adalimumab, golimumab và certolizumab được xem xét trong nr-axSpA.
- IL17i secukinumab chỉ được chỉ định cho AS.

Hiệu quả của các thuốc sinh học trong axSpA (nr-axSpA: VKCS không tổn thương X quang)

	Dosing regimen	Assessment timepoint (week)	Drug response (ASAS40), % (n/N)	Placebo response (ASAS40), % (n/N)	Difference, %
Non-radiographic axial spondyloarthritis (all included patients)*					
Adalimumab ^[15]	40 mg, every other week, subcutaneous	12	36 (33/91)	15 (14/94)	21
Certolizumab pegol ^[11]	200 mg, every other week, subcutaneous	12	48 (22/46)	16 (8/50)	32
Certolizumab pegol ^[11]	400 mg, every 4 weeks, subcutaneous	12	47 (24/51)	16 (8/50)	31
Etanercept ^[16]	50 mg, weekly, subcutaneous	12	33 (35/105)	15 (16/108)	18
Golimumab ^[17]	50 mg, every 4 weeks, subcutaneous	16	57 (55/97)	23 (23/100)	34
Non-radiographic axial spondyloarthritis (with raised CRP, or active sacroiliitis on MRI, or both)*					
Adalimumab ^[15]	40 mg, every other week, subcutaneous	12	41 (28/69)	14 (10/73)	27
Certolizumab pegol ^[11]	200 mg, every other week, subcutaneous	12	48 (22/46)	16 (8/50)	32
Certolizumab pegol ^[11]	400 mg, every 4 weeks, subcutaneous	12	47 (24/51)	16 (8/50)	31
Etanercept ^{[16,118]†}	50 mg, weekly, subcutaneous	12	35 (33/94)	17 (16/93)	18
Golimumab ^[17]	50 mg, every 4 weeks, subcutaneous	16	60 (47/78)	23 (18/80)	37

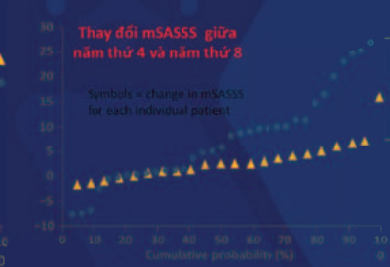
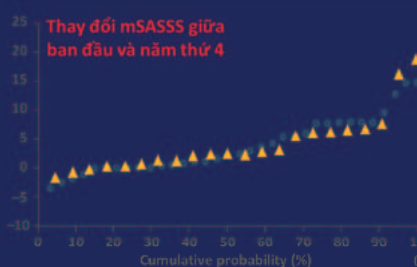
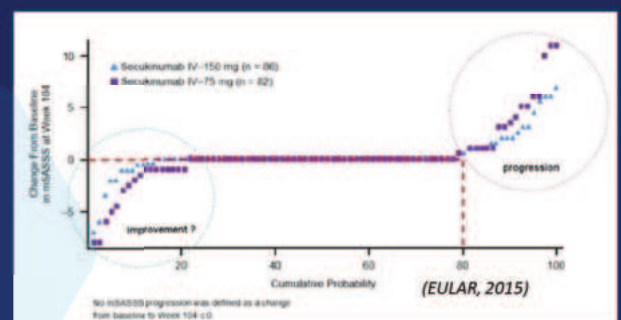
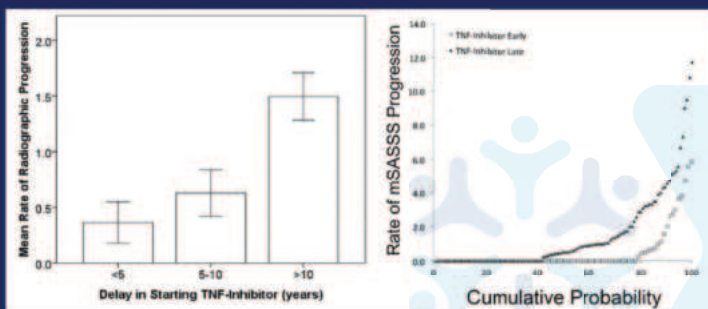
Lancet 2017; 390: 73–84

Hiệu quả của các thuốc sinh học trong axSpA (Viêm cột sống dính khớp)

