

# Η πολύπλευρη διαχείριση της Ψωριασικής νόσου: Η προσέγγιση του Ρευματολόγου

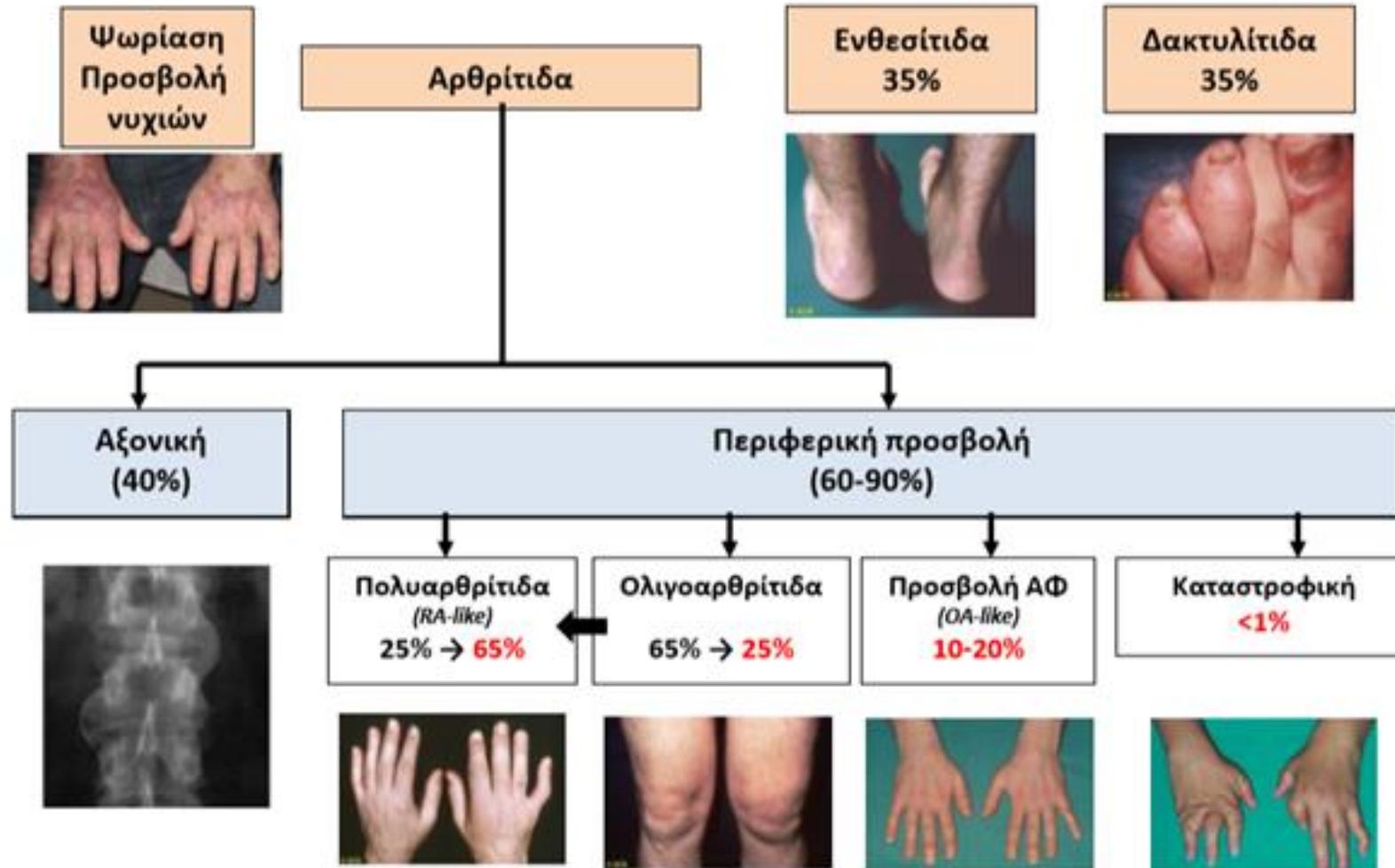
*Δρ. Λουκία Κουτσογεωργοπούλου  
Επιμελήτρια Α΄  
Κλινική Παθολογικής Φυσιολογίας*



# Conflict of interest

- *Τιμητική αμοιβή για την παρούσα ομιλία από τη Novartis*
- Η παρουσίαση αυτή προορίζεται μόνο για μη-προωθητικό επιστημονικό σκοπό και μπορεί να περιέχει πληροφορίες σχετικά με τα προϊόντα ή τις ενδείξεις τους, που επί του παρόντος μπορεί να είναι υπό διερεύνηση ή/και που δεν έχουν εγκριθεί από τις ρυθμιστικές αρχές.
- Η παρουσίαση αυτή εκφράζει αποκλειστικά τις απόψεις του ομιλητή.
- Οι πληροφορίες που περιέχονται είναι ακριβείς κατά τη δημιουργία της παρουσίασης.
- Τυχόν δεδομένα σχετικά με προϊόντα τα οποία δεν ανήκουν στη Novartis βασίζονται σε δημόσια διαθέσιμες πληροφορίες κατά τη δημιουργία της παρουσίασης.

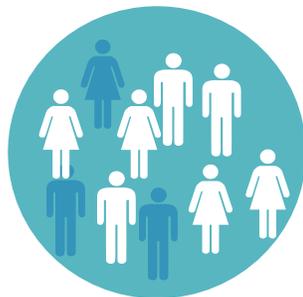
# Η Ψωριασική Αρθρίτιδα είναι νόσημα με πολλές κλινικές εικόνες



# Παγκοσμίως, ο επιπολασμός της ψωριασικής αρθρίτιδας είναι <math><1\%</math><sup>1</sup> αλλά πολλοί ασθενείς παραμένουν αδιάγνωστοι<sup>2</sup>



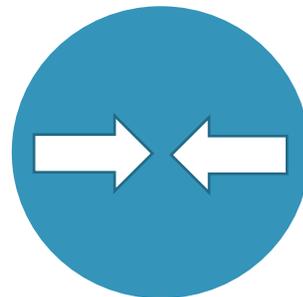
Επιπολασμός στην Ελλάδα 0,17% - 0,35%<sup>6</sup>



