

# Optimalizácia stratégie liečby pri RA

---

MUDr. Michaele Záriková, PhD.

Reuma Up-Grade, December 2022

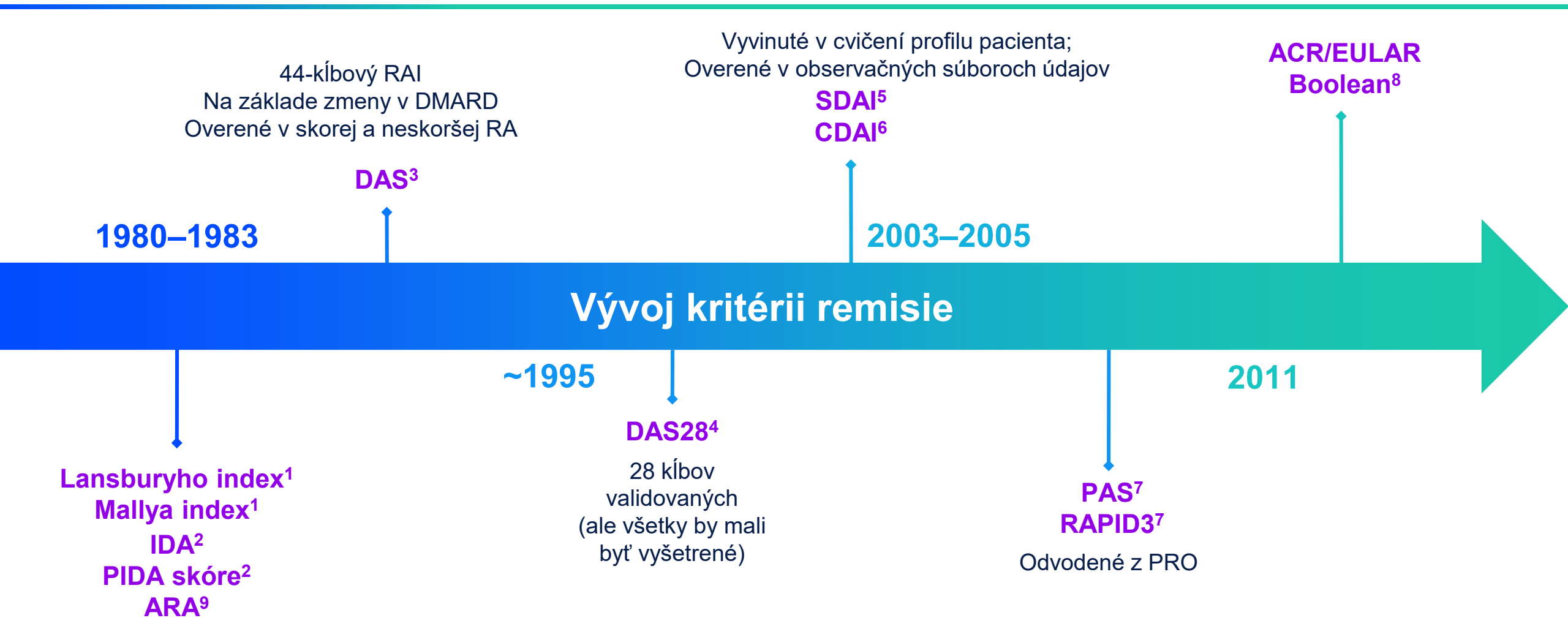
# VYHLÁSENIE O KONFLIKTE ZÁUJMOV AUTORA

Deklarujem nasledujúci konflikt záujmov

Forma finančného prepojenia	Spoločnosť
Participácia na klinických štúdiách/firemnom grante	AbbVie, Novartis, Eli-Lilly, Pfizer
Nepeňažné plnenie (v zmysle zákona)	Abbvie, Novartis, Eli-Lilly, MSD, GSK
Prednášajúci	AbbVie, Novartis, Eli-Lilly, MSD, GSK
Akcionár	0
Konzultant/odborný poradca	GSK
Ostatné príjmy (špecifikovať)	0

Podľa UEMS (upravené v zmysle slovenskej legislatívy)

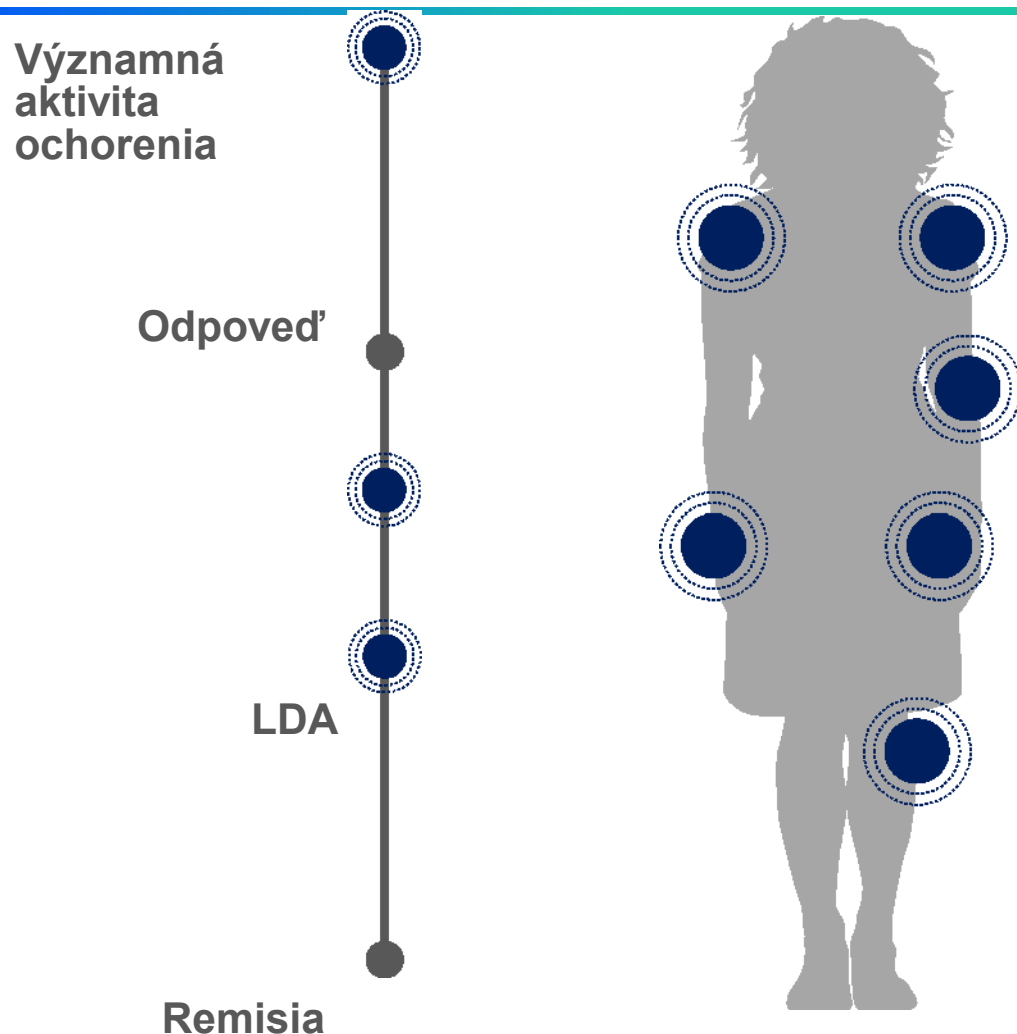
# Časová os kritérií remisie



DAS, Skóre Aktivity ochorenia; IDA, Index aktivity ochorenia;  
PAS, stupnica aktivity pacienta; PIDA, % zlepšenie v IDA;  
PRO, pacientom hlásené výsledky; RAI, Ritchieho artikulárny Index;  
RAPID-3, Rutinné hodnotenie údajov indexu pacienta s 3 meraniami

1. Mallya RK & Mace BE. Rheumatol Rehabil 1981;20:14–7; 2. van Riel PL, et al. Tissue Antigens 1983;22:194–9;  
3. van Riel PLCM, et al. Br J Rheumatol 1996;35(Suppl. 2):4–7; 4. Prevoo MLL, et al. Arthritis Rheum 1995;38:44–8;  
5. Smolen JS, et al. Rheumatology 2003;42:244–57; 6. Aletaha D, et al. Arthritis Research & Therapy 2005;7:R796–R806;  
7. Anderson J, et al. Arthritis Care Res 2012;64:640–7; 8. ;70:404–13;  
9. P.Felson DT, et al. Ann Rheum Dis. 2011;24:1308–15

# Definície odpovede, LDA, a remisia v RA



## ODPOVEĎ

- Zlepšenie príznakov a symptómov významnej aktivity zápalového ochorenia<sup>1</sup>
- Merené podľa **ACR20/50/70**<sup>1</sup> alebo EULAR odpovede (dobrá/mierna)

## LDA

- **Minimálne** príznaky a symptómy významnej aktivity zápalového ochorenia<sup>2-4</sup>
- Merané podľa rôznych kritérií, vrátane **RAPID3 ≤6, DAS28-CRP or DAS28-ESR ≤3.2, CDAI ≤10, a SDAI ≤11**<sup>2-5</sup>

## REMISIA

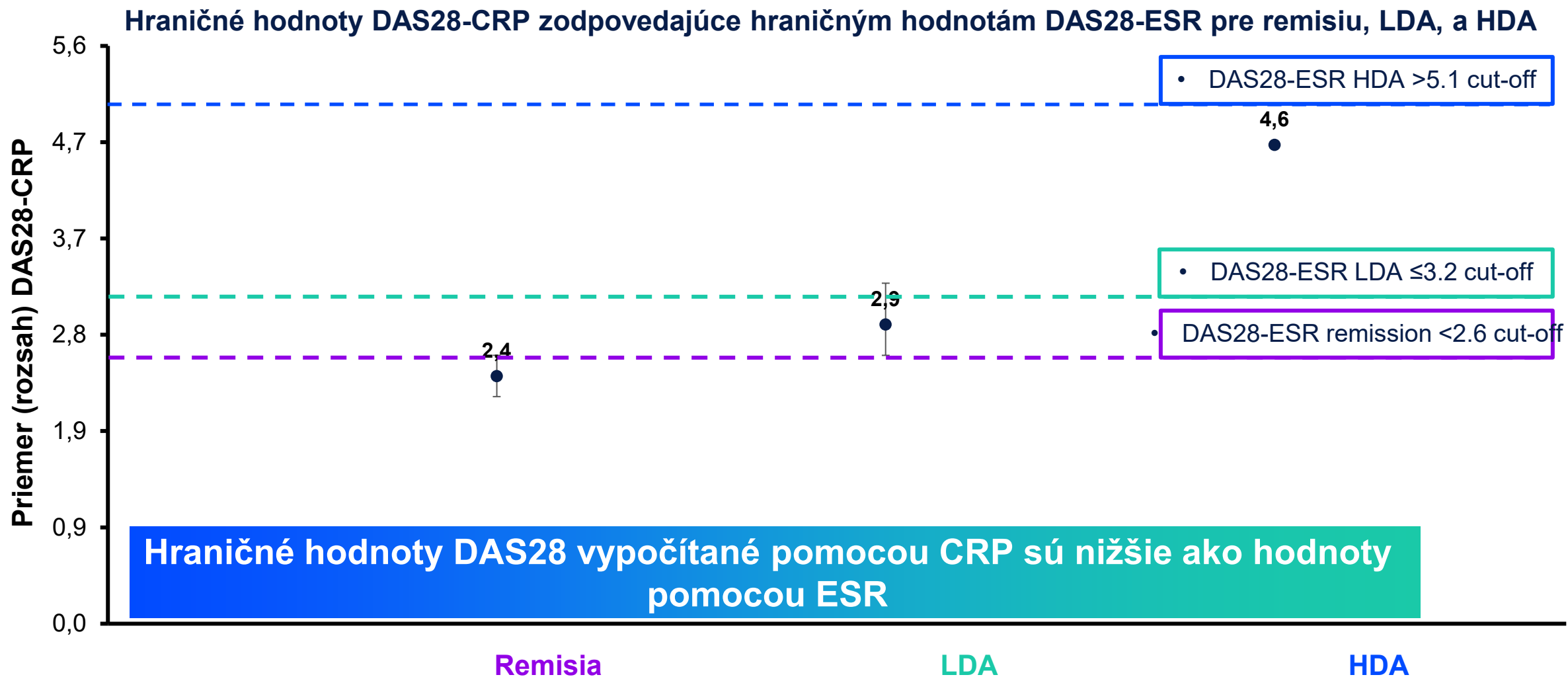
- **Absencia** príznakov a symptómov významnej aktivity zápalového ochorenia<sup>6</sup>
- Merané podľa rôznych kritérií, vrátane **RAPID3 ≤3, DAS28-CRP or DAS28-ESR <2.6, CDAI ≤2.8, SDAI ≤3.3, a Boolean**<sup>2-5,7</sup>

