

# Κοιτώντας πέρα από το δέρμα στην Ψωριασική Αρθρίτιδα

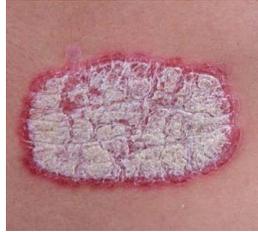
Αλέξιος Ηλιόπουλος  
Ρευματολογικό Τμήμα ΝΙΜΤΣ

# Σύγκρουση συμφερόντων Conflict of interest

Παρουσίαση με τιμητική αμοιβή από την Novartis

Εκπαιδευτικές-ερευνητικές-συμβουλευτικές επιχορηγήσεις την τελευταία τετραετία:  
Amgen-GSK, BMS, UCB, MSD, BIANEX, Pfizer, Novartis, Enorasis, Abbvie

# Ψωρίαση και ψωριασική αρθρίτιδα



## Ψωρίαση

- χρόνια, μη μεταδοτική, φλεγμονώδης δερματοπάθεια
- χαρακτηρίζεται από την παρουσία ζυγρώς ερυθρών πλακών που καλύπτονται από αργυρά λέπια
- πάθηση με μακροχρόνια πορεία που χαρακτηρίζεται από υφέσεις και εξάρσεις
- πολυπαραγοντικής αιτιολογίας νόσημα που εμφανίζεται σε άτομα με γενετική προδιάθεση



## Ψωριασική αρθρίτιδα

- Χρόνια, προοδευτική, φλεγμονώδης διαταραχή των αρθρώσεων και του δέρματος
- Εκδηλώνεται σε ποσοστό έως και 40% των ασθενών με ψωρίαση
- Σχετίζεται με συννοσηρότητες που επίσης συνδέονται με ψωρίαση
- Μειώνει την λειτουργική ικανότητα και την ποιότητα ζωής

# Ψωρίαση: ορισμός και επιδημιολογία

- Προσβάλλει περίπου το 2 % του παγκόσμιου πληθυσμού<sup>1</sup>
- Ηνωμένες Πολιτείες και Καναδά: 4.6% και 4.7% αντίστοιχα<sup>2</sup>
- Στους Αφρικανούς, Αφροαμερικάνους, Λάπωνες και Ασιάτες κυμαίνεται από 0.4 έως 0.7% <sup>2</sup>
- Έχει υπολογιστεί ότι τα 2/3 πάσχουν από ήπια και το 1/3 από σοβαρή ψωρίαση<sup>3</sup>
- Η ψωριασική αρθρίτιδα φαίνεται να εμφανίζεται στο 5 έως 30% των ασθενών με ψωρίαση.<sup>2</sup>



1. Nestlé FO, Kaplan DH, Barker J: Psoriasis. N Engl J Med. 361:496-509 2009

2. Christophers E: Psoriasis—epidemiology and clinical spectrum. Clin Exp Dermatol. 26:314-320 2001

3. Brandrup F, Green A: The prevalence of psoriasis in Denmark. Acta Derm Venereol. 61:344-346 1981

**Πίνακας 1-3** *Κύριοι Κλινικοί Τύποι Ψωρίασης*

Τύπος	% ασθενών που προσβλήθηκαν από την Ψωρίαση	Περιγραφή των βλαβών	Σχόλια
<b>Κατά πλάκας Ψωρίαση</b>	75-80%	Όταν αναπτυχθεί πλήρως, η βλάβη είναι καλώς ορισμένη, ερυθρά-ιώδης, στρογγυλή ή ωοειδής πλάκα διαμέτρου 1 εκατ. ή μεγαλύτερη, καλυμμένη από αργυροειδείς άσπρες φολίδες. Μπορεί να είναι σκούρου χρωματισμού σε έγχρωμους ή σκουρόχρωμους ανθρώπους.	Η πλέον κοινή μορφή ψωρίασης, η οποία ονομάζεται επίσης ως ψωρίαση <i>vulgaris</i> (κοινή ψωρίαση). Οι βλάβες είναι κοινές επί των οστικών προεξοχών (π.χ. αγκώνες, γόνατα). Οι πλάκες διευρύνονται έως ένα ορισμένο μέγεθος και στη συνέχεια παραμένουν σταθερές για μήνες ή χρόνια.
<b>Σταγονοειδής Ψωρίαση</b>	18%	Πολυάριθμες, μικρές βλάβες σταγονοειδούς σχηματισμού με διάμετρο που κυμαίνεται από 0.1-1.0 εκατ., κυρίως στον κορμό, στα εγγύς άκρα και στο πρόσωπο. Οι βλάβες δεν είναι τόσο ερυθρές ή φολιδωτές όσο στην κατά πλάκας ψωρίαση.	Πιο κοινή σε παιδιά και νέους ενήλικες. Συχνά προηγείται αυτής η στρεπτοκοκκική λοίμωξη. Μπορεί να είναι η αρχική εκδήλωση της ψωρίασης ή μια οξεία έξαρση της προϋπάρχουσας χρόνιας κατά πλάκας ψωρίασης.
<b>Ανάστροφη ψωρίαση</b>	12-26%	Βαθυέρυθρες ή λευκές επίπεδες καλά περιγεγραμμένες περιοχές ή πλάκες. Τα λέπια συνήθως λείπουν	Σχεδόν αποκλειστικά καμπτικές επιφάνειες (μασχάλες, αγκωνιαίοι και ιγνυακοί βόθροι, υπομαστίες πτυχές, ομφαλός, βουβωνικές χώρες, μεσογλουτιαία πτυχή, γενν. όργανα)

# Τύποι Ψωρίασης



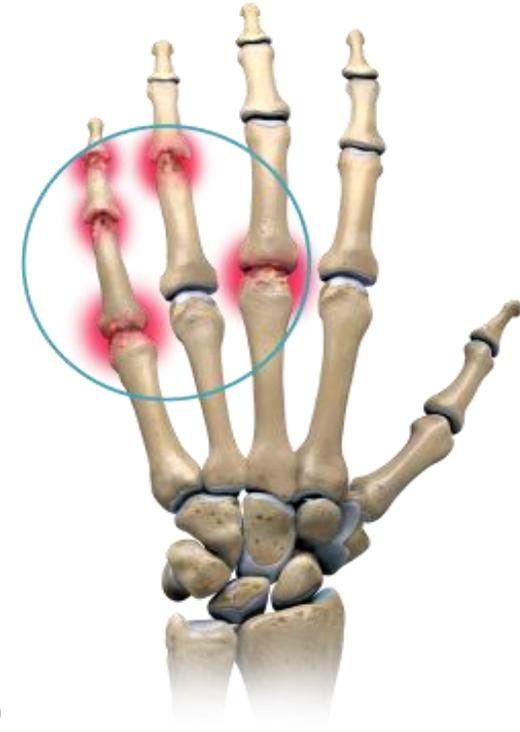
<p><b>Φλυκταινώδης Ψωρίαση</b></p> <p>1. Εντοπισμένη Ψωρίαση</p> <p>2. Γενικευμένη Ψωρίαση</p>	<p>1.7%</p> <p>-</p> <p>-</p>	<p>Αποστειρωμένες φλύκταινες που εντοπίζονται στις παλάμες και τα πέλματα ή γενικευμένες.</p> <p>Χρόνια και υποτροπιάζοντα εξανθήματα, με κιτρινωπές φλύκταινες που εμφανίζονται σε ερυθρό, <u>φολιδώδες</u> δέρμα. Οι βλάβες δεν διαρρηγνύονται αλλά μετατρέπονται σε σκουρόχρωμες καφέ-μαύρες.</p> <p>Ανώμαλες ερυθρές πλάκες του δέρματος στις οποίες διαμορφώνονται πολυάριθμες μικροσκοπικές φλύκταινες, όπου στη συνέχεια δημιουργούνται συλλογές πύου, οι οποίες μπορούν να σπιάσουν.</p>	<p>Η μέση ηλικία εκδήλωσης είναι τα 50 έτη.</p> <p>Συναντάται συχνότερα σε γυναίκες.</p> <p>Πρόκειται για μία σπάνια μορφή, αποκαλούμενη επίσης ψωρίαση <u>von Zumbusch</u> και η οποία είναι πολύ σοβαρή και μερικές φορές θανατηφόρα. Οι ασθενείς παρουσιάζουν συστηματική ασθένεια, με πυρετό και αυξημένο αριθμό λευκών αιμοσφαιρίων. Μπορεί να προκληθεί από την έναρξη ή τη διακοπή της θεραπείας με κορτικοστεροειδή.</p>
<p><b>Ερυθροδερμική Ψωρίαση</b></p>	<p>1-2%</p>	<p>Σοβαρή κνησμώδης φλεγμονή, <u>απολεπιστική</u> που καλύπτει όλο ή το μεγαλύτερο μέρος της επιφάνειας του σώματος. Στο στάδιο απολέπισης, μπορεί να αποφλοιωθούν μεγάλες περιοχές του δέρματος.</p>	<p>Αποκαλείται επίσης <u>απολεπιστική</u> <u>δερματίτιδα</u> ή ψωριασική <u>ερυθροδερμία</u>, η οποία αναπτύσσεται συνήθως ως έξαρση της χρόνιας κατά πλάκας ψωρίασης, αλλά μπορεί να εμφανιστεί και ως αρχική εκδήλωση της ψωρίασης. Η μέση ηλικία εκδήλωσης της είναι τα 50 έτη και προσβάλλει συχνότερα τους άνδρες.</p>

## Τύποι Ψωρίασης



# Ψωριασική αρθρίτιδα

- Η αρθρίτιδα
  - Έπεται της ψωρίασης: 75%
  - Παράλληλη με την ψωρίαση: 10%
  - Προηγείται της ψωρίασης: 15%
- Συχνότητα:
  - 7-30% των ασθενών με ψωρίαση
  - Ηλικίες: Από την εφηβεία και πέρα (έως 45-64 ετών)
  - Άνδρες:Γυναίκες 1:1



# Τύποι Ψωριασικής αρθρίτιδας



Τύπος	Συχνότητα
Ασύμμετρη ολιγοαρθρίτιδα	70%
Συμμετρική πολυαρθρίτιδα (ομοιάζουσα στη ΡΑ)	15%
Αξονική νόσος	5%
Αρθρίτιδα των ΑΦΦ	<5%
Καταστροφική αρθρίτιδα	<5%

- συχνή επικάλυψη των τύπων κατά την πορεία της νόσου
- «ξεχωριστές» κλινικές εκδηλώσεις :