~**30%** των ασθενών με ψωρίαση εκδηλώνουν ΨΑ<sup>2,3</sup>



Υψηλότερα ποσοστά στη λευκή φυλή<sup>4</sup>



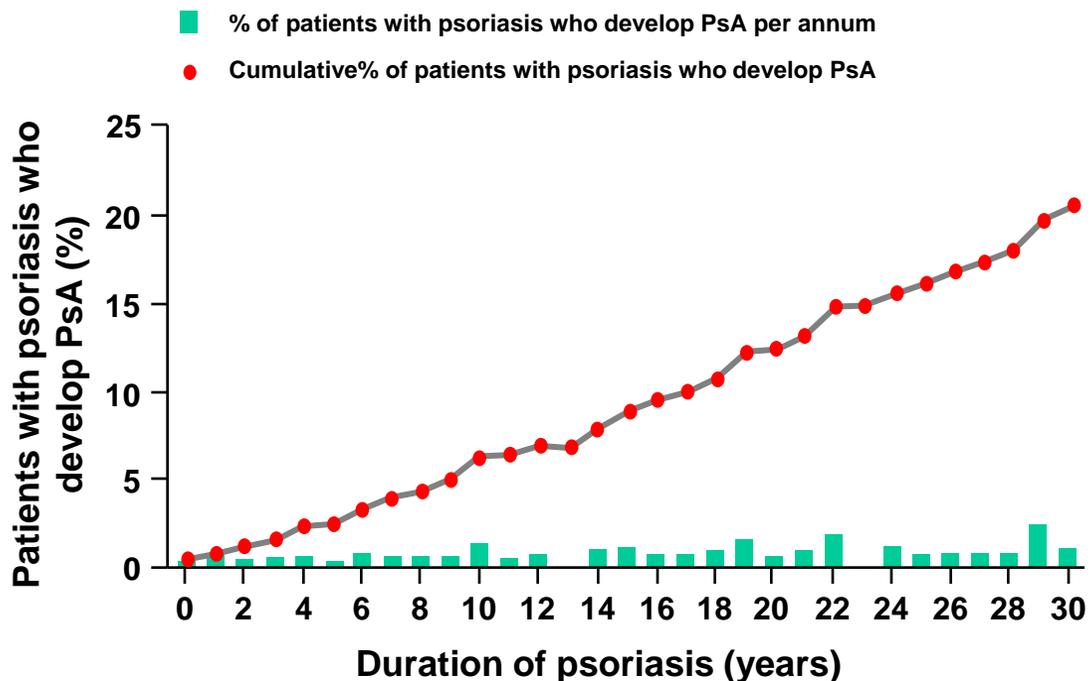
Όλες οι ηλικίες μπορεί να προσβληθούν, αλλά πιο συχνά εμφανίζεται στις ηλικίες μεταξύ 30-50 ετών<sup>5</sup>



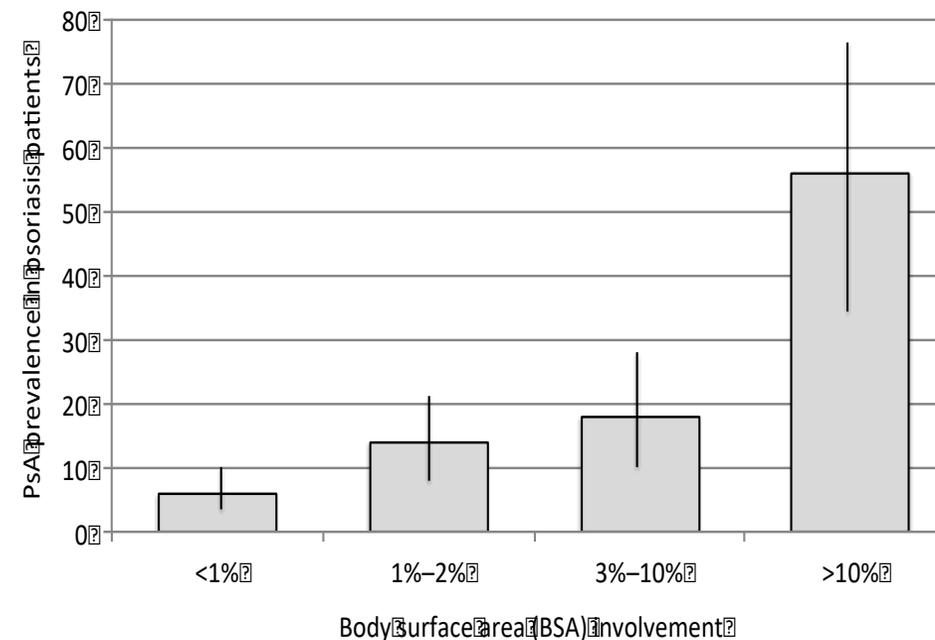
Προσβάλλει εξίσου άνδρες και γυναίκες<sup>5</sup>

Μέχρι και 41% των ασθενών με ΨΑ ανάμεσα στους ασθενείς με ψωρίαση μπορεί να παραμένουν αδιάγνωστοι<sup>3</sup>

## Σταδιακή αύξηση συχνότητας με τη πάροδο του χρόνου



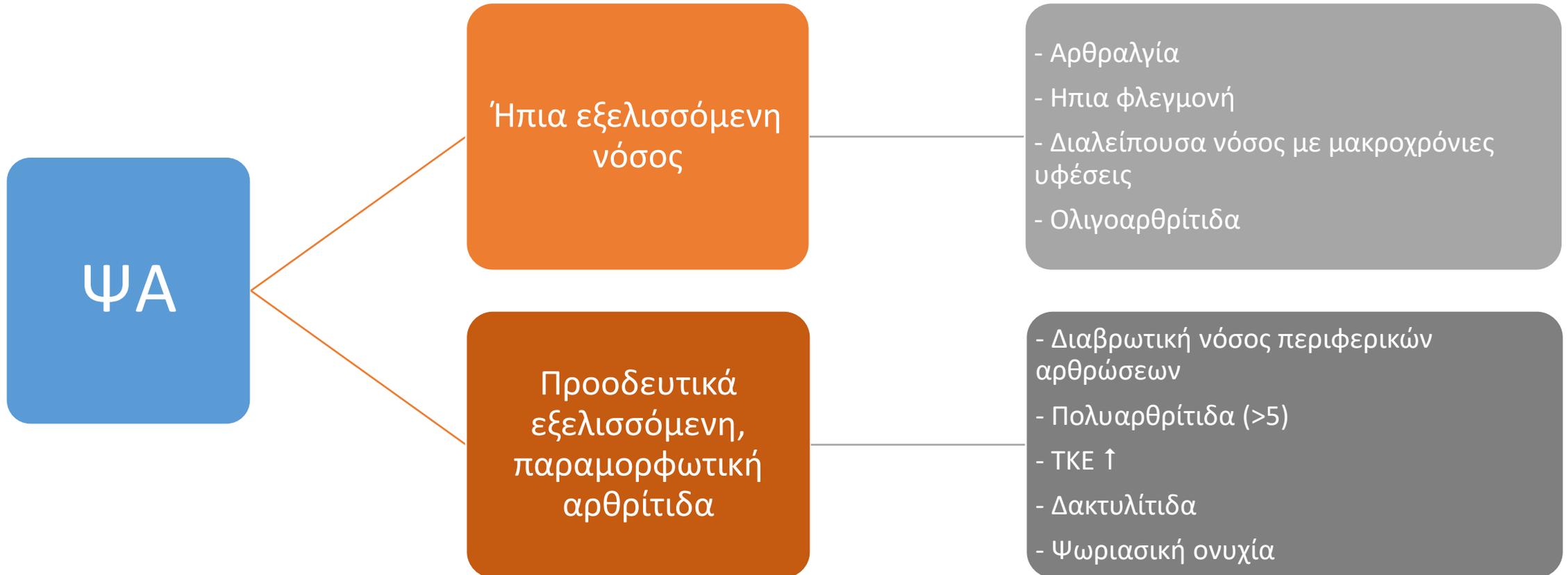
## Επιπολασμός της Ψωριασικής Αρθρίτιδας σε Ασθενείς με Ψωρίαση σε Σχέση με τον Βαθμό Δερματικής Προσβολής