ACR20/50/70=improvement of  $\geq 20$ , or  $\geq 50$ , or  $\geq 70$ , respectively, in tender joint count (TJC), swollen joint count (SJC), and at least 3 other core American College of Rheumatology (ACR) criteria. RAPID3=Routine Assessment of Patient Index Data 3. ESR=erythrocyte sedimentation rate. CDAI=Clinical Disease Activity Index. SDAI=Simplified Disease Activity Index.

1. Felson DT, et al. *Arthritis Rheum.* 1995;38(6):727-735. 2. NRAS website. <https://www.nras.org.uk/the-das28-score>. Accessed June 6, 2019. 3. ACR website.

<https://www.rheumatology.org/Portals/0/Files/CDAI%20Form.pdf>. Accessed June 6, 2019. 4. ACR website. <https://www.rheumatology.org/Portals/0/Files/SDAI%20Form.pdf>. Accessed June 6, 2019. 5. Pincus T, et al. *Rheum Dis Clin North Am.* 2009;35(4):773-778. 6. Smolen JS, et al. *Ann Rheum Dis.* 2016;75(1):3-153. 7. EULAR website. <https://www.eular.org/myUploadData/files/RA%20Remission%20Slides-Web.pdf>. Accessed June 6, 2019.

# Použitie DAS28-CRP s medznými hodnotami aktivity ochorenia na báze DAS28-ESR podhodnocuje počet pacientov s HDA



# ACR/EULAR Boolean remisia nie sú využívané často a sú zriedka dosiahnuteľné

## ACR/EULAR Boolean definícia<sup>1</sup>:

V každom časovom bode, musí pacient spĺňať  
VŠETKY nasledovné:

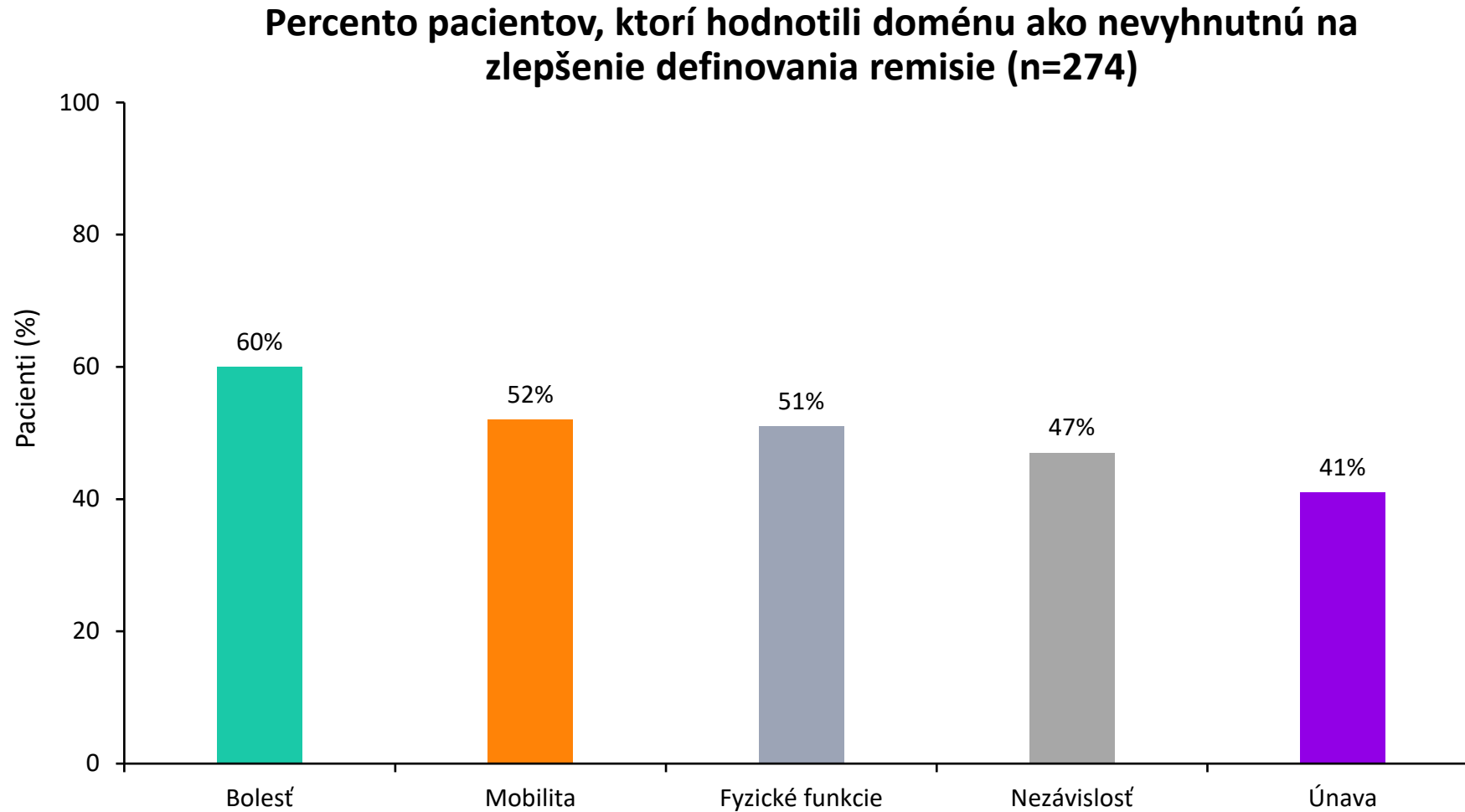
- TJC  $\leq 1$ <sup>a</sup>
- SJC  $\leq 1$ <sup>a</sup>
- PtGA  $\leq 1$  (na škále od 0–10)
  - CRP  $\leq 1$  mg/dL

Boolean remisia sa považuje za veľmi prísnu definíciu remisie, pričom niektoré skupiny naznačujú, že podceňuje remisiu v reálnej klinickej praxi<sup>2–6</sup>

Od svojej publikácie v roku 2011, bol zriedkavo hlásený ako primárny koncový cieľ v klinických štúdiách<sup>2,3</sup>

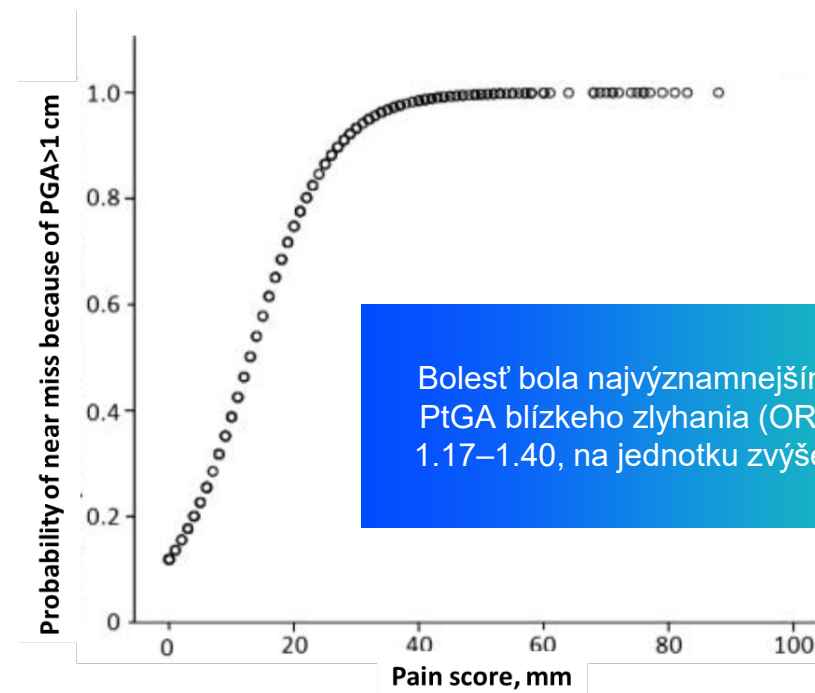
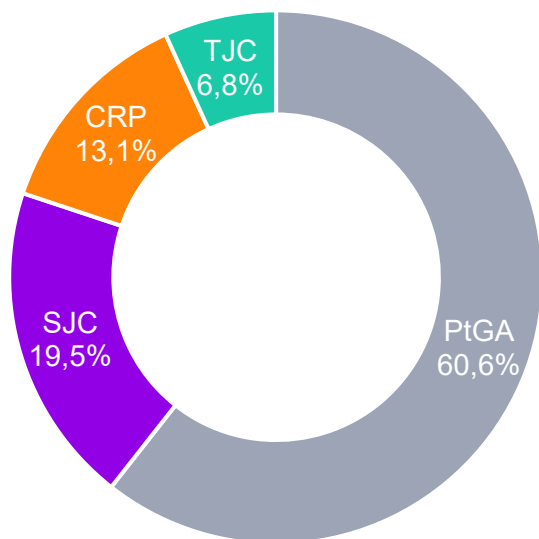
V klinických štúdiách, Boolean remisiu zvyčajne dosiahne len 4–20% pacientov<sup>5,6</sup>, pričom v RWS štúdiách klesá na 5–6%<sup>7</sup>

Medzi faktory, ktoré pacienti hodnotia ako zásadné pre charakterizáciu remisie, patrí redukcia, alebo absencia bolesti, väčšia nezávislosť, a menšia, alebo žiadna únava



# Skóre celkového hodnotenia pacienta je kľúčovým faktorom pri nedosiahnutí Boolean remisie ACR/EULAR v RA

Limitujúce faktory pacientov s RA ktorí dosiahli 3 zo 4 Boolean kritérií remisie (n=411)



