

Appendix I Toelichting op de diagnostische testen

Laboratoriumonderzoek

Beschrijving in BSR 2020:

- Laboratoriumonderzoek dient verricht te worden, bestaande uit een volledig bloedbeeld (hemoglobine, leukocyten, trombocyten), zowel BSE als CRP vooraf of direct na het starten van GC. Bij hoge verdenking op RCA kan de eerste dosis GC gegeven worden in afwachting van de uitslag van laboratoriumonderzoek.

Vertaling BSR naar Nederlandse situatie n.a.v aanvullende literatuur en Nederlandse expertise:

- Er zijn nog geen ziekte specifieke bio markers/autoantistoffen geïdentificeerd voor RCA.
- Bij iedere patiënt met verdenking RCA dient, bij voorkeur voor het starten van GC, standaard laboratoriumonderzoek verricht te worden minimaal bestaande uit een volledig bloedbeeld (hemoglobine, leukocyten, trombocyten) en zowel BSE (bij voorkeur volgens Westergren methode) als het CRP.
 - o Een verhoogde BSE en/of CRP is niet specifiek voor de diagnose RCA waarbij de BSE minder sensitief dan het CRP is.
 - o De BSE en CRP gezamenlijk hebben een hogere predictieve waarde dan een van de testen alleen. Een intense inflammatoire respons gemeten d.m.v. BSE en CRP correleert mogelijk omgekeerd met het risico op ischemische complicaties.
 - o Het overgrote deel van de patiënten (ongeveer 95%) met RCA heeft zowel een verhoogde BSE als CRP. Echter, er zijn ook patiënten die alleen een geïsoleerd verhoogd BSE of CRP hebben. De combinatie van zowel een normaal BSE als CRP maakt RCA onwaarschijnlijk maar sluit de diagnose niet 100% uit aangezien 2-5% van de patiënten met RCA zich hiermee presenteren (Myklebust Br J Rheumatol. 1996; Andel et al. Rheumatology. 2021; van der Geest et al. Jama intern med 2020; Parikh M. Ophthalmology 2006; Laria Clin Rheumatolo 2012; Kermani, Semin Arthritis Rheuma 2012; Chan et al. BMC Rheumatol 2019; Ponte et al. Rheumatology 2020).
 - o Bepaling van BSE volgens de Westergren methode wordt gezien als de gouden standaard voor deze bepaling aangezien het de oudste techniek is. Ondanks dat deze methode technisch simpel is heeft deze als nadeel dat de test lang duurt voordat een uitslag bekend is. Om deze reden zijn er technieken ontwikkeld die sneller een uitslag genereren zoals de Alifax Test-1. Deze techniek wordt inmiddels in vele ziekenhuizen gebruikt en correleert over het algemeen in verschillende studies goed met de Westergren methode. Er zijn weinig studies gedaan waarin onderzocht werd welke methode klinisch het beste toepasbaar is. Echter, er is casuïstiek bij RCA-patiënten beschikbaar en een kleine prospectieve studie verricht waarbij de BSE volgens de Alifax Test-1 methode in meerdere patiënten niet verhoogd was terwijl de BSE volgens de Westergren methode wel evident verhoogd was. De toepassing van andere methoden dan de Westergren kan daardoor ertoe leiden dat kans op RCA onterecht lager wordt ingeschat dan die in werkelijkheid is. Ook kan dit het onterecht verwerpen van de diagnose tot gevolg hebben. Het is daarom verstandig dat de clinicus geïnformeerd is welke BSE-techniek in het ziekenhuis toegepast wordt zodat dit meegenomen kan worden bij de interpretatie van de BSE-uitslag. Ook kan ervoor gekozen worden de Westergren methode te gaan gebruiken.
- Het laboratoriumonderzoek dient laagdrempelig, o.a. afhankelijk van de differentiaaldiagnose en de aanwezige comorbiditeit, uitgebreid te worden.

