

# **QUẢN LÝ CÁC BIỂU HIỆN VIÊM RUỘT, VIÊM MÀNG BỒ ĐÀO / VIÊM KHỚP CỘT SỐNG. Ca lâm sàng minh họa.**

BS. CKII Nguyễn Thị Kim Hương  
BV Nguyễn Tri Phương, BV FV, Medic Hòa Hảo

Bài báo cáo được tài trợ bởi Johnson&Johnson

CP-509503

## **Dàn bài**

---

Tổng quan các biểu hiện ngoài khớp / VKCS

---

Viêm ruột & VKCS – Ca lâm sàng 1

---

Viêm màng bồ đào & VKCS – Ca lâm sàng 2

---

Cập nhật khuyến cáo điều trị

## Viêm khớp cột sống

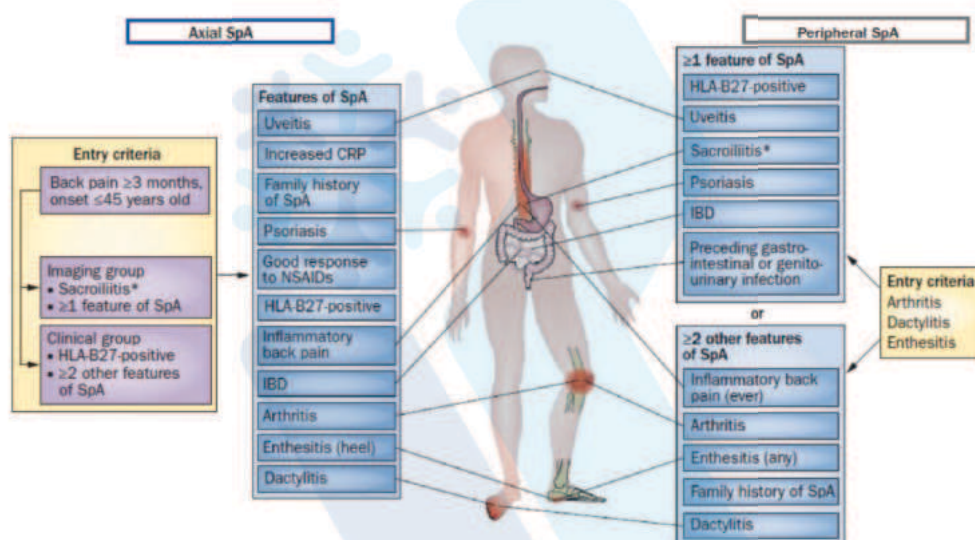
Các bệnh viêm khớp cột sống là một nhóm các rối loạn liên quan có chung đặc điểm lâm sàng, X quang và di truyền.

- Viêm khớp cùng chậu và viêm cột sống
- Viêm khớp ngoại biên và viêm điểm bám
- Biểu hiện ngoại khớp
- HLA B27



Adapted from Linden et al. Chapter 10. In: Firestein, Budd, Harris, McInnes, Ruddy and Sargent, eds. Kelley's Textbook of Rheumatology: Spondyloarthropathies. 8<sup>th</sup> ed. Saunders Elsevier; 2009. p.1170. Sieper J. Arthritis Res Ther 2009;11:208-15.

## Tiêu chuẩn phân loại cho SpA Thể trục và thể ngoại biên VKCS



ASAS classification criteria for axial and peripheral SpA. These criteria distinguish axial from peripheral SpA according to the presence different combinations of clinical and imaging entry criteria and the number of features of SpA. \*Either active inflammation detected by MRI highly suggestive of sacroiliitis associated with SpA, or definite radiographic sacroiliitis according to the modified NY criteria.

NSAIDs: Non-steroidal anti-inflammatory drugs

van Tubergen. Nat Rev Rheumatol. 2015;11(2):110-8.

## Các biểu hiện ngoài khớp của bệnh lý viêm khớp cột sống

### Liên quan đến cơ chế bệnh sinh

- Mắt, da, đường tiêu hóa, đường niệu dục
- Thường gặp (20-60%)
- Viêm LS có thể gặp tại bất kỳ thời điểm trong diễn tiến bệnh
- Đôi khi liên quan viêm khớp hoặc cột sống
- Có hiệu quả với các thuốc VCS truyền thống
- Hiệu quả của TNFi được chứng minh

### Không liên quan

- Phổi, thận, tim, thần kinh
- Rất hiếm (1%)
- Hầu hết dưới lâm sàng
- Thường gặp giai đoạn muộn của bệnh
- Không liên quan đến biểu hiện khớp
- Không có hiệu quả với thuốc truyền thống
- Hiệu quả của TNFi chưa rõ



## Các biểu hiện ngoài khớp của bệnh lý viêm khớp cột sống

**25%** bệnh nhân SpA có kèm các biểu hiện ngoài khớp (Extra Articular Manifestations)



1. Stolwijk C, et al. Ann Rheum Dis. 2015;74:1373-1378



## Giới thiệu bệnh ruột viêm

- ❖ Viêm mạn tính ở ruột
- ❖ Bệnh Crohn và Viêm loét đại tràng



1. Zhang YZ, Li Y-Y. World J Gastroenterol 2014;20:91-9;  
 2. Elshaer D, Begun J. Semin Cell Dev Biol 2017;61:51-9

Nhiều nguyên nhân<sup>1</sup>:

- Di truyền
- Dinh dưỡng
- Môi trường
- Thay đổi hệ khuẩn

Dẫn đến rối loạn điều hòa miễn dịch

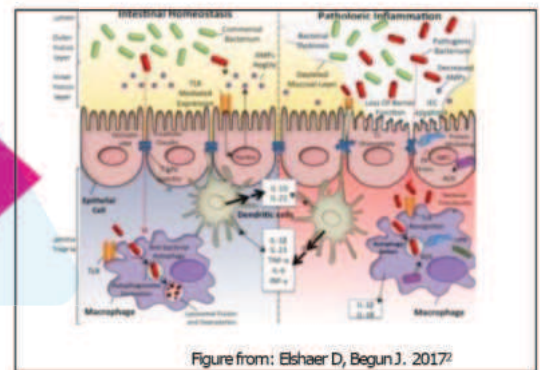
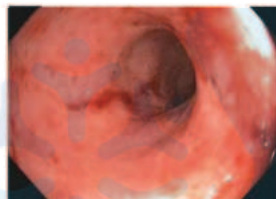


Figure from: Elshaer D, Begun J. 2017<sup>2</sup>

## Phân biệt Crohn và viêm loét đại tràng

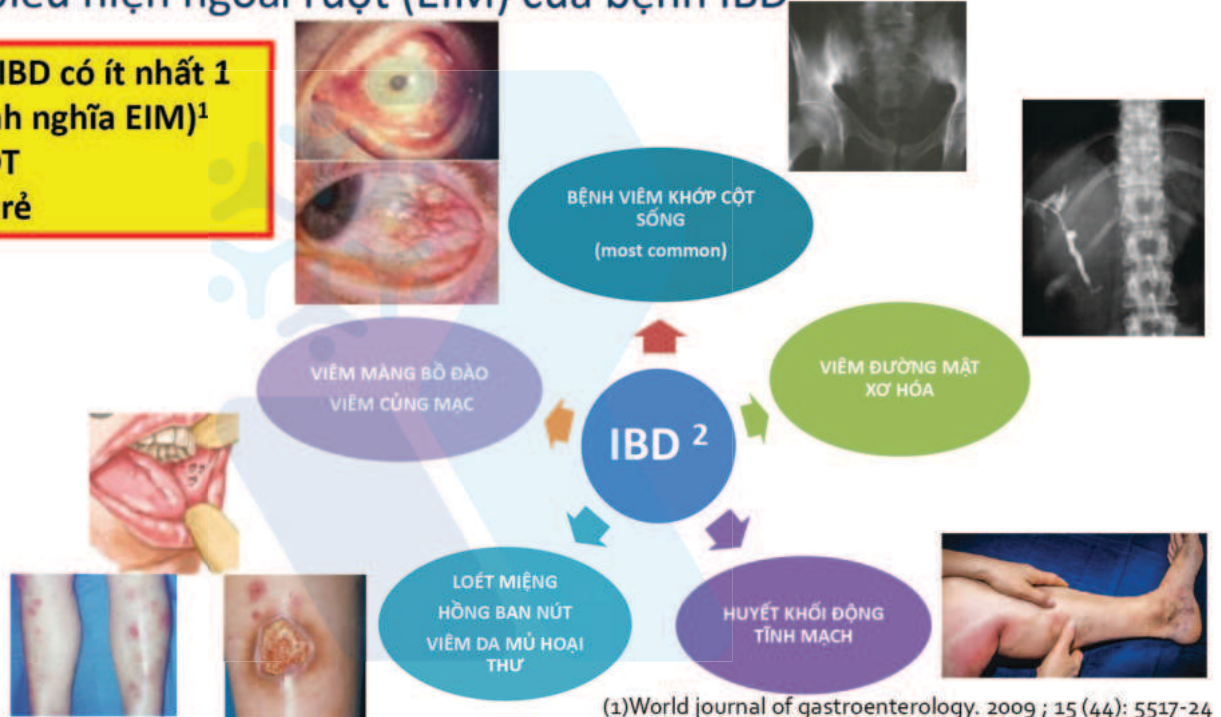


|                     | Viêm loét đại tràng                            | Bệnh Crohn                                                 |
|---------------------|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Vị trí tổn thương   | Giới hạn đại tràng và trực tràng               | Bất kỳ / đường tiêu hóa, từ miệng → hậu môn                |
| Phân bố             | Vùng viêm liên tục                             | Mảng viêm rời rạc                                          |
| GPB                 | Chỉ niêm mạc và dưới niêm<br>Không u hạt       | Có thể xuyên thành, vào sâu trong mô<br>U hạt không bã đậu |
| Biến chứng          | Phình đại tràng nhiễm độc<br>Ung thư đại tràng | Tắc ruột<br>Absces, Dò                                     |
| Triệu chứng chủ yếu | Tiêu chảy có máu                               | Đau quặn bụng                                              |
| Kháng thể           | pANCA +                                        | ASCA +                                                     |