PtGA >1 bol najčastejším dôvodom nedosiahnutia Boolean remisie

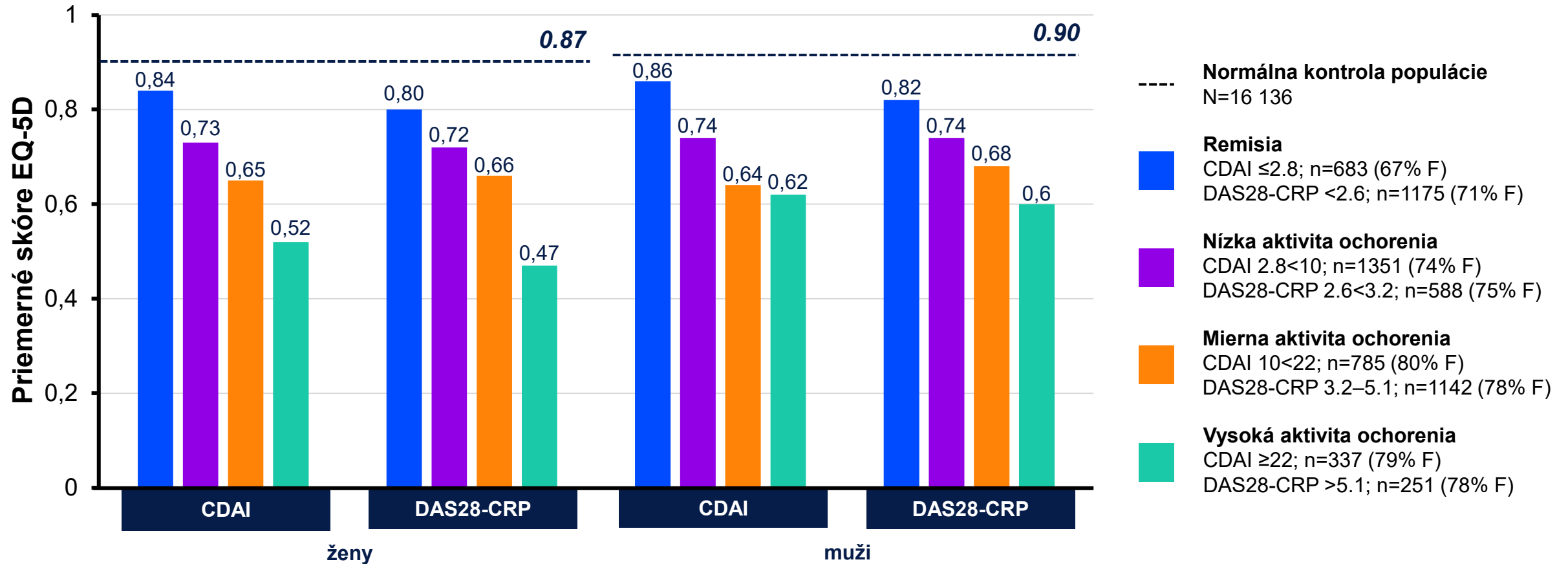
Bolest' bola najvýznamnejším prediktorom PtGA >1



*Prečo by sme sa mali snažiť  
dosiahnuť remisiu u pacientov s RA?*

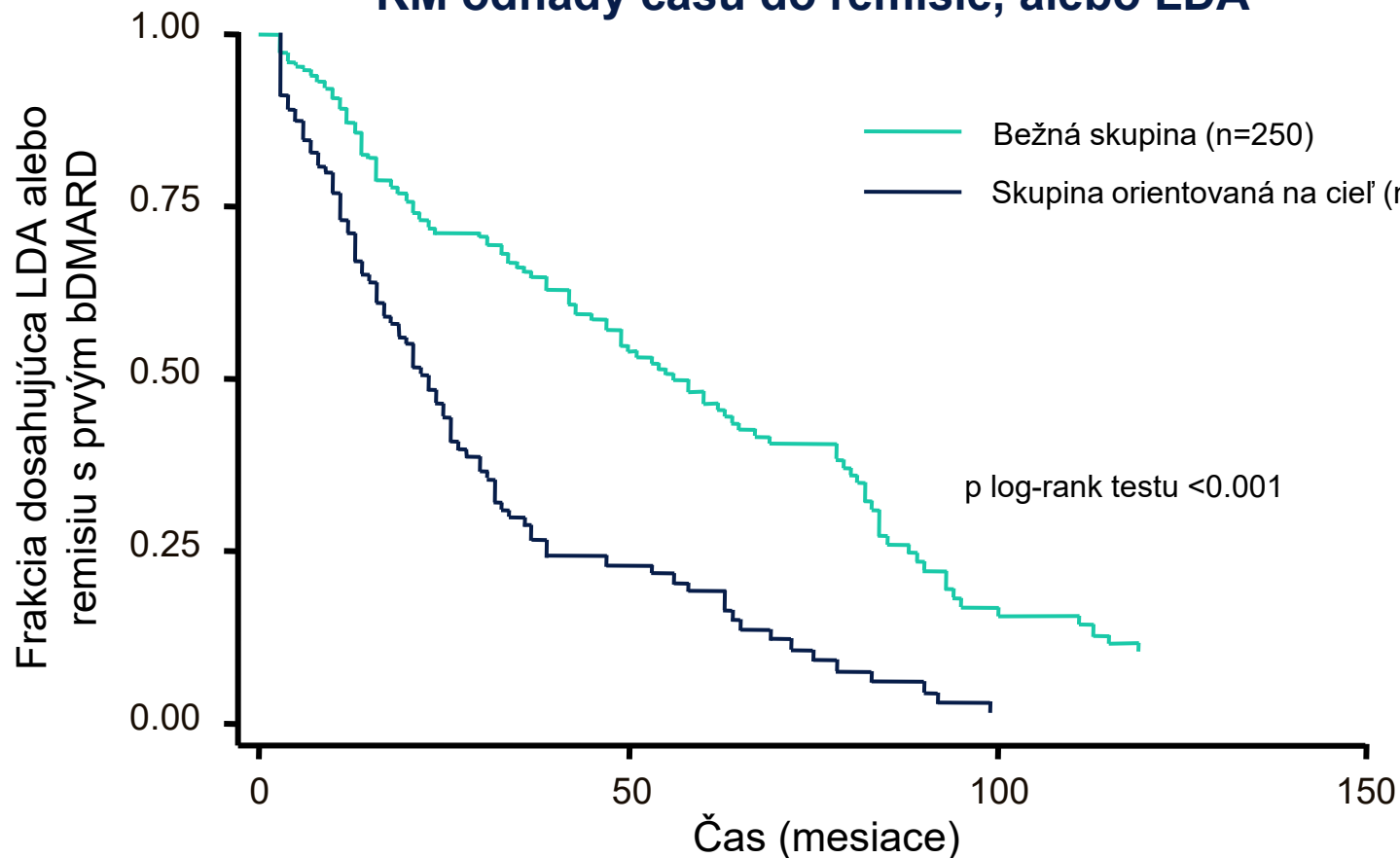
# Dosiahnutie remisie sa spája so zlepšením kvality života

EQ-5D údaje o 3156 pacientoch s RA z 11 dánskych centier v porovnaní s dánskymi populačnými normami EQ-5D



# Stratégia zameraná na cieľ sa spája s vyššou pravdepodobnosťou LDA alebo remisie oproti bežnej starostlivosti

## KM odhady času do remisie, alebo LDA



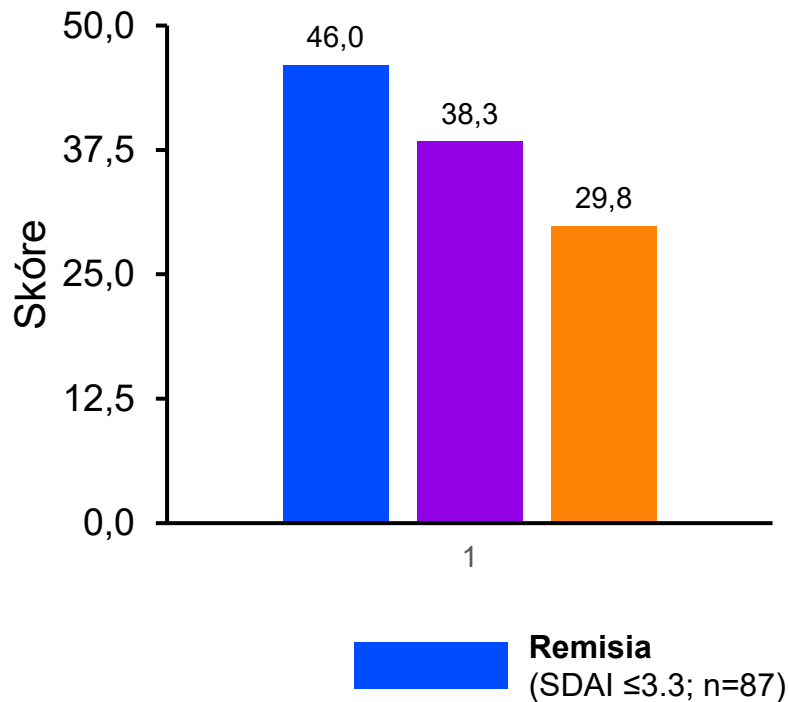
Pravdepodobnosť dosiahnutia remisie, alebo LDA s prvým bDMARD bola o 71% vyššia v skupine zameranej na cieľ v porovnaní s bežnou starostlivosťou

(posúdené HR 1.71, 95% CI 1.18–2.47;  $p=0.004$ )

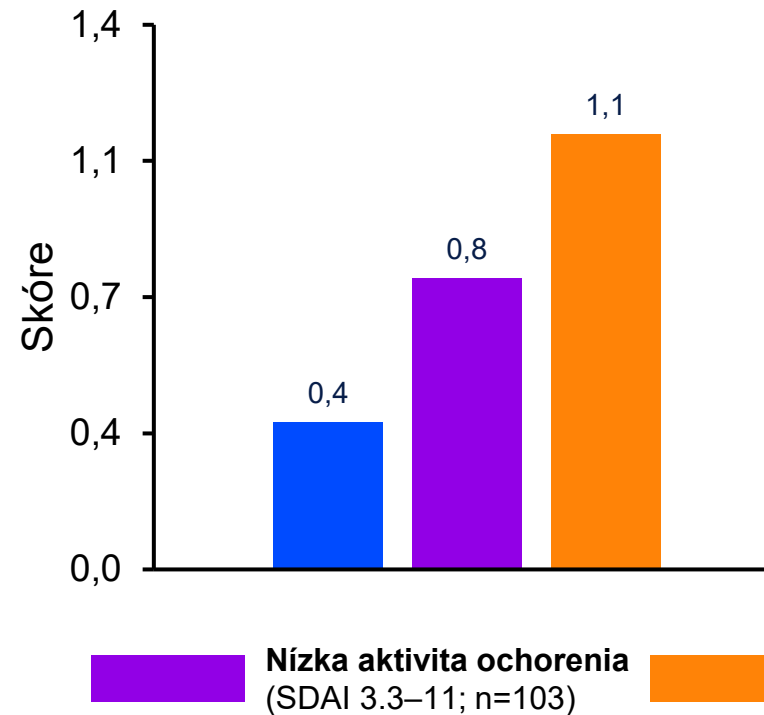
# Dosiahnutie remisie sa spája so zlepšením fyzických funkcií a produktivitou práce

Výsledky 356 rakúskych pacientov s RA (Máj 2008–Marec 2009)