Οι κάθετες γραμμές εμφανίζουν το όριο αξιοπιστίας 95% των υπολογισμών του επιπολασμού

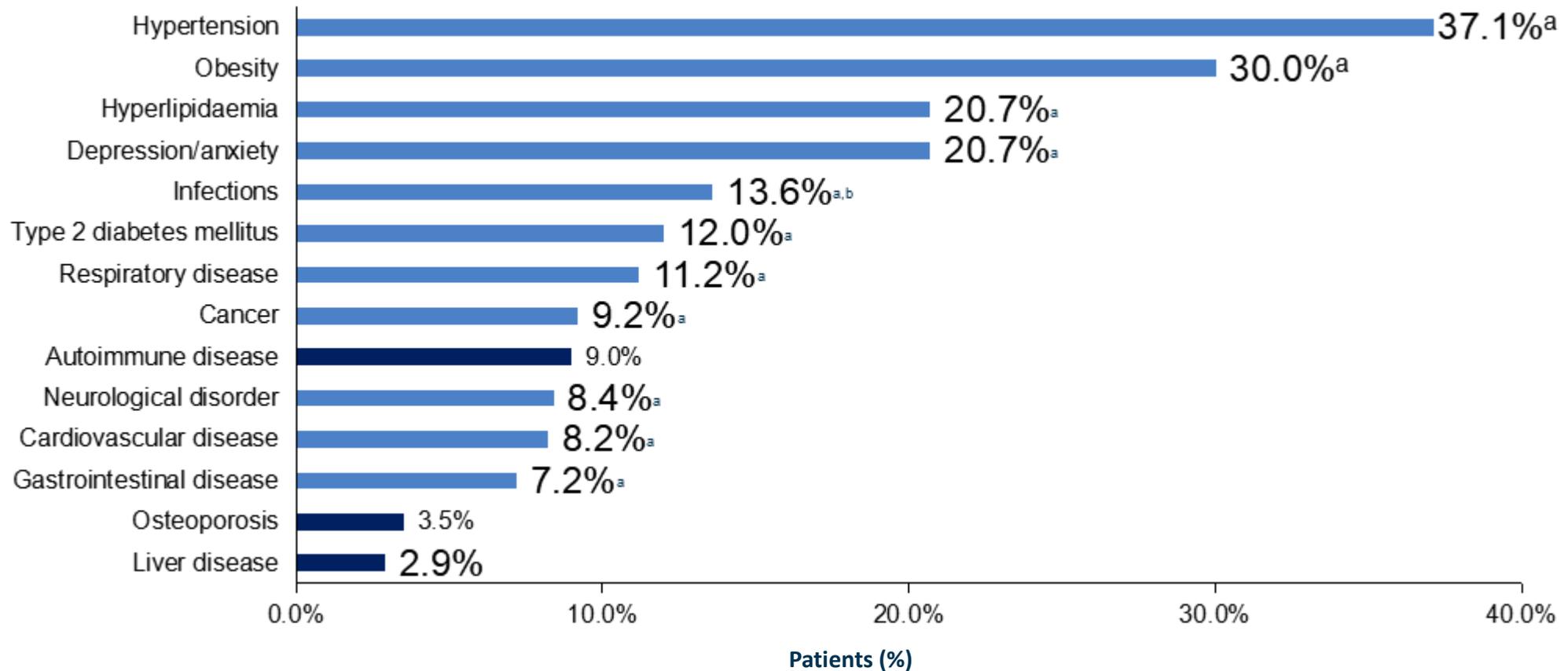
Ο επιπολασμός της ΨΑ μεταξύ των ασθενών με ψωρίαση εμφάνιζε σημαντική αύξηση με βάση την συνολική επιφάνεια του σώματος (BSA) που είχε προσβληθεί από ψωρίαση