Katsuyoshi M. J Gastroenterol (2018) 53:305-353

### Các biểu hiện ngoài ruột (EIM) của bệnh IBD

- 6%-47% BN IBD có ít nhất 1 EIM (tùy định nghĩa EIM)<sup>1</sup>
- Crohn > VLĐT
- Bệnh nhân trẻ



(1)World journal of gastroenterology. 2009 ; 15 (44): 5517-24

(2)ECCO Extra-intestinal Manifestations Consensus. Journal of Crohn's and Colitis, 2016, 239–

### Các dấu hiệu cần lưu ý SpA \_ IBD

| Nghi ngờ IBD                      | Nghi ngờ SpA                                  |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------|
| Tiêu chảy > 4 tuần                | Đau lưng > 3 tháng                            |
| Đau bụng > 3 tháng                | Đau/ sưng khớp ngoại biên > 3 tháng           |
| Tiêu chảy/ đau bụng về đêm        | Viêm cột sống : < 40 tuổi, đau lưng kiểu viêm |
| XHTH dưới không do trĩ            | Sưng ngón tay ( viêm ngón)                    |
| Rò/ abcess hậu môn, loét miệng    | Đau gót, lồi cầu (viêm điểm bám gân)          |
| Sụt cân, sốt, thiếu máu           | Tiền sử gia đình có SpA                       |
| Tiền sử gia đình có người mắc IBD | Bilan viêm (VS, CRP) tăng                     |

↓  
**Nội soi Đại tràng/ Dạ dày**  
**MRI ruột non**

↓  
**XQ / MRI khớp cùng chậu**  
**HLA B27**

Mediterr J Rheumatol 2022;33(Suppl 1):126-36



# Ca lâm sàng 1

Bn nữ 64 tuổi,

LDNV : Tiêu chảy, tiêu ra máu - Đau khớp

Bệnh sử:

- Bệnh nhân đang điều trị duy trì UC ngoại trú từ 2020 bằng Mesalazine uống
- 10 ngày trước khi nhập viện đau khớp gối P, BN đi khám tư và được tiêm bắp Meloxicam 15mg/ngày. Những ngày sau đó, bệnh nhân bị tiêu chảy với phân nước màu vàng (4-5 lần/ngày), có khi lẫn máu, không có chất nhầy
- Một ngày trước khi nhập viện, bệnh nhân bắt đầu tiêu chảy 6 lần, mệt mỏi, cảm giác sốt, chóng mặt, đau sưng gối P → nhập viện
- Không có đau ngực, không khó thở, không khó nuốt hay nuốt đau, không giảm cân, không chán ăn.

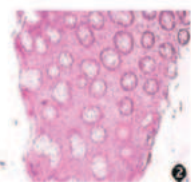
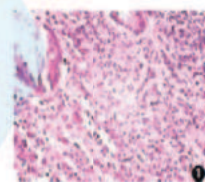
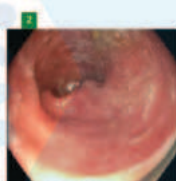
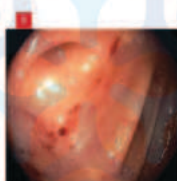
## Ca lâm sàng 1 – Bn nữ 64 t

Tiền căn

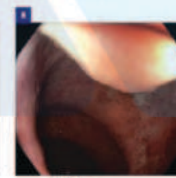
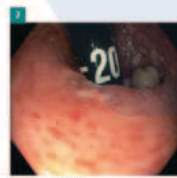
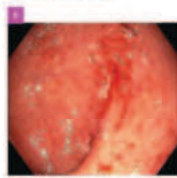
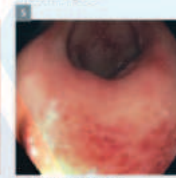
Tiền căn  
2/2020

Viêm loét ĐT  
chảy máu  
(UC)

Mesalazine (u) +  
Budesonide HM



2/2020 ST đại tràng: Loét niêm mạc kèm  
viêm đại tràng cấp tính nhẹ



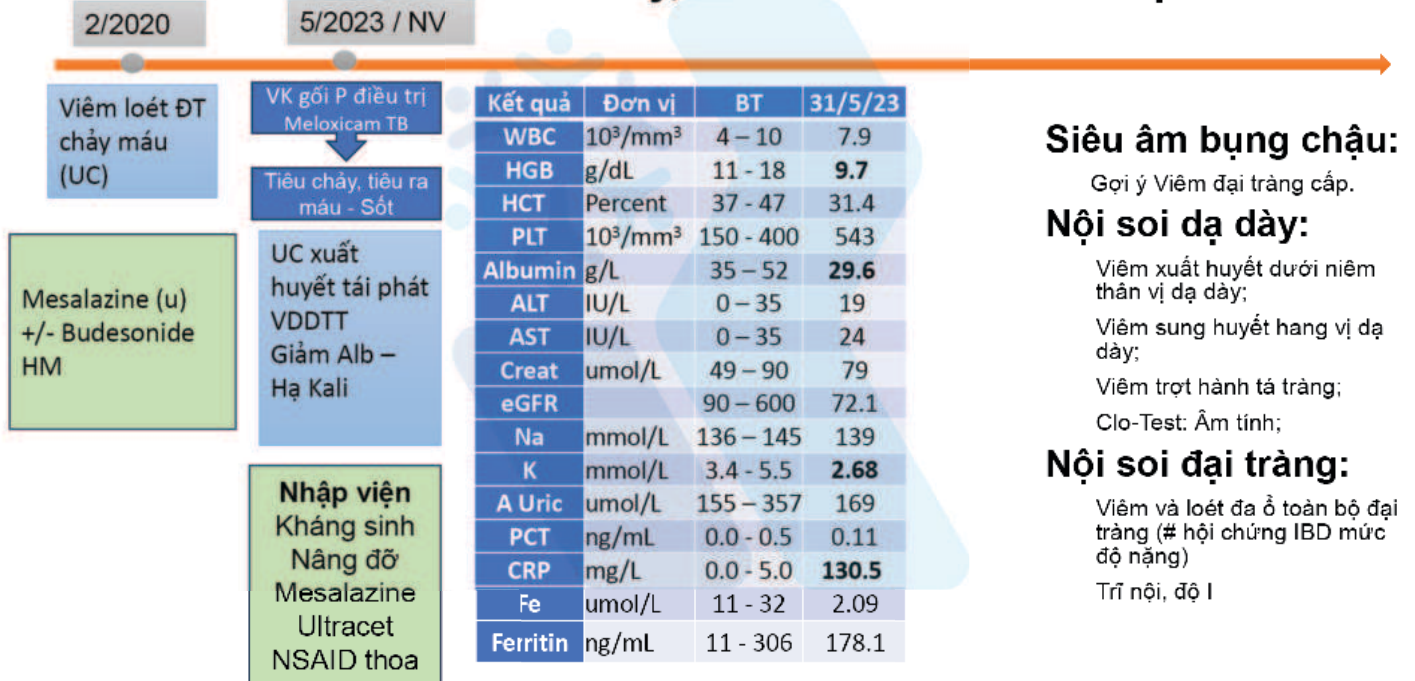
Thói quen : ko hút thuốc, rượu, sử dụng  
chất gây nghiện & Thể dục thường xuyên