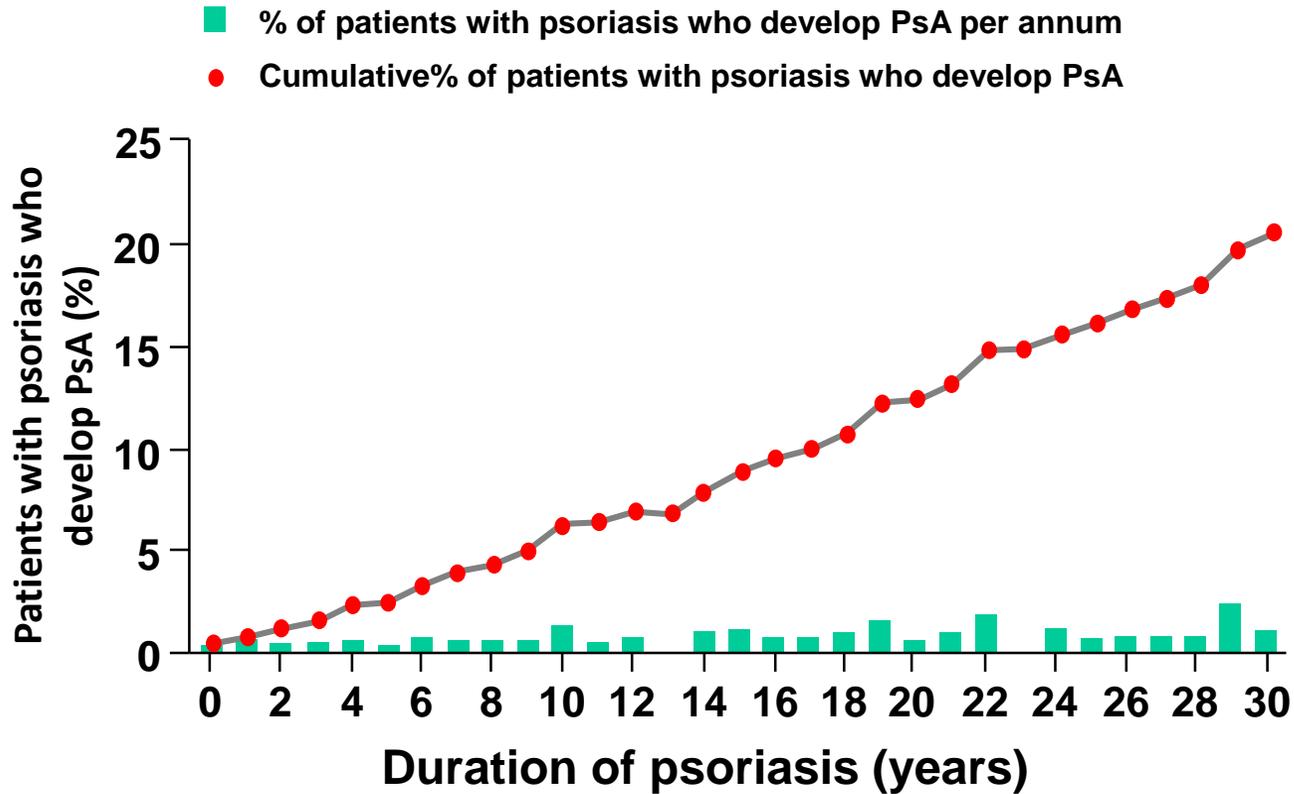
Ενθεσίτιδα



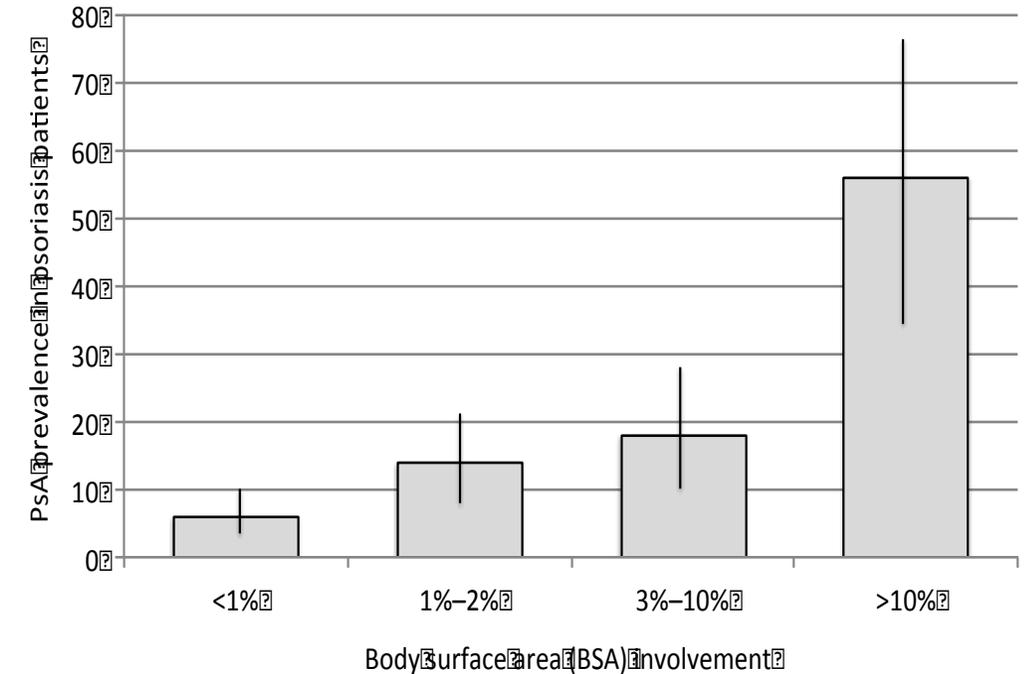
Δακτυλίτιδα

# Συσχετίσεις ψωρίασης και ΨΑ: χρόνος και έκταση βλάβης

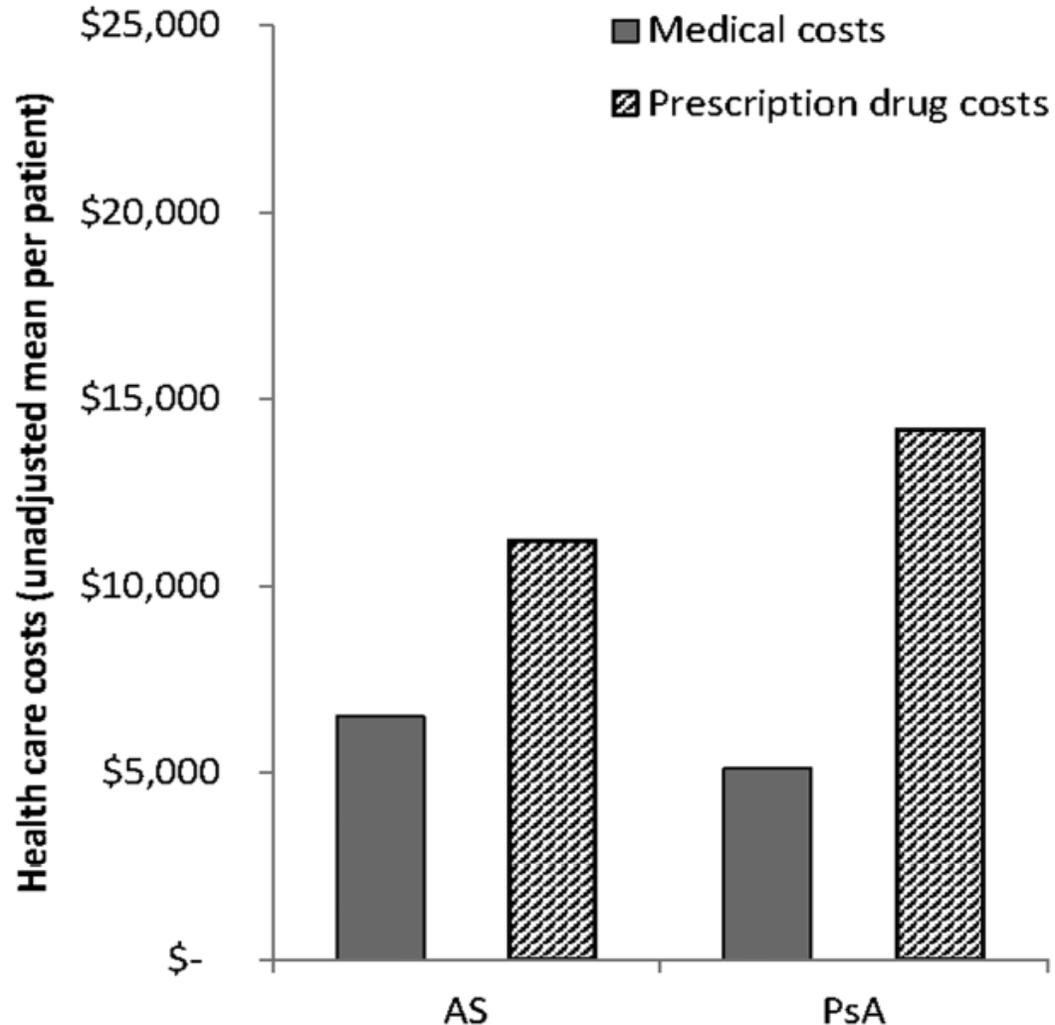
Σταδιακή αύξηση συχνότητας με τη πάροδο του χρόνου



Επιπολασμός της Ψωριασικής Αρθρίτιδας σε Ασθενείς με Ψωρίαση σε Σχέση με τον Βαθμό Δερματικής Προσβολής

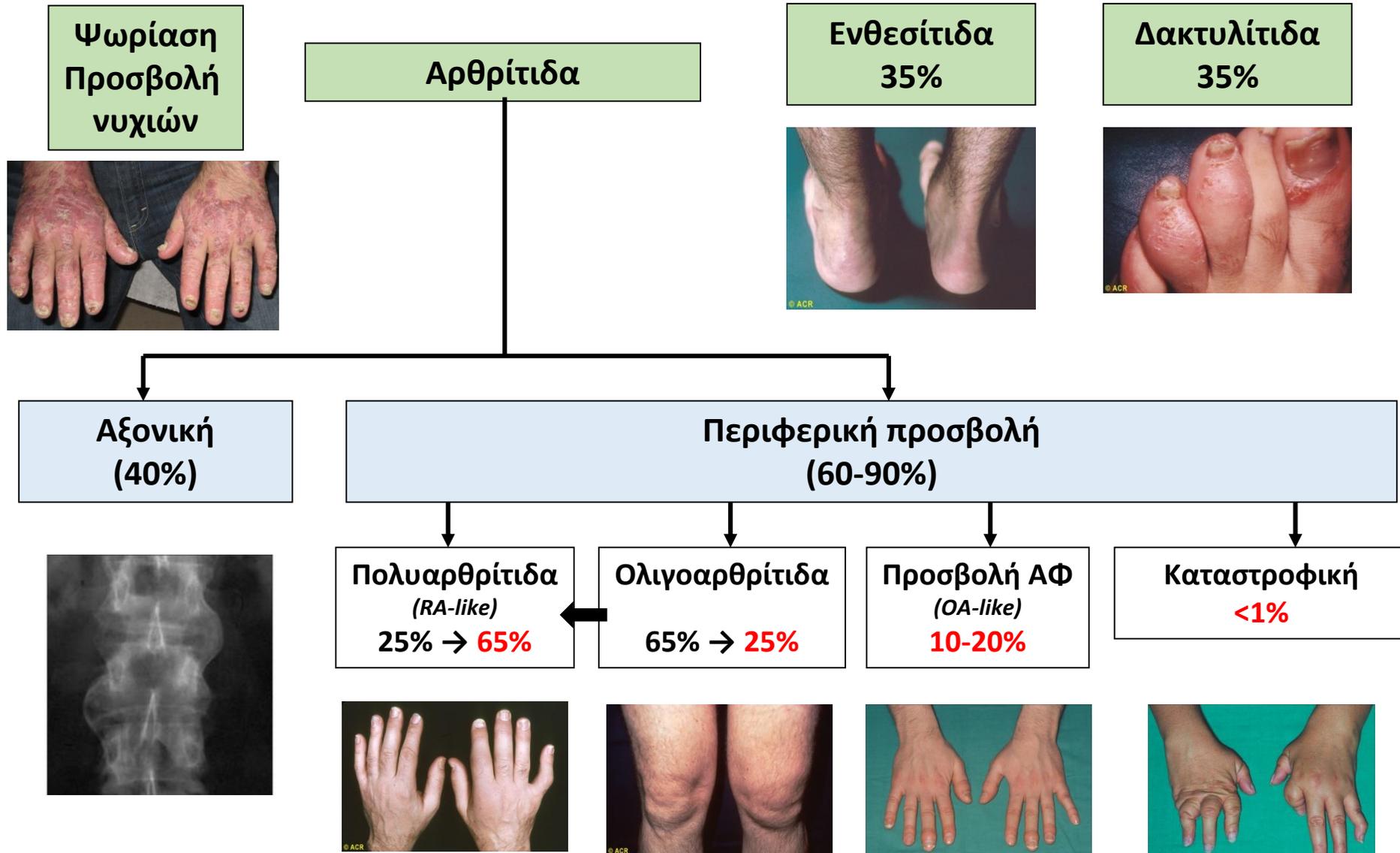


# Συνολικό ετήσιο ιατρικό και φαρμακευτικό κόστος της ψωριασικής αρθρίτιδας και αγκυλοποιητικής σπονδυλίτιδας



Μέσο ιατρικό κόστος κατά την διάρκεια παρακολούθησης 12 μηνών από βάση δεδομένων με χιλιάδες ασθενείς στις ΗΠΑ. Στο ιατρικό κόστος υπολογίζονται οι νοσηλείες, οι επισκέψεις στα επείγοντα και στα εξωτερικά ιατρεία. Τα συνταγογραφούμενα φάρμακα περιλαμβάνουν βιολογικά και μη βιολογικά φάρμακα, οι τιμές σε δολάρια ΗΠΑ.

# Κλινικές εκδηλώσεις Ψωριασικής Αρθρίτιδας



# Διάγνωση της Ψωριασικής Αρθρίτιδας: Τα Κριτήρια CASPAR

Πίνακας 1. Κριτήρια CASPAR (10)\*

<b>1. Ψωρίαση</b>	
α. Τρέχουσα (2)	Επί του παρόντος ύπαρξη προσβεβλημένου από ψωρίαση δέρματος ή νόσου τριχωτού κεφαλής σύμφωνα με την κρίση ρευματολόγου ή δερματολόγου†
β. Ιστορικό (1)	Ιστορικό ψωρίασης που μπορεί να ληφθεί από τον ασθενή, τον οικογενειακό ιατρό, το δερματολόγο ή το ρευματολόγο
γ. Οικογενειακό ιστορικό (1)	Ιστορικό ψωρίασης σε συγγενή πρώτου ή δεύτερου βαθμού σύμφωνα με την αναφορά του ασθενή
<b>2. Προσβολή ονύχων από ψωρίαση (1)</b>	Τυπική ονυχοδυστροφία από ψωρίαση, συμπεριλαμβανομένης της ονυχόλυσης, της βοθρίας και της υπερκεράτωσης, παρατηρούμενης σε τρέχουσα αντικειμενική εξέταση
<b>3. Αρνητική εξέταση για RF (1)</b>	Με οποιαδήποτε μέθοδο εκτός από latex, αλλά κατά προτίμηση με ενζυμο-συνδεδεμένη ανοσορροφητική δοκιμασία ή νεφελομετρία σύμφωνα με το εύρος αναφοράς του τοπικού εργαστηρίου
<b>4. Δακτυλίτιδα (1)</b>	
α. Τρέχουσα	Οίδημα σε ολόκληρο το δάκτυλο
β. Ιστορικό	Ιστορικό δακτυλίτιδας καταγεγραμμένο από ρευματολόγο
<b>5. Ακτινολογικές ενδείξεις εξωαρθρικού σχηματισμού νέου οστού (1)</b>	Ασαφής οστεοποίηση κοντά στα όρια των αρθρώσεων (με αποκλεισμό όμως του σχηματισμού οστεόφυτων) σε απλές ακτινογραφίας χεριού ή ποδιού

\*Ένας ασθενής για να πληροί τα κριτήρια της Ομάδας Μελέτης Ταξινόμησης Ψωριασικής Αρθρίτιδας (CASPAR) πρέπει να έχει φλεγμονώδη αρθροπάθεια (αρθρώσεις, σπονδυλική στήλη ή ένθεση) με  $\geq 3$  βαθμούς από 5 κατηγορίες. RF = ρευματοειδής παράγοντας

ειδικότητα 99% για την ταξινόμηση της PsA

1. Mease P. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2011;63(Suppl 11):S64-S85;  
3. Mease P, Armstrong A. *Drugs*. 2014;74:423-441.