## Ψωριασική αρθρίτιδα: Προγνωστικοί παράγοντες



# Οι ασθενείς με ΨΑ έχουν υψηλά ποσοστά συννοσηροτήτων

## Επιπολασμός συννοσηροτήτων σε ασθενείς με PsA<sup>1</sup>

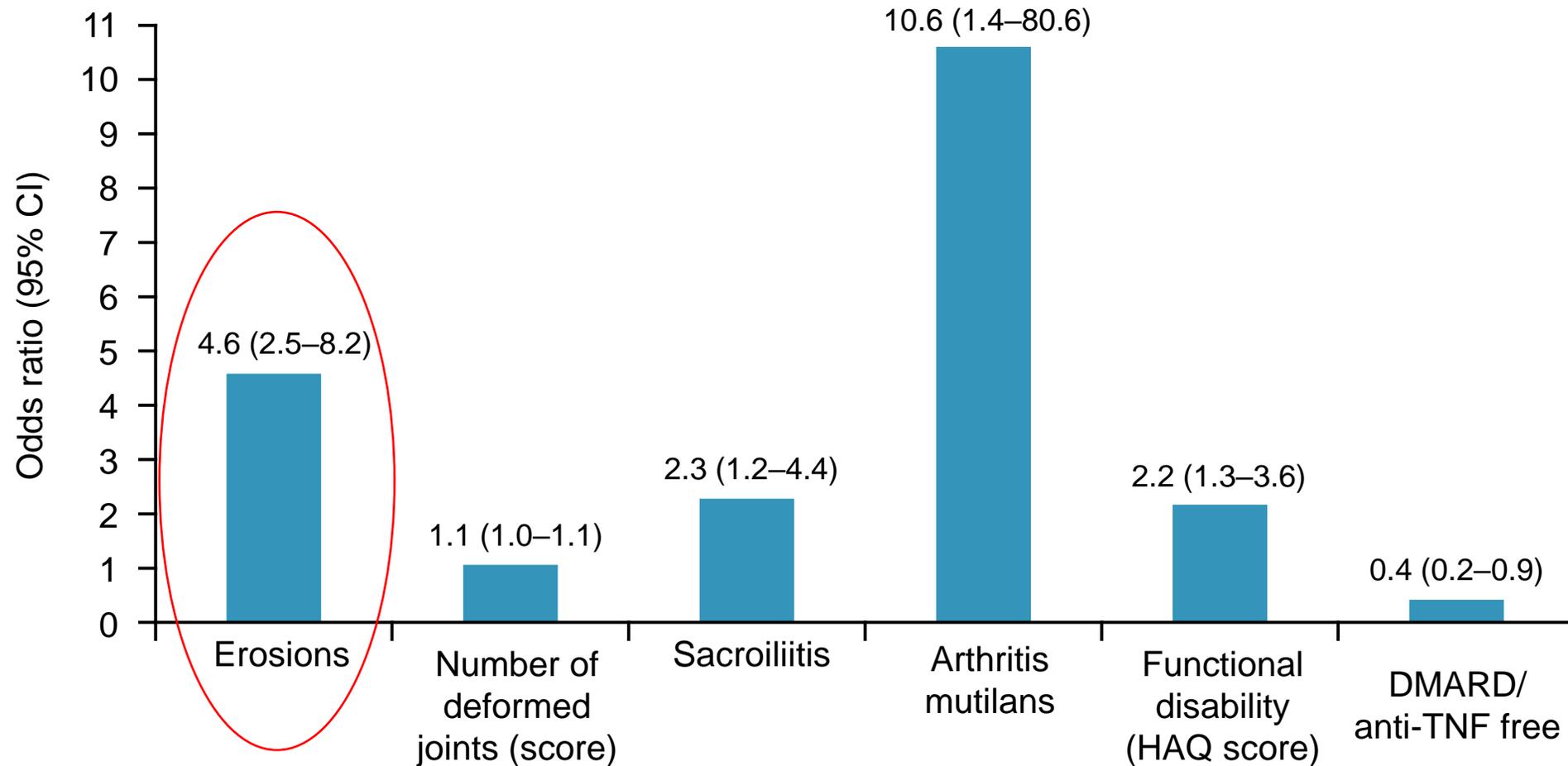


**42% των ασθενών με ΨΑ έχουν 3 ή περισσότερες συννοσηρότητες<sup>2</sup>**

1.Husted J, et al. Arthritis Care Res 2011;63:1729–35; 2. Husted J, et al. J Rheumatol 2013;40(8):1349–56.

<sup>a</sup> Rates for comorbidities significantly higher in psoriatic arthritis than in psoriasis alone; <sup>b</sup> infection without antibiotic treatment.

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



PsA is often undiagnosed/ misdiagnosed and likely undertreated

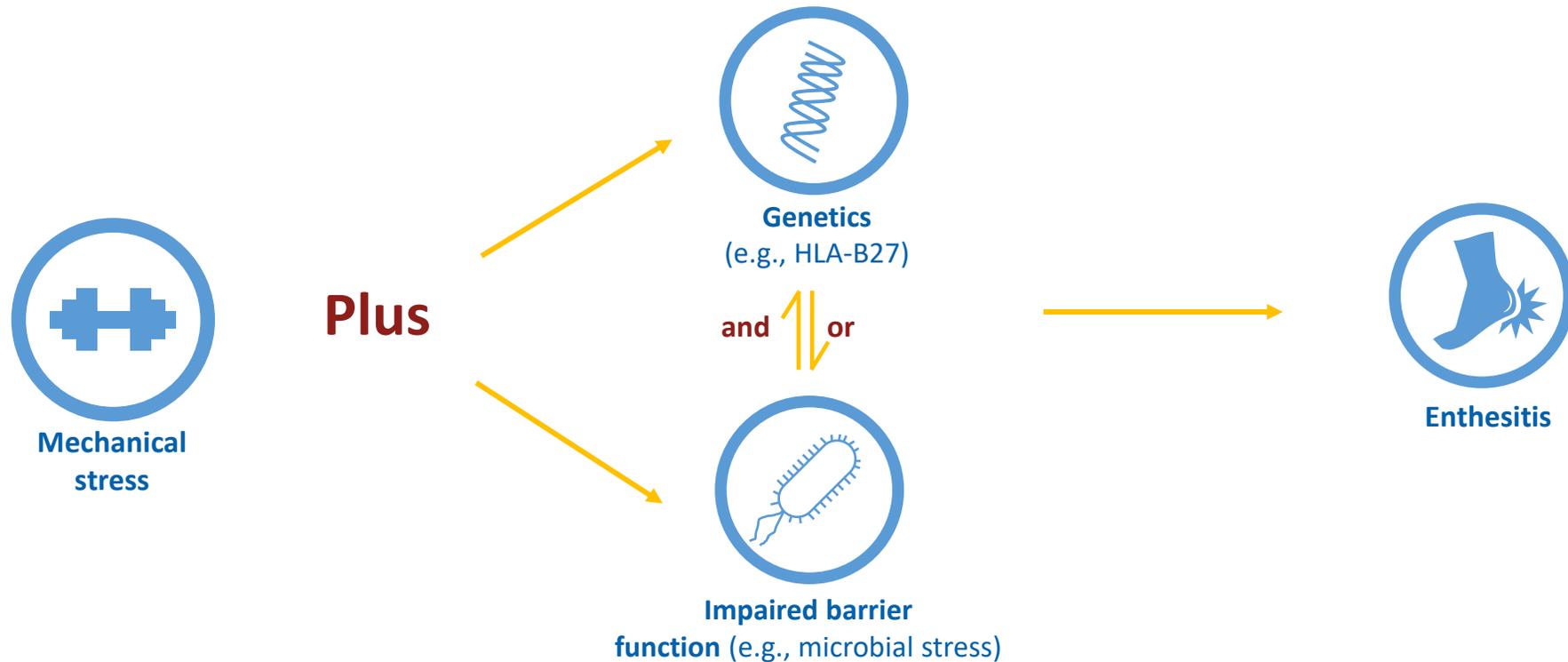
PsA is burdened by significant metabolic comorbidities

Unmet need in PsA

Treatments must aim to prevent the long-term outcomes of PsA

PsA must be treated to the target of remission or low disease activity

# Η μηχανική καταπόνηση σε συνδυασμό με τη γενετική προδιάθεση ή/και διαταραχή του μικροβιακού φορτίου φαίνεται να πυροδοτούν την εμφάνιση των ΣπΑ