Dị ứng: Cotrim, Tetracycline

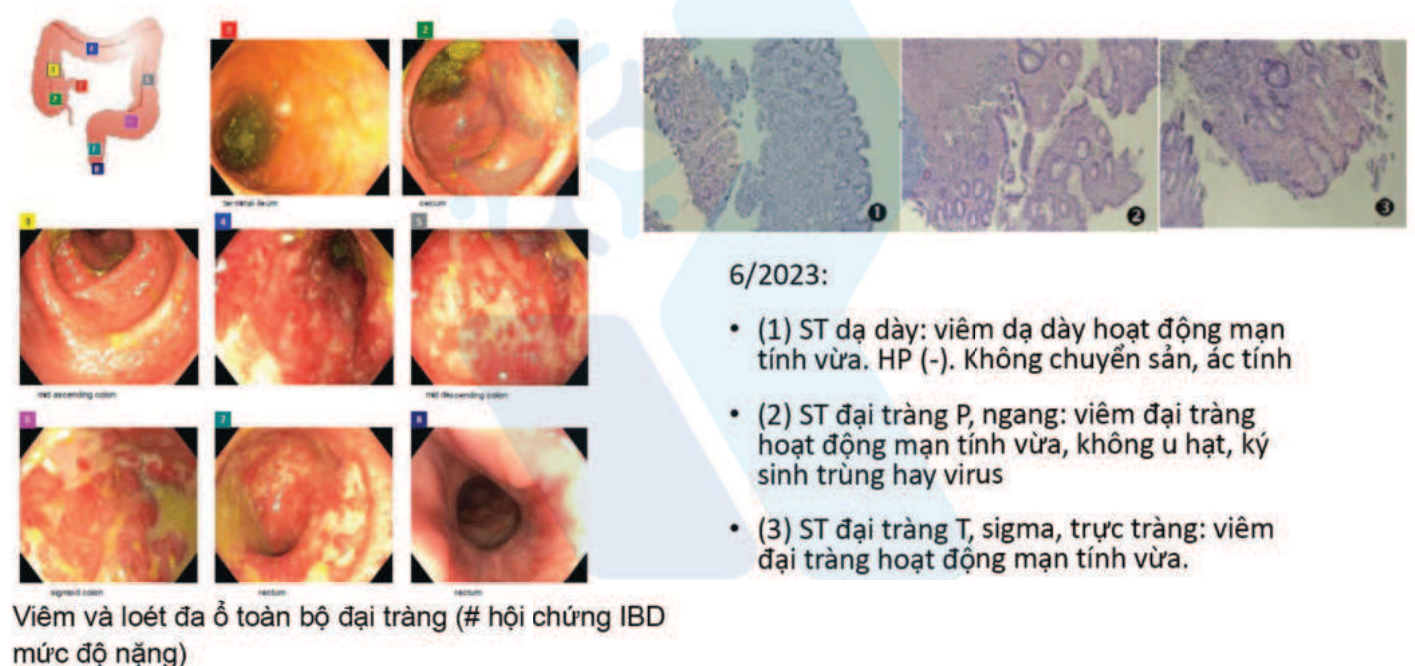
Gia đình: không ghi nhận bất thường

## Ca lâm sàng 1 – Bn nữ 64 t

**LDNV : Tiêu chảy, tiêu ra máu - Đau khớp**



## Hình ảnh nội soi ĐT và Kết quả sinh thiết

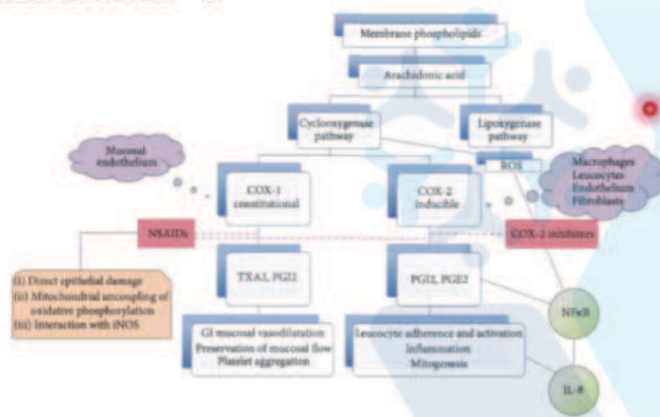




## Diễn tiến 17/6/23 – Khám CXK

- T 36.5, M 95, HA10/6, SpO2 100%, CN 52kg
- Bệnh nhân ngồi xe lăn đến khám
- Tiêu lỏng 4-5 lần/ngày, phân vàng không máu, không đau bụng, không nôn, bụng mềm, không điểm đau
- Đau sưng khớp gối P, cổ chân T, háng T, mông T
- Đau trực: 5/10, Đau NB: 9/10, Điểm bấm 0/10, Cứng khớp 6/10, Kéo dài CK 6/10, PGA 8/10 --> BASDAI = 5.6
- Tim đều, phổi trong
- Không viêm mắt, vẩy nến da
- CRP 92.6
- HLA B27-
- XN dịch khớp gối: BC 4960, N 87%, L 13%, HC 960, tt calci -, urat-, cấy -
- ANA-, Anti DsDNA-
- C3, C4 bình thường
- Lupus anticoagulant -
- ANCA screen +, confirm -
- IGRA-
- HBsAg-, HBsAb-, HBcAb-, HCV Ab-
- TSH 1.170 mU/L
- Ca 2.15 mmol/L, Mg 0.93 mmol/L
- DPX: Thiếu xương T-score - 1.8

## Sử dụng NSAIDs liệu có thể làm khởi phát hoặc nặng hơn IBD ? (1)



**Meloxicam là NSAID có ưu thế ức chế COX-2 hơn COX-1 nhưng không hoàn toàn chọn lọc.**

Ức chế COX-1 → ức chế SX prostaglandin → loét & tổn thương niêm mạc OTH

Ức chế COX-2 an toàn hơn với OTH trên

COX-2 tăng khi niêm mạc ĐT viêm để giúp sửa chữa tổn thương biểu mô và điều hòa cân bằng nội mô → sử dụng có thể ảnh hưởng (2)

(1) Eur J Clin Pharmacol (2009) 65: 963-970; (2) Ther Adv Musculoskelet Dis. 2020;12:1-3; (3) Gastroenterol Res Pract 2015 Vol. 2015 Pages 387891



## Quan điểm điều trị NSAIDs / đau khớp + IBD

- William & cs <sup>(1)</sup>: 222 BN VLĐT lui bệnh → Celecoxib 2 tuần không làm tăng nguy cơ tái phát LS và mô học của VLĐT
- Miedany & cs <sup>(2)</sup>: 76 BN IBD
  - Dùng etoricoxib 3 tháng → không làm nặng lên tình trạng bệnh IBD so với nhóm chứng (10,53% & 11,43%)
  - TDP trên đường tiêu hóa cải thiện sau khi dùng thuốc
- Meta-analysis 2018 <sup>(3)</sup>: 18 NC từ 1983-2016, nguy cơ IBD tiến triển khi dùng NSAIDs:
  - Crohn: RR 1,42, 95%CI 0,65 – 3,09
  - VLĐT: RR 1.52 %; 95%CI 0,87-2.63
  - IBD chung: RR 1.29, 95% CI 0,92-1,80

### Kết luận:

- Hạn chế dùng NSAIDs / IBD tiến triển
- Nếu cần dùng thì ưu tiênỨc Cox-2 <sup>(4)</sup>

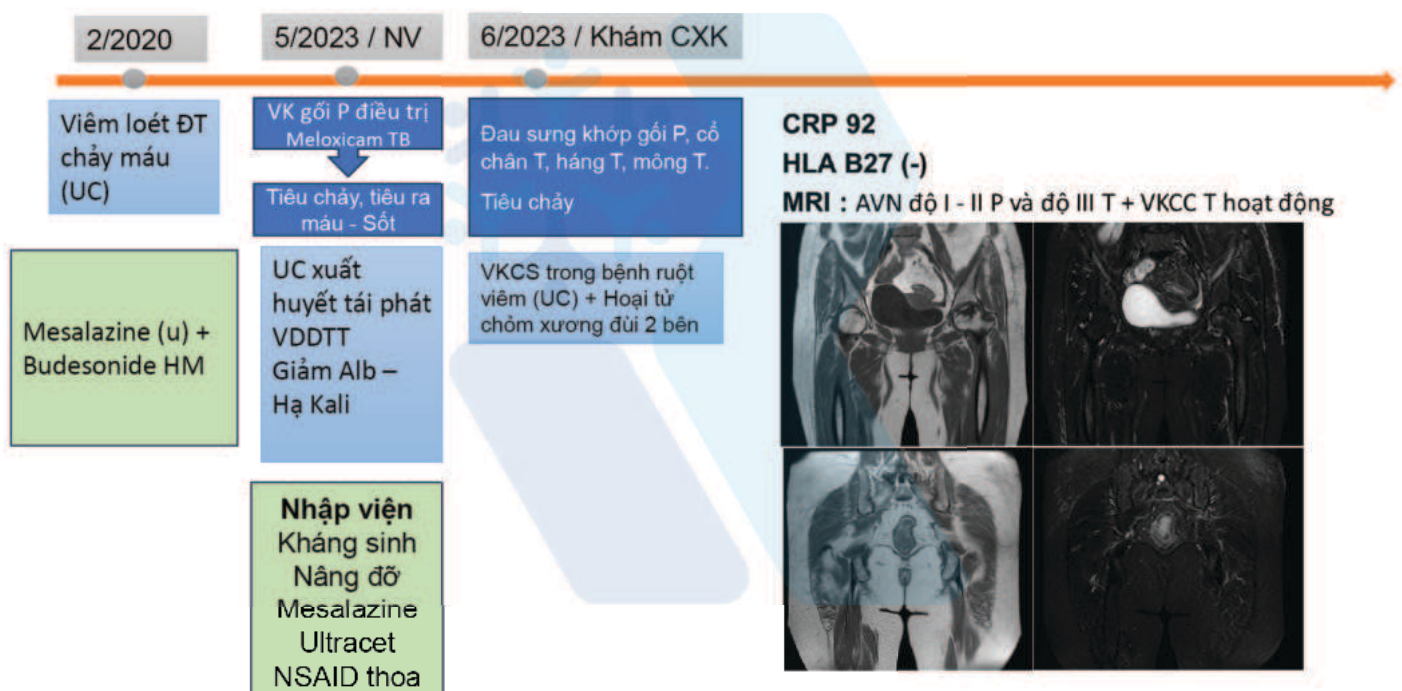
(1) Clin Gastroenterol Hepatol. 2006 Feb; 4(2): 203-11;

(2) Am J Gastroenterol 2006; 101: 311-317

(3) Aliment pharmacol Ther.2018;1-12

(4) Ther Adv Musculoskeletal Dis. 2020; 12:1-3

## Ca lâm sàng 1 – Bn nữ 64 t



> Inflamm Bowel Dis. 2023 Aug 1;29(8):1223-1230. doi: 10.1093/ibd/izac198.

# Osteonecrosis in Inflammatory Bowel Disease: Clinical Features, Risk Factor Analysis, and Outcomes

Zeinab Bakhshi <sup>1</sup>, Siddhant Yadav <sup>2</sup>, W Scott Harmsen <sup>3</sup>, Jithinraj Edakkambeth Varayil <sup>4</sup>, Kevin A Karls <sup>5</sup>, William J Tremaine <sup>1</sup>, Edward V Loftus <sup>1</sup>

Affiliations + expand

PMID: 36149260 DOI: 10.1093/ibd/izac198

## Abstract

**Background:** Avascular necrosis (AVN) is a known adverse event associated with corticosteroid (CS) usage. Inflammatory bowel disease (IBD) is often treated with a CS for induction of remission. We sought to describe clinical features and outcomes of IBD patients with AVN.