2. Strohal R et al. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2013

# Η ψωρίαση πέρα από το δέρμα



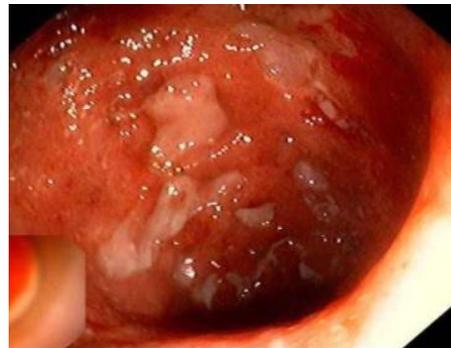
Περιφερική αρθρίτιδα



Δακτυλίτιδα



Ενθεσίτιδα αχιλλείου

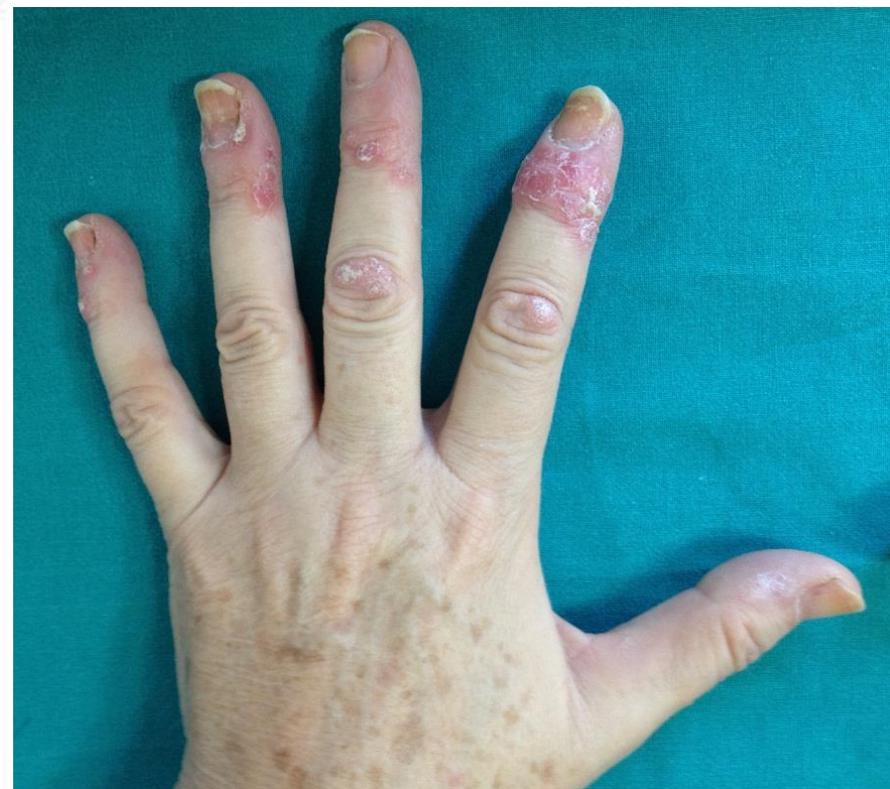


N. Crohn



Πρόσθια ραγοειδίτιδα

## Αρθρίτιδα ΑΦΦ: Ψωριασική ή οστεοαρθρίτιδα

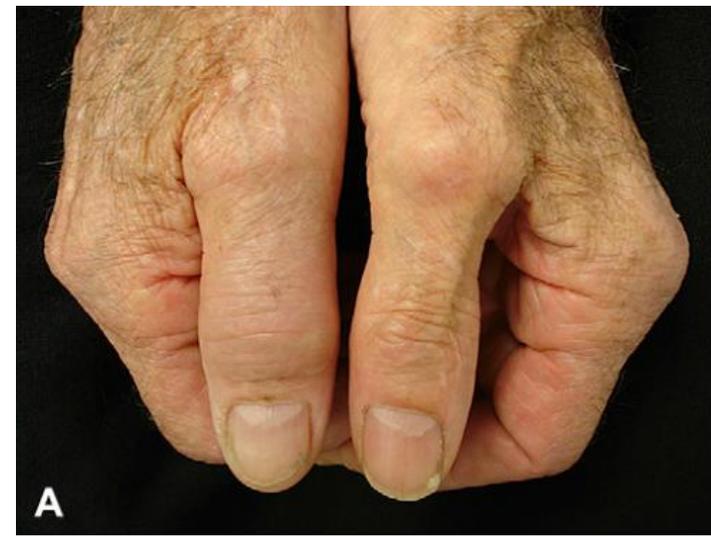


# Ψωρίαση ονύχων



**25-50% των ασθενών με ψωρίαση**

# Δακτυλίτιδα



# Καταστροφική ΨΑ

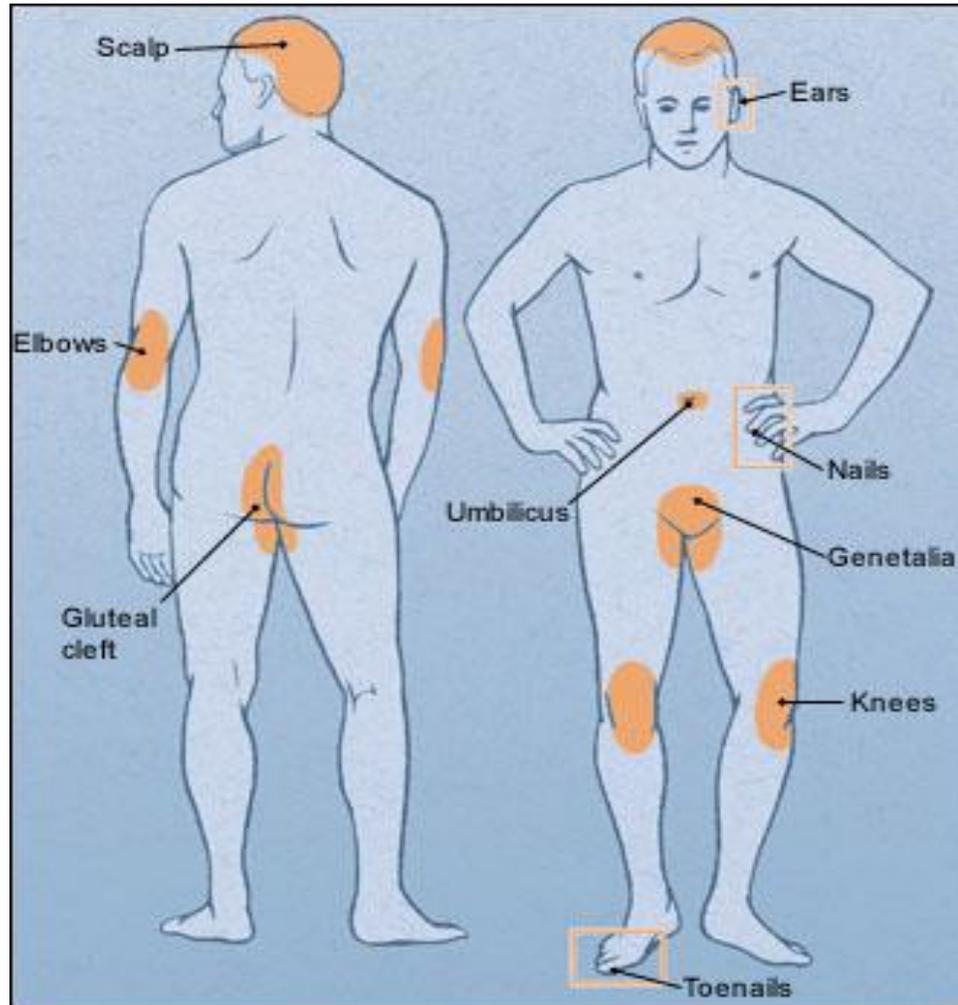


Ritchlin et al, N Engl J Med 2017;376:957-70

**Ψωριασική Αρθρίτιδα: εύκολη ή δύσκολη διάγνωση όταν δεν υπάρχει ενεργός ψωρίαση ή όταν αυτή δεν είναι κλινικά εμφανής**



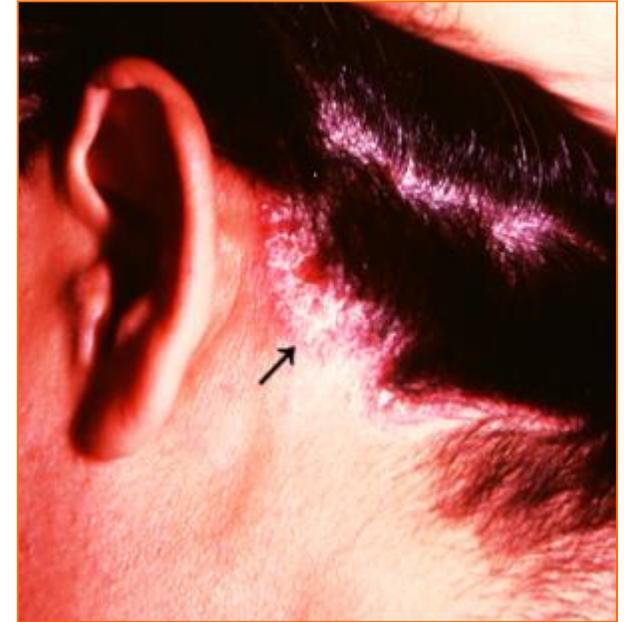
# Ψωριασική αρθρίτιδα χωρίς διαγνωσμένη ψωρίαση



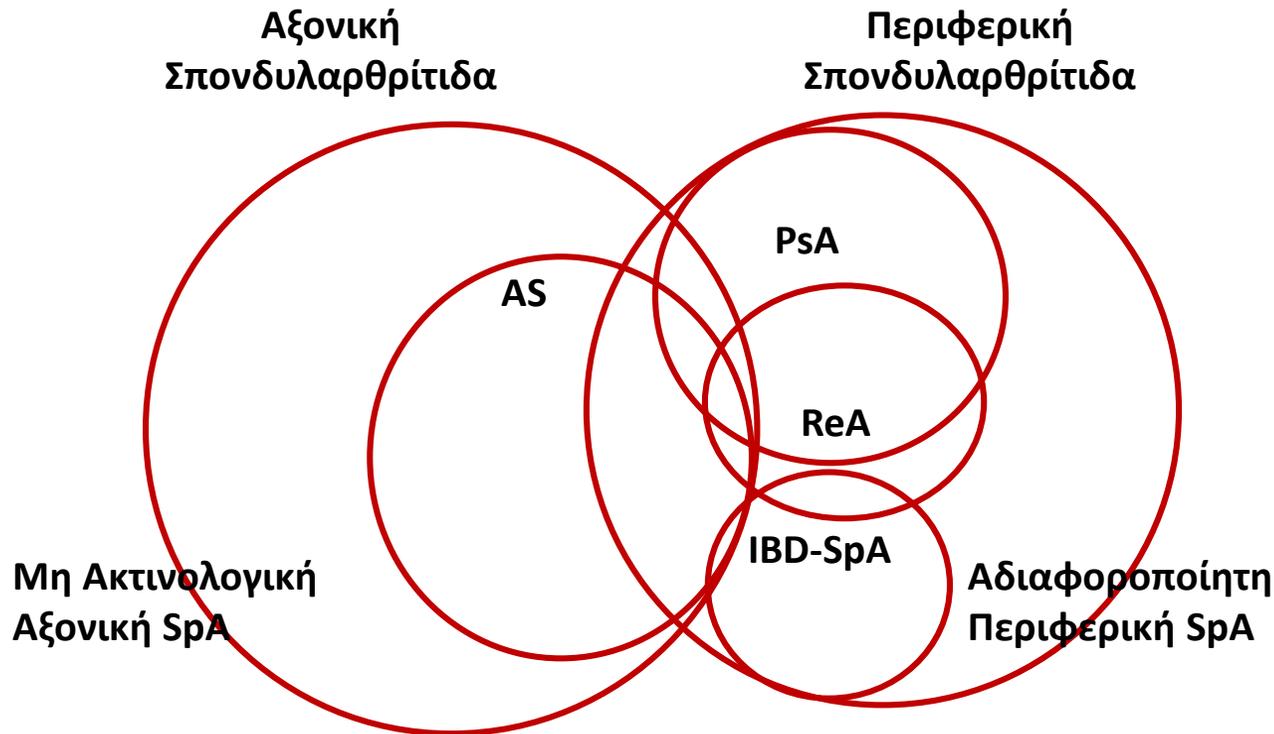
## PSORIASIS



Over 1 Million people in Britain suffer from Psoriasis, yet neither the cause nor a cure is known. Help find the answers. Join the **PSORIASIS ASSOCIATION.**



# Η ΨΑ ανήκει στις οροαρνητικές σπονδυλαρθροπάθειες



## Κοινά χαρακτηριστικά:

- Προσβολή αξονικού σκελετού
- Περιφερική αρθρίτιδα
- Ενθεσοπάθεια
- Ιριδοκυκλίτιδα
- Ψωρίαση
- Προσβολή εντέρου
- Απουσία ρευματοειδούς παράγοντα
- Συσχέτιση με HLA-B27

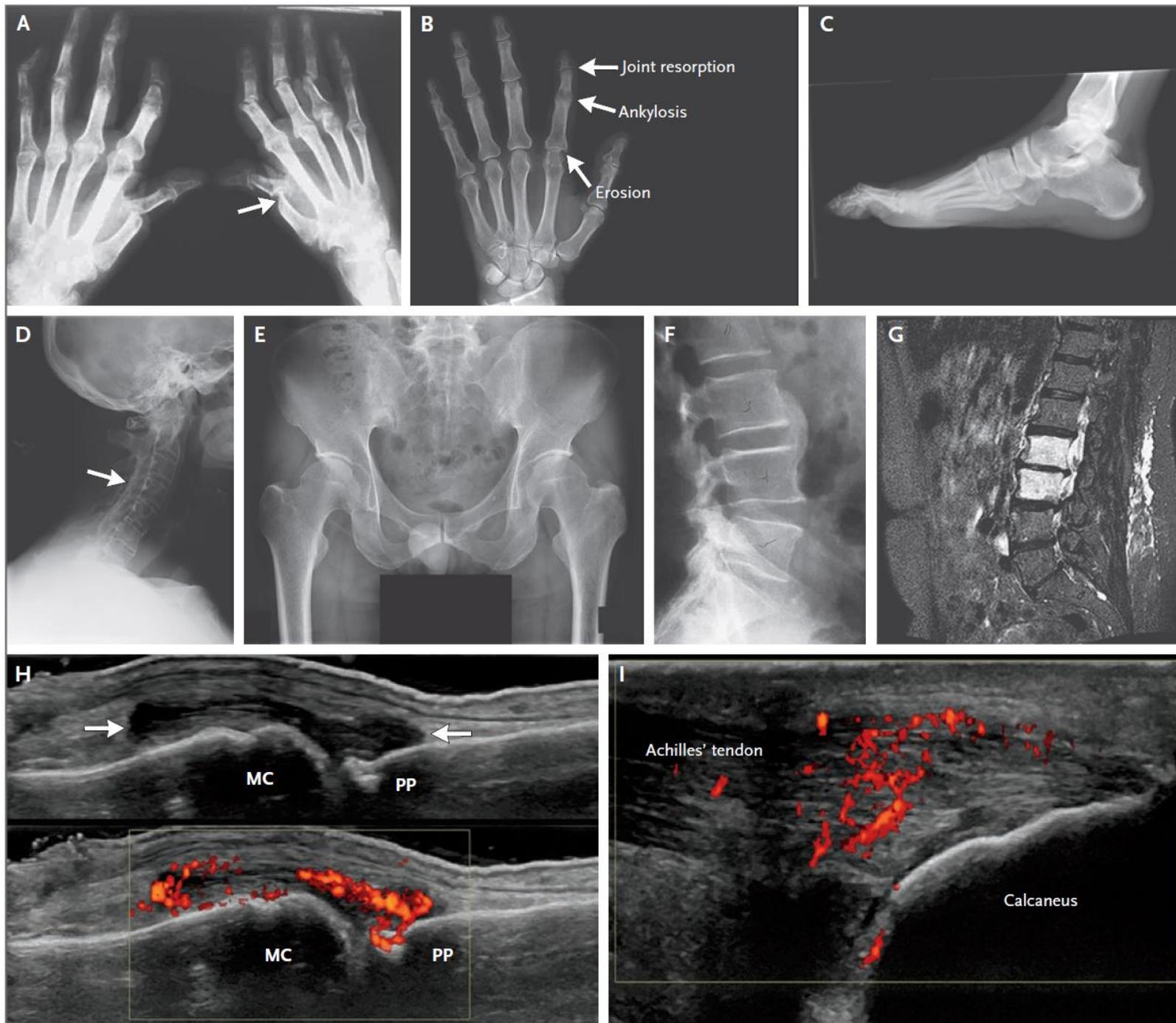
# Σπονδυλαρθροπάθειες: Ιερολαγονίτιδα συνήθως ετερόπλευρη στην ΨΑ



Απλή ακτινογραφία



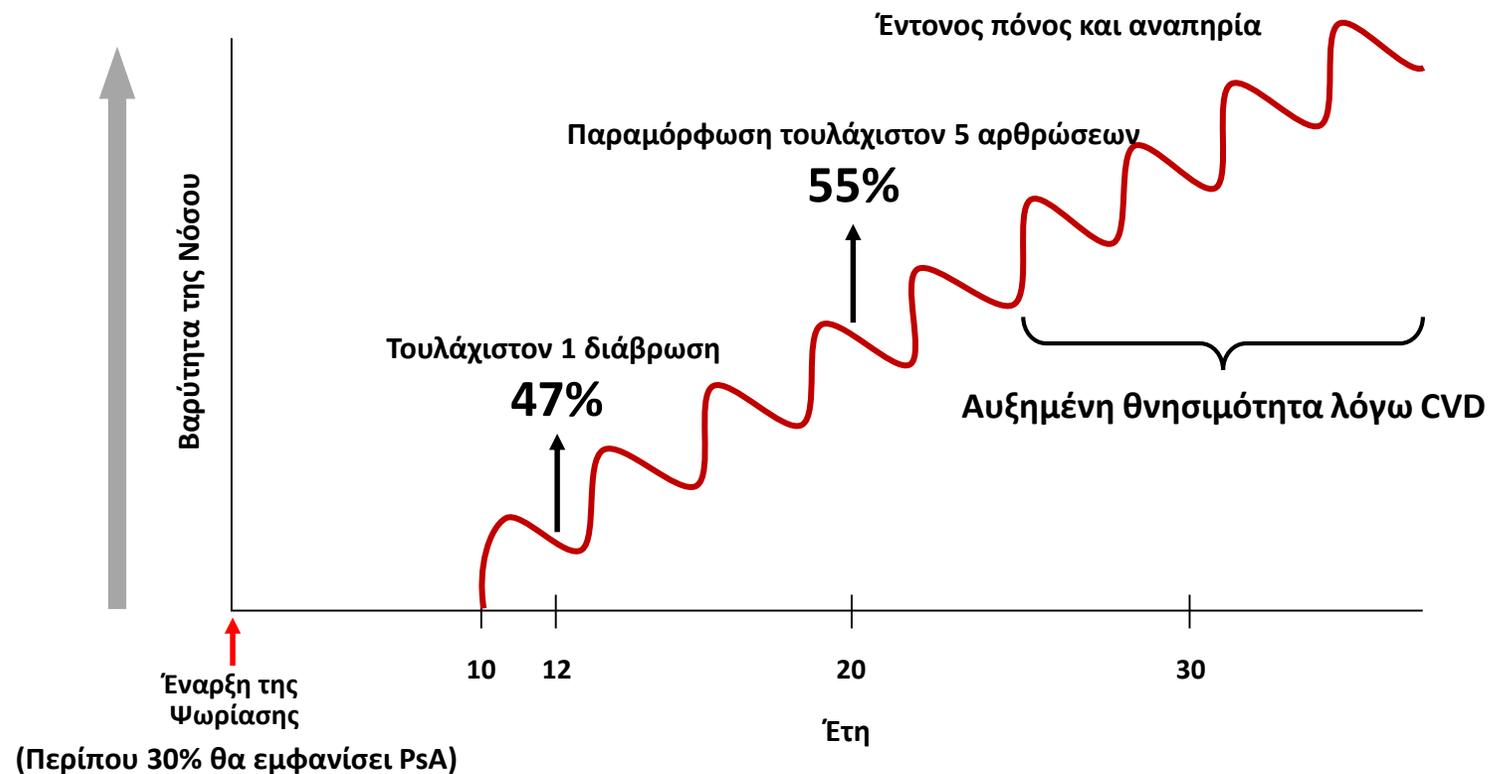
Μαγνητική τομογραφία



## Ακτινολογικά χαρακτηριστικά της ψωριασικής αρθρίτιδας

Panel A show arthritis mutilans, with pencil-in-cup deformities (arrow) and marked bone resorption (osteolysis) in phalanges of the right hand. The hand radiograph in Panel B shows joint resorption, ankylosis, and erosion in a single ray. Panel C shows enthesophytes at the plantar fascia and Achilles' tendon insertions. Panel D shows syndesmophytes involving the cervical spine, with ankylosis of facet joints (arrow). Panel E shows bilateral grade 3 sacroiliitis. Panel F shows a paramarginal syndesmophyte bridging the fourth and fifth lumbar vertebrae. Panel G shows bone marrow edema in the second and third lumbar vertebrae in a patient with severe psoriasis and a new onset of back pain. The high-frequency (15-MHz) gray-scale ultrasound image in Panel H shows synovitis of the metacarpophalangeal joint. Distention of the joint capsule is evident (arrows). The confluent red signals (box in the lower part of the image) with power Doppler ultrasonography indicate synovial hyperemia.