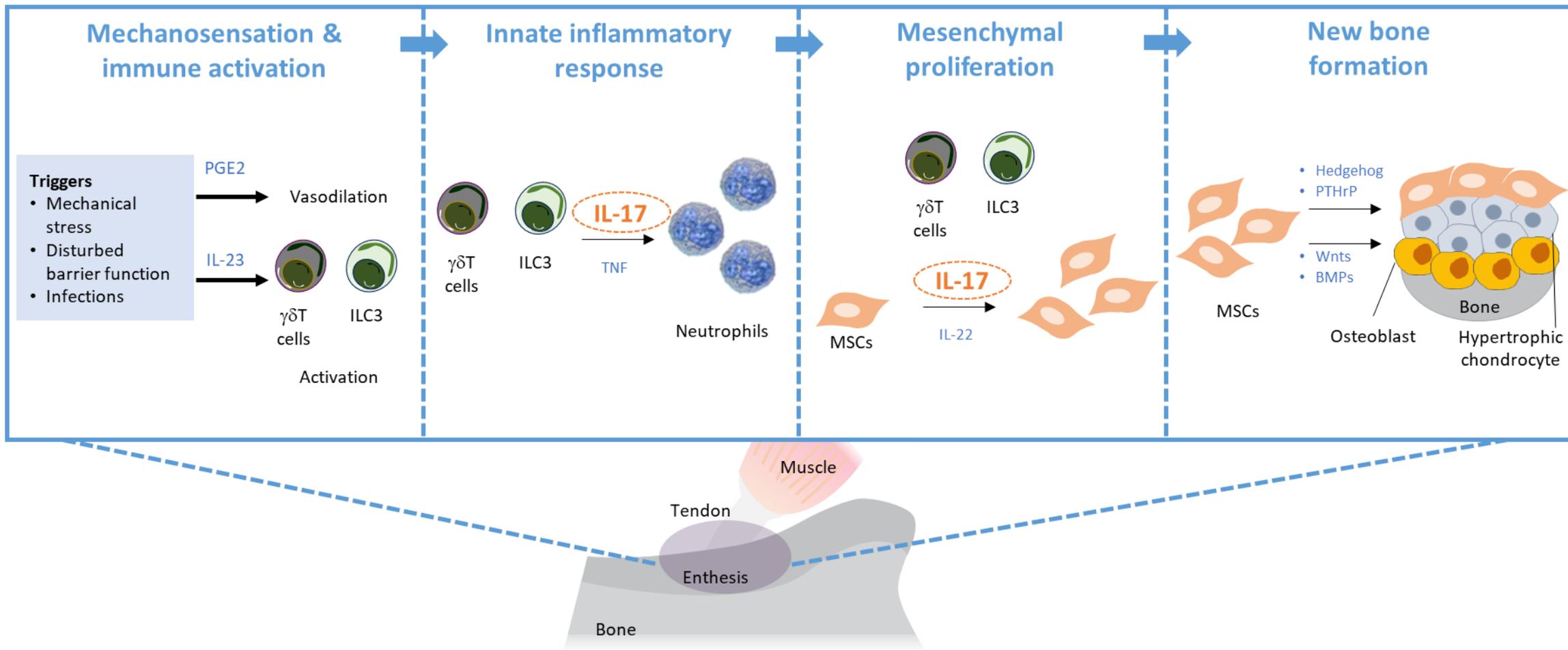


- Η μηχανική καταπόνηση μπορεί να προκαλέσει φλεγμονώδη απόκριση στην ένθεση σε άτομα με γενετική προδιάθεση και/ή σε άτομα με διαταραγμένο μικροβιακό φορτίο<sup>1-4</sup>

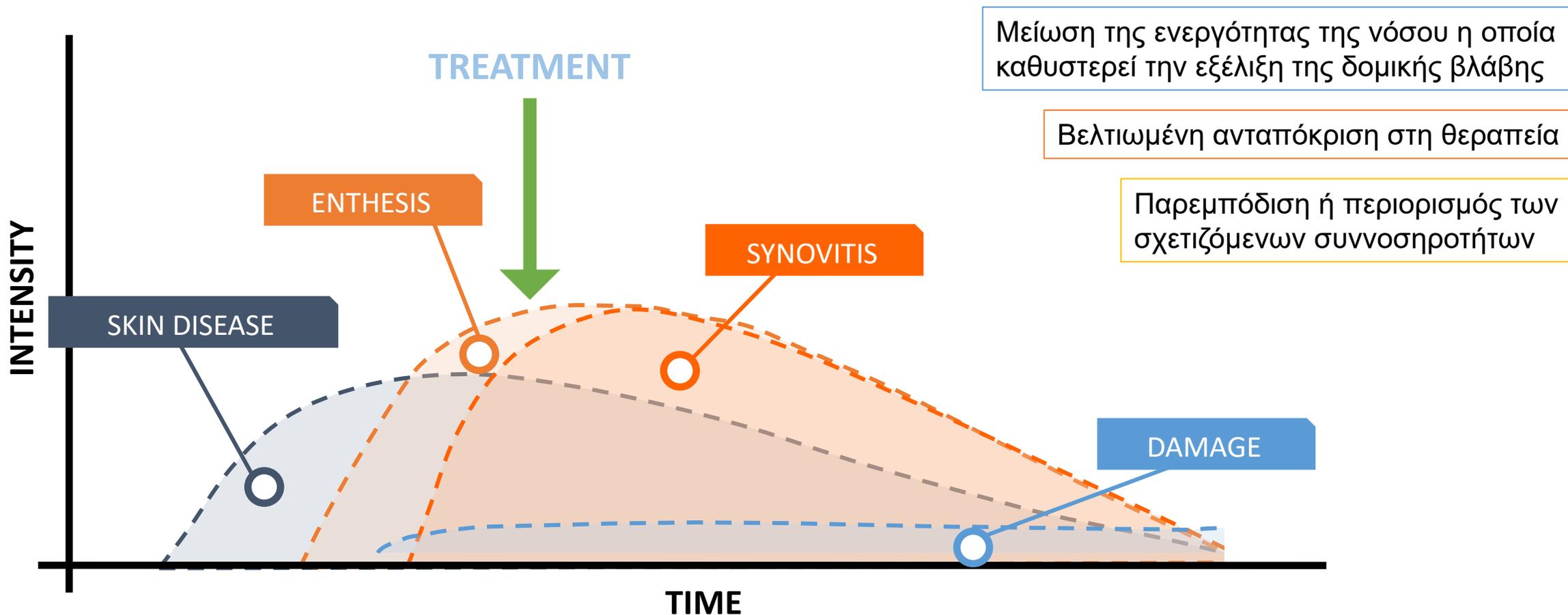
# Η IL-17A παίζει σημαντικό ρόλο στην ενθεσίτιδα, η οποία οδηγεί σε μη αναστρέψιμη δομική βλάβη

## Φλεγμονή (Innate immunity)

## Διάβρωση & Παραγωγή νέου οστού



# Η πρώιμη στόχευση της IL-17A μπορεί να αλλάξει την πορεία της νόσου



# Case #1

- άρρεν
- 40 ετών
- Γυμναστής σε ιδιωτικό σχολείο
- Διάγνωση ψωριασικής αρθρίτιδας 08/2017
- Δερματική ψωρίαση σε αγκώνες, τριχωτό κεφαλής
- Ολιγοαρθρίτιδα ( γόνατα )
- Διάχυτη κόπωση
- Επίταση των πόνων σε γόνατο/Αχίλλειους τένοντες άμφω

## Ιστορικό/εξετάσεις:

- RF (-)
- ANA (-)
- Anti – CCP (-)
- HLAB27 (-)
- TKE (mm/h) 46
- CRP (mg/l) 10,5(<5)