**Methods:** In this retrospective, single-center, case-control study, patients with IBD who had a diagnosis of osteonecrosis, aseptic necrosis, or AVN from 1976 to 2009 were included, and each was matched with up to 2 controls (IBD but no AVN) on age, sex, IBD subtype, geographic area of residence, and date of IBD diagnosis. We abstracted risk factor data from the medical records. Conditional logistic regression was performed accounting for minor differences in age and date of first IBD visit to assess the relationship between putative risk factors and AVN, expressed as odds ratio and 95% confidence interval.

**Results:** Eighty-five patients were diagnosed with IBD-AVN and were matched with 163 controls. The mean age at AVN diagnosis was 47.5 years. AVN was diagnosed a median of 12.2 years after IBD diagnosis, and the control group was followed for a median of 15 years after IBD diagnosis to ensure that they did not have AVN. Ten percent of patients with AVN did not have any CS exposure. History of arthropathy or estrogen use in Crohn's disease and use of CS, osteoporosis, and history of arthropathy in ulcerative colitis were significantly associated with AVN.

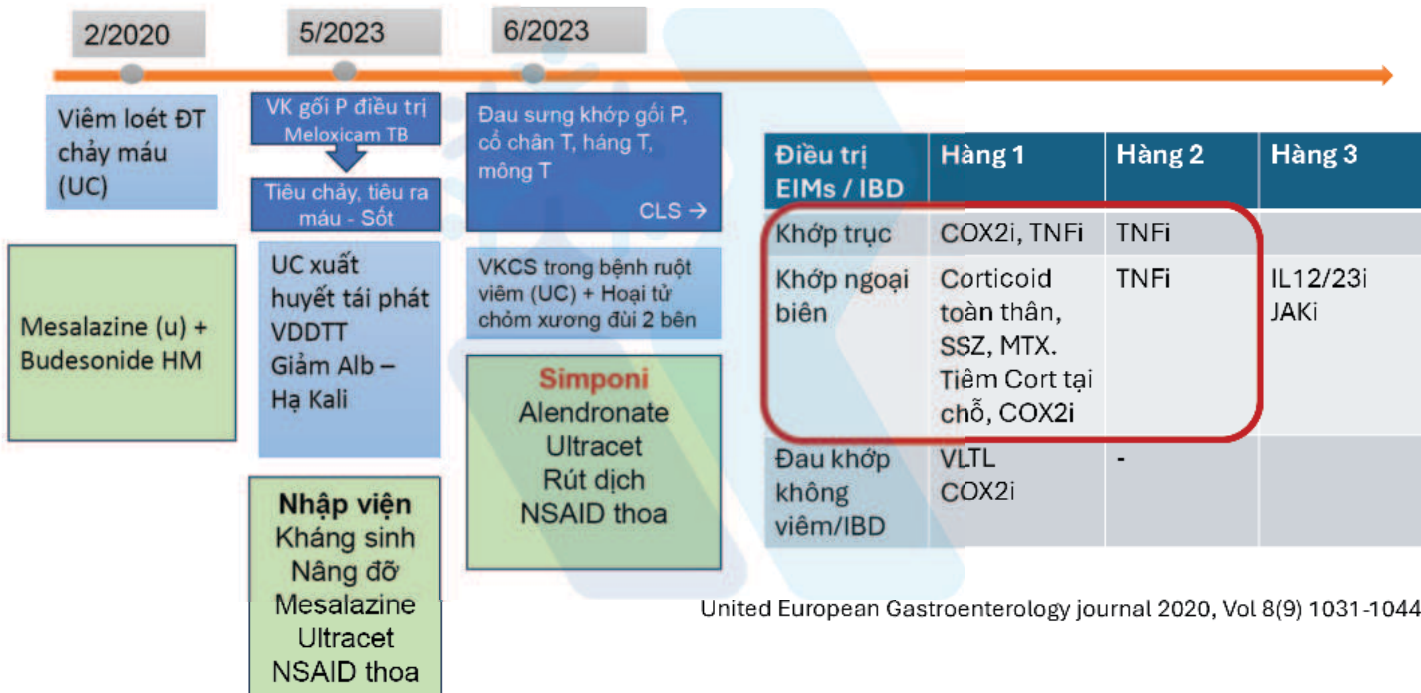
**Conclusions:** Most patients with IBD-AVN had multifocal involvement. Most had received CS, but many patients had other risk factors including arthropathy.

**Keywords:** arthropathy; avascular necrosis; corticosteroid; inflammatory bowel disease; osteonecrosis.

## AVN và IBD

- 90% BN điều trị corticoid
- Nhiều bệnh nhân kèm các YTNC khác
  - Bệnh khớp
  - Dùng Estrogen
  - Loãng xương

## Ca lâm sàng 1 – Bn nữ 64 t





## Khuyến cáo VKCS trực ASAS-EULAR 2022

Khuyến cáo tập trung vào y học cá thể, điều trị hướng mục tiêu T2T, và theo dõi

Bn có ASDAS  $\geq 2.1$ , thất bại  $\geq 2$  NSAIDs, và có hoặc CRP $\uparrow$ , MRI+ hoặc XQ VKCC

- TNFi, IL17i hoặc JAKi nên được cân nhắc
- Khuyến cáo hiện thời là **khởi đầu TNFi hoặc IL17i**

BN khi có biểu hiện ngoài khớp

- Monoclonal TNFi** được ưu tiên cho **Viêm màng bồ đào tái đi tái lại hoặc IBD**
- (IL17i chống chỉ định trên BN IBD)
- IL17i** được ưu tiên cho bệnh nhân **vảy nến** đáng kể
- Thất bại điều trị thì cần tái đánh giá lại chẩn đoán và bệnh đi kèm

Ramiro S, et al. Ann Rheum Dis 2023;82 19-34

**Golimumab: kháng thể đơn dòng được EMA và FDA chấp thuận trong SpA kèm các biểu hiện ngoài khớp**

| MOA                          | Agent            | SpA      |          |          | Vảy nến<br> | IBD<br> | Viêm màng bồ đào<br> |
|------------------------------|------------------|----------|----------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                              |                  | AS       | nr-SpA   | PsA      |                                                                                                |                                                                                              |                                                                                                           |
| TNFi (fusion protein)        | Etanercept       | A        | A        | A        | A                                                                                              |                                                                                              |                                                                                                           |
| TNFi (monoclonal antibodies) | Infliximab       | A        |          | A        | A                                                                                              | A                                                                                            | E                                                                                                         |
|                              | <b>Golimumab</b> | <b>A</b> | <b>A</b> | <b>A</b> | <b>E</b>                                                                                       | <b>A</b>                                                                                     | <b>E</b>                                                                                                  |
|                              | Adalimumab       | A        | A        | A        | A                                                                                              | A                                                                                            | A                                                                                                         |
|                              | Certolizumab     | A        | A        | A        | A                                                                                              | A                                                                                            |                                                                                                           |
| IL 17i                       | Secukinumab      | A        |          | A        | A                                                                                              |                                                                                              |                                                                                                           |
| IL 12/23i                    | Ustekinumab      |          |          | A        | A                                                                                              | A                                                                                            |                                                                                                           |
| PDE4i                        | Apremilast       |          |          | A        | A                                                                                              |                                                                                              |                                                                                                           |
| $\alpha 4\beta 7$ integrin i | Vedolizumab      |          |          |          |                                                                                                | A                                                                                            |                                                                                                           |

EMA: European Medicines Agency  
FDA: Food and Drug Administration

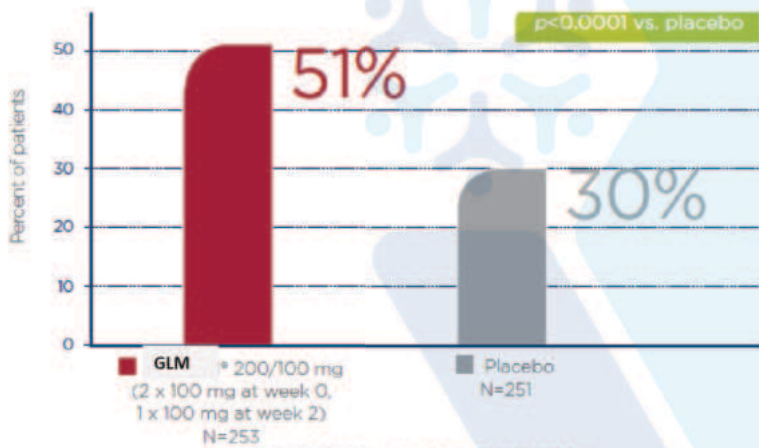
A: Được chấp thuận; E: Có hiệu quả

# HỘI NGHỊ KHOA HỌC NĂM 2025

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

### Golimumab: Hiệu quả trong điều trị viêm loét đại tràng chảy máu

Đáp ứng lâm sàng ở tuần 6 lên tới **51%** sau 2 lần tiêm  
NC PURSUIT SC induction