Arteria temporalis biopt (TAB)

Beschrijving BSR 2020 en vertaling naar Nederlandse situatie n.a.v aanvullende literatuur en Nederlandse expertise:

Het TAB is een veilige procedure. In minder dan 0,02% worden complicaties zoals een wondinfectie, zenuwbeschade dan wel een bloeding beschreven (Durling, 2014). Er is in de literatuur 1 case report waar een ischemisch CVA na een TAB wordt gerapporteerd in een patiënt met collaterale flow in de arterie temporalis met een asymptomatisch geoccludeerde arterie carotis (Schlezinger, 1971).

In de arteria carotis en vertebralis is de richting van de bloedstroom echografisch goed waar te nemen en vast te leggen. Om het risico (alhoewel zeer laag) op een ischemisch CVA door een TAB te reduceren is het verstandig om de bloedstroom richting van beide arteriën vast te leggen in het echografie verslag alvorens een TAB te verrichten. Indien in deze bloedvaten sprake is van een omgekeerde bloedstroom richting (dit kan duiden op occlusie van deze arteriën) dan dient deze bevinding meegewogen te worden in de keuze van de diagnostische test en vindt bij lage verdenking op RCA bij voorkeur geen TAB plaats (vanwege het risico op een ischemisch CVA). De bloedstroom van de de arteria trochlearis en arteria lacrimalis is echografisch niet goed in beeld te brengen met de huidige apparatuur gericht op de arteriën die buiten de schedel gelegen zijn.

- Een positieve TAB, dat aanwijzingen vertoont van ontstekingen die kenmerkend zijn voor RCA, zoals reuscellen of panarteriitis (Lie, 2018), bevestigt de diagnose RCA. Een TAB moet worden uitgevoerd door een chirurg die ervaring heeft met deze procedure waarbij de arterie na fixatie ten minste 1 cm lang moeten zijn. Van oudsher werd altijd een lengte van 2 tot 5 cm aanbevolen in verband met "skip lesions". In de praktijk is een dergelijke lengte niet realistisch en daarnaast wordt de diagnostische opbrengst hierdoor ook niet verhoogd (Mahr 2006; Ypsilantis 2011; Oh 2018; Muratore 2021; Grossman 2017).
- Hoewel de werkelijke gevoeligheid van een TAB niet precies bekend is, wordt aangenomen dat de sensitiviteit ervan aanzienlijk minder is dan 100%. Dit wordt ondersteund door de histologische waarneming van skip-laesies in sommige gevallen. Daarnaast moet de patholoog die de biopsie beoordeelt expertise hebben m.b.t. het diagnosticeren van RCA. Gegevens uit de TABUL-studie (Luqmani, 2016) suggereerden een significante variatie tussen pathologen (kappa 0,62) in de histologische interpretatie van een TAB. Een andere studie toonde een hogere kappa van 0,81 (Grossmann, 2015). De matige kappa tussen pathologen is een extra argument dat de specificiteit van een TAB uiteindelijk lager zal liggen dan de 100% die in oude studies vermeld is. De sensitiviteit van TAB varieert sterk (39-87%) per studie (Rubenstein 2020; Edsel 2019; Luqmani 2016; González Porto 2018, Deyholos 2020, Dua 2021) en wordt o.a. beïnvloed door de prevalentie van RCA, studieopzet, referentie diagnose, chirurgische expertise, timing van het biopt (voor of na starten van GC), lengte van het biopt en expertise van de patholoog (Edsel, 2019). Mede hierdoor is deze test niet de ideale gouden standaard, alhoewel deze van oudsher wel als dusdanig gezien wordt.
- Daar waar biopsiebevindingen twijfelachtig zijn (bijv. beperkte inflammatie in de adventitia) is overleg tussen de aanvragend arts en de patholoog wenselijk. Vervolgens kan ervoor gekozen worden om biopten bijvoorbeeld dieper te snijden en te her-beoordelen. Bij afwezigheid van een inflammatoir infiltraat is een melding van genezen arteriitis met name benoemd bij intimahyperplasie niet voldoende om RCA te diagnosticeren. Geïsoleerde vasa vasorum vasculitis is niet diagnostisch voor RCA een recente studie laat zien dat dit gelijk staat aan een negatief biopt (Quigley et al: J Neuro-Ophthalmol 2022; 42: 212-217).
- Het blijft controversieel of een contralaterale TAB de sensitiviteit daadwerkelijk verhoogt of niet en wordt derhalve niet aanbevolen (Deyholos 2020). Meestal is een contralaterale TAB ook niet nodig door de beschikbaarheid en inzet van beeldvormende technieken.