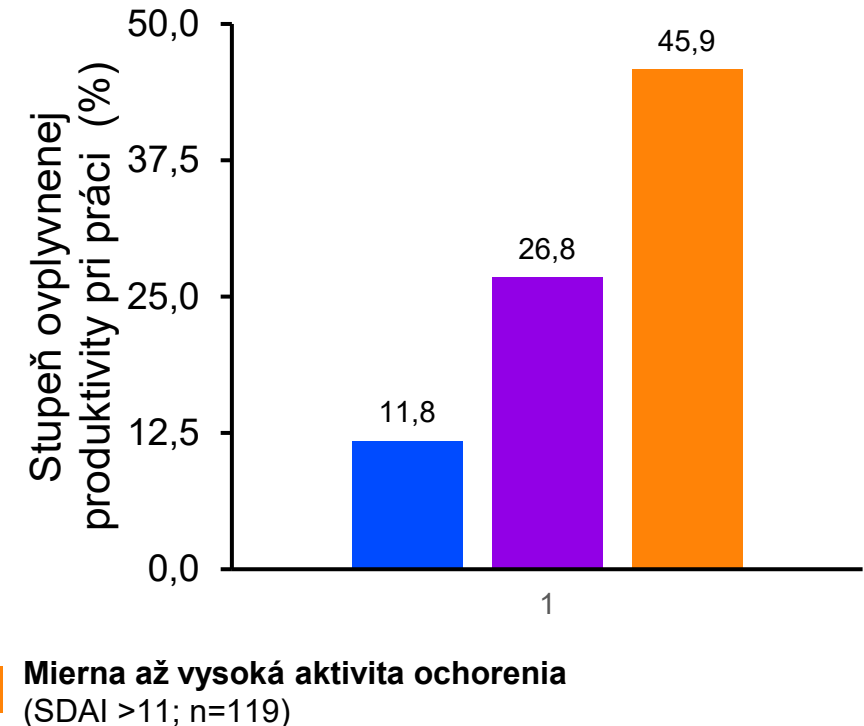
## SF-36 Fyzická zložka



## Disabilita (HAQ)

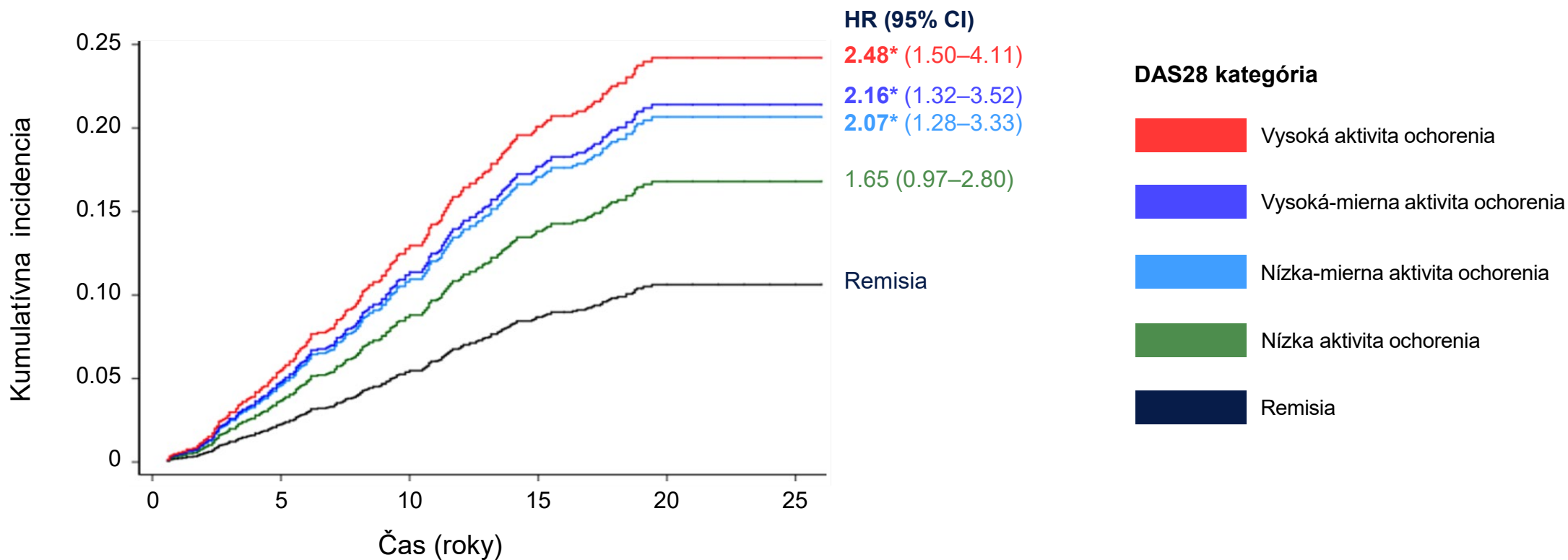


## Ovplyvnená produktivita práce (WPAI)



# Dosiahnutie remisie sa spája so zlepšenými dlhodobými výsledkami

## Kumulatívna incidencia pre veľkú ortopedickú operáciu podľa kategórie DAS28 u 2045 pacientov s včasnou RA sledovaných až 25 rokov<sup>1</sup>



Disease activity was categorized by mean DAS28 annually between Years 1 and 5: remission ( $\leq 2.6$ ), low ( $>2.6-3.2$ ), moderate/low ( $\geq 3.2-4.19$ ), moderate/high ( $4.2-5.1$ ) and high ( $>5.1$ ). Patients were recruited in two cohorts from 1986 to 1999 and 2002 to 2012<sup>1</sup>

\* $p < 0.05$  vs reference category (remission)

HRQoL, health-related quality of life

# ČO JE NOVÉ V ODPORÚČANIACH PRE LIEČBU RA?

EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2022 update

---

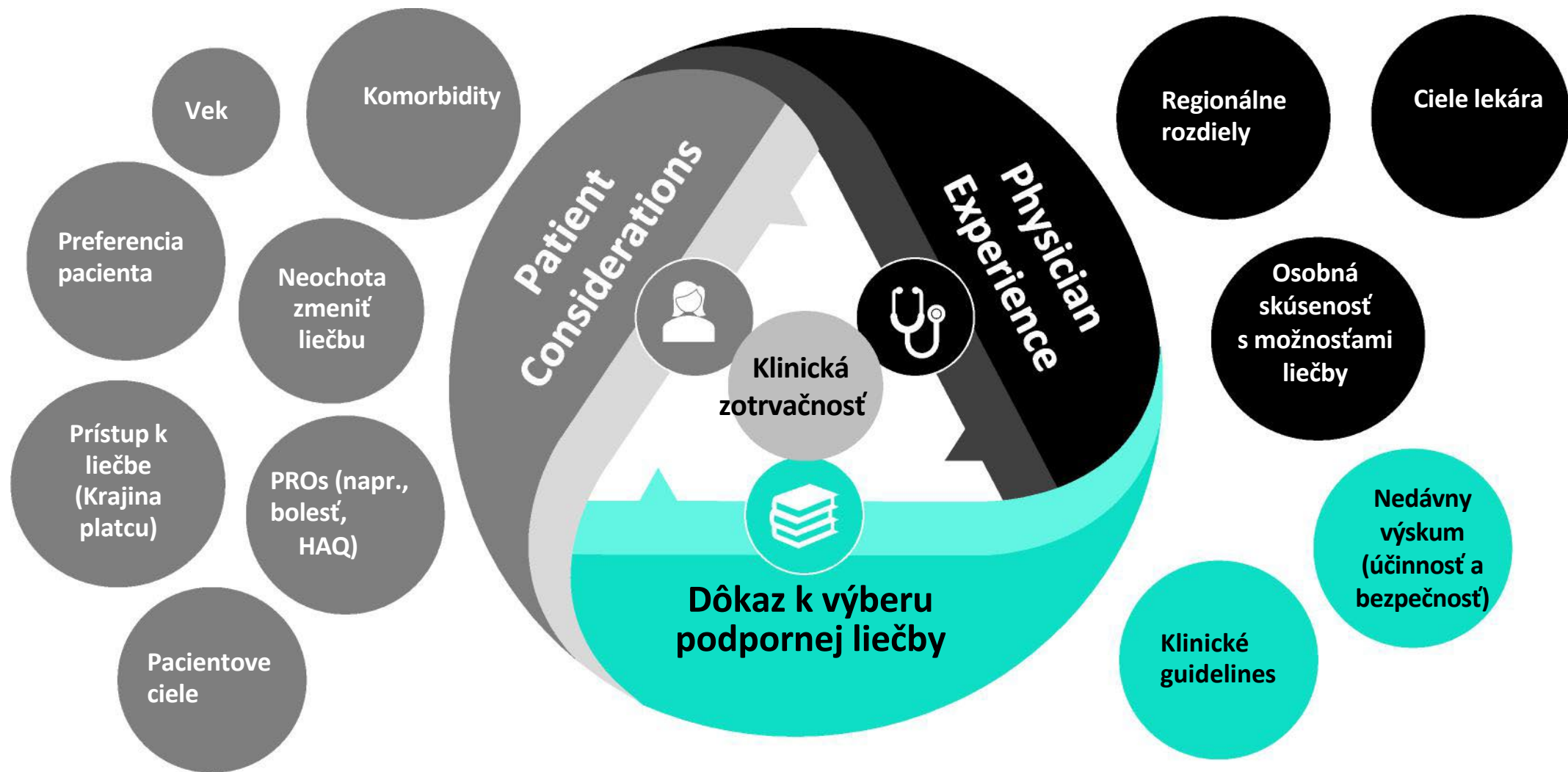
Smolen JS, Landewé RBM, Bergstra SA, *et al* EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2022 update *Annals of the Rheumatic Diseases* Published Online First: 10 November 2022. doi: 10.1136/ard-2022-223356