Patients who achieved  
clinical response

**GOLIMUMAB**  
**129**  
OF 253

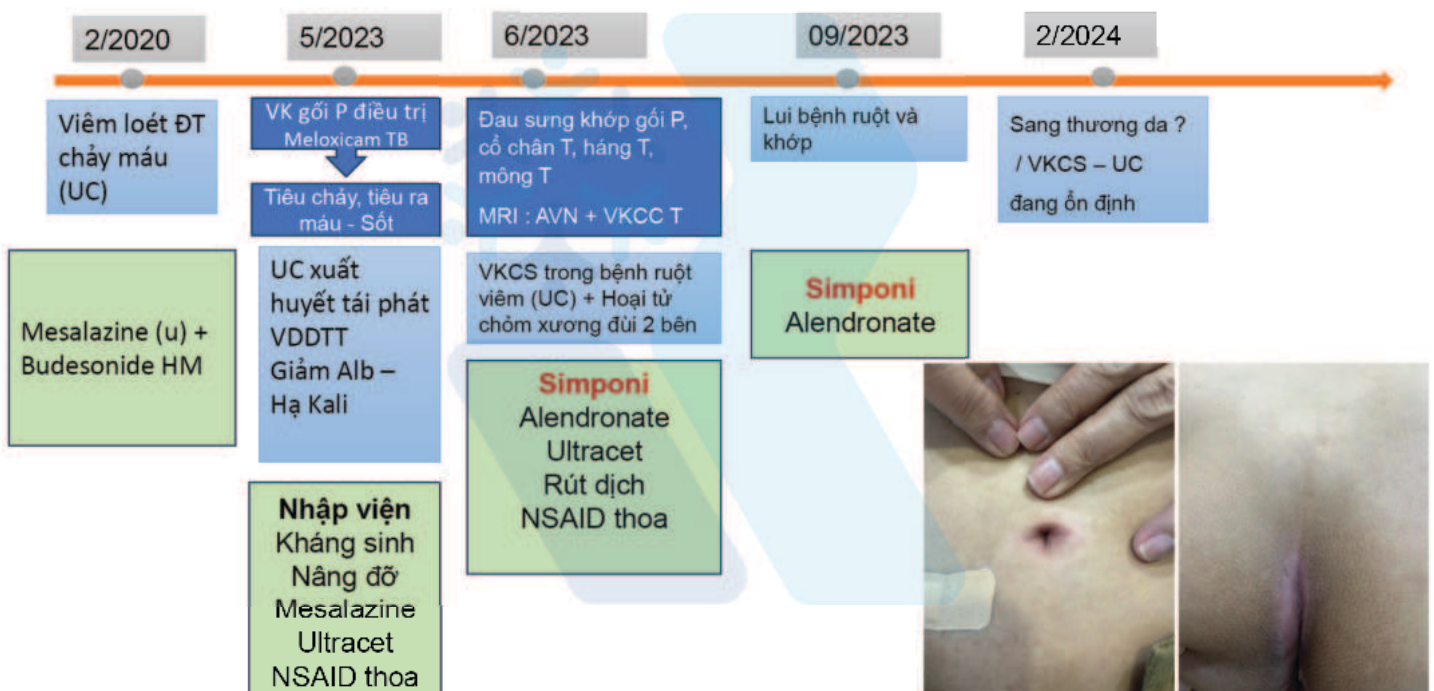
**PLACEBO**  
**75**  
OF 251

Adapted from SIMPONI® Product Monograph.

\* Defined as a decrease from week 0 of induction in the Mayo score of ≥30% and ≥5 points, accompanied by a decrease in the rectal bleeding subscore of ≥1 or a rectal bleeding subscore of 0 or 1.

† A randomized, double-blind, placebo-controlled, multicentre study (Study UC-1 PURSUIT-Induction) in 761 patients with moderately to severely active UC (Mayo score 6-12; endoscopy score ≥2) who had inadequate response to or had failed to tolerate conventional therapies or were corticosteroid dependent. Patients were randomized to receive either SIMPONI® 200 mg/100 mg or placebo subcutaneously at weeks 0 and 2, respectively. Concomitant stable doses of oral aminosalicylates, corticosteroids and/or immunomodulatory agents were permitted.

### Ca lâm sàng 1 – Bn nữ 64 t





## VKCS và biểu hiện da

1. Hồng ban nút
2. Vảy nến
3. Viêm da mũ hoại thư
4. Viêm sừng da mũ



## Các biểu hiện ngoại ruột trên IBD

| Loại EIM trong IBD                | Định nghĩa                                                                                        | Cơ xương khớp                                                                              | Da liễu                                                                                                   | Mắt                                                          |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Phản ứng                          | Chia sẻ sinh lý bệnh với IBD nhưng có mô bệnh học khác nhau                                       | Viêm khớp cột sống trực<br>Viêm khớp cột sống ngoại biên<br>Đau khớp không viêm            | Hồng ban nút<br>Viêm mũ hoại thư                                                                          | Viêm thượng củng mạc<br>Viêm củng mạc<br>Viêm màng bồ đào    |
| Biến chứng                        | Hậu quả của hoạt động bệnh ở ruột hoặc do điều trị IBD gây ra                                     | Đau khớp do thuốc (cai corticosteroid, vedolizumab)<br>Bệnh xương chuyển hóa (loãng xương) | Biểu hiện da do thuốc, ví dụ: tổn thương dạng vảy nến (do anti-TNF) hoặc phản ứng quá mẫn (do thiopurine) | Tăng nhãn áp do thuốc<br>Đục thủy tinh thể do corticosteroid |
| Liên quan                         | Có thể chia sẻ con đường di truyền và miễn dịch với IBD nhưng được xem là các thực thể riêng biệt | Viêm khớp cột sống trực                                                                    | Viêm tuyến mồ hôi mưng mủ<br>Vảy nến                                                                      |                                                              |
| Cụ thể/Liên quan chặt chẽ với IBD | Có mô bệnh học tương tự như IBD                                                                   |                                                                                            | Viêm da niêm mạc trong Crohn                                                                              |                                                              |

## Vẩy nến đảo ngược

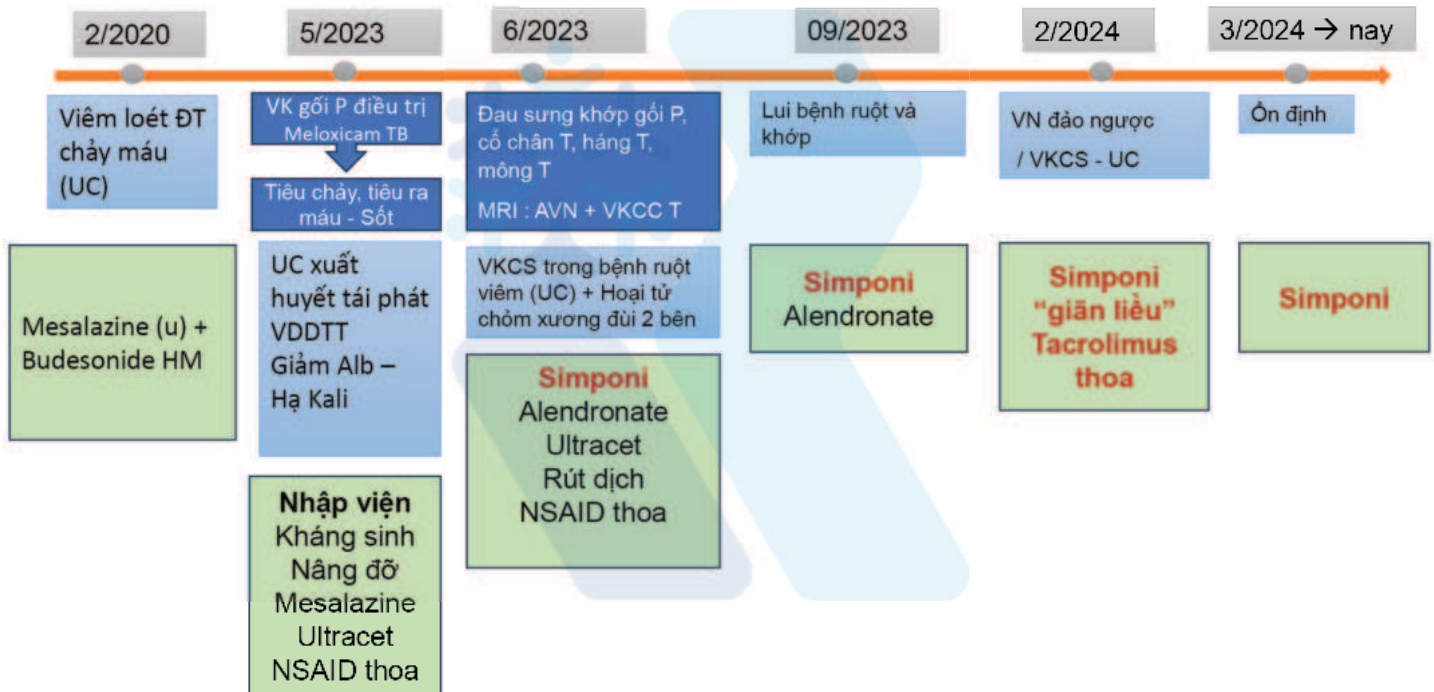


## Điều trị các biểu hiện da liễu trên IBD

| Điều trị EIMs/IBD         | Hàng 1                                                            | Hàng 2                                                                  | Hàng 3                    |
|---------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| Hồng ban nút              | KS IBD tiềm ẩn<br>COX2i                                           | Cort toàn thân ngắn hạn<br>(1-2 tuần), HCQ                              |                           |
| Viêm da mủ hoại thư       | CS vết thương<br>Tại chỗ (Corticoid,<br>Tacrolimus)               | Cort toàn thân, CNI, CYC<br>u, Tacrolimus, AZA, MTX                     | TNFi                      |
| Viêm tuyến mồ hôi mưng mủ | KS tại chỗ (Clindamycin),<br>Tetracyclin u                        | Cắt lọc ngoại khoa<br>Phối hợp KS<br>Acitretin                          | TNFi                      |
| Vẩy nến                   | Cort tại chỗ<br>Dẫn xuất Vit D<br>Tacrolimus<br>Ảnh sánh trị liệu | Điều trị hệ thống: MTX,<br>Cyclosporin A, Acitretin,<br>Fumaric A ester | TNFi<br>IL12/23i<br>IL23i |