Echografie

Beschrijving in BSR 2020:

- Een onvolmaakte referentiestandaard, zoals de klinische diagnose en een TAB, zou resulteren in een onderschatting van de diagnostische nauwkeurigheid van echografie. Bij het gebruik van klinische diagnose als referentiestandaard is het belangrijk dat deze onafhankelijk wordt gemaakt van het index-testresultaat om vertekening te voorkomen; dit kan worden gedaan door de

diagnosticus te blinderen voor het index-testresultaat. Met name een grote prospectieve Britse studie waarin de diagnostische waarde van echografie werd beoordeeld, loste dit probleem op door de patiënt, de behandelende arts en de onderzoeker te blinderen voor het resultaat van de echografie (Luqmani, 2016). Echografie bleek gevoeliger, maar minder specifiek te zijn dan biopsie voor de diagnose van RCA, was kosteneffectief en bood ruimte om het aantal patiënten te verminderen dat een TAB nodig had (Luqmani, 2016). Over het algemeen lijken de gepoolde positieve en negatieve waarschijnlijkheidsverhoudingen voor echografie het gebruik ervan te ondersteunen, hetzij voor het uitsluiten van RCA in gevallen met een lage waarschijnlijkheid, of voor het bevestigen van RCA in gevallen met een hoge waarschijnlijkheid (Bijlage E en Figuur 1, BSR-richtlijn, Mackie, 2020). Echografie van de arteria axillaris kan extra diagnostische informatie toevoegen aan echografie van de arteria temporalis (Schmidt, 2018)

- Echografie is afhankelijk van de onderzoeker en vereist een adequate training en een ruime ervaring met het verrichten van echografie van bloedvaten alsmede op dit specifieke toepassingsgebied.
- Echografie presteert het beste in het spoed diagnostisch traject, uitgaande van snelle toegang, goede technische apparatuur en hoge expertise met deze methode. Bij echografie is het niet-samendrukbare 'halo sign', ook wel een positief 'compression sign' genoemd, de belangrijkste bevinding die RCA suggereert (Chrysidis, 2018, Aschwanden 2013 en 2015).

Vertaling BSR naar Nederlandse situatie n.a.v aanvullende literatuur en Nederlandse expertise:

De echografie is een ideale modaliteit om in te zetten als spoeddiagnosticum bij verdenking op RCA. In verschillende Europese landen wordt al vele jaren gebruik gemaakt van spoed diagnostische trajecten, waarbij echografie de eerste diagnostische test is. Verschillende publicaties toonden aan dat deze strategie heeft gezorgd voor een significante daling in visusverlies (van 19-37% naar 2-13%) in vergelijking met reguliere zorg (Patil, 2015; Diamantopoulos, 2016; Schmidt, 2018; Monti, 2020). De 2018 EULAR imaging aanbevelingen voor grote vaten vasculitis adviseert echografie (mits RCA specifieke echografie expertise aanwezig is) als eerste beeldvormende test in patiënten die zich presenteren met klachten verdacht voor C-RCA. Bij verdenking LV-RCA kan zowel echografie (m.u.v. betrokkenheid aorta), FDG PET/CT-scan als CTA overwogen worden (Dejaco, 2018). Dit advies is in lijn met de BSR-richtlijn en verschillende publicaties waarbij echografie van zowel de a. temporalis als a. axillaris als eerste diagnostische test geadviseerd wordt bij alle (zowel C/LV-) RCA patiënten (Mackie, 2020; Monti, 2018). Echografie kent verschillende voordelen boven andere diagnostische testen en is, mits beschikbaar en voldoende expertise aanwezig, ook in Nederland een geschikte eerste diagnostische test. Standaard dient minimaal zowel de a. temporalis als a. axillaris beoordeeld te worden. Afhankelijk van de bevindingen, waarschijnlijkheid op RCA en lokalisatie van klachten kan de echografie uitgebreid worden tot de a. facialis, a. subclavia, a. carotis, a. vertebralis en a. occipitalis. Er zijn namelijk ook patiënten die nav beeldvorming een geïsoleerde RCA van bijvoorbeeld alleen de a. occipitalis of a. vertebralis hebben. De ervaring leert dat de opbrengst van echografie groter is wanneer deze gericht wordt toegepast ter plaatse waar de patiënt klachten aan geeft. Men denke hierbij aan het specifiek verrichten van de arterial temporalis takken waar de patient pijn aan geeft dan wel binnen het specifieke stroomgebied waar de klachten zoals kaakclaudicatio optreden. De a. vertebralis is dieper gelegen en slechts beperkt in segmenten af te beelden (alleen segment V1 en V2) doordat deze arterie door het foramen transversum van cervicale wervels loopt en de poccusus transversi. De a. occipitalis is technisch lastiger te beoordelen door haargroei op het achterhoofd.

De aorta abdominalis, a. iliaca en arteriën naar de benen zijn lastiger te beoordelen door regelmatige aanwezigheid van atherosclerose en diepere ligging. Echografie hiervan wordt derhalve niet aanbevolen bij de standaard diagnostiek.

Eisen echografist en apparatuur:

De betrouwbaarheid van de echografie (beelden en interpretatie hiervan) is sterk afhankelijk van verschillende variabelen (Monti, 2018; Dejaco, 2018):

- Expertise van de echografist en beoordelaar van de echobeelden: dit kan een reumatoloog, internist, radioloog, vaatlaborant, KNF laborant of een echografist anderszins zijn. Om over voldoende expertise te beschikken is het wenselijk om bij een ruim aantal patiënten met RCA een echografie verricht en beoordeeld te hebben. Dit aantal is niet als zodanig vastgelegd en ook sterk afhankelijk van de ervaring en achtergrond van de uitvoerder. Het is van groot belang om de echografie goed in te bedden in het diagnostisch proces en elkaars werkwijze binnen een ziekenhuis goed te kennen. De aanvrager dient zich ervan te vergewissen dat de uitvoering plaatsvindt op een manier die volgens de internationale standaard geaccepteerd is waarbij het gebruik van de juiste apparatuur essentieel is.
- Daarnaast wordt aanbevolen dat de aanvrager en uitvoerder specifieke trainingen/cursussen volgen om voldoende expertise op te doen. Bij het verschijnen van deze richtlijn zal er tevens een handreiking en een e-learning worden gepubliceerd om dit zoveel mogelijk te faciliteren.
- Kwaliteit van gebruikte echoapparaten: bij voorkeur high-end.
- Kwaliteit van echoprobes: klein kaliber arteriën zoals a. temporalis met lineaire ≥ 18 MHz probe, groot kaliber arterie zoals a. axillaris met lineaire ≥ 10 MHz probe.
- Toepassing van specifieke echografie instellingen voor RCA: zie hiervoor volgende publicaties, (Monti, 2018; Dejaco, 2018).
- Kennis van de ziekte RCA.
- Kennis van de anatomie/stroomgebieden en histopathologie van arteriën.
- Kennis van de vele valkuilen bij de toepassing van echografie en interpretatie van echobeelden.
- Verslaglegging van de echografie. Het is aan te bevelen dat de behandelaar en echografist onderling afstemmen wat minimaal in een verslag opgenomen dient te worden. Daarnaast is het essentieel dat beelden (filmpjes en afbeeldingen) gestructureerd opgeslagen worden en in het patiëntendossier beschikbaar zijn voor de aanvrager en behandelaar.
- Onderlinge afstemming tussen behandelaar en echografist voor terugkoppeling en bij twijfel m.b.t. de diagnose. Dit dient bij voorkeur te worden vastgelegd in een zorgpad. Het gezamenlijk beoordelen en bediscussiëren van beeldvorming (bijvoorbeeld in een MDO) verdient sterk de aanbeveling.