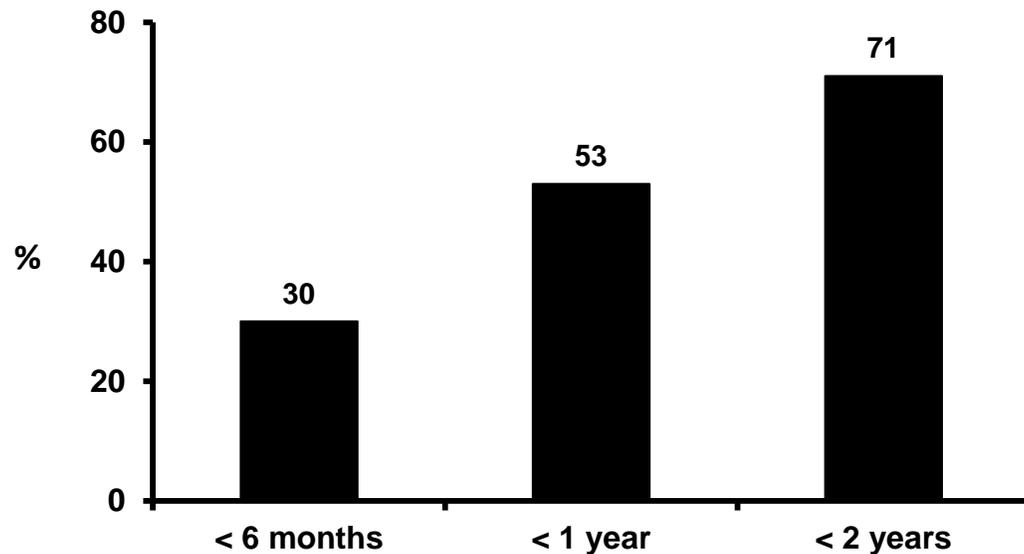
# Φυσική εξέλιξη της Ψωριασικής Αρθρίτιδας



**20%: Σοβαρή/Καταστροφική νόσος**

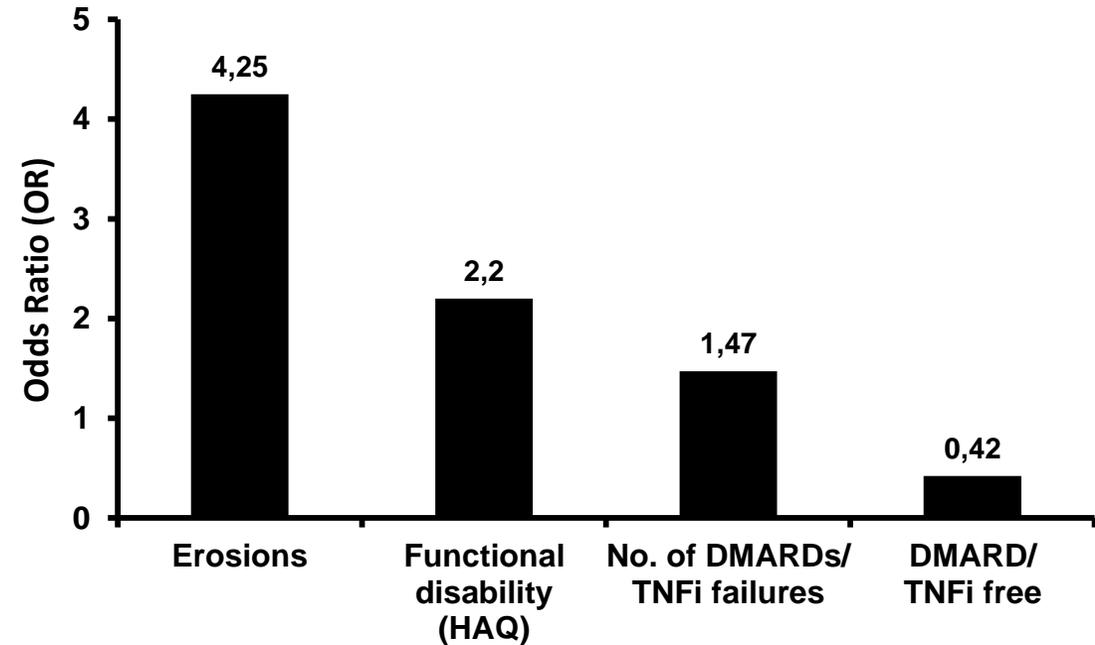
# ΨΑ: Καθυστερημένη διάγνωση - Συνέπειες

Εκτίμηση από ρευματολόγο



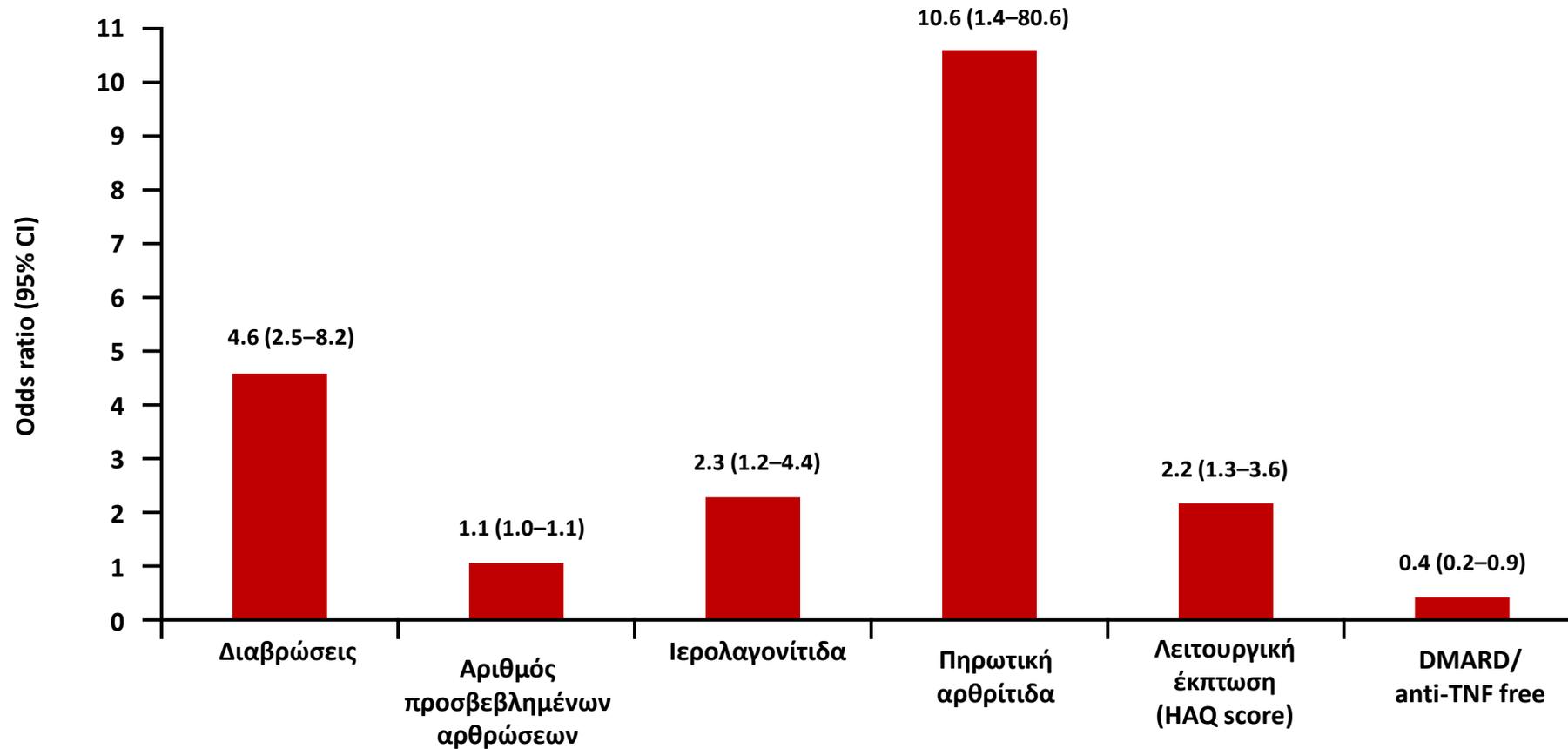
Καθυστέρηση μεταξύ  
έναρξης συμπτωμάτων – 1<sup>ης</sup> εκτίμησης από ρευματολόγο:  
**1 χρόνος**

Καθυστέρηση διάγνωσης για > 6 μήνες



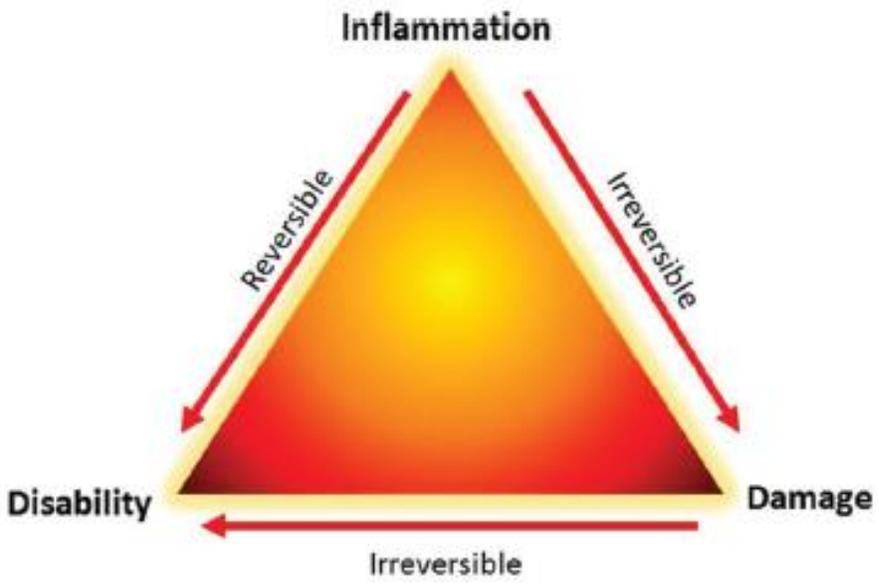
# Καθυστέρηση στη διάγνωση στην ΨΑ

Η καθυστέρηση της διάγνωσης της ΨΑ για περισσότερους από 6 μήνες συμβάλλει στη δυσμενή εξέλιξη της νόσου



Treating axial spondyloarthritis and peripheral spondyloarthritis, especially psoriatic arthritis, to target: 2017 update of recommendations by an international task force