## Ca lâm sàng 1 – Bn nữ 64 t

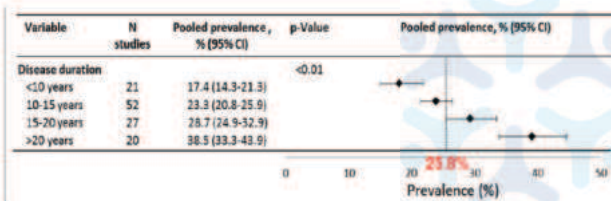


## NHỮNG ĐIỂM HỌC TẬP Ở CA LÂM SÀNG 1

- Góc nhìn đa chiều của cùng 1 bệnh cảnh:
  - SpA + biểu hiện ngoài khớp
  - IBD + biểu hiện ngoài ruột.
- Chẩn đoán và điều trị sớm, toàn diện cần có sự kết hợp đa chuyên khoa.
- Cá thể hóa điều trị
  - Cân nhắc sinh học sớm trường hợp này vì
    - NSAIDs tại chỗ thay vì toàn thân do VDDTT + VLĐT chưa kiểm soát được
    - AVN hạn chế điều trị corticoid
  - Xử trí Vảy nến đảo ngược / TNFi
    - Hàng đầu theo khuyến cáo là điều trị tại chỗ (CNI –tacrolimus)
    - Dẫn liều Simponi trong bối cảnh lui bệnh ruột + khớp bền vững (6 tháng)

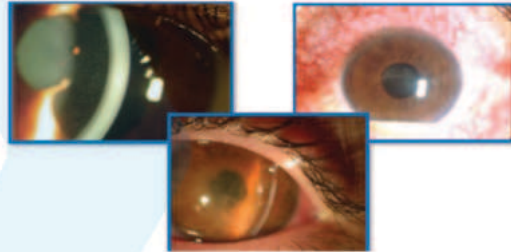
## VCSDK và Viêm màng bồ đào

### 25,8 % BN AS có viêm màng bồ đào



Tỷ lệ gộp viêm màng bồ đào qua các nghiên cứu (systemic review and meta-analysis): **25,8%**  
Thời gian mắc bệnh AS càng lâu -> tỷ lệ mắc viêm màng bồ đào càng cao

Stohrlik C, et al. Ann Rheum Dis 2015;34:65-73



Triệu chứng: đỏ, đau, sợ ánh sáng, nhìn mờ<sup>2</sup>  
Tái đi tái lại, thường 1 bên, khởi phát đột ngột<sup>3</sup>  
Tiền phòng là vị trí thường gặp nhất<sup>1</sup> → VMBĐ trước  
USA: 30.000 ca mù mỗi năm. 10-15% VMBĐ

**Viêm màng bồ đào làm tăng nguy cơ mất thị lực**

Images provided by Dr. Franco

1. Chang JH, et al. Survey Curr Ophthalmol 2005;50:364-88; 2. Muchatuta MN. Iritis và uveitis. Available at: <http://emedicine.medscape.com/article/798323-overview>; 3. Whitcup SM. Màng bồ đào trước uveitis. In: Nussenblatt RB, Whitcup SM eds. Uveitis. Fundamentals và Clinical Practice. 4th edition. Mosby-Elsevier;2010:251-68

## Các chọn lựa điều trị cho VMBĐ trước và VKCS

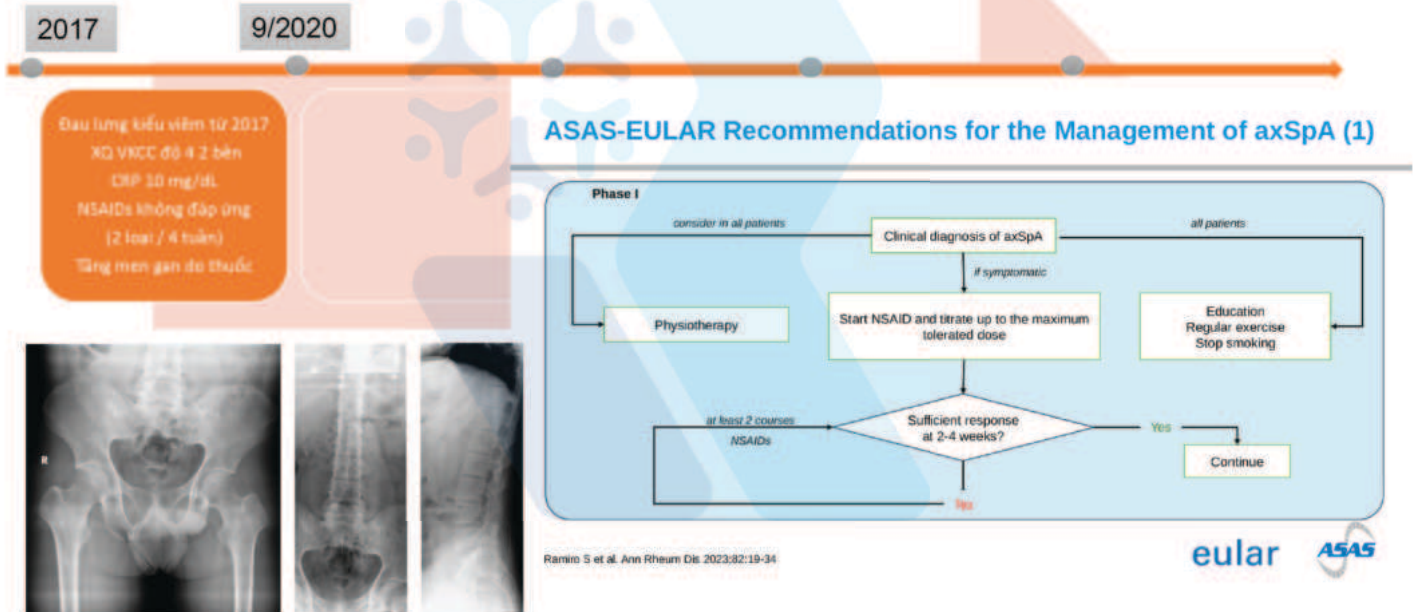
### Điều trị

- Hàng 1 Corticosteroid tại chỗ ( $\geq 12$  lần/ngày)
- Dẫn đồng tử để ngừa dính mống mắt
- TNFi KT đơn dòng được chứng minh hiệu quả giảm tần xuất và độ nặng đợt cấp VMBĐ (Adalimumab, Golimumab, Infliximab)
- TNFi protein fusion (ENT) không hiệu quả cho VMBĐ

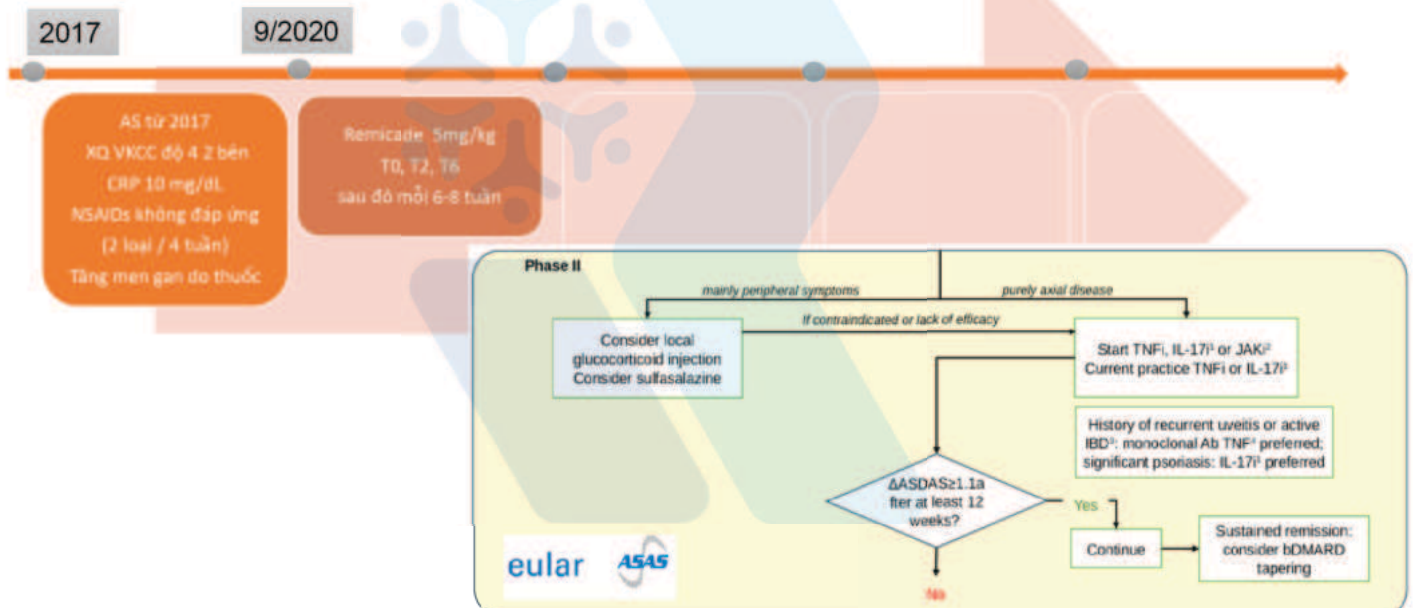
### Phòng ngừa

- Không chỉ định phòng ngừa VMBĐ
- Giáo dục BN nhận biết các đợt cấp và bắt đầu tại nhà điều trị sớm