Δερματική ψωρίαση ✓  
Ενθεσίτιδα ✓  
Ολιγοαρθρίτιδα ✓

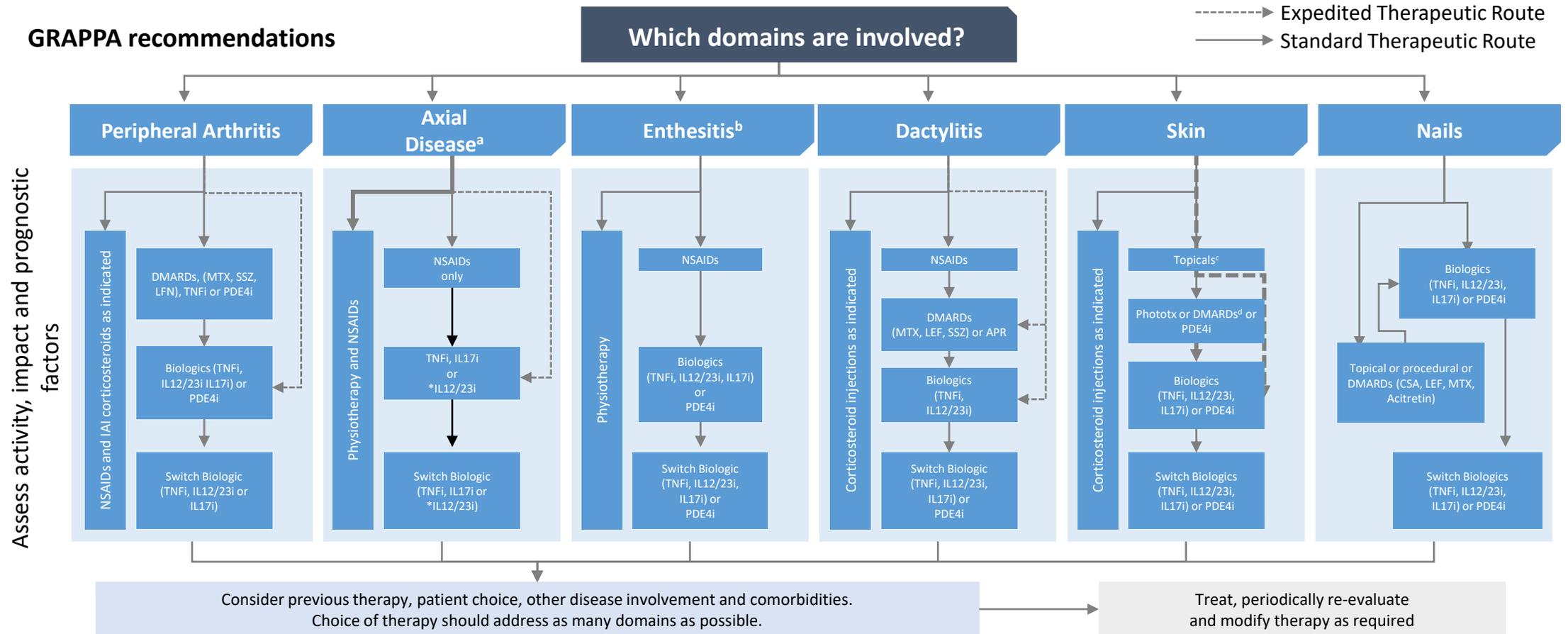
Φαρμακευτική αγωγή: MTX (20 mg/wk), Medrol  
Δυσανεξία σε MTX



Εισαγωγή 1<sup>ου</sup> βιολογικού παράγοντα  
Secukinumab 150 mg (μονοθεραπεία)

- Έναρξη Secukinumab (10/2017- σήμερα)
- ✓ κλινική βελτίωση
  - ✓ εργαστηριακή βελτίωση
  - ✓ Σημαντική βελτίωση στους πόνους και την κόπωση
  - ✓ Πλήρης ύφεση ψωριασικού εξανθήματος
  - ✓ ύφεση νόσου (ΜΣΚ + Δέρμα)

# Η αξιολόγηση όλων των σημείων και συμπτωμάτων είναι βασική για τη διαχείριση της Ψωριασικής Αρθρίτιδας



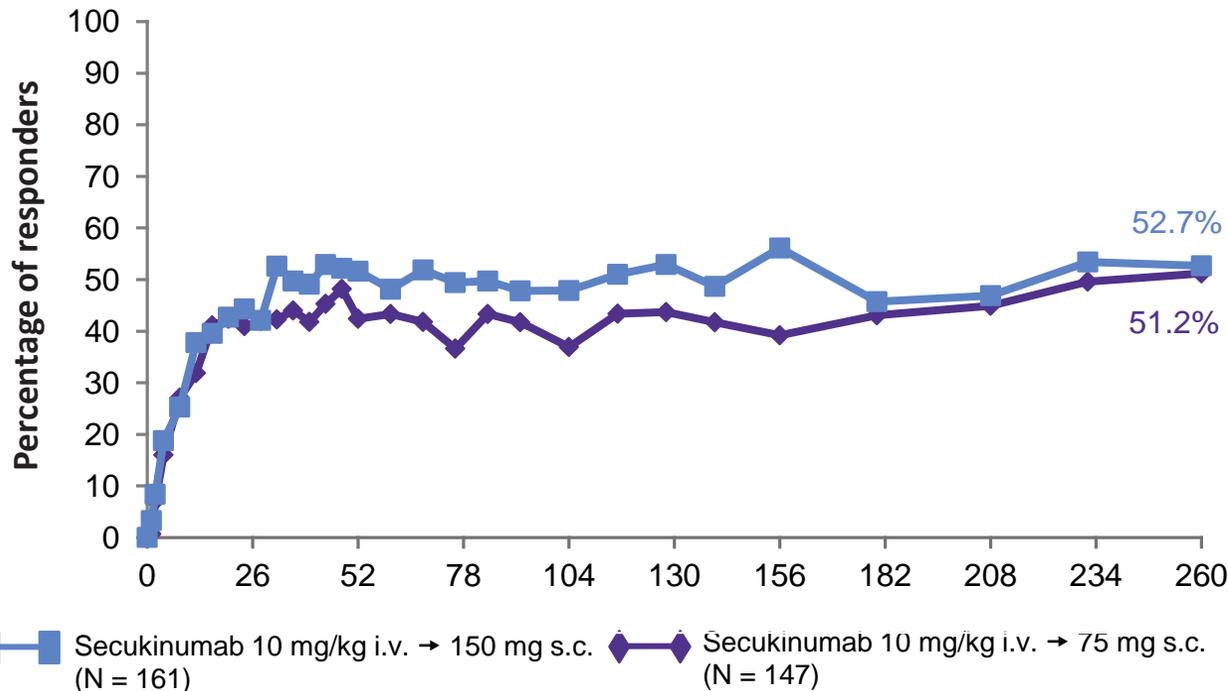
CSA, cyclosporine A; DMARD, disease-modifying anti-rheumatic drug; IAI, intra-articular injection; IL12/23i, interleukin 12/23 inhibitor; IL17i, interleukin 17 inhibitor; LFN, leflunomide; MTX, methotrexate; NSAID, non-steroidal anti-inflammatory drug; PDE4i, phosphodiesterase 4 inhibitor; phototx, phototherapy; SSZ, sulfasalazine; TNFi, tumor necrosis factor inhibitor.