# Φλεγμονή - Βλάβη Ανικανότητα - Αναπηρία



# Clinical Domains in PsA



## 6 θεραπευτικοί στόχοι στην ΨΑ



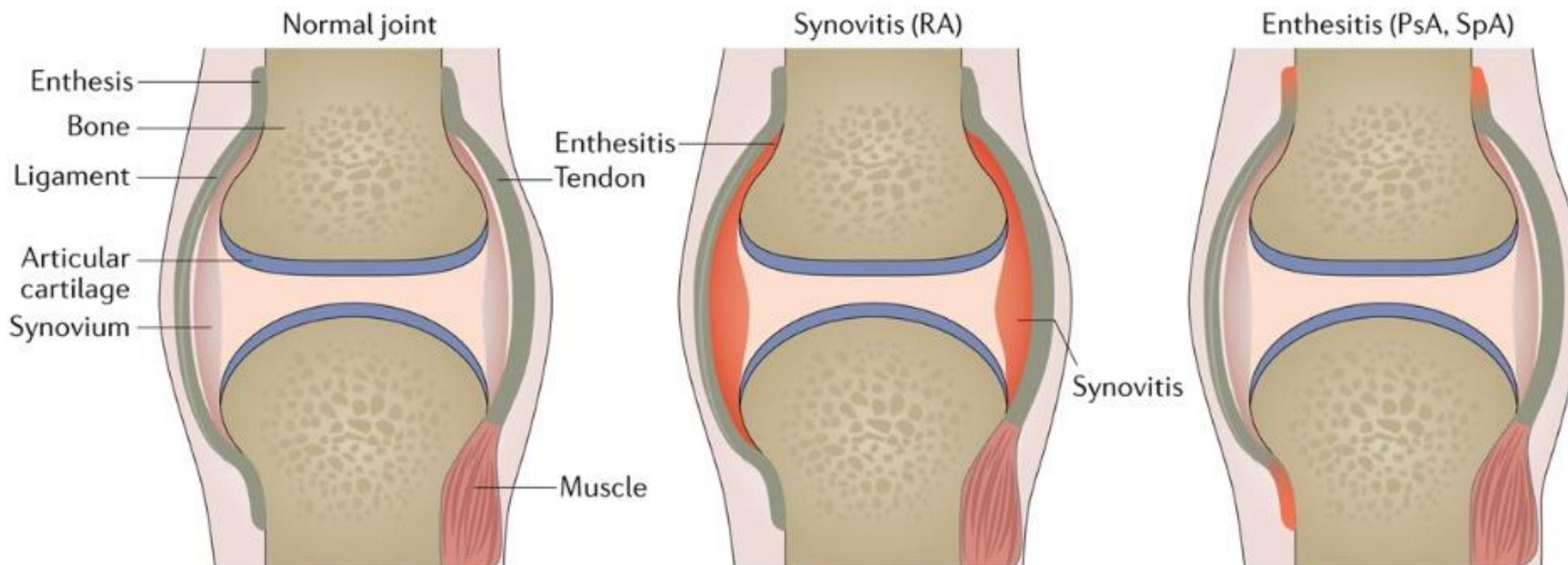
• Axial disease

• Skin

• Nail

# Ο ρόλος της ένθεσης στη θεραπεία των ΣΠΑ

Ένθεση → το σημείο πρόσφυσης των τενόντων και των συνδέσμων στο υποκείμενο οστό



Η ένθεση προτείνεται ως διακριτικό παθοφυσιολογικό χαρακτηριστικό των ΣΠΑ

# Ο ρόλος της ένθεσης στη θεραπεία των ΣΠΑ

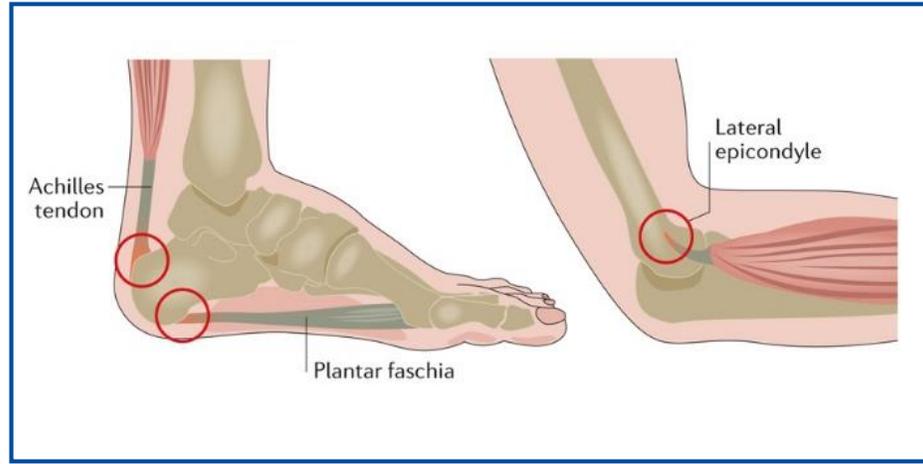
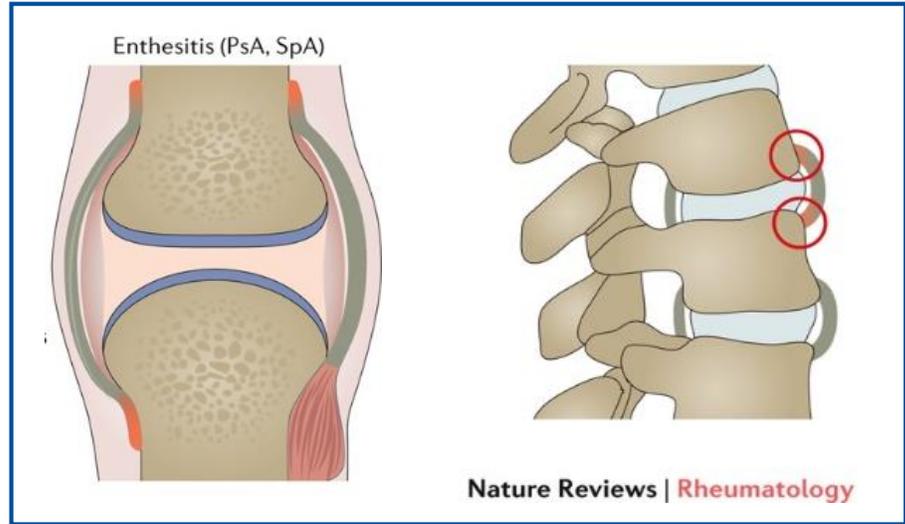
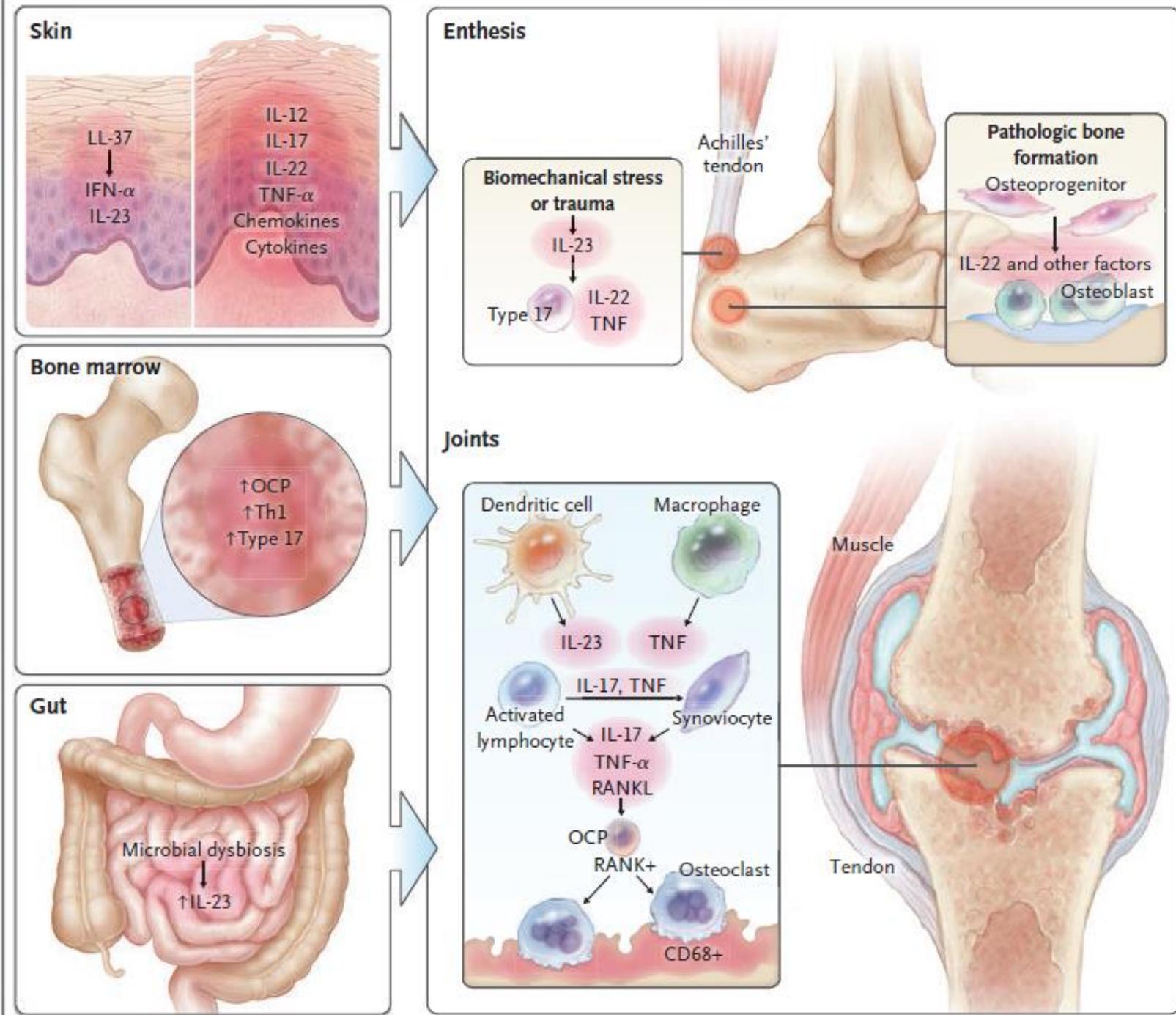


Table 1 | Comparison of the features of enthesitis and synovitis

Feature	Enthesitis (PsA and SpA)	Synovitis (RA)
Anatomical localization	Extra-articular	Intra-articular
Tissue composition	Fibrocartilage	Synovial membrane
Mechanical trigger	+++	+
Aetiopathogenesis	Danger response	Autoimmunity
Resident immune cells	$\gamma\delta$ T cells, type 3 innate lymphoid cells	Tissue-resident macrophages
Resident non-immune cells	Periosteal and fibrocartilage MSCs	Fibroblast-like synoviocytes
Type of immune activation	Innate (mostly polymorphonuclear neutrophils)	Mixed
Genetic associations	MHC class I genes, <i>IL23R</i>	MHC class II genes
Clinical symptoms	Pain	Pain, swelling
Pre-clinical phase	Subclinical enthesitis	Autoantibodies, tenosynovitis
Bone marrow involvement	+++	+
New bone formation	+++	-
PGE2 dependence	+++	+
Clinical effect of methotrexate	-	++
IL-17-IL-23 dependence	+++	+
IL-6 dependence	-	+++
TNF dependence	+++	+++
Associated organs	Gut, skin	Lungs

-, absent; +, minor; ++, moderate; +++, strong; MSC, mesenchymal stem cell; PGE2, prostaglandin E2; PsA, psoriatic arthritis; RA, rheumatoid arthritis; SpA, spondyloarthritis-



**Οι παθογενετικοί  
μηχανισμοί της  
ψωριασικής  
αρθρίτιδας**

# Ψωριασική αρθρίτιδα – Σύγχρονη και μελλοντική Θεραπεία

## Η κλασική θεραπεία

- NSAIDs
- DMARDs :
  - Methotrexate
  - Sulfasalazine
  - Cyclosporine (?)
  - Leflunomide
  - anti-TNF-α παράγοντες

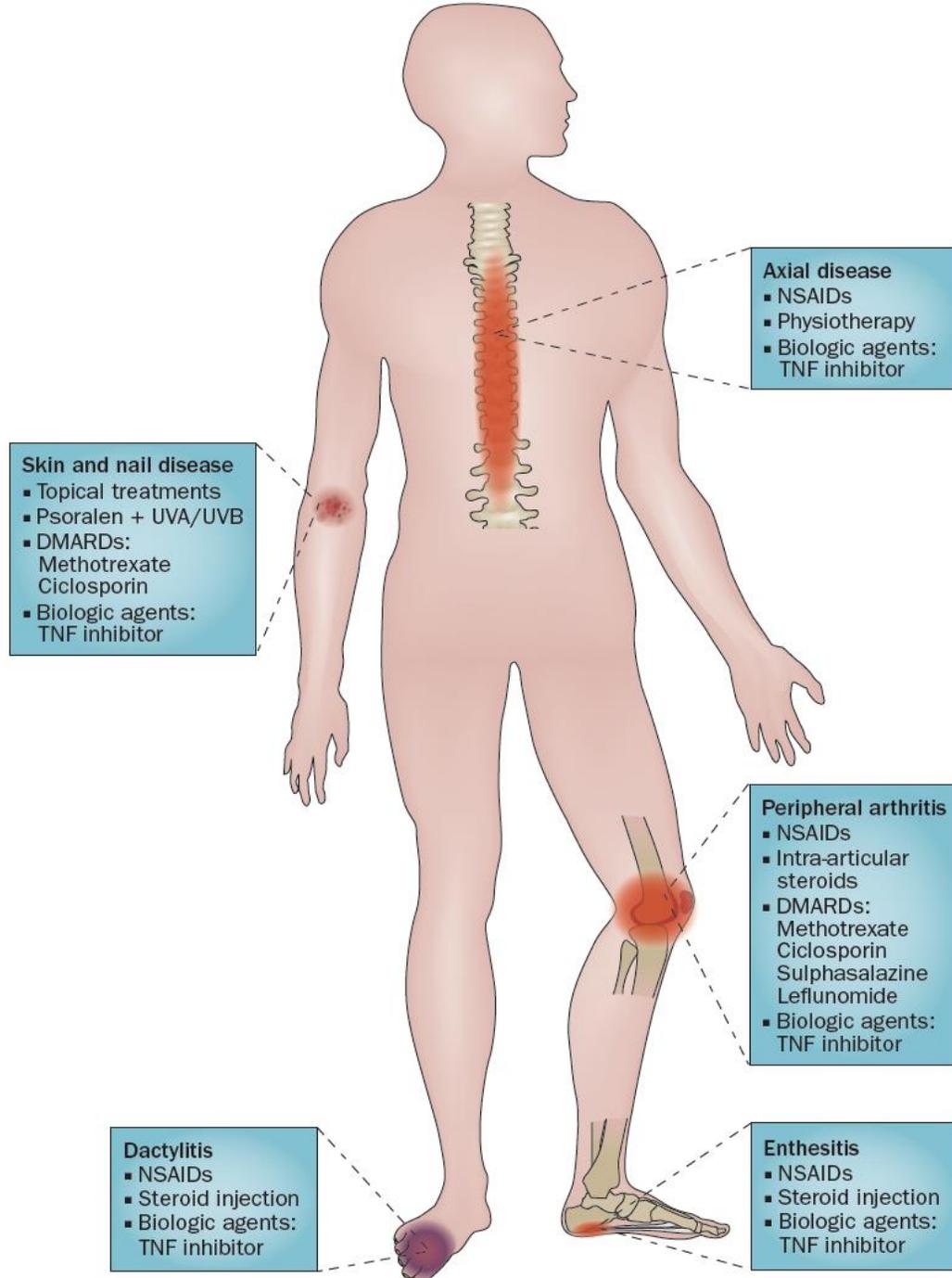
## Νεότερες Θεραπείες

- Ustekinumab (IL-12/IL-23 i)
- Apremilast (ts DMARD)
- Secukinumab (IL-17i)

## Μελλοντικές Θεραπείες

- Ixekizumab (IL-17i)
- Anti-IL-6 παράγοντες

# Ψωριασική αρθρίτιδα – Θεραπεία



Η Θεραπεία στην ψωριασική αρθρίτιδα εξατομικεύεται και προσαρμόζεται στο κλινικό φάσμα κάθε ασθενούς. Είναι διαφορετική η θεραπευτική προσέγγιση στην αξονική νόσο και στην περιφερική αρθρίτιδα, καθώς και στην δακτυλίτιδα και την ψωριασική ονυχία

# Η πραγματικότητα των βιολογικών θεραπειών στην ΨΑ

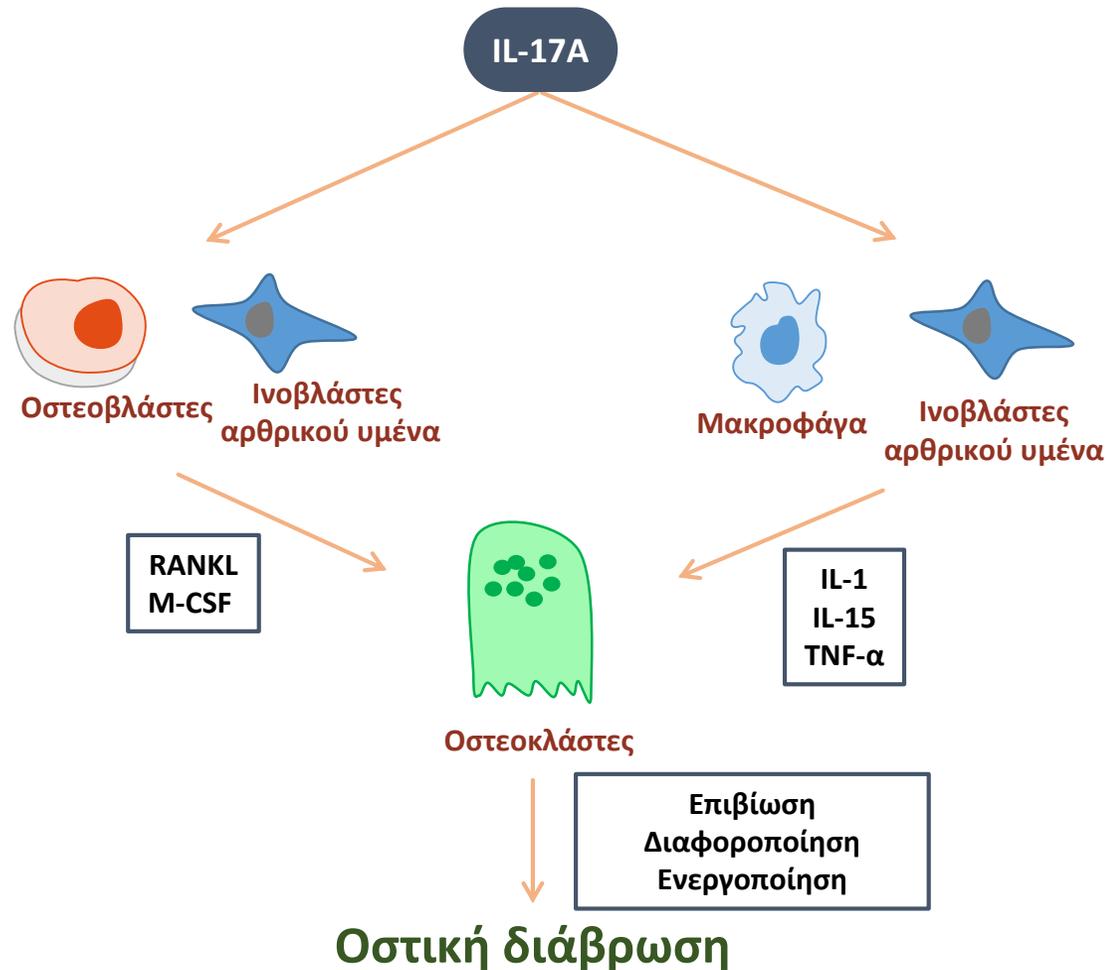
- Οι αντι-TNF παράγοντες
  - Ο διαλυτός υποδοχέας Etanercept
  - Τα 4 μονοκλωνικά αντισώματα και τα βιο-ομοειδή τους
    - Infliximab
    - Adalimumab
    - Certolizumab pegol
    - Golimumab
- Ο αναστολέας της IL-12/23, Ustekinumab
- Ο αναστολέας της IL-17, Secukinumab