# Ako ovplyvňujú revidované EULAR odporúčania z roku 2022 manažment klinickej praxi v RA?

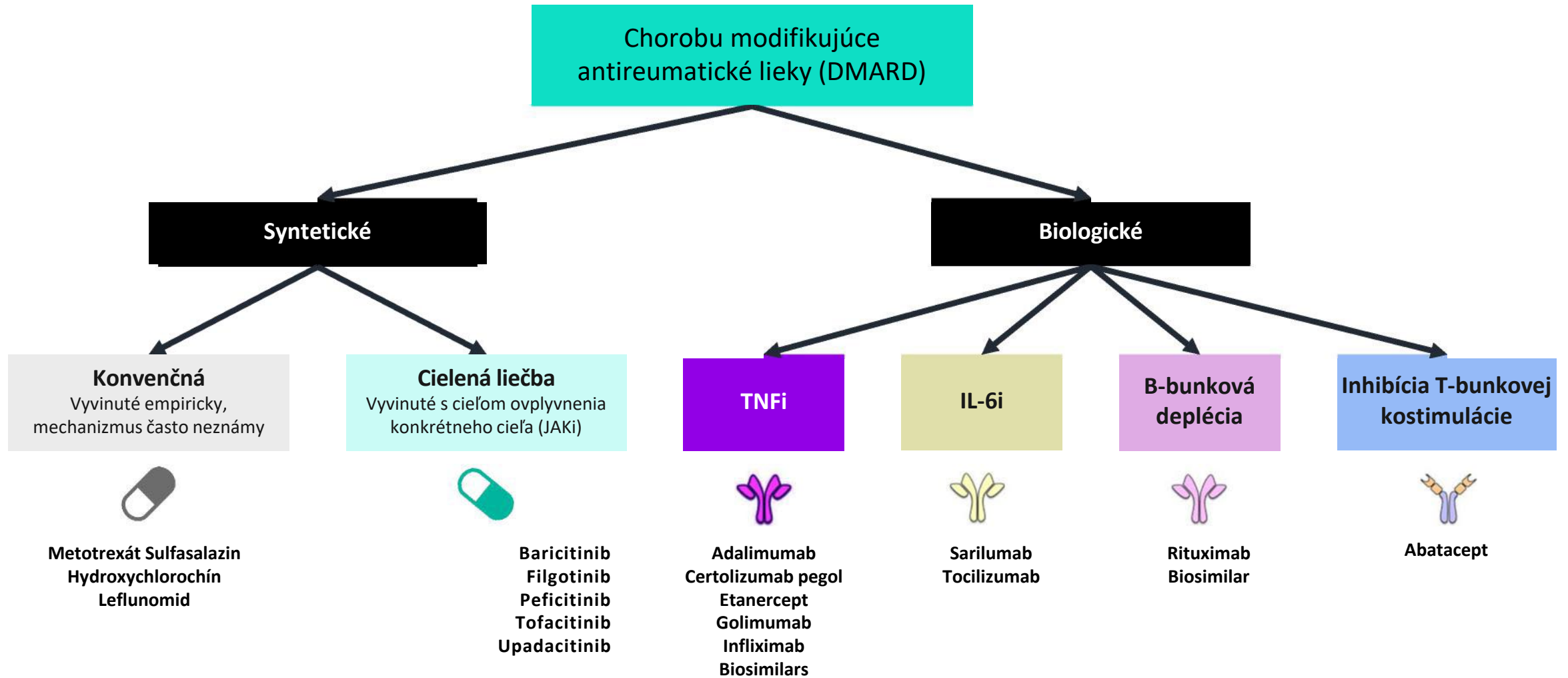
## Odporúčania 6 – 8 2022

- 6** Krátkodobé podávanie glukokortikoidov by sa malo zvážiť pri začatí, alebo zmene csDMARDs, v rôznych dávkovacích režimoch podávania, ale mali by sa znižovať a vysadzovať tak rýchlo ako je to klinicky možné. (A)
- 7** Ak sa cieľ liečby nedosiahne prvou stratégiou csDMARD, pri absencii zlých prognostických faktorov by sa mali zvážiť iné csDMARD. (D)
- 8** Ak sa cieľ liečby nedosiahne prvou stratégiou csDMARD, keď sú prítomné slabé prognostické faktory a bDMARD má sa pridať inhibítor JAK, ale musia sa vziať do úvahy príslušné rizikové faktory\*. (A, B)
- 9** bDMARD a tsDMARD\* by sa mali kombinovať s csDMARD; u pacientov, ktorí nemôžu používať csDMARDs ako komedikáciu, môžu mať inhibítory dráhy IL-6 a tsDMARD\* určité výhody v porovnaní s inými bDMARDs.
- \*** Nasledujúce rizikové faktory pre kardiovaskulárne príhody a malignity musia byť zvážené pri plánovaní predpisovania inhibítorov JAK: vek nad 65 rokov, história fajčenia, alebo prítomnosť fajčenia, iné kardiovaskulárne rizikové faktory (ako diabetes, obezita, hypertenzia), ostatné rizikové faktory pre malignity (súčasná, alebo predchádzajúca anamnéza malignity okrem úspešne liečenej nemelanómovej rakoviny kože), rizikové faktory pre tromboembolické príhody (anamnéza infarktu myokardu, alebo srdcového zlyhania, rakoviny, dedičných porúch zrážanlivosti krvi alebo krvných zrazenín v anamnéze, ale aj pacienti užívajúci kombinovanú hormonálnu antikoncepciu, alebo hormonálnu substitučnú liečbu, postupujúci veľký chirurgický zákrok, alebo sú imobilní).

# Ako vybrať správnu liečbu pre správneho pacienta v správnom čase?



# Prehľad DMARD pre RA



DMARDs, disease-modifying anti-rheumatic drugs; IL, interleukin; JAKi, janus kinase inhibitor; RA, rheumatoid arthritis; TNFi, tumor necrosis factor

Note: Drugs not approved in all countries for RA. Please check local regulatory bodies. Lin Y-J, et al. Cells. 2020;9(4):880.



# Aké sú možnosti a čo by sme si vybrali?

## Závisí to aj od predchádzajúcej liečby...Podme diskutovať

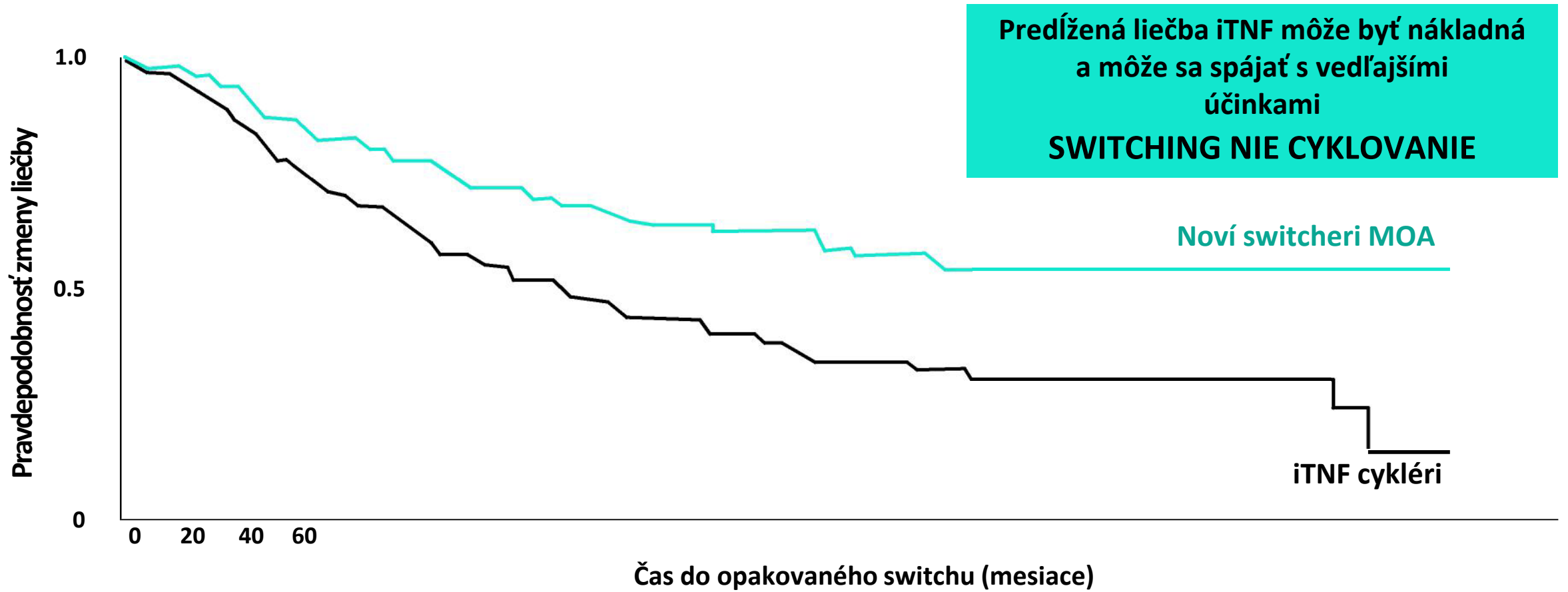
Ak pacient zlyhá	Nemožno skúsiť	Zvážte pokus
2 TNFi	ďalší TNFi	IL6i, iJAK, rituximab, abatacept
IL-6i	ďalší IL-6i	TNFi, abatacept, iJAK, rituximab
orálny MTX	switch HCQ alebo SSZ	SC MTX, leflunomide, bDMARD, iJAK, add HCQ or SSZ
1 TNFi monoterapia	nie ďalší TNFi	iJAK, iný bDMARD (e.g. IL6i)
iJAK		TNFi, ďalší iJAK, iný bDMARD (e.g. IL6i, abatacept)

# Účinnosť bDMARD u pacientov s TNFi-IR

Biologické DMARD	Molekulárny cieľ	Vybrané nežiaduce udalosti	Miera odpovede ACR70 u TNFi-IR
<b>Etanercept</b> (50 mg/tyždenne, SC)	TNF		12%
<b>Infliximab</b> (3–10 mg/kg každý 8. týž. IV)	TNF		
<b>Adalimumab</b> (40 mg každé 2. týž., SC)	TNF	Infekcie, reaktivácia tuberkulózy, psoriasiformné kožné zmeny, exacerbácia demyelinizačných ochorení, liekmi-vyvolaný lupus,	
<b>Golimumab</b> (50 mg/mes., SC)	TNF	nemelanómová rakovina kože, reakcie v mieste vpichu alebo infúzie	
<b>Certolizumab pegol</b> (200 mg každé 2. týž., SC)	TNF		
<b>Tocilizumab</b> (162 mg/týž., SC)	IL-6 receptor	Infekcie, reaktivácia tuberkulózy, perforácia čreva, reakcie z precitlivelosti, neutropénia, injekčné vedľajšie reakcie, hyperlipidémia	12%
<b>Sarilumab</b> (150 – 200 mg každé 2. týž., SC)	IL-6 receptor		
<b>Rituximab</b> (1000 mg každých 6. mes., IV)	CD20 (B cell)	Reakcie z precitlivelosti, reaktivácia hepatitídy B, leukocytopénia	12%
<b>Abatacept</b> (125 mg/týž., SC)	CD80/86 (kostimulácia)	Infekcie, reaktivácia tuberkulózy, leukocytopénia, injekčné vedľajšie reakcie	10%



# Primárni non-respondéri môžu profitovať z iného mechanizmu účinku viac ako cykléri iTNF



# Účinnosť iJAK u pacientov TNFi-IR

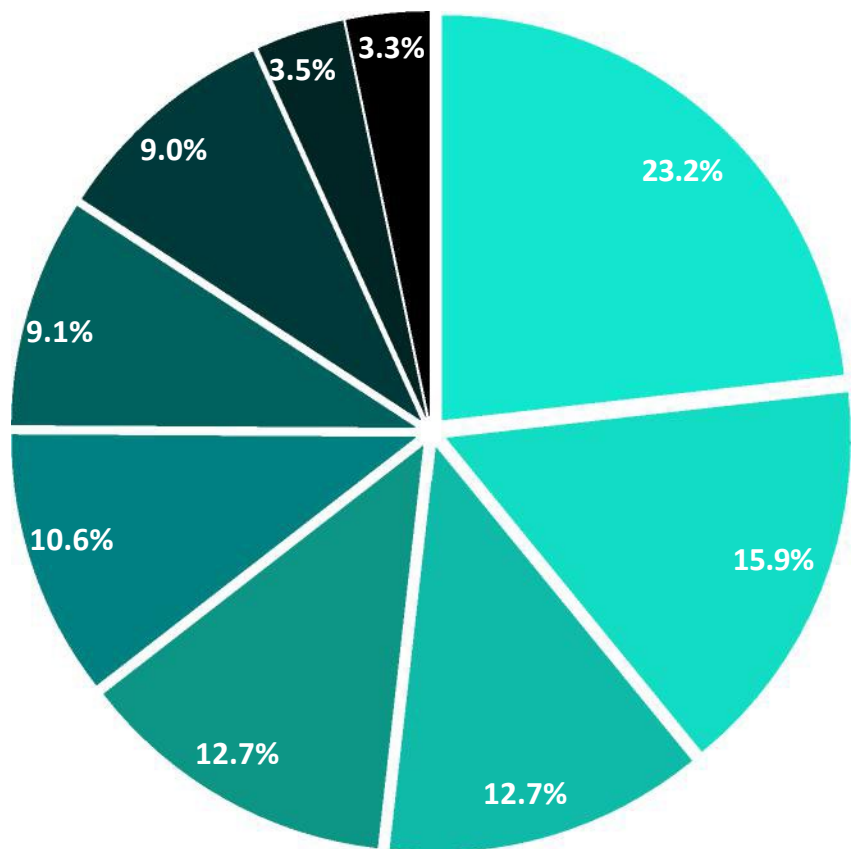
tsDMARD	Molekulárny cieľ	Vybrané nežiaduce udalosti	DAS28-CRP <2.6 u TNFi-IR vs. placebo*	Miera odpovede ACR70 u TNFi-IR
<b>Tofacitinib<sup>1</sup></b> (5 mg 2x denne + MTX)	JAK	Hnačka, nazofaryngitída, bolesť hlavy, infekcie močových ciest, reaktivácia tuberkulózy, herpes zoster; zvýšené riziko rakoviny, KV udalosti, a tromboembolické udalosti u niektorých pacientov	<b>20% vs. 5%</b>	<b>13.6% vs. 1.5%</b>
<b>Baricitinib<sup>2</sup></b> (4 mg 1x denne + csDMARDs)	JAK	URTI, nauzea, herpes simplex, reaktivácia tuberkulózy, herpes zoster; zvýšené riziko rakoviny, KV udalosti, a tromboembolické udalosti u niektorých pacientov	<b>16% vs. 4%</b>	<b>11% vs. 2%</b>
<b>Filgotinib<sup>3</sup></b> (200 mg + csDMARDs) (100 mg + csDMARDs)	JAK	Nauzea, URTI, infekcie močových ciest, závraty, reaktivácia tuberkulózy, herpes zoster; zvýšené riziko rakoviny, KV udalosti, a tromboembolické udalosti u niektorých pacientov	<b>22.4% vs. 8.1%</b> <b>25.5% vs. 8.1%</b>	<b>21.8% vs. 6.8%</b> <b>14.4% vs. 6.8%</b>
<b>Upadactinib<sup>4</sup></b> (15 mg 1x denne + csDMARDs)	JAK	URTI, nauzea, bronchitída, zvýšenie CPK, infekcie močových ciest, reaktivácia tuberkulózy, herpes zoster; zvýšené riziko rakoviny, KV udalosti, a tromboembolické udalosti u niektorých pacientov	<b>29% vs. 10%</b>	<b>12% vs. 7%</b>

\*placebo plus csDMARDs.