Bevindingen bij echografie in kader RCA:

Echografie heeft een hoge specificiteit voor de diagnose RCA. Er zijn verschillende echografisch bevindingen die kunnen duiden op RCA waarvan een positief “halo sign”, positief “compression sign”, een toegenomen vaatwand dikte (intima-media complex dikte ook wel IMT genoemd) en toegenomen compressiediameter van de arterie de belangrijkste zijn. In deze richtlijn wordt verder niet specifiek ingegaan op de definities, achtergrond en technische aspecten van deze bevindingen. Hiervoor wordt verwezen naar de “handreiking echografie bij RCA”, “Nederlandse e-learning echografie bij RCA”, echografie cursussen (zowel nationaal als internationaal) en beschikbare literatuur.

MRI/MRA-scan

Beschrijving in BSR 2020:

- Over het algemeen lijkt c-MRI/MRA potentieel nuttig te zijn om RCA uit te sluiten als het resultaat negatief is, maar vals-positieve testresultaten zouden kunnen optreden, waardoor de MRI/MRA van de craniële arteriën niet de eerste keuze zou zijn voor een bevestigende test bij RCA (Rheume, 2017).
- Als geen echografie of TAB mogelijk is en lokale MRI-faciliteiten en radiologische ondersteuning beschikbaar zijn, kan bij verdenking op een craniële RCA, in plaats daarvan een 3 Tesla MRI van de craniële arteriën met hoge resolutie worden gebruikt. Bij het interpreteren van de resultaten van deze diagnostische tests moet rekening worden gehouden met de waarschijnlijkheid voorafgaand aan de test (“pre-test probability”; vastgesteld op klinische gronden; Mackie, 2020).

Vertaling BSR naar Nederlandse situatie n.a.v aanvullende literatuur en Nederlandse expertise:

Ervaringen in enkele Nederlandse centra die de c-MRI/MRA gebruiken zijn veelbelovender dan de BSR-richtlijn schetst. Zo kan met de MRI afhankelijk van de focus de arteria temporalis, arteria facialis, arteria occipitalis, een deel van de arteria carotis en arteria vertebralis afgebeeld worden. Daarnaast is de MRI, alhoewel het wetenschappelijk bewijs nog beperkt is, de enige beeldvormende techniek waarmee betrokkenheid van de arteria ophthalmica en de nervus opticus en het omringende weefsel in beeld gebracht zou kunnen worden. De c-MRI/MRA heeft derhalve mogelijk wel een plaats in de diagnostiek bij C-RCA echter, gezien het nog beperkte wetenschappelijk bewijs en dat een specifiek protocol en expertise een vereiste is, pas in navolging van de echografie, TAB en FDG PET/CT-scan.

- **Beeldvorming van craniële arteriën (c-MRI/MRA):** In het algemeen verdient het de aanbeveling voor diagnostiek van RCA om gebruik te maken van hoge resolutie 3T MRI machines. Echografie heeft voor detectie van vasculitis van de arteria temporalis de voorkeur omdat de sensitiviteit van echografie beter is dan die van 2D-MRI met contrast (Yip, 2021), ondanks een goede negatieve voorspellende waarde van MRI (Rheume, 2017). Nieuwe ontwikkelingen in de MRI beeldvorming met gebruik van 3D imaging laten wel verbetering van de sensitiviteit van detectie van RCA zien (Poillon en Rodriguez). Mogelijk dat deze ontwikkelingen de keuze van MRI als diagnosticum voor RCA toekomstig positief zullen beïnvloeden.