# IL-17A-Producing Cells in Synovial Tissue and Fluid



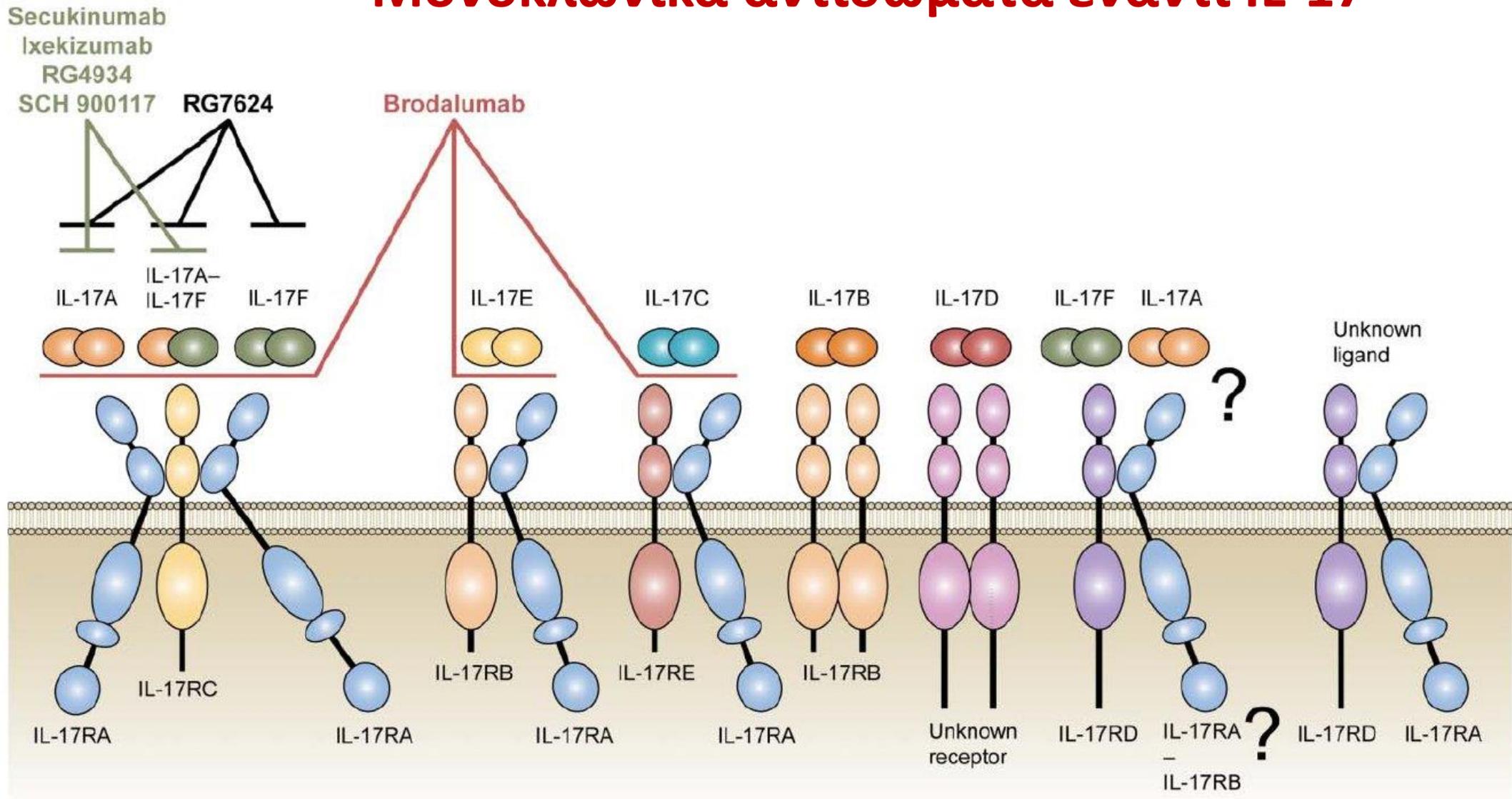
- Synoviocytes express the IL-17A receptor
- IL-17A-producing CD4<sup>+</sup> memory T-cells and IL-17A levels elevated in the synovial fluid

# Το μονοπάτι της IL-17A στις οστικές διαβρώσεις στην Ψωριασική Αρθρίτιδα



- Η ψωριασική αρθρίτιδα χαρακτηρίζεται από καταστροφή του οστού στις αρθρώσεις και από διαβρώσεις εξαιτίας της αυξημένης δραστηριότητας των οστεοκλαστών
- Ο σχηματισμός οστεοκλαστών, η διαφοροποίηση και ενεργοποίηση προωθούνται από την IL-17A
- Η IL-17A μπορεί επίσης να οδηγήσει στην καταστροφή του στρώματος διεγείροντας την απελευθέρωση του NO από τα χονδροκύτταρα και MMP από τα μακροφάγα<sup>1</sup>

# Μονοκλωνικά αντισώματα έναντι IL-17





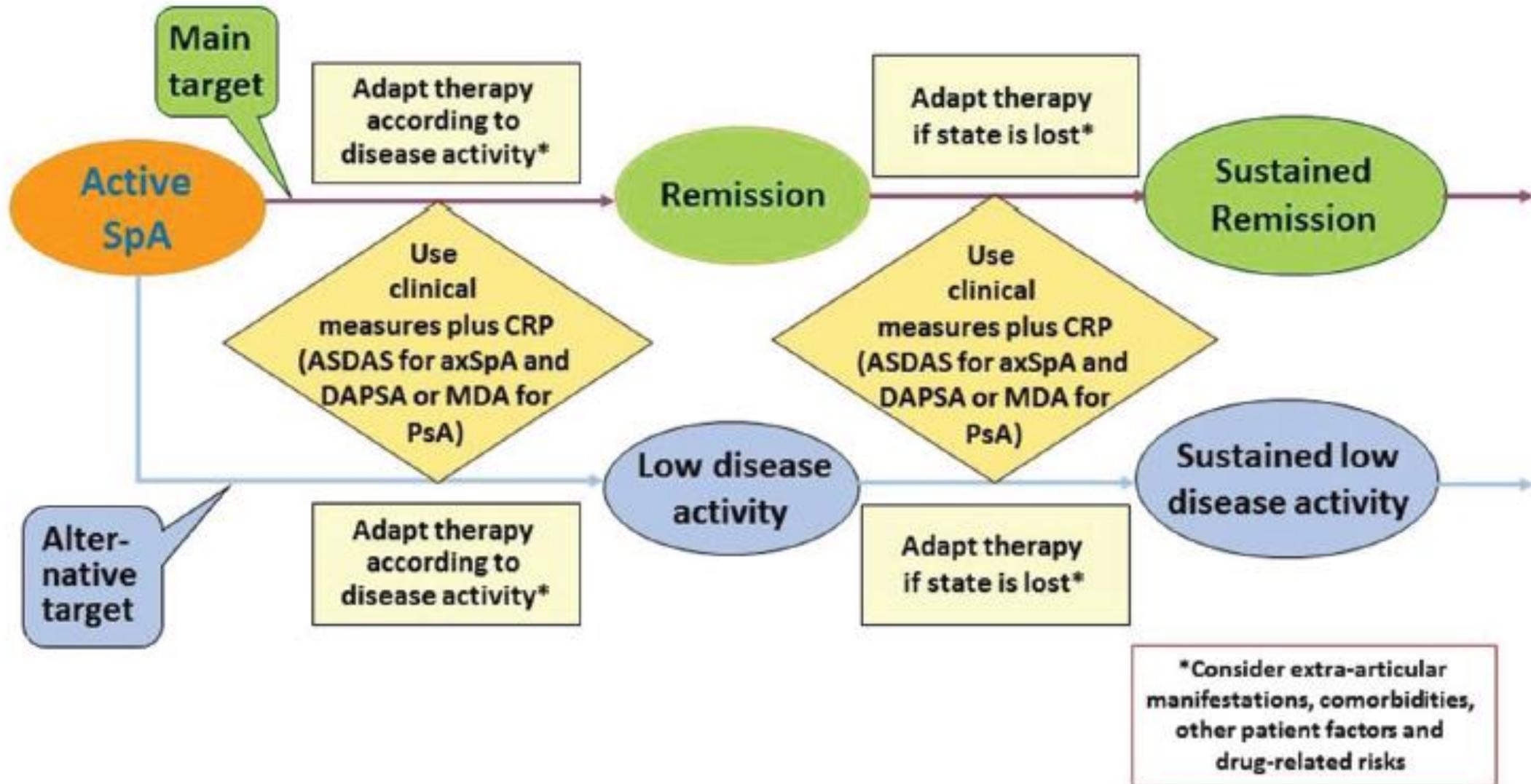
OPEN ACCESS

## Treating axial spondyloarthritis and peripheral spondyloarthritis, especially psoriatic arthritis, to target: 2017 update of recommendations by an international task force

**Table 3** The 2017 updated treat-to-target recommendations for spondyloarthritis

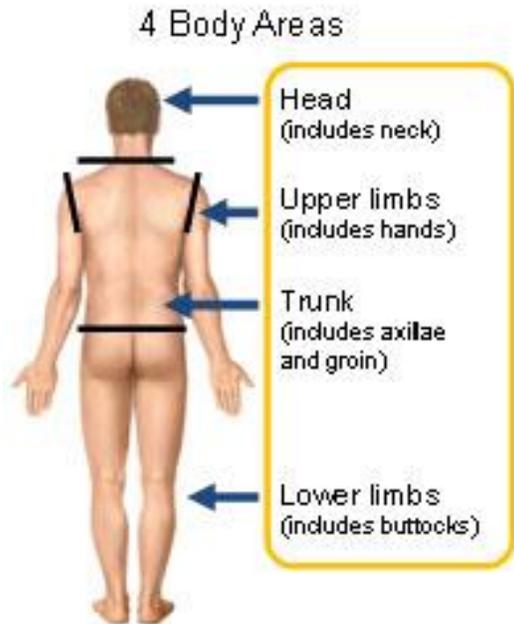
		LoE	GoR	Voting	LoA (0–10) Mean (SD)
Overarching principles					
A.	The treatment target must be based on a shared decision between patient and rheumatologist	n.a.	n.a.	69.4%	9.7 (0.7)
B.	Treatment to target by measuring disease activity, and adjusting therapy accordingly, improves outcomes	n.a.	n.a.	83.3%	9.3 (1.2)
C.	SpA and PsA are multifaceted systemic diseases; the management of musculoskeletal and extra-articular manifestations should be coordinated, as needed, between the rheumatologist and other specialists (such as dermatologist, gastroenterologist, ophthalmologist)	n.a.	n.a.	86.1%	9.8 (0.5)
D.	The goals of treating the patient with SpA or PsA are to optimise long-term health-related quality of life and social participation through control of signs and symptoms, prevention of structural damage, normalisation or preservation of function, avoidance of toxicities and minimisation of comorbidities	n.a.	n.a.	86.1%	9.9 (0.3)
E.	Abrogation of inflammation is important to achieve these goals	n.a.	n.a.	94.4%	9.2 (1.8)

# Στόχος της θεραπείας στην ΨΑ: το καλύτερο



# Αξιολόγηση αποτελέσματος

## PASI



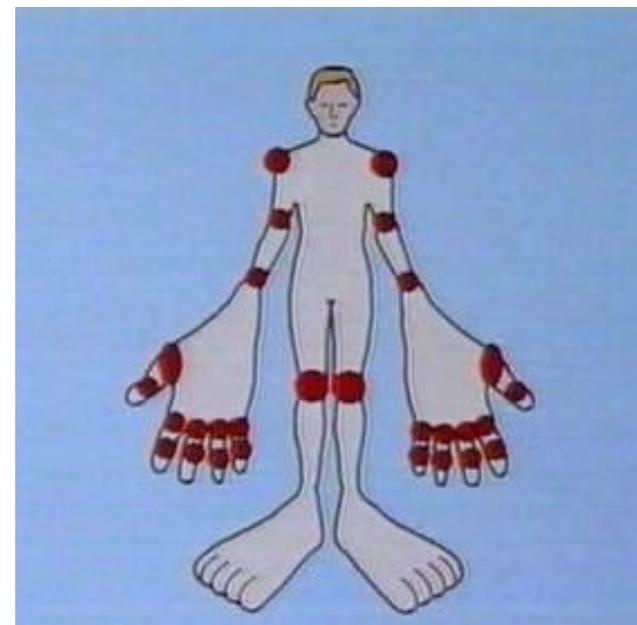
### Grading of Psoriatic Plaques

Intensity	Absent Score 0	Mild Score 1	Moderate Score 2	Severe Score 3	Very Severe Score 4
Erythema					
Induration					
Scaling					

Composite absolute score: 0–72

Treatment response relative to baseline: PASI 75/90/100

## DAS28



$$\text{DAS28} = 0.56 * \sqrt{\text{tender28}} + 0.28 * \sqrt{\text{swollen28}} + 0.70 * \ln(\text{ESR}) + 0.014 * \text{GH}$$

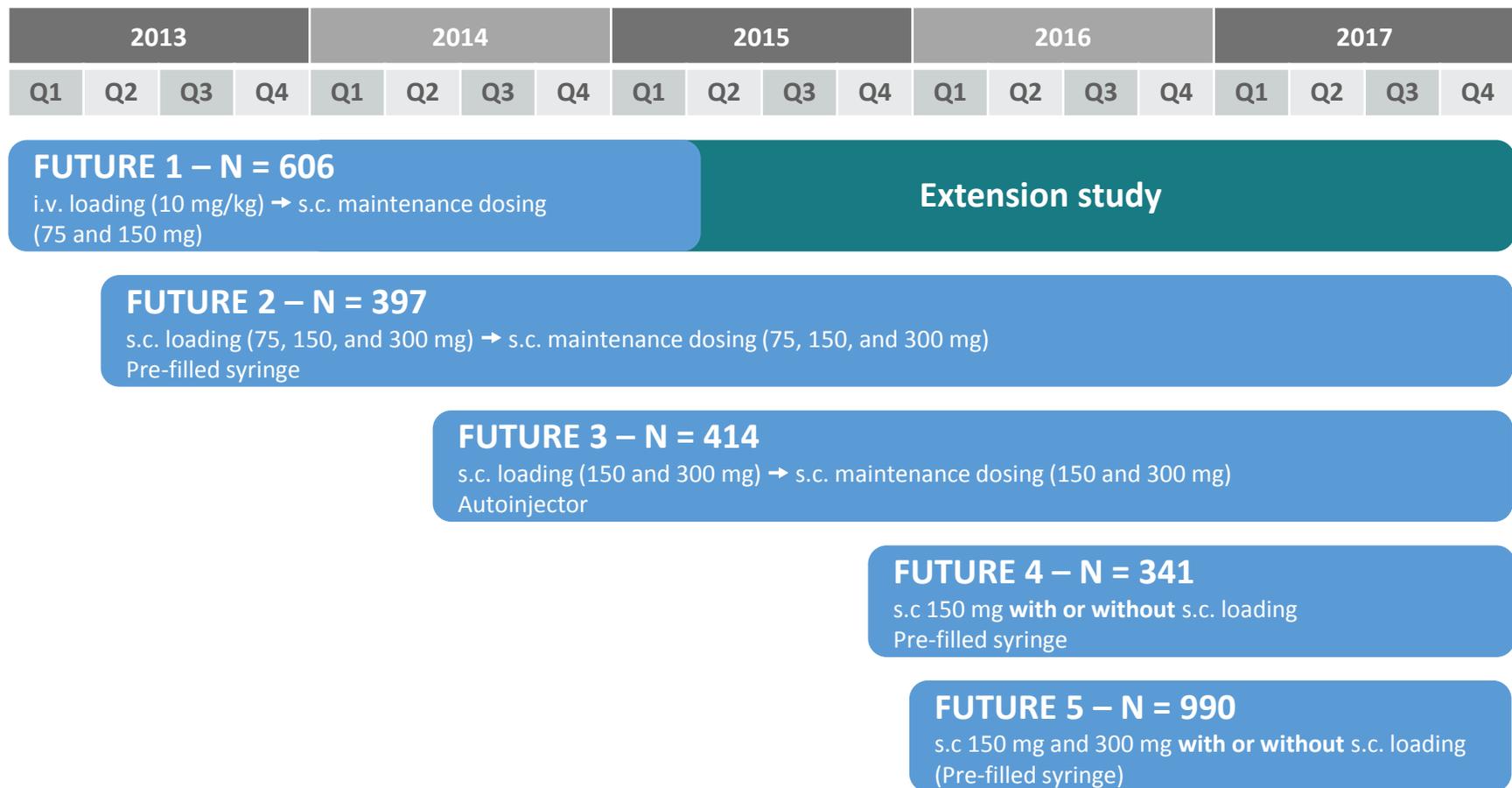
## ACR20

Medscape® <a href="http://www.medscape.com">www.medscape.com</a>	
ACR20	
Patient must show 20% improvement in:	Tender and swollen joint counts and 3 of 5 other measures: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient global assessment</li> <li>• Physician global assessment</li> <li>• Patient pain assessment</li> <li>• Physical disability score</li> <li>• Serum levels of acute phase reactants</li> </ul>