<sup>a</sup>No direct evidence for therapies in axial PsA, recommendations based on axial SpA literature; <sup>b</sup>Corticosteroid injections: consider on an individual basis due to potential for serious side effects; no clear evidence for efficacy; <sup>c</sup>Keratolytics, steroids, vitamin D analogues, emollients calcineurini; <sup>d</sup>MTX, CSA Acitretin, Fumaric acid esters  
 Coates LC, et al. *Arthritis Rheumatol.* 2016;68:1060–71.

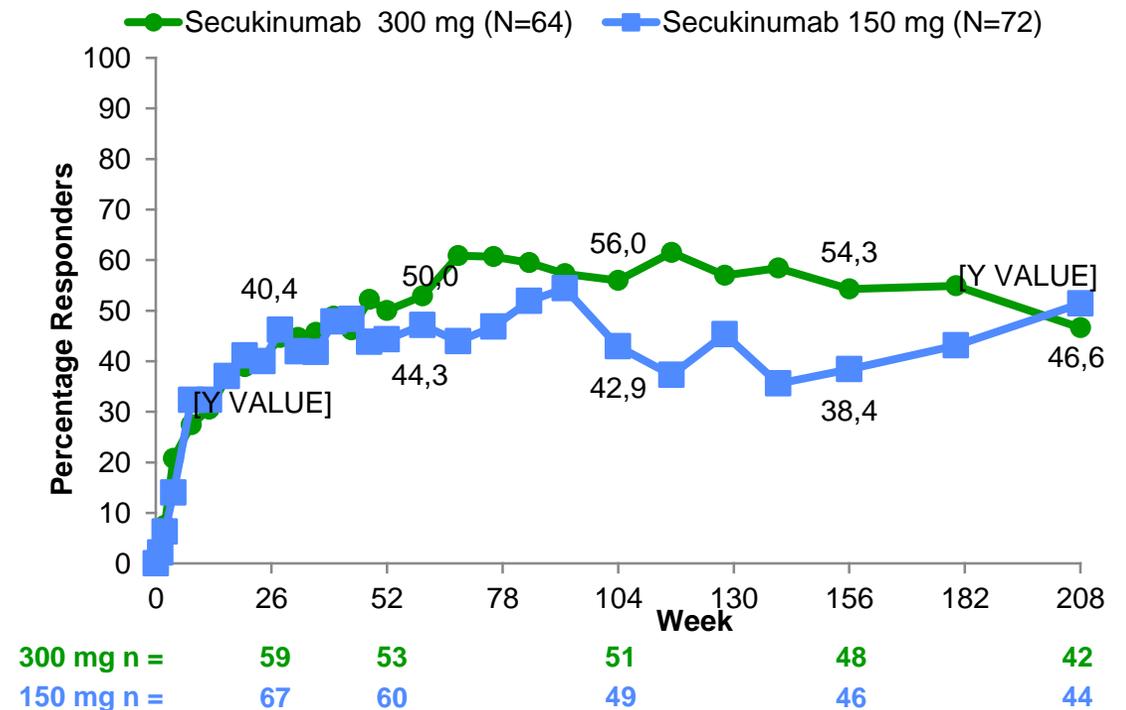
# >50% των ασθενών πέτυχαν και διατήρησαν ανταπόκριση κατά ACR50 έως τα 5 έτη θεραπείας

- Όλες οι δόσεις secukinumab (300 mg και 150 mg) βελτίωσαν σημαντικά την ανταπόκριση ACR50 την εβδομάδα 24 έναντι του εικονικού φαρμάκου
- Η καλή αποτελεσματικότητα της ανταπόκρισης κατά ACR50 με το secukinumab διατηρήθηκαν μέχρι τα 5 έτη θεραπείας (Εβδομάδα 260)

## FUTURE 1



## FUTURE 2



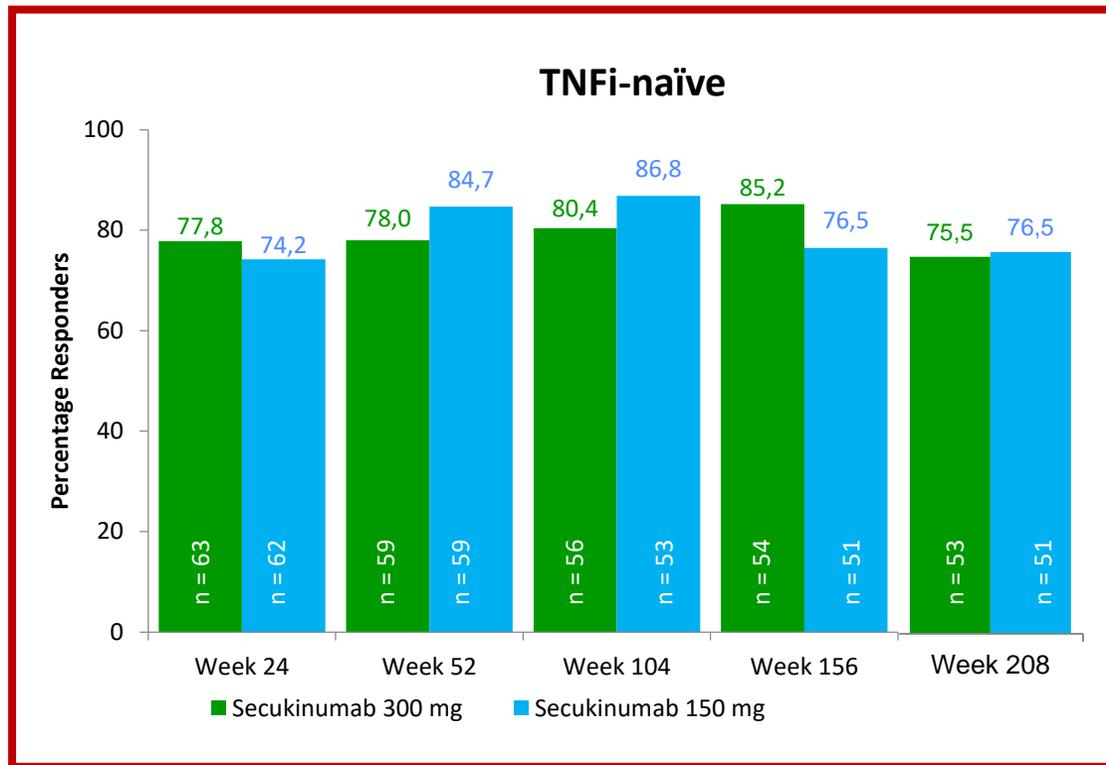
Data shown are as observed through Week 208. Secukinumab 150 mg arm includes 45 patients who were up-titrated to 300 mg from Week 128 up to Week 208 and have ACR 20/50 assessments. ACR, American College of Rheumatology; n, number of evaluable patients