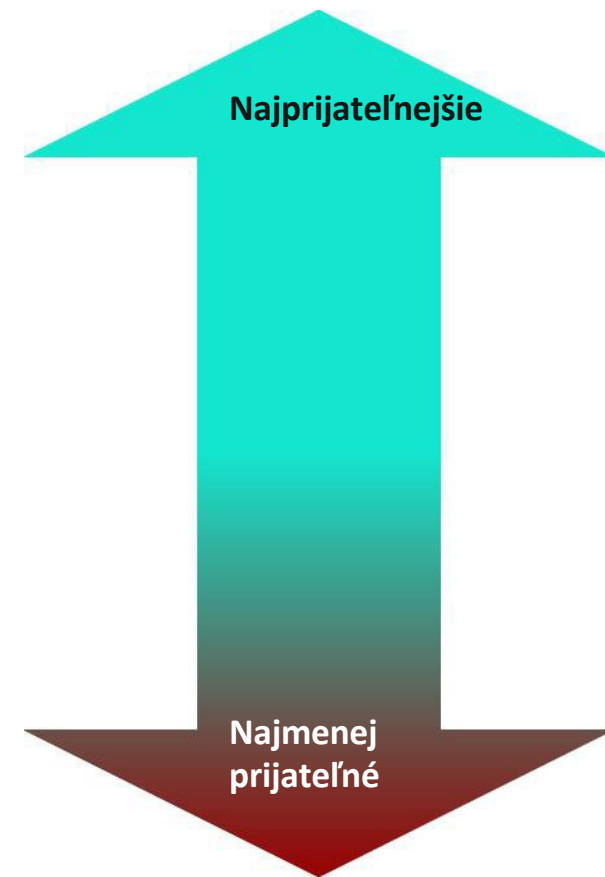
BID, twice daily; CDAI, Clinical Disease Activity Index; CPK, creatine phosphokinase; csDMARDs, conventional synthetic disease-modifying anti-rheumatic drugs; CV, cardiovascular; DAS28-CRP, 28-joint Disease Activity Score using C-reactive protein; JAK, janus kinase; MTX, methotrexate; QD, once daily; tsDMARDs, targeted synthetic DMARDs; URTI, upper respiratory tract infection.

1. Burmester GR, et al. Lancet. 2013;381:451–460; 2. Genovese MC, et al. N Engl J Med. 2016;374:1243–1252; 3. Genovese MC, et al. JAMA. 2019;322(4):315–325; 4. Genovese MC, et al. Lancet 2018;391(10139):2513–2524.

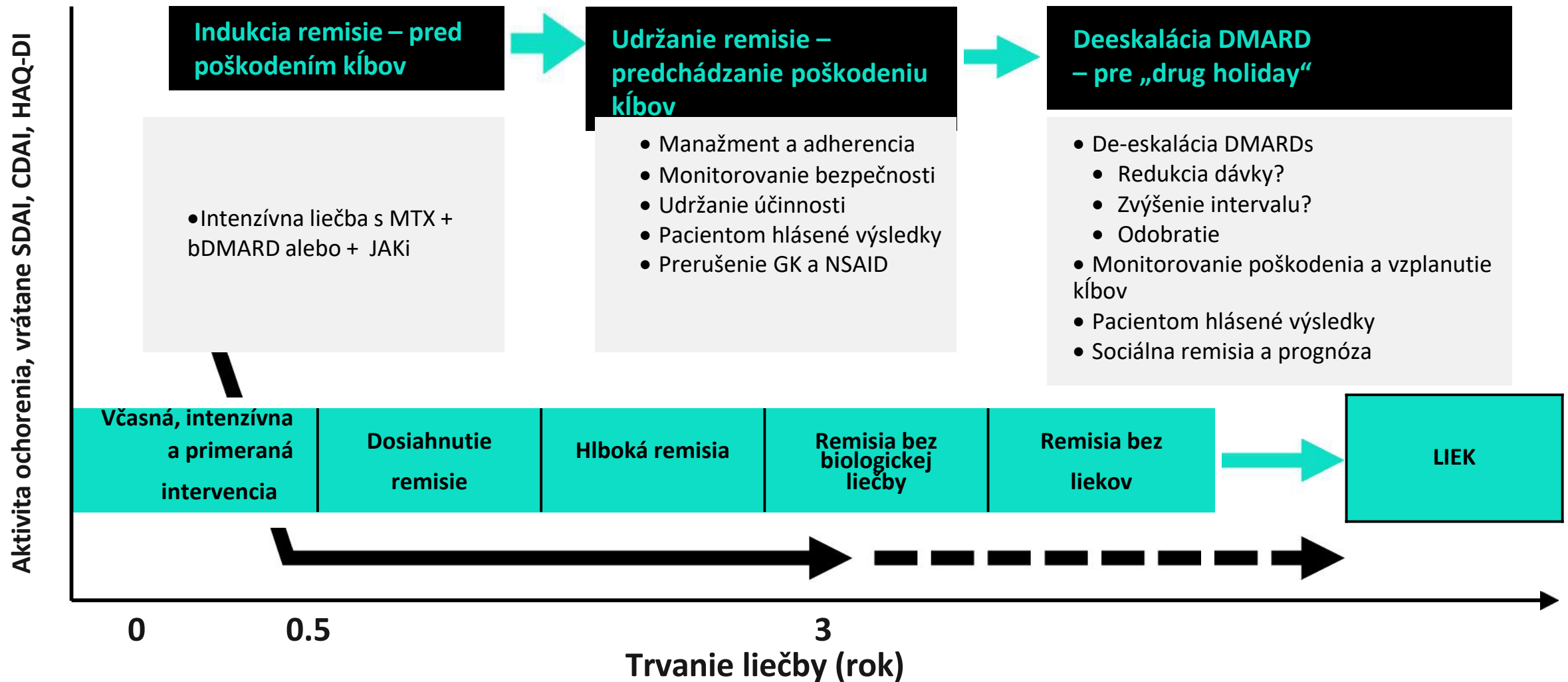
# Akceptácia potenciálnych vedľajších účinkov liečby RA zo strany pacienta



- Priberanie na váhe
- Vplyv na plodnosť
- Kožné symptómy, napr, reakcia v mieste vpichu, vyrážka
- Rednutie, alebo strata vlasov
- Alergické reakcie
- Zvýšené riziko infekcii
- Zhoršenie vlastných laboratórných hodnôt
- Zvýšené riziko malignít
- Zvýšené riziko KVO

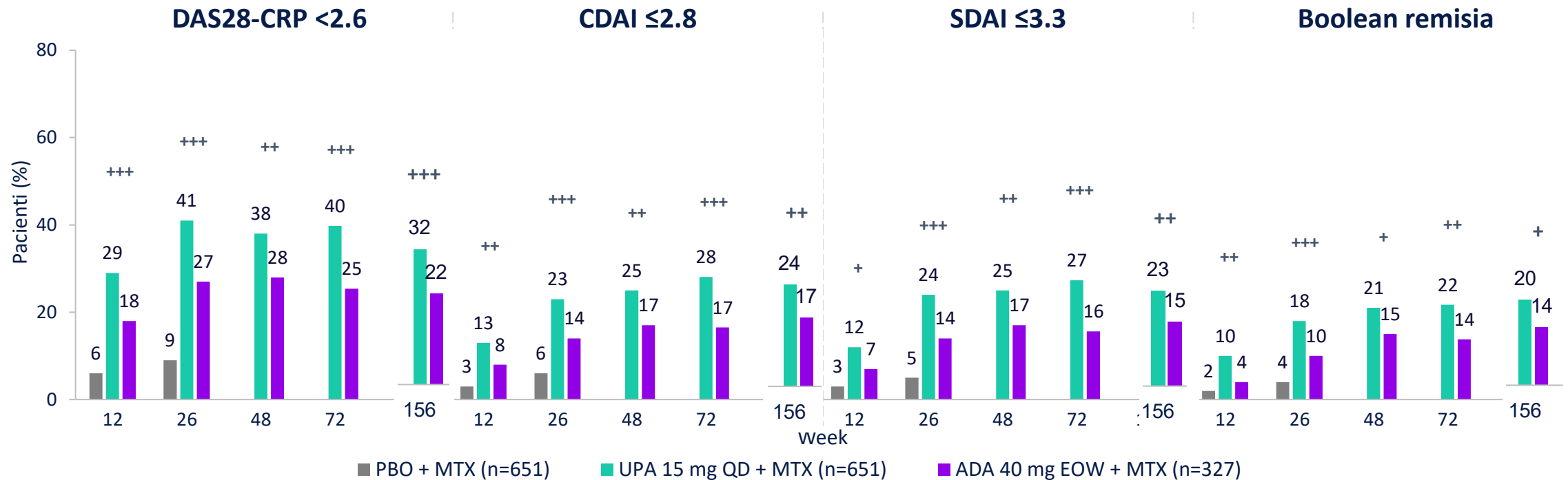


# Liečebná stratégia pre remisiu



# Upadacitinib u MTX-IR pacientov s RA

## Výsledky remisie v týždňoch 12.,<sup>1</sup> 26.,<sup>1</sup> 48.,<sup>2</sup> 72.<sup>2</sup> a 156.<sup>2</sup> (SELECT-COMPARE)