Er lijkt mogelijk ook een plaats voor 3T MRI voor de beeldvorming van de arteria ophthalmica/ciliaire arteriën en de nervus opticus, bij verdenking op RCA betrokkenheid van deze arteriën en niet afwijkende fundoscopie (Prieto Peña, 2021). Deze bevindingen kunnen onder andere gezien worden bij patiënten met een A-AION en A-PION maar daarnaast ook bij afwezigheid van visusklachten.

- **Beeldvorming van extra-craniële arteriën:** Voor beeldvorming van extra-craniële vaatbetrokkenheid van RCA is de diagnostische waarde van MRI redelijk vergelijkbaar met FDG PET/CT-scan, maar is de correlatie van PET/CT met klinische ziekteactiviteit beter (Quinn, 2018; Einspieler, 2019). Echter, het wetenschappelijk bewijs voor de toepassing van de MRI bij LV-RCA is tot op heden zeer beperkt. MRI is meestal beperkt tot een ingestelde 'field of view', waardoor niet het gehele lichaam in beeld kan worden gebracht. Het is nog onduidelijk of nieuw beschikbare whole body MRI gevoelig genoeg is om LV-RCA vast te stellen. Daarentegen is MRI wel geschikt voor anatomische afwijkingen als reflectie van vasculaire complicaties, zoals aneurysma, dissectie en stenose. Deze kunnen met PET-CT slechts beperkt op de low dose CT in beeld worden gebracht.

FDG PET/CT-scan

Beschrijving in BSR 2020:

De FDG PET/CT-scan kan gebruikt worden ter evaluatie van RCA betrokkenheid van de aorta en proximale arterietakken. Het voordeel is beeldvorming van het gehele lichaam. Echter, de FDG PET/CT-scan biedt minder anatomische details van de betrokken arteriën vergeleken met de MRA of CTA. Ook bij de follow-up en de work-up voor een alternatieve diagnose zoals maligniteit en infectie zou een FDG PET/CT-scan gebruikt kunnen worden.

Vertaling BSR naar Nederlandse situatie n.a.v aanvullende literatuur en Nederlandse expertise:

- In de huidige klinische praktijk wordt FDG PET/CT-scan in toenemende mate gebruikt voor de diagnostiek van LV-RCA waarmee betrokkenheid van de aorta en de aftakkingen hiervan (a. subclavia, a. axillaris, a. brachialis, a. carotis, a. vertebralis, a. iliaca, a. femoralis, arteriën onderbenen) aangetoond kan worden. De 2018 EULAR imaging aanbevelingen voor grote vaten vasculitis wijst ook FDG PET/CT-scan aan als de beeldvormende modaliteit van voorkeur voor diagnostiek van LV-RCA, gebaseerd op diverse meta-analyses waarin de diagnostische accuratesse van FDG PET/CT-scan werd vastgesteld (Emamifar et al; ACR Open Rheumatol 2020;2:478-90; Besson FL et al, EJNMMI 2011;38:1764-72; Soussan M et al; Medicine 2015; 94: e622; Lee YH et al; Z Rheumatol 2016;75:924-31). Een recente meta-analyse van 400 patiënten

liet een gepoolde sensitiviteit van 83% en specificiteit van 90% zien (Lee YH et al; Z Rheumatol 2016;75:924-31).