Mease, et al. ACR/ARHP Annual Meeting 2018, Chicago, United States, Oct 19–24, 2018, #2568; McInnes, et al. ACR/ARHP Annual Meeting 2018, Chicago, United States, Oct 19–24, 2018, #2608

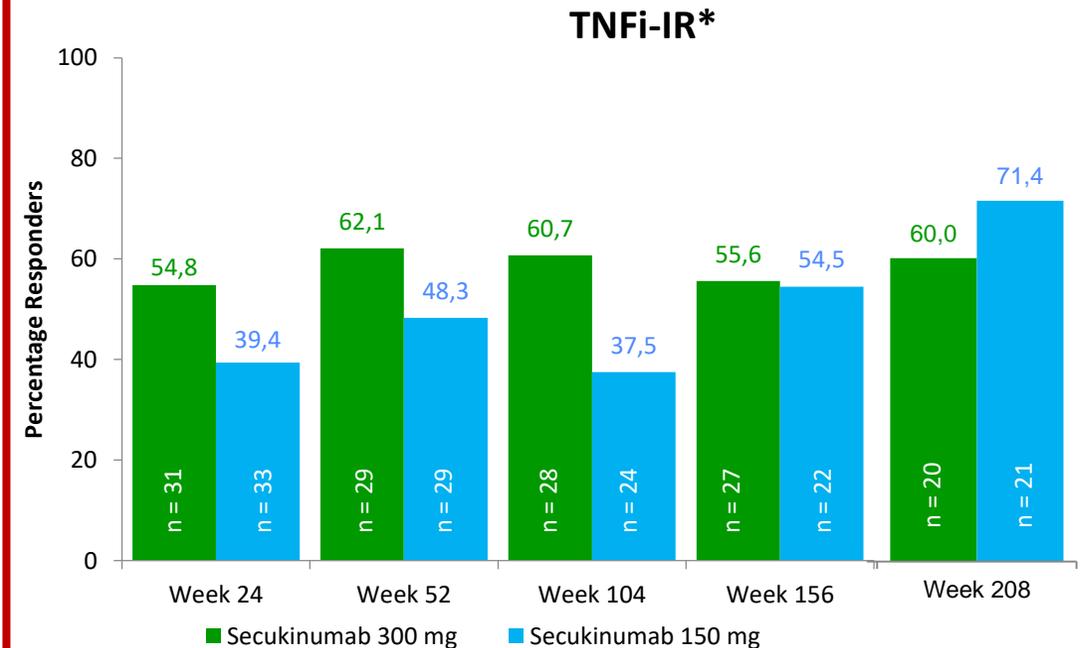
# >75% των πρωτοθεραπευόμενων ασθενών πέτυχαν και διατήρησαν ανταπόκριση κατά ACR20 έως τα 4 έτη θεραπείας

FUTURE 2

- Καλύτερη αποτελεσματικότητα στην ομάδα των πρωτοθεραπευόμενων ασθενών (TNFi-naïve)

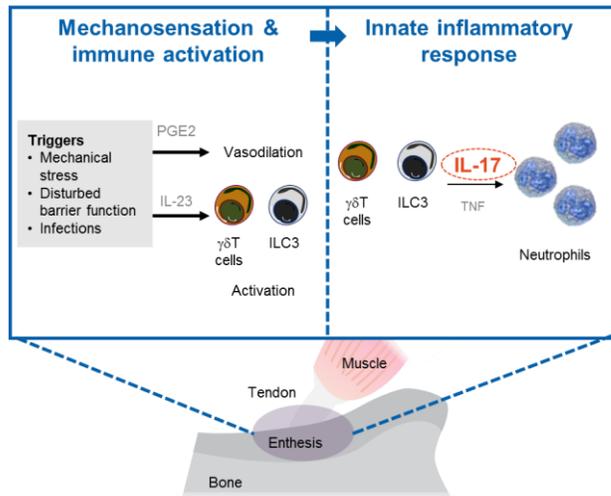


n, number of patients with evaluation

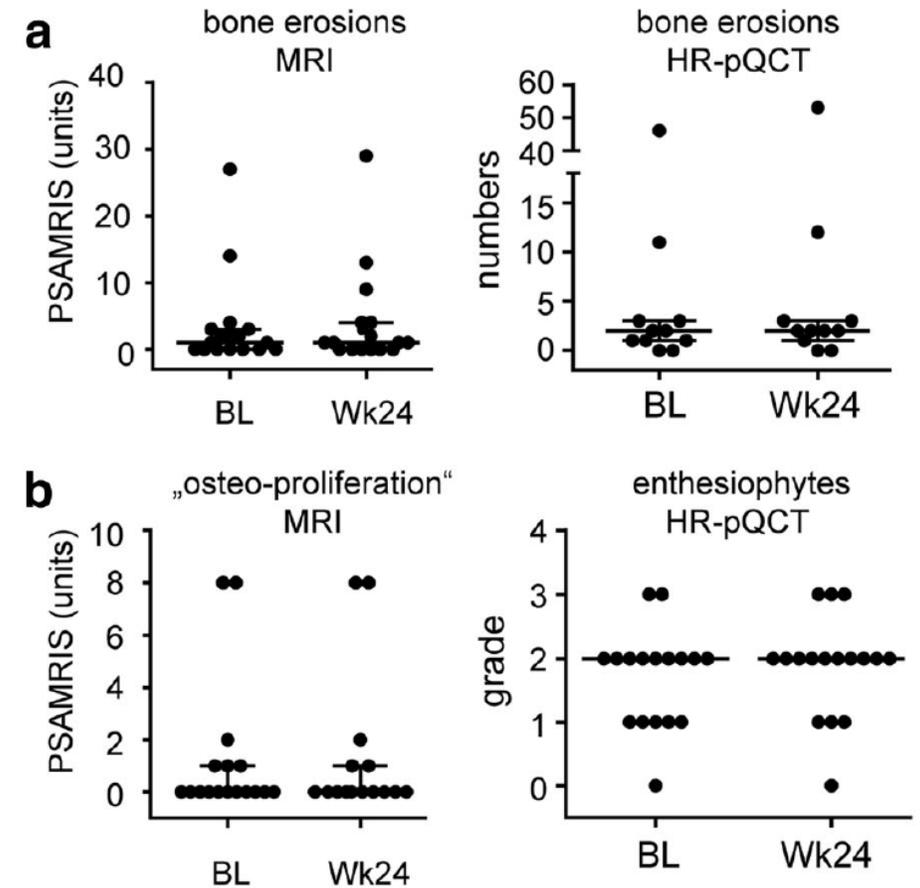


\*Ομάδα ασθενών που είχαν λάβει προηγουμένως έως 3