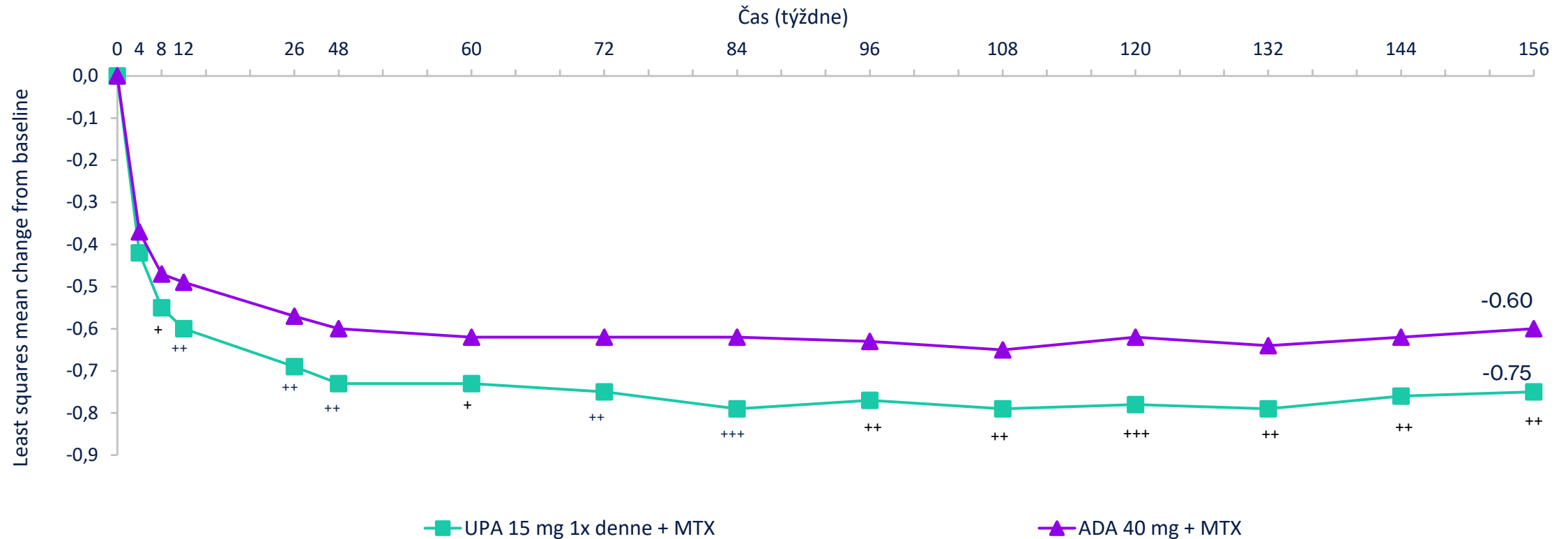
**Výrazne vyššie percentá pacientov dosiahlo remisiu v dávke UPA 15 mg 1x denne + MTX vs. ADA 40 mg + MTX, bez ohľadu na definíciu remisie v 12. 26. 48. 72. a 156. týždňoch**

+p<0.05; ++p<0.01; +++p<0.001 vs. ADA. All p-values are nominal  
 There was significant difference between UPA and placebo at weeks 12 and 26 for every measure of remission (p<0.001).  
 ADA, adalimumab; CDAI, Clinical Disease Activity Index; CRP, C-reactive protein DAS28-CRP, Disease Activity Score with 28-joint count (C-reactive protein);  
 EOW, every other week; QD, once daily; MTX, methotrexate; SDAI, Simple Disease Activity Index; UPA, upadacitinib.

Adapted from: 1. Fleischmann R, et al. Arthritis Rheumatol. 2019;71:1788–800;  
 2. Fleischmann R, et al. RMD Open. 2022;8:e002012.

# Upadacitinib u MTX-IR pacientov s RA

## Zmeny v HAQ-DI v priebehu 156. týždňov (SELECT-COMPARE)<sup>1</sup>



Liečba UPA 15 mg + MTX bola lepšia oproti ADA + MTX v zmene HAQ-DI v 12. týždni<sup>2</sup>  
Výrazne väčšie zlepšenie v porovnaní s ADA + MTX sa dosiahlo až do 156. týždňa<sup>1</sup>

Treatment groups are by initial randomization. ANCOVA with LOCF was applied for rescue treatment switch, and missing data were not imputed. +p<0.05, ++p<0.01, +++p<0.001 vs. ADA; all p-values are nominal.  $\Delta$ HAQ-DI for UPA vs. ADA (superiority) at Week 12 was a prespecified FDA ranked secondary endpoint and  $\Delta$ HAQ-DI for UPA vs. PBO at Week 12 was a prespecified EMA ranked secondary endpoint. ADA, adalimumab; EOW, every other week; HAQ-DI, Health Assessment Questionnaire-Disability Index; IR, incidence ratio; MTX, methotrexate; QD, once daily; UPA, upadacitinib.

Adapted from: 1. Fleischmann R, et al. RMD Open. 2022;8:e002012;  
2. Fleischmann R, et al. Arthritis Rheumatol. 2019;71:1788–800.

# Súhrn cieľových ukazovateľov remisie pre upadacitinib + MTX vs. ADA + MTX + MTX u pacientov s MTX-IR

Inhibítor JAK + MTX vs ADA + MTX	UPA + MTX vs. ADA + MTX (SELECT-COMPARE) <sup>1,2</sup>		
	15 mg QD		
Cieľ remisie	12. týždeň	26. týždeň	48. týždeň
DAS28-CRP <2.6	SG	SG	SG
CDAI ≤2.8	SG	SG	SG
SDAI ≤3.3	SG	SG	SG
Boolean	SG	SG	SG

**SG** Signifikantne väčšia (nominal) miera remisie vs ADA + MTX

—

Nereportované/sledované

**NS**

Žiadna štatistická významnosť vs ADA + MTX

**NSR**

Žiadna hlásená štatistická významnosť vs ADA + MTX

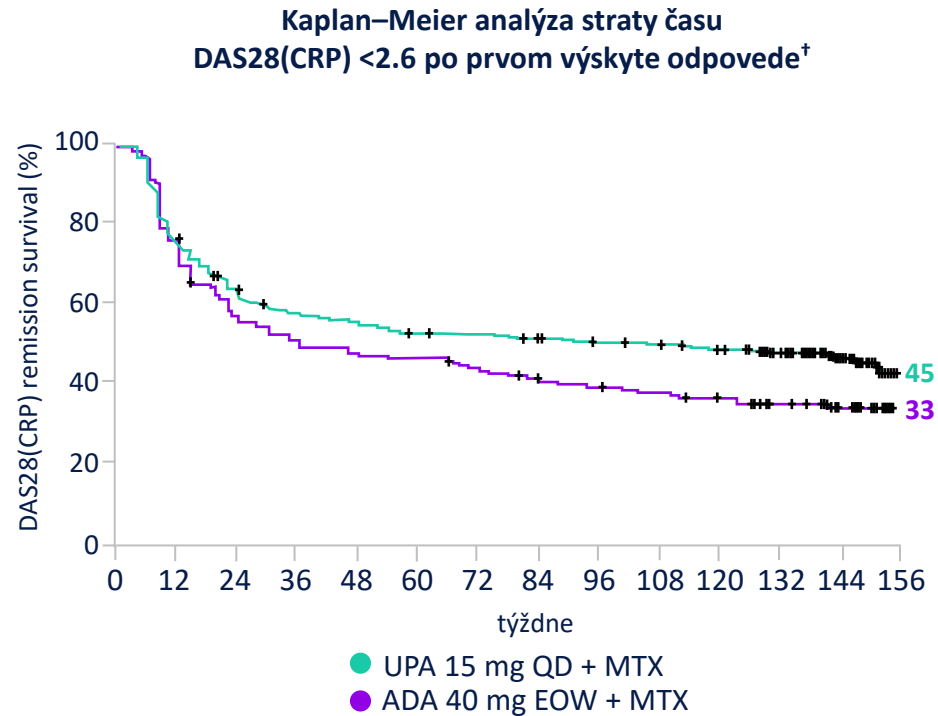
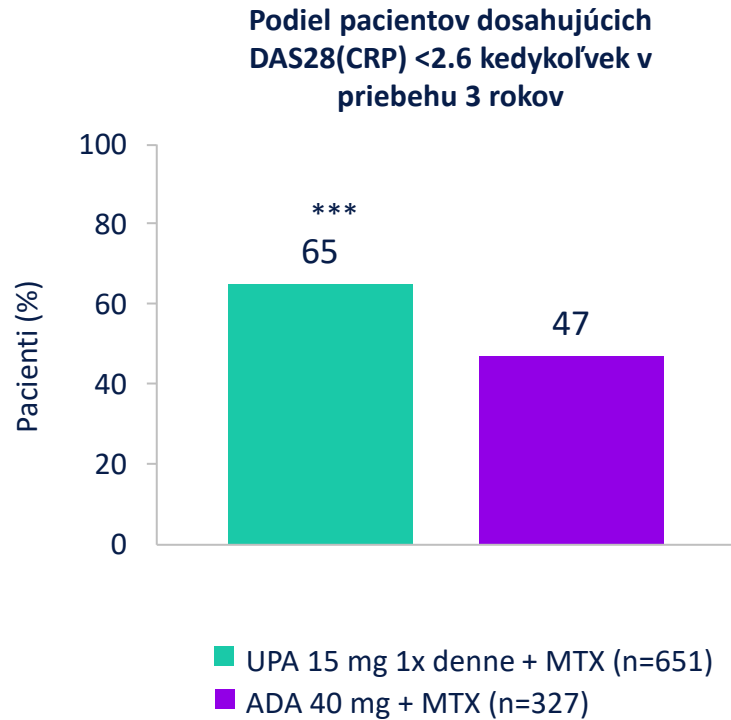
<sup>a</sup>No statistical analysis available

ADA, adalimumab; BARI, baricitinib; BID, twice a day; JAK, janus kinase; MTX, methotrexate; QD, once a day; TOFA, tofacitinib; UPA, upadacitinib.

1. Fleischmann RM, et al. Arthritis Rheumatol 2019;71:1788–800; 2. Fleischmann RM, et al. Ann Rheum Dis 2019;78:1454–62; 3. Fleischmann RM, et al. Lancet 2017;390:457–68; 4. Taylor PC, et al. N Engl J Med 2017;376:652–62; 5. [ClinicalTrials.gov](https://clinicaltrials.gov/ct2/show/results/NCT01710358). NCT01710358. Available at: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/results/NCT01710358> (accessed July 2020); 6. Combe B, et al. Ann Rheum Dis 2020;79(Suppl. 1):316; 7. Jyseleca EU Summary of Product Characteristics 2020