	Dosing regimen	Assessment timepoint (week)	Drug response (ASAS40), % (n/N)	Placebo response (ASAS40), % (n/N)	Difference, %
Ankylosing spondylitis					
Adalimumab ²⁰⁹	40 mg, every other week, subcutaneous	12	40 (83/208)	13 (14/107)	27
Certolizumab pegol ¹¹¹	200 mg, every other week, subcutaneous	12	40 (26/65)	19 (11/57)	21
Certolizumab pegol ¹¹¹	400 mg, every 4 weeks, subcutaneous	12	50 (28/56)	19 (11/57)	31
Etanercept ¹¹²	25 mg, twice weekly, subcutaneous	12	45 (58/128)	16 (21/129)	29
Golimumab ¹¹⁶	50 mg, every 4 weeks, subcutaneous	14	45 (62/138)	15 (12/78)	30
Infliximab ¹¹³	5 mg/kg, weeks 0, 2, and 6, and every 6 weeks thereafter, intravenous	24	47 (93/201)	12 (9/78)	35
Secukinumab ¹¹⁴	150 mg, subcutaneous, every 4 weeks, after initial intravenous loading dose of 10 mg/kg at baseline, week 4 and 8	16	42 (52/125)	13 (16/122)	29
Secukinumab ¹¹⁴	150 mg, subcutaneous, every 4 weeks, after initial loading with 150 mg, subcutaneous, weekly through week 4	16	36 (26/72)	11 (8/74)	25

Lancet 2017; 390: 73–84

axSpA (AS): Sử dụng sớm, lâu dài thuốc sinh học giúp ngăn ngừa, hạn chế tổn thương cấu trúc



Arthritis Rheum. 2013; 65(10): 2645–2654.

Baraliakos X, et al. Ann Rheum Dis 2014;73:710–715

Medicine

OBSERVATIONAL STUDY

OPEN

Effectiveness of Adalimumab in Non-radiographic Axial Spondyloarthritis

Evaluation of Clinical and Magnetic Resonance Imaging Outcomes in a Monocentric Cohort

Luca Cantarini, MD, PhD, Marta Fabbri, MD, PhD, Rosaria Talarico, MD, PhD, Luisa Costa, MD, PhD, Francesco Caso, MD, PhD, Gian Luca Cuneo, MD, Bruno Frediani, MD, Gabriele Faralli, MD, Antonio Vitale, MD, Maria Giuseppina Brizi, MD, Luciano Sabadini, MD, and Mauro Galeazzi, MD

Abstract: The primary aim of the study was to evaluate the long-term effectiveness of adalimumab (ADA) in a cohort of non-radiographic axial spondyloarthritis (nr-axSpA), and the secondary aims were to identify predictive factors of response and evaluate radiological progression.

We evaluated 37 patients (male/female: 12/25; mean age 49 ± 14; mean disease duration: 6.3 ± 5.8) with active nr-axSpA (Assessment of SpondyloArthritis International Society criteria), despite the treatment with ≥1 nonsteroidal anti-inflammatory drug for at least 3 months, initiating the treatment with ADA 40 mg every other week. Patients were treated for 24 months, and evaluated at baseline, 6, 12, and 24 months. Outcome measures included Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score, Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI), and Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI). Radiographs of the spine and sacroiliac joints and magnetic resonance of the sacroiliac joints were performed at baseline and according to the standard of assessment for the disease.

The proportion of patients that achieved a BASDAI50 response at 6, 12 and 24 months was 51.3%, 70.3%, and 76.8%, respectively. Treatment was well tolerated with no unexpected adverse events and/or serious adverse events. All patients remained on treatment for 2 years, with a good compliance. We did not identify any predictive factor of response to therapy. Moreover, modified Stoke Ankylosing Spondylitis Spine Score and Spondyloarthritis Research Consortium of Canada scores showed a trend of improvement during the study period.

ADA was effective on clinical and radiological outcomes at 2-year follow-up; thus, early treatment with ADA may prevent radiographic damage and be associated with low disease activity or remission. Moreover, data from this cohort study have confirmed safety and tolerability profile of ADA in nr-axSpA in the long term.

(Medicine 94(30):e170)

Abbreviations: ADA = adalimumab, AEs = adverse events, AS = ankylosing spondylitis, ASAS = Assessment of SpondyloArthritis International Society, ASDAS = Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score, BASDAI = Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index, BASFI = Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index, ESSG = European Spondyloarthritis Study Group, HLA = human leukocyte antigen, MR = magnetic resonance, MRI = magnetic resonance imaging, mSASSS = modified Stoke Ankylosing Spondylitis Spine Score, nr-axSpA = non-radiographic axial SpA, NSAIDs = nonsteroidal anti-inflammatory drugs, RCT = randomized controlled trial, Rx = radiograph, SAEs = serious adverse events, SD = standard deviation, SpA = spondyloarthritis, SPARCC = Spondyloarthritis Research Consortium of Canada, TNF = tumor necrosis factor.