## PsARC

PsARC	
Patients must show improvement in 2 of 4 criteria, including:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Physician global assessment (0-5)</li> <li>• Patient global assessment (0-5)</li> <li>• Tender joint score (&gt;30%)</li> <li>• Swollen joint score (&gt;30%)</li> </ul> And
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Improvement in at least 1 of 2 joint scores</li> <li>• No worsening in any criteria</li> </ul>

# Το πρόγραμμα κλινικών δοκιμών FUTURE: Αξιολόγηση του *Secukinumab* στην ΨΑ



FUTURE 1 is a 2-year study (primary endpoint at Week 24) with 3 year extension study; FUTURE 2 is a 5 year study (primary endpoint at Week 24); FUTURE 3 is a 3 year study (primary endpoint at Week 24); FUTURE 4 is a 2 year study (primary endpoint at Week 16); FUTURE 5 is a 2 year study (primary endpoint at Week 24).  
i.v., intravenous; s.c., subcutaneous

# Lancet: Μελέτη Φάσης III στην ΨΑ

---

**Secukinumab, a human anti-interleukin-17A monoclonal antibody, in patients with psoriatic arthritis (FUTURE 2): a randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial**



*Iain B McInnes, Philip J Mease, Bruce Kirkham, Arthur Kavanaugh, Christopher T Ritchlin, Proton Rahman, Désirée van der Heijde, Robert Landewé, Philip G Conaghan, Alice B Gottlieb, Hanno Richards, Luminita Pricop, Gregory Ligozio, Manmath Patekar, Shephard Mpofu, on behalf of the FUTURE 2 Study Group*

Original Article

# Secukinumab Inhibition of Interleukin-17A in Patients with Psoriatic Arthritis

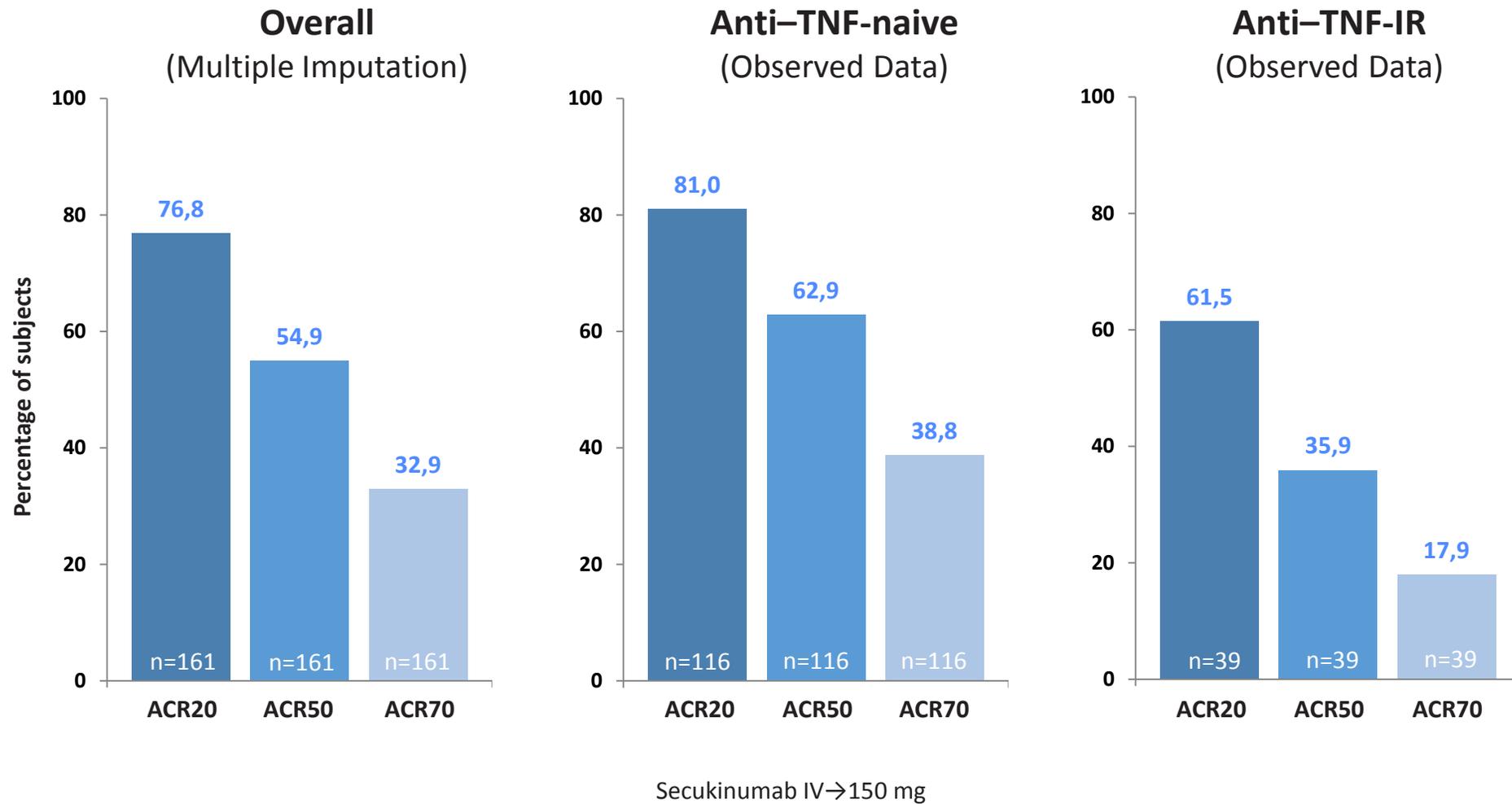
Philip J. Mease, M.D., Iain B. McInnes, Ph.D., Bruce Kirkham, M.D., Arthur Kavanaugh, M.D., Proton Rahman, M.D., Désirée van der Heijde, M.D., Ph.D., Robert Landewé, M.D., Ph.D., Peter Nash, M.B., B.S., Luminita Pricop, M.D., Jiacheng Yuan, Ph.D., Hanno B. Richards, M.D., Shephard Mpofu, M.D., for the FUTURE 1 Study Group

N Engl J Med  
Volume 373(14):1329-1339  
October 1, 2015

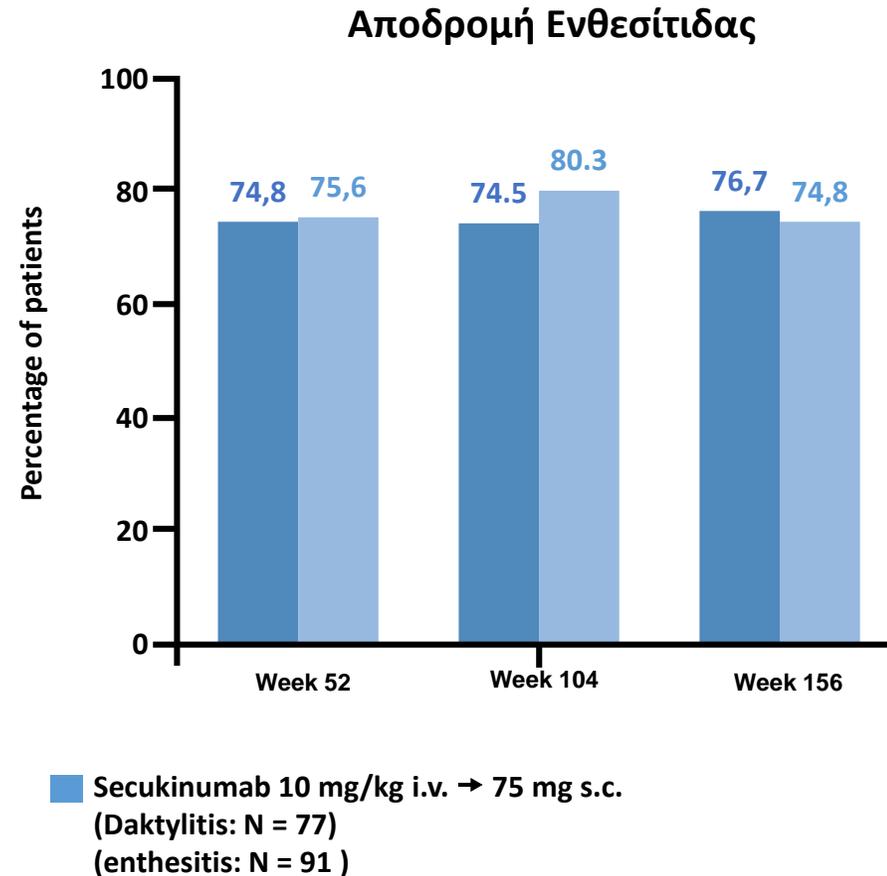
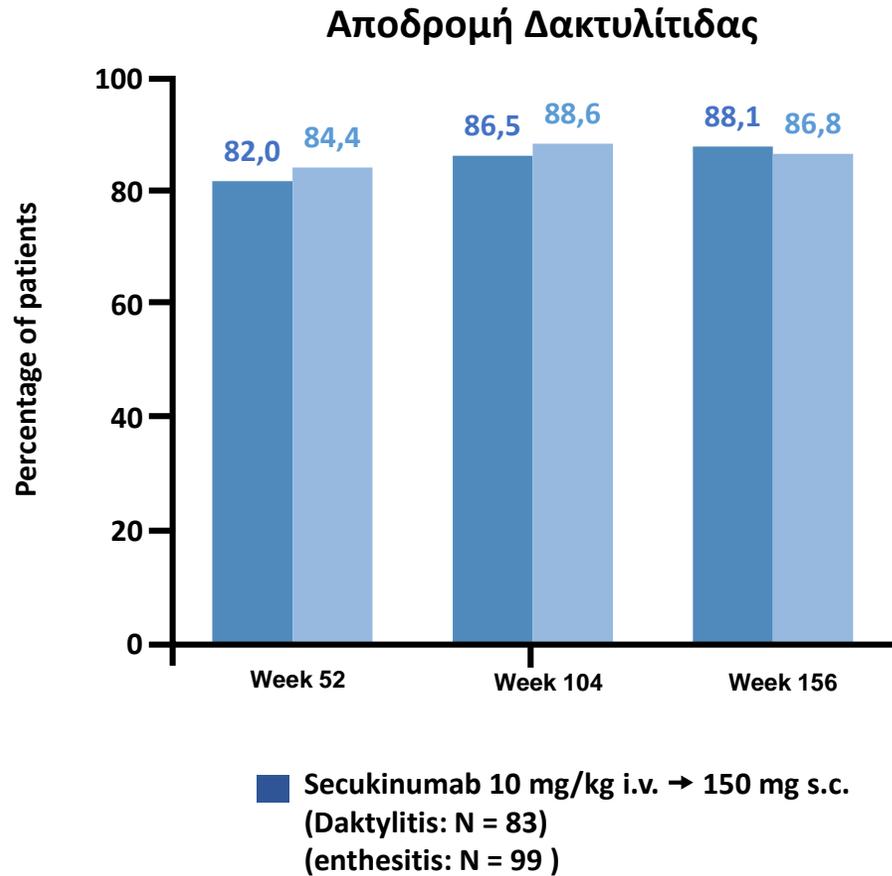


The NEW ENGLAND  
JOURNAL of MEDICINE

# FUTURE 1: Παρατεταμένη ανταπόκριση κατά ACR20/50/70 έως τα 3 έτη θεραπείας

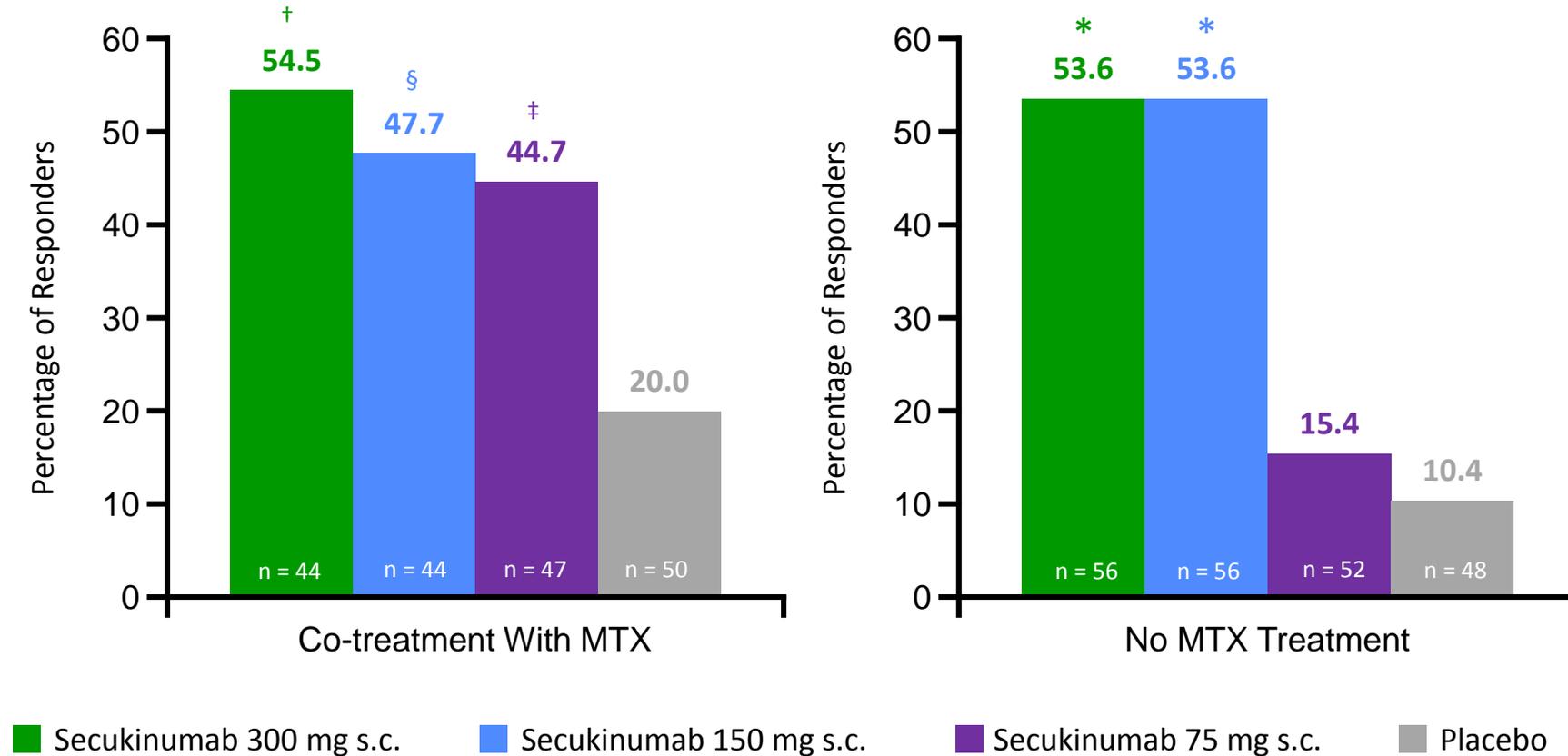


# FUTURE 1, Αποτελέσματα 3 ετών : Αποδρομή Δακτυλίτιδας & Ενθεσίτιδας (TNFi-Naïve + TNFi-Exposed Patients)



Αποδρομή Δακτυλίτιδας και Ενθεσίτιδας σε ασθενείς με αυτά τα συμπτώματα κατά την έναρξη