# Upadacitinib u MTX-IR pacientov s RA

## Remisia (DAS28-CRP <2.6) (SELECT-COMPARE)



### Trvalá remisia:

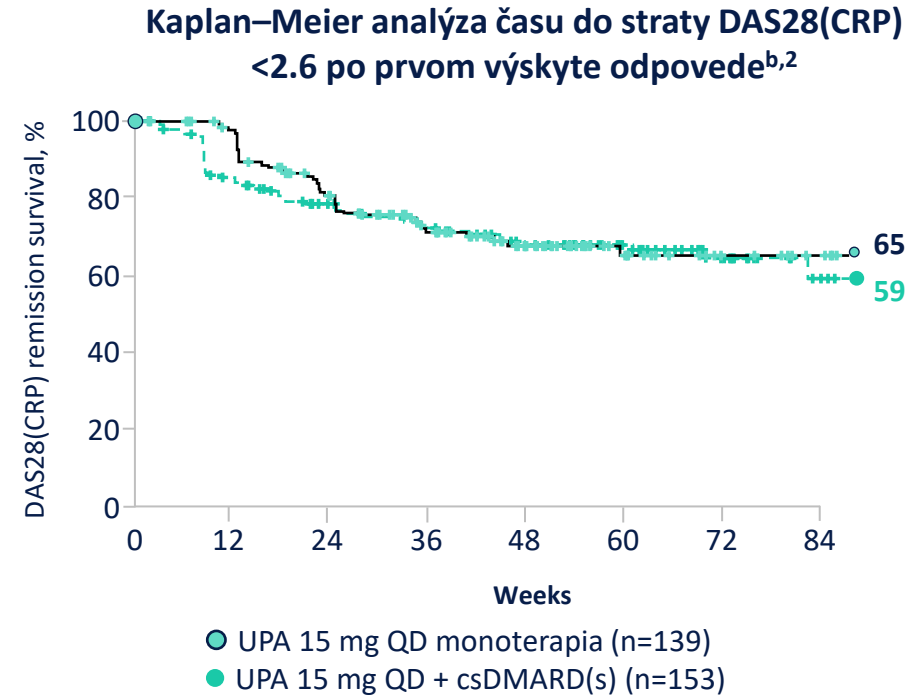
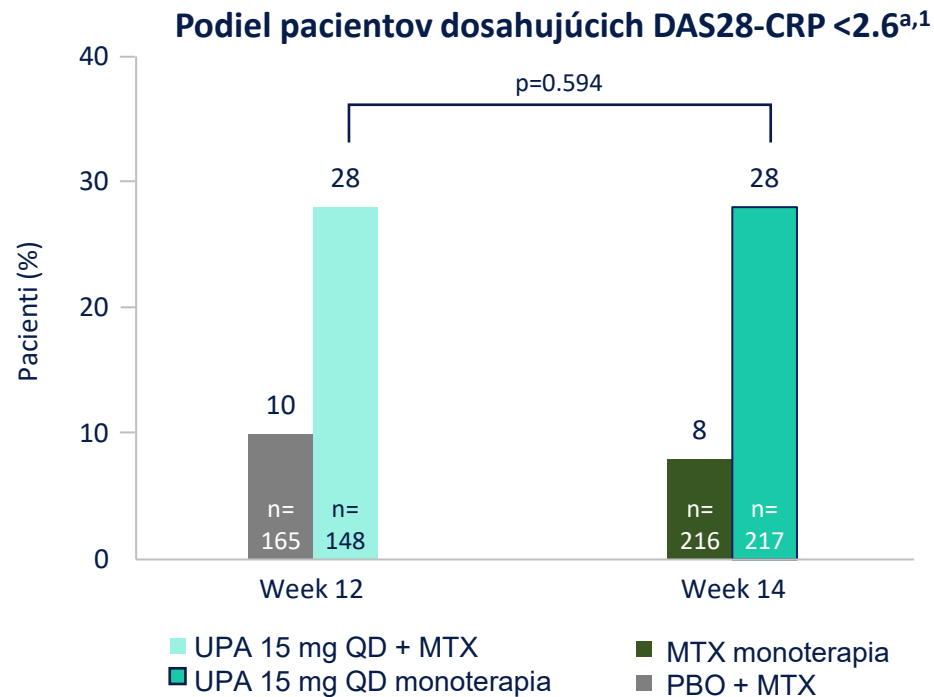
Čas v ktorom bola odpoveď prvýkrát dosiahnutá do najskoršieho dátumu, kedy došlo k strate odpovede pri 2 nepretržitých návštevách, alebo prerušení podávania skúšaného lieku

**Vyššie miery DAS28(CRP) <2.6 sa udržali počas poslednej následnej návštevy po prvom výskyte s UPA + MTX vs. ADA + MTX**

Comparison not adjusted for multiplicity: \*\*\*nominal  $p < 0.001$  for UPA vs. ADA. †For patients who achieved remission, Kaplan–Meier was used to define the time from when the response was first achieved to the earliest date at which the response was lost at two consecutive visits, discontinuation of study drug, or loss of response at the time of rescue. Data were censored (e.g., data collection stopped) at 3 years, when all patients had reached the 156-week visit. Week 0 indicates the first occurrence of response. Treatment groups are by initial randomization; NRI was used for missing data. Patients on background MTX were randomized to receive UPA 15 mg QD, PBO, or ADA 40 mg EOW. Patients who did not achieve  $\geq 20\%$  improvements in TJC and SJC joint counts (Weeks 14–22) or LDA (CDAI  $\leq 10$ ) at Week 26 were rescued from UPA to ADA or PBO/ADA to UPA. ADA, adalimumab; CRP, C-reactive protein; DAS28, Disease Activity Score based on 28 joints; EOW, every other week; MTX, methotrexate; NRI, non-responder imputation; QD, once daily; RA, rheumatoid arthritis; UPA, upadacitinib.

# Upadacitinib mono vs. combo u csDMARD-IR pacientov s RA DAS28-CRP <2.6 (SELECT-MONOTHERAPY a SELECT-NEXT)

Post-hoc analýzy<sup>1,2</sup> upadacitinibu ako monoterapie alebo kombinovanej liečby

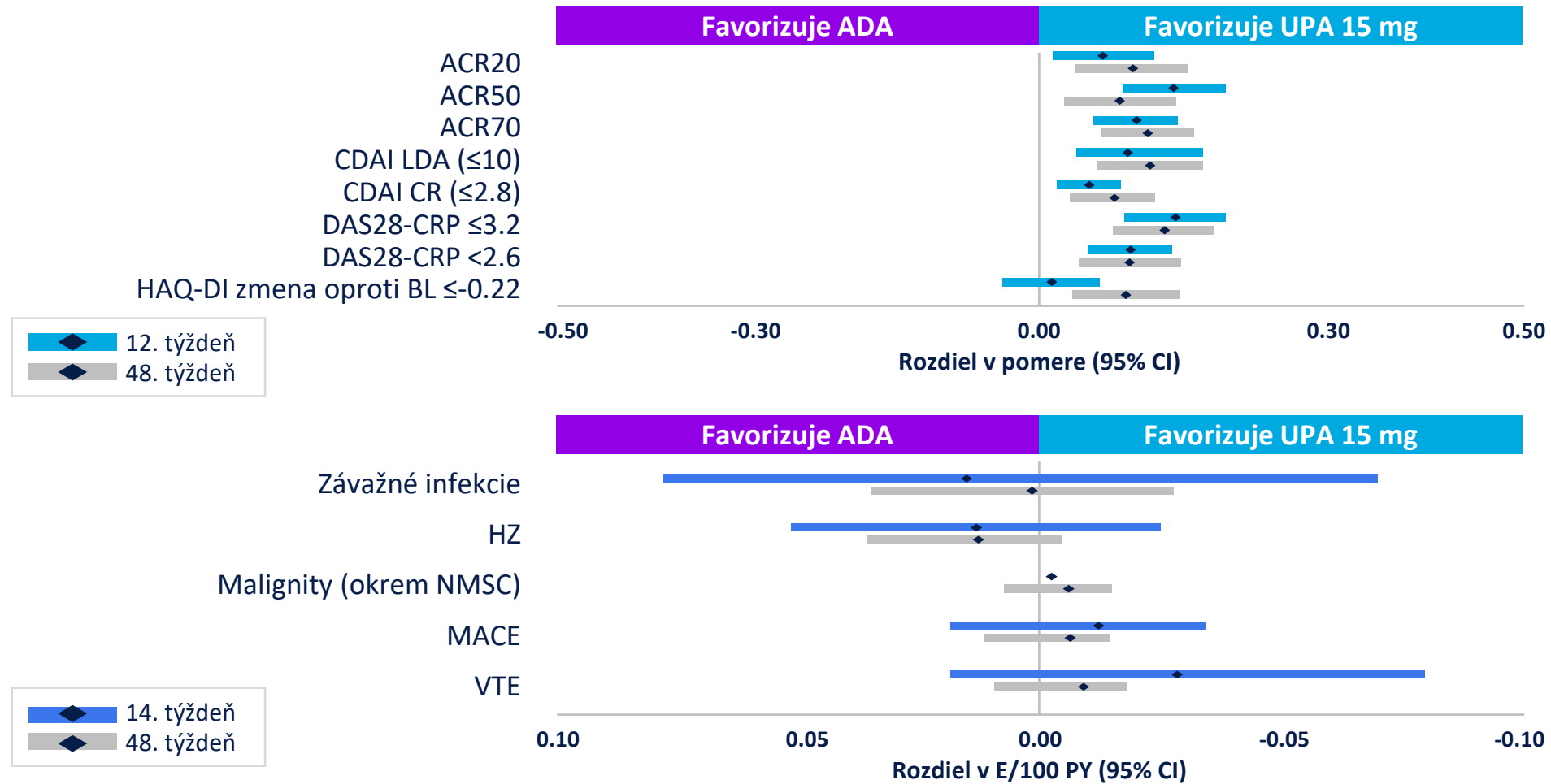


**Dosiahnutie a udržateľnosť odpovede DAS28(CRP) <2.6 s UPA 15 mg u pacientov s csDMARD-IR s RA bola podobná, keď sa podávala ako monoterapia, alebo v kombinácii s csDMARD.**

<sup>a</sup> Post hoc comparative analysis using logistic regression. <sup>b</sup> For patients who achieved remission, sustainability of response was evaluated by Kaplan–Meier analysis and was defined as the earliest date of losing response at two consecutive visits or discontinuation of study drug. Week 0 indicates the first occurrence of response. Data were censored at the cut-off (22 March 2018 for SELECT-NEXT and 25 May 2019 for SELECT-MONOTHERAPY, when all patients had reached the Week 84 visit; censored = stopped collecting data). Data are summarized, with no adjustments applied to account for between-study differences. NRI was used for missing data. <sup>b</sup> In this post-hoc analysis without statistical comparisons between groups, results should be interpreted with caution. Although all patients were evaluated through ≥84 weeks, follow-up time after the first occurrence of response varied across patients. ADA, adalimumab; BID, twice daily; CI, confidence interval; csDMARD, conventional synthetic disease modifying antirheumatic drug; DAS28-CRP, Disease Activity Score with 28-joint count (C-reactive protein); IR, inadequate response; JAK, Janus kinase; mono, monotherapy; MTX, methotrexate; PBO, placebo; TOFA, tofacitinib; UPA, upadacitinib

# SELECT-COMPARE: UPA 15 mg + MTX vs ADA + MTX

## benefit–risk analýza u pacientov MTX-IR s RA



# Zhrnutie

Včasný a na cieľ orientovaný liečebný prístup je dôležitý na dosiahnutie rýchlej a trvalej remisie, vedie k efektívnejšej kontrole ochorenia a zlepšeným výsledkom u pacientov

Súčasnú definíciu remisií nemusia vždy odrážať, čo pre pacientov znamená úspešná liečba a čo z ich pohľadu znamená pojem 'remisia'

Charakteristiky a túžby pacienta sú dôležité pri výbere liečebnej stratégie

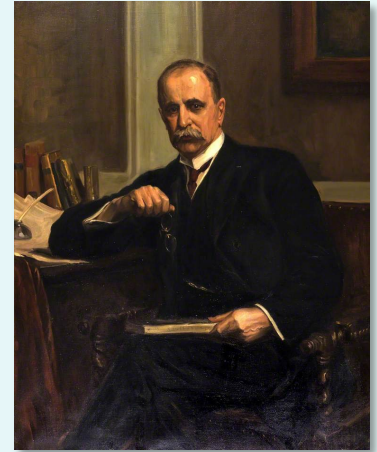
Na udržanie trvalej remisie je dôležitá individualizácia liečby.

Zvážte výhody a riziká na individuálnom základe

Výber najlepšej terapie pre pacientov s RA, ktorí nereagujú na viaceré kombinácie je rozhodujúci pre prevenciu ďalšej progresie ochorenia a udržanie kvality života

*“Dobrý lekár lieči chorobu, skvelý lekár lieči pacienta s chorobou”*

Sir William Osler



*“Je oveľa dôležitejšie vedieť, aká osoba má chorobu, než akú chorobu má.”*

Hippocrates