INTRODUCTION

Các thuốc sinh học cho VKCS ở Việt Nam

Thuốc	Cơ chế	Đường dùng, Liều dùng
Infliximab (Remicade)	Kháng TNF	TTM, 5 mg/kg, mỗi ~2 tháng (sau tuần 0, 2, 6)
Adalimumab (Humira)	Kháng TNF	TDD, 40 mg, mỗi 2 tuần
Golimumab (Simponi)	Kháng TNF	TDD, 50 mg, mỗi tháng TTM 2mg/kg, tháng 0, 1, sau đó mỗi 2 tháng
Secukinumab (Fraizeron)	Kháng IL-17A	TDD, 150 mg, tuần 0,1,2,3,4, sau đó mỗi tháng
Tofacitinib	-JAK	Uống 10mg/ngày

Pfizer Press release

Medicines

U.S. FDA Approves Pfizer's XELJANZ® (tofacitinib) for the Treatment of Active Ankylosing Spondylitis

Tuesday, December 14, 2021 - 04:08pm



pharmaceuticals



Review

The Use of Janus Kinase Inhibitors in Axial Spondyloarthritis: Current Insights

Pharmaceuticals 2022, 15, 270

5 of 10

Table 1. Summary of pivotal trials of Janus kinase inhibitors in axial spondyloarthritis.

Author [Reference]	JAKi	Target	Treatment Arms	Number of Patients	Population	Primary Endpoint	Results
Deodhar [35]	Tofacitinib	JAK1, JAK3 (JAK2)	Placebo Tofacitinib 5 mg × 2/day	269: 136 placebo 133 tofacitinib	AS patients IR ≥ 2 NSAIDs 80% bDMARD naïve 20% IR to ≤ 2 TNFi	ASAS20 response at week 16	Tofacitinib: 56.4% Placebo: 29.4% $p < 0.0001$
Van der Heijde [38]	Upadacitinib	JAK1	Placebo Upadacitinib 15 mg/day	187: 94 placebo 93 upadacitinib	AS patients IR ≥ 2 NSAIDs 100% bDMARD naïve	ASAS40 response at week 14	Upadacitinib: 52% Placebo: 26% $p = 0.0003$
Van der Heijde [41]	Filgotinib	JAK1	Placebo Filgotinib 200 mg/day	116: 58 filgotinib 58 placebo	AS patients IR ≥ 2 NSAIDs 93% bDMARD naïve upadacitinib group 88% bDMARD naïve placebo group	Change from baseline to week 12 in ASDAS score	Filgotinib: −1.47 ± 1.04 Placebo: −0.57 ± 0.82 $p < 0.0001$

IR, inadequate response; AS, ankylosing spondylitis; bDMARDs, biological disease modifying anti-rheumatic drugs; ASAS20/40, assessment of spondyloarthritis society response criteria; ASDAS, ankylosing spondylitis disease activity score.

Pharmaceuticals 2022, 15, 270

Review
Janus Kinase Inhibitors: A New Tool for the Treatment of Axial Spondyloarthritis

Marino Paroli ^{1,*}, Rosalba Caccavale ¹, Maria Pia Paroli ², Luca Spadea ³ and Daniele Accapezzato ¹

Table 1. Approved indication of JAKinib in inflammatory diseases.

JAKinib	RA	PsA	UC	r-axSpA	nr-axSpA
Baricinib	Yes	No	No	No	No
Filogotinib	Yes	Yes	Yes	No	No
Tofacitinib	Yes	Yes	Yes	Yes	No
Upadacitinib	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes

RA = rheumatoid arthritis; PsA = psoriatic arthritis; UC = ulcerative colitis; r-axSpA = radiographic-axial spondyloarthritis; nr-axSpA = nonradiographic-axial spondyloarthritis.

Table 2. Selectivity of JAKinibs.

JAKinib	JAK1	JAK2	JAK3
Baricinib	++++	++++	+
Filogotinib	++++	+	+
Tofacitinib	++	+++	++++
Upadacitinib	++++	++	+

Data are presented in arbitrary semi-quantitative form to summarize the main findings extracted from the literature. ++++ = high; +++ = medium; ++ = low; + = very low.

Int. J. Mol. Sci. 2023, 24, 1027.

Kết Luận

- VKCS thể trực: bệnh viêm mạn tính gây hậu quả tàn phế, mất chức năng
- Chẩn đoán sớm (chưa TT XQ): đau lưng kiểu viêm, MRI và HLA-B27
- Điều trị sớm, kết hợp các biện pháp và thuốc sinh học -> đạt hiệu quả tối ưu, ngăn ngừa tàn phế
- Kháng TNF, IL-17 và –JAK là thuốc mới giúp tăng khả năng lui bệnh, giảm tổn thương cấu trúc/tàn phế và cải thiện CLCS

HỘI NGHỊ KHOA HỌC NĂM 2025
LIÊN CHI HỘI BỆNH TỰ MIỄN CƠ XƯƠNG KHỚP TP.HỒ CHÍ MINH



Cảm ơn quý đồng nghiệp!