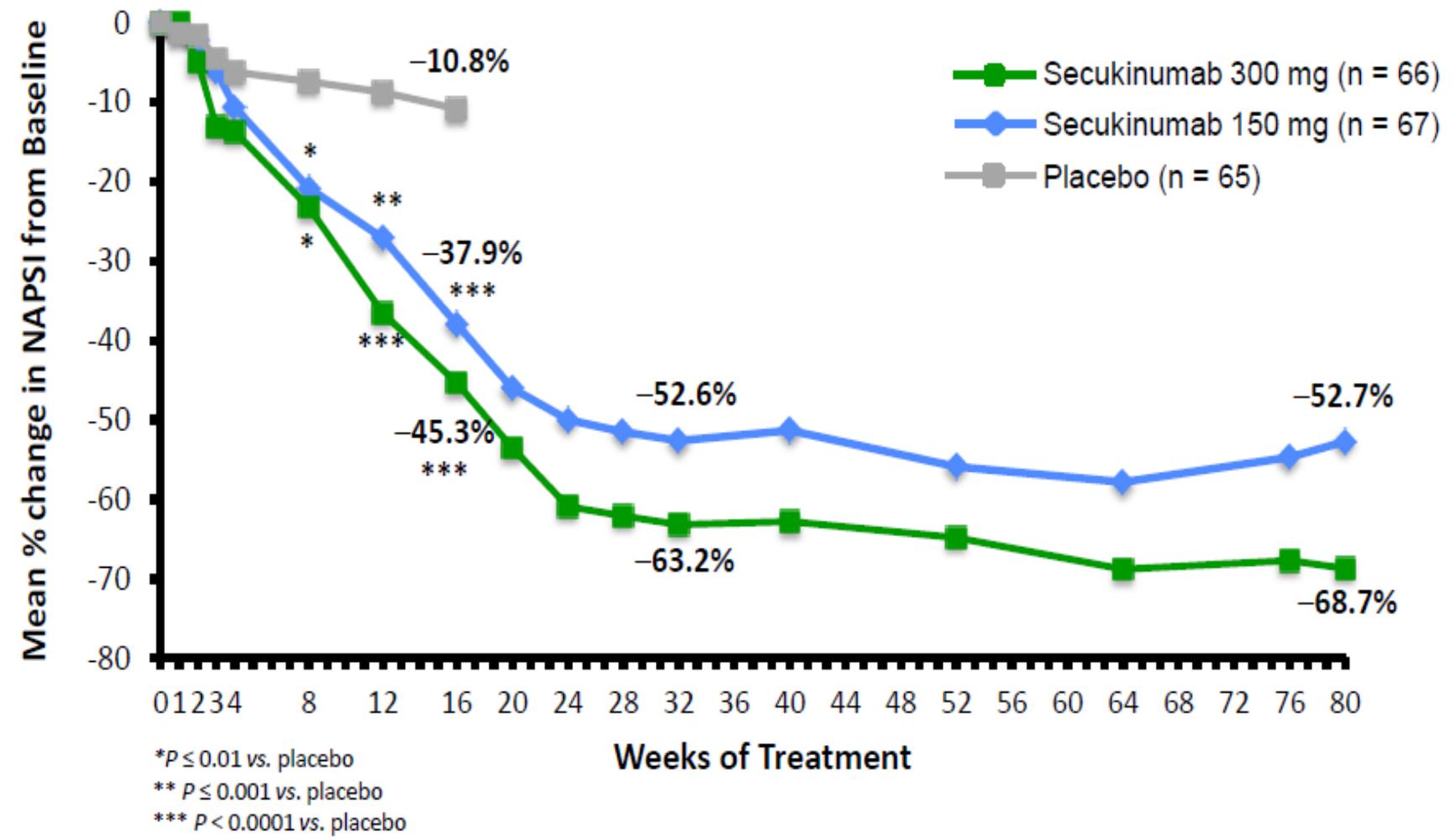
# ACR 20 Ανταπόκριση στην εβδομάδα 24, με ή χωρίς την συγχορήγηση MTX



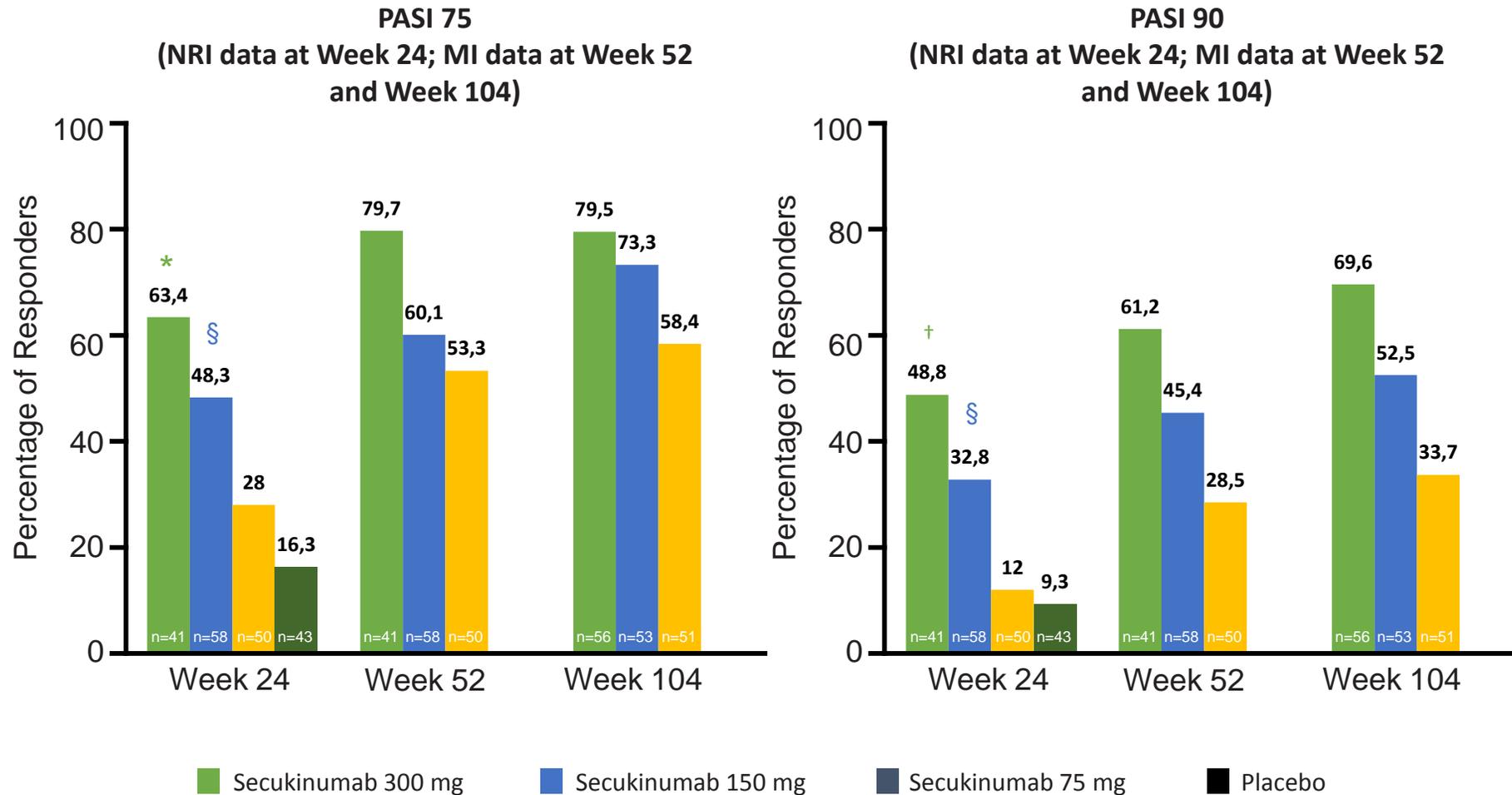
\* $P < 0.0001$ ; <sup>†</sup> $P < 0.001$ ; <sup>§</sup> $P < 0.01$ ; <sup>‡</sup> $P < 0.05$  vs. placebo

Missing values were imputed as nonresponse (nonresponder imputation) up to Week 52

~ 70 % μείωση του NAPSI στον 1.5 χρόνο με secukinumab 300 mg



**FUTURE 2: Το Secukinumab 150 & 300 mg παρέχει σημαντική και παρατεταμένη βελτίωση στις κλίμακες PASI 75 και PASI 90 στην Εβδομάδα 104 (Συνολικός πληθυσμός)**

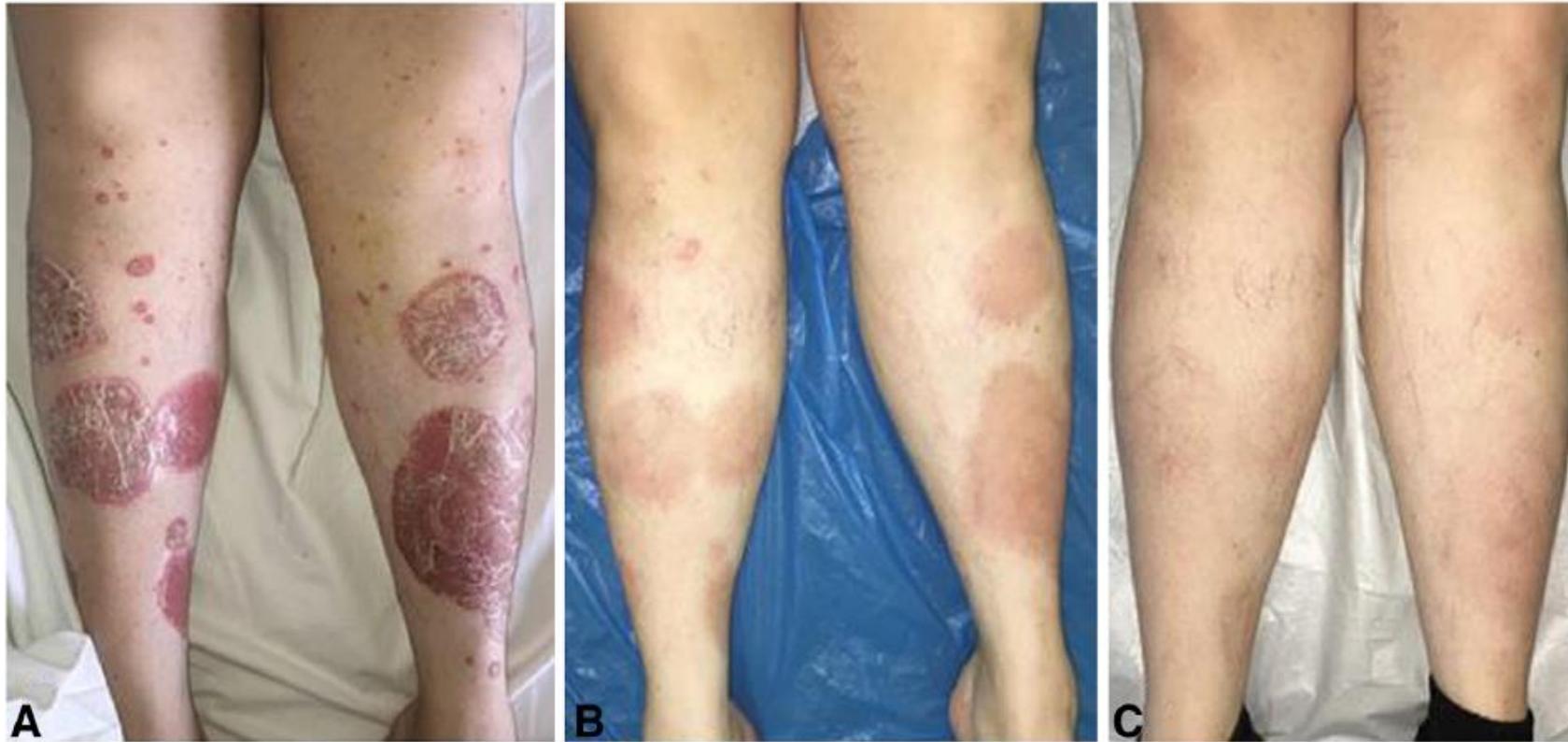


\* $P < 0.0001$ ; † $P < 0.001$ ; § $P < 0.01$  vs. placebo  
 P-values at Week 24 adjusted for multiplicity of testing  
 Data from subjects with psoriasis  $\geq$  3% body surface area at baseline.

McInnes IB, et al. *Lancet*. 2015;386:1137–46;  
 McInnes IB, et al. Poster presentation at the American College of Rheumatology (ACR) 2016 Annual Scientific Meeting, Washington DC, USA.

## A Case of Recalcitrant Psoriatic Arthritis to TNF Inhibitors Improved After Administration of Secukinumab, an IL-17A Inhibitor

Eleftherios Pelechas · Tereza Memi · Paraskevi V. Voulgari · Alexandros A. Drosos



**a** Skin involvement while on etanercept. **b** Marked improvement on week 4 of secukinumab administration. **c** Significant improvement on week 36 of secukinumab administration

# Συμπεράσματα

- Η ψωρίαση και η ψωριασική αρθρίτιδα είναι σχετικά συχνά νοσήματα τα οποία υποδιαγνώσκονται ή η διάγνωση καθυστερεί, με αποτέλεσμα να δημιουργούνται μη αναστρέψιμες βλάβες στις αρθρώσεις
- Τα τελευταία έτη έχει επιτευχθεί σημαντική πρόοδο στην αντιμετώπιση της νόσου με τους βιολογικούς παράγοντες
- Ο αναστολέας της IL-17, Secukinumab αποτελεί περισσότερο στοχευμένη θεραπεία στην ΨΑ, και υπερτερεί πιθανώς από τους TNF στην θεραπεία της δερματικής βλάβης με συγκρίσιμα αποτελέσματα στην αρθρική προσβολή



***"You have your way. I have my way. As for the right way, the correct way, and the only way, it does not exist."***

**-Friedrich Nietzsche**

**Η θεραπεία των ασθενών με ΨΑ θα πρέπει να επιζητεί το καλύτερο θεραπευτικό αποτέλεσμα, και πρέπει να βασίζεται σε συναπόφαση μεταξύ του ασθενούς και του ρευματολόγου, λαμβάνοντας υπόψη την αποτελεσματικότητα, την ασφάλεια και το κόστος**

**Συστάσεις EULAR 2015**