## Ca lâm sàng 2 – Bn nam 24 t

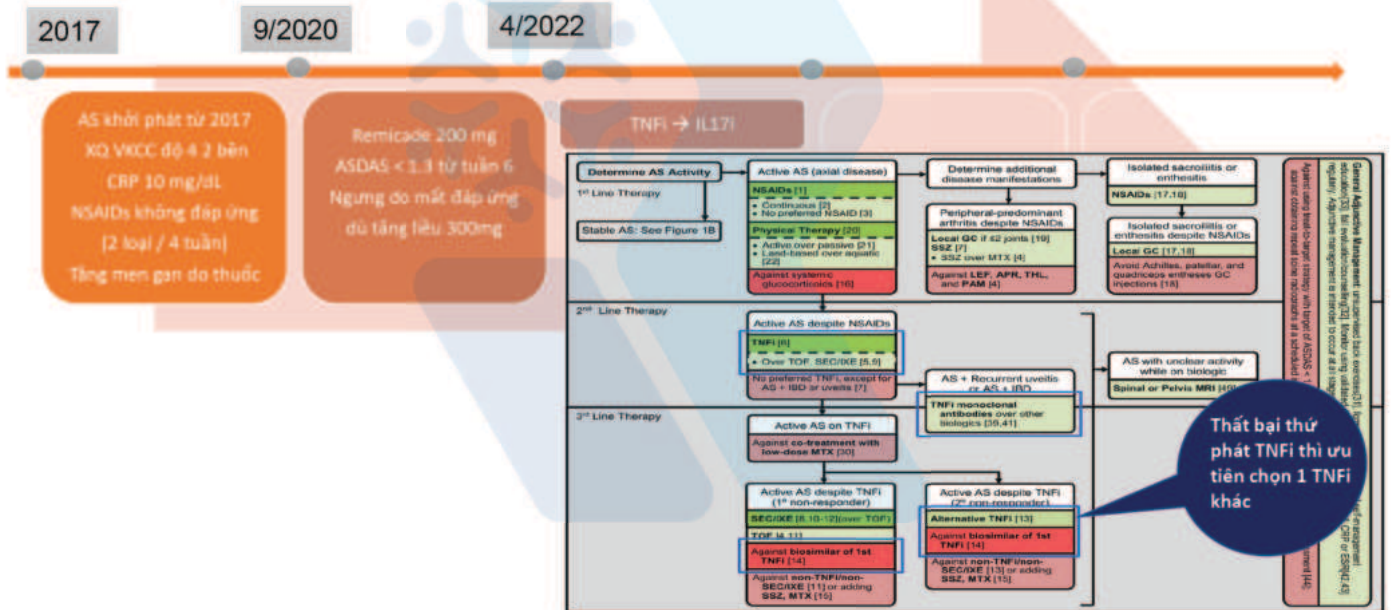


## Ca lâm sàng 2 – Bn nam 24 t

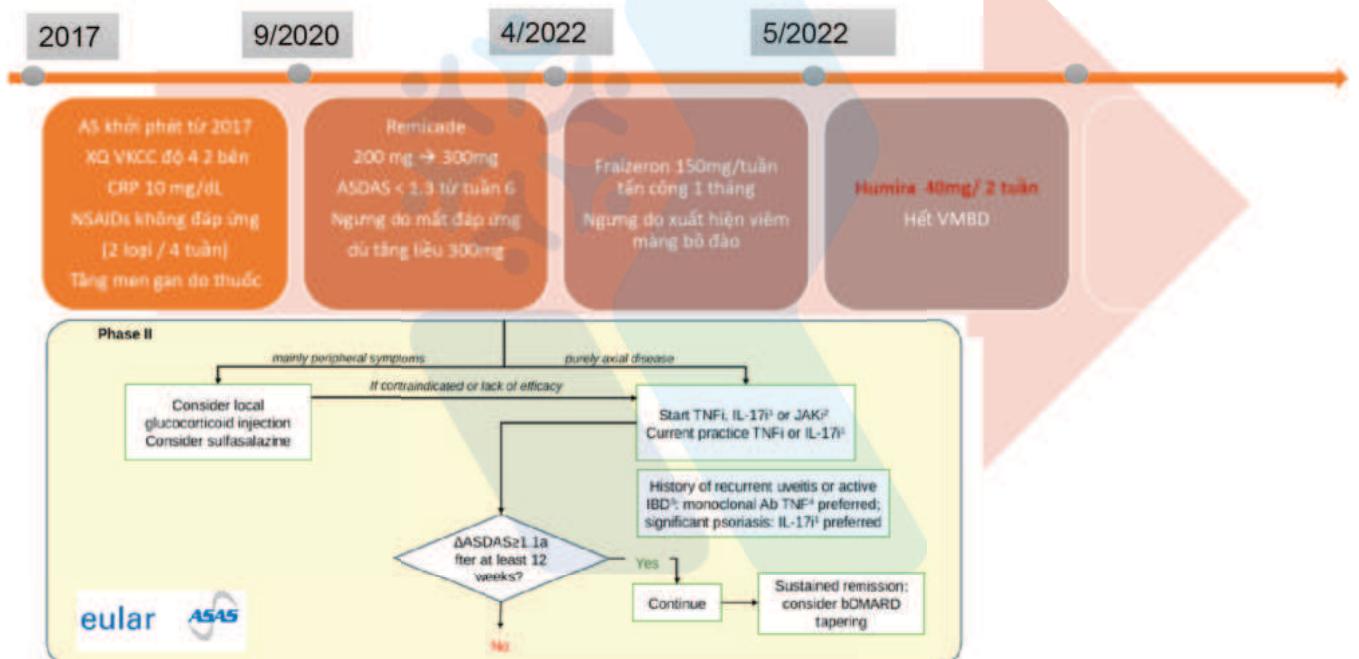




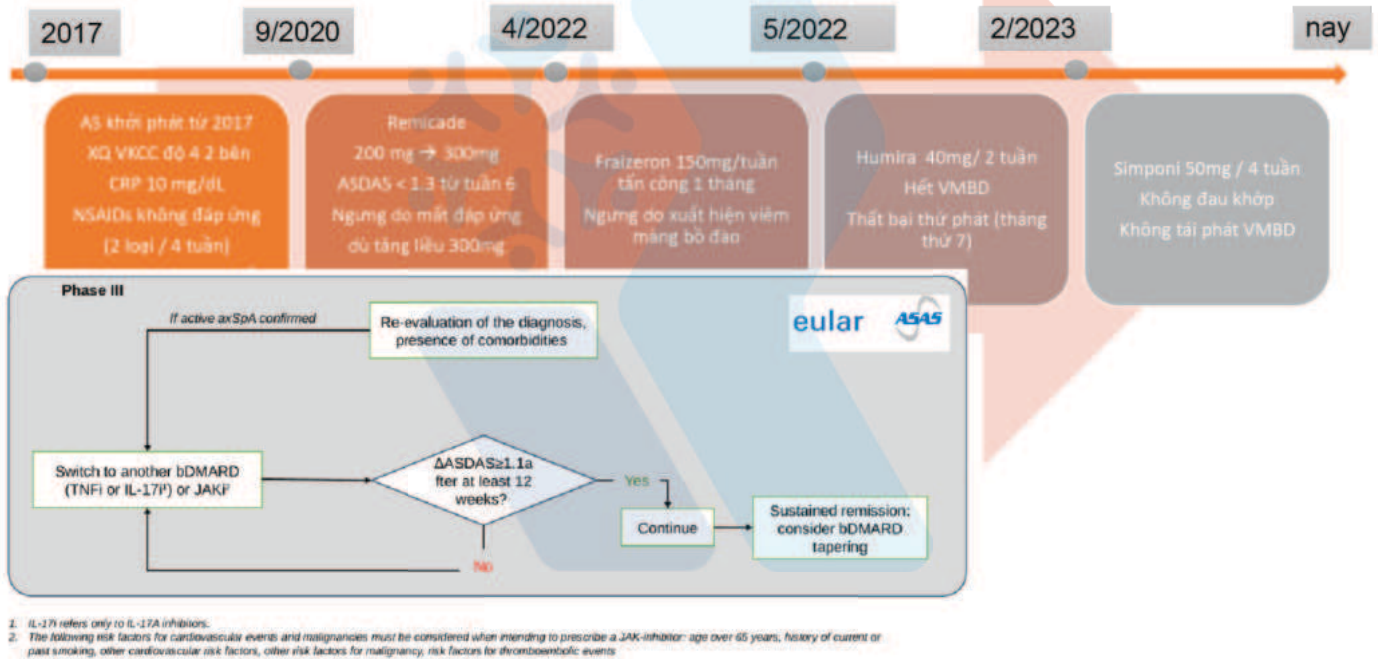
## Ca lâm sàng 2 – Bn nam 24 t



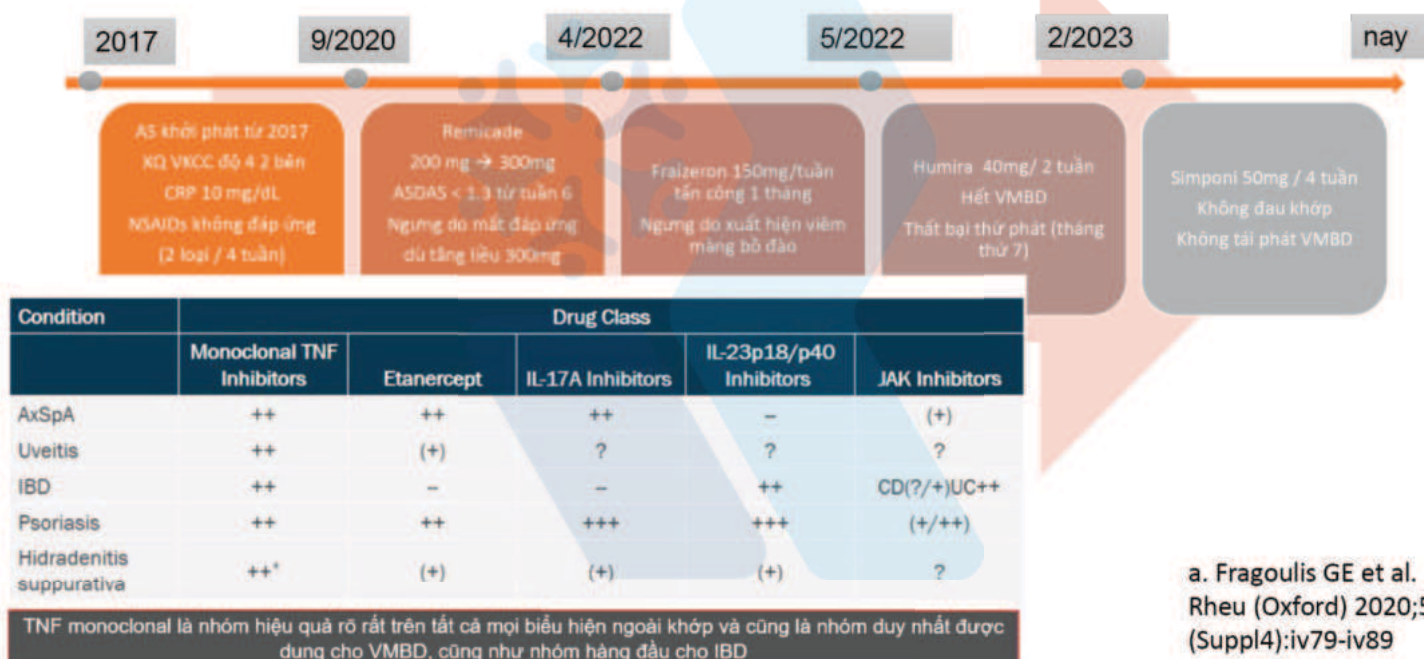
## Ca lâm sàng 2 – Bn nam 24 t



## Ca lâm sàng 2 – Bn nam 24 t



## Ca lâm sàng 2 – Bn nam 24 t

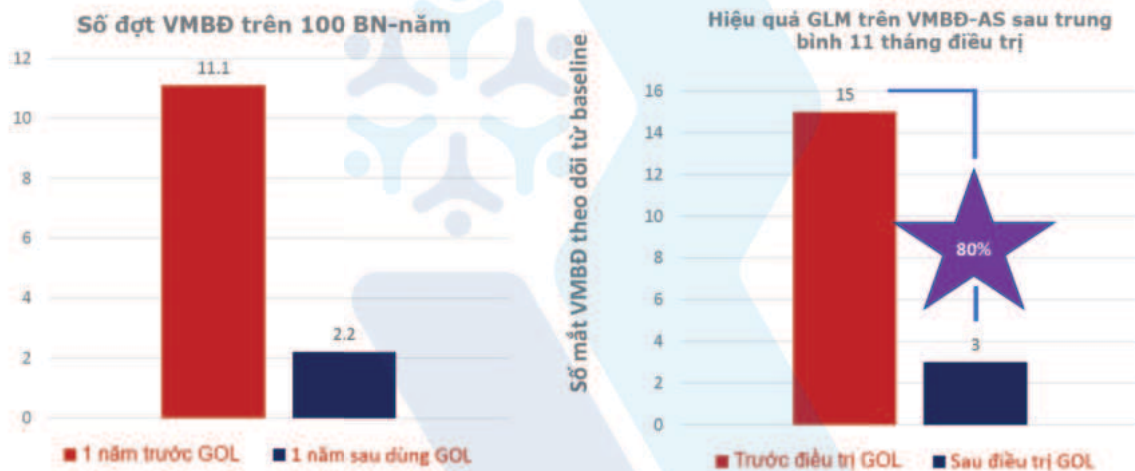


# HỘI NGHỊ KHOA HỌC NĂM 2025

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

### Golimumab: Hiệu quả trên Viêm màng bồ đào trong AS

Giảm **80%** ca viêm màng bồ đào trên bn AS trong 1 năm điều trị

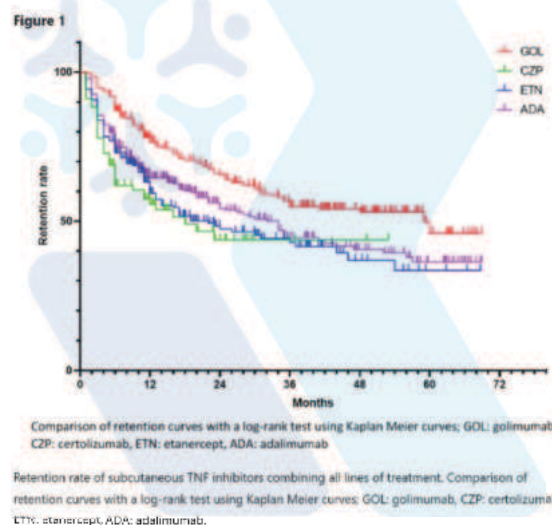


Số liệu lấy từ: van Benthum RF et al. *J Rheumatol*. 2019;46:153-9

Yazgan S, Celik U, Isik M, et al. Efficacy of golimumab on recurrent uveitis in HLA-B27-positive ankylosing spondylitis. *Int Ophthalmol*. 2017;37:139-145.

NC trên 12 BN AS có HLA-B27+ ( 15 mắt VMBĐ) đã điều trị thất bại với các thuốc cổ đến, ETN,ADA, thời gian theo dõi: 8-18 tháng

Retention rate of subcutaneous TNF inhibitors in axial spondyloarthritis in a multicentre study from the RIC-FRANCE network.



Larid, G. et al. *Sci Rep* 14, 1374 (2024).