- Voor een juiste toepassing en interpretatie van de FDG PET/CT-scan voor de diagnostiek van RCA, is het van belang dat de in 2018 gepubliceerde aanbevelingen van de Society of Nuclear Medicine and Molecular Imaging (SNMMI), the European Association of Nuclear Medicine (EANM), and the PET Interests Group endorsed by the American Society of Nuclear Cardiology (ASNC) (Slart et al EJNMMI 2018; 45:1250) gevolgd worden. Deze aanbevelingen geven richting aan de instellingen van de scantechniek en aan de visuele differentiatie tussen vasculitis en atherosclerose. Dat laatste blijft een uitdaging. Hierbij kunnen mogelijk semi-kwantitatieve scores beter onderscheid gaan bieden, hetgeen nog in onderzoek verband nader onderzocht wordt (Stellingwerff MD et al Medicine 2015; 94:e1542).
- Voor visualisatie van craniële betrokkenheid van RCA is FDG PET/CT-scan in het algemeen minder geschikt in verband met de hoge achtergrond opname van FDG in het metabool actieve brein. Echter middels langere scantijden, gebruik van grotere image matrices (kleinere voxels) van het hoofd en nieuwere generatie PET/CT-scanners met hogere resolutie en hogere sensitiviteit kunnen/zullen mogelijkheden voor detectie van betrokkenheid van o.a de a. temporalis, a. maxillaris en a. occipitalis toenemen (Nielsen BD et al Eur J Nuc Med & Mol Imaging 2019;46:184; Semmel AM et al, Semmel AM et al, Arthritis Rheum 2019;71:1319)). Daarnaast zijn er meer specifieke PET tracers voor RCA in ontwikkeling in onderzoeksverband.
- Naast detectie van RCA, biedt de FDG PET/CT-scan techniek ook mogelijkheden om het frequent co-optreden van polymyalgia rheumatica op te sporen en is de techniek geschikt voor het uitwerken van differentiaal diagnostiek met hoge sensitiviteit voor detectie van inflammatie, infectie en maligniteiten.

CT-angiografie (CTA) scan:

Vertaling BSR 2020:

CTA kan vaatwand verdikking met vaatwand enhancement tonen. De CTA kan gebruikt worden ter evaluatie van de betrokkenheid van de aorta en de proximale aftakkingen.

Vertaling BSR naar Nederlandse situatie n.a.v aanvullende literatuur en Nederlandse expertise:

- CTA is het meest geschikt om veranderingen van het lumen van de arteriën te visualiseren. Bij LV-RCA wordt een concentrische vaatwandverdikking gezien, typisch met late contrastenhancement en aanwezigheid van vaatwand oedeem. Vaak worden de volgende afkapwaarden gebruikt om de arteriën als verdacht voor LV-RCA te karakteriseren; aorta ≥ 2 mm, aftakkingen aorta >1 mm (Prieto-González, Ann Rheuma Dis. 2012). Een case-controle studie met 64 RCA patiënten toonde een specificiteit van 98% voor een aorta vaatwand dikte van $> 2,2$ mm (Berthod, Eur Radiol. 2018). Aangezien er correlerende histologische studies bij LV-RCA vrijwel onmogelijk zijn blijven dergelijke afkapwaardes een punt van discussie (Berger, Swiss Medical Weekly, 2018).
- Meerdere studies rapporteren superieure diagnostische testwaarden voor PET/CT vergeleken met CTA voor detectie van LV-RCA (oa Moragas-Solanes et al.; Vaidyanathan et al). Echter, Boysson et al liet in een kleine studie van 28 patiënten in een per-patient analyse zien dat de CTA en PET/CT beide in staat zijn om LV-RCA met vergelijkbare resultaten, qua sensitiviteit (95%) en specificiteit (100%), vast te stellen. Daarbij had de PET-CT een hogere sensitiviteit in een per-segment analyse, met name voor de detectie van inflammatie van de aorta vertakkingen (Boysson, Eur J Nucl Med Mol imaging, 2017). Een studie van Lariviere et al (n=25) evalueerde de rol van PET/CT en CTA in dezelfde populatie en lieten een sensitiviteit van 73% (95% CI 45-92) en specificiteit van 78% (95% CI 40-97) zien bij de klinische diagnose RCA na 6 maanden als referentie standaard (Lariviere, Medicine. 2016).
- De CTA is een goed alternatief voor MRI/MRA in geval van verdenking op vasculaire complicaties van de aorta t.g.v RCA (aneurysma, dissectie en stenose), gezien de goede detectie van anatomische afwijkingen in de vaatwand.