## Khuyến cáo EULAR 2023

### CÁC BIỂU HIỆN NGOÀI KHỚP ẢNH HƯỞNG QUYẾT ĐỊNH ĐIỀU TRỊ



#### Biểu hiện da

- VN nặng: IL17Ai hoặc IL17A&Fi hoặc IL23i hoặc IL12/23i

#### VMBD

- TNFi kháng thể đơn dòng

#### IBD

- TNFi kháng thể đơn dòng
- IL12/23i hoặc IL23i
- JAKi\*

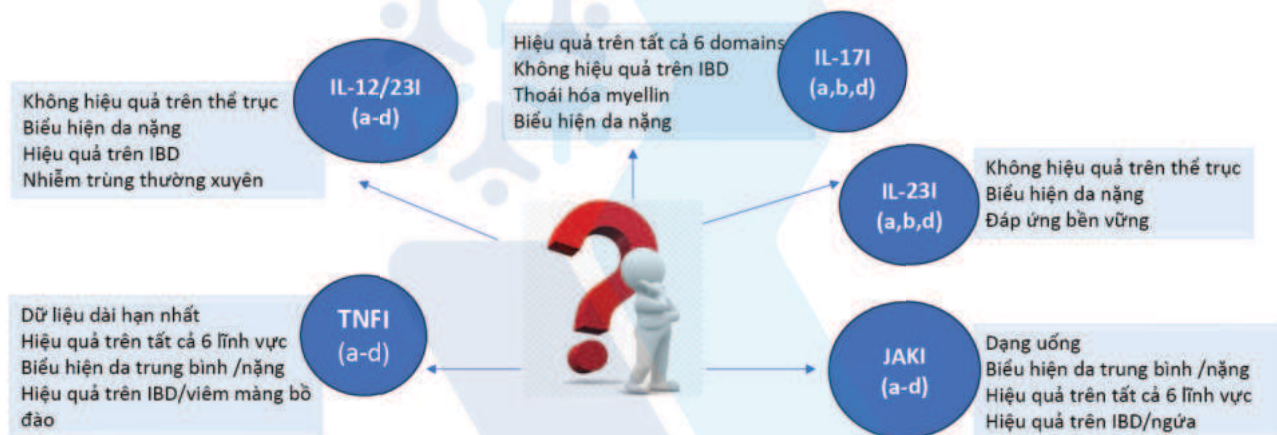
Không có thứ tự nào ưa thích hơn. Tuân theo cấp phép của EMA và cân nhắc tính an toàn

\* Với JAKi, cần trọng cho BN nguy cơ cao, theo KC EMA

Gossec L et al. Ann Rheum Dis 2024;83:706-719

## Hướng dẫn của EULAR, GRAPPA và ACR về quản lý Viêm khớp cột sống

Quyết định điều trị vẫn chủ yếu dựa trên kinh nghiệm và các yếu tố liên quan chi phí điều trị, chứ không được quyết định bởi cơ chế bệnh sinh



ACR, American College of Rheumatology; EULAR, European League Against Rheumatism; GRAPPA, Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis; JAKi, Janus kinase inhibitor; TNFi, tumor necrosis factor inhibitor.  
Slide courtesy of Iain B. McInnes, CBE, PhD, FRCP, FRSE, FMedSci, based on a. Ogdie A, et al. Rheumatology (Oxford). 2020;59:137-146; b. Gossec L, et al. Ann Rheum Dis. 2020;79:700-712; c. Ramiro S, et al. Ann Rheum Dis. 2022. doi:10.1136/ard-2022-223296 [Epub ahead of print]; d. Coates LC, et al. Nat Rev Rheumatol. 2022;18:465-479; e. Ward MM, et al. Arthritis Rheumatol. 2019;71:1599-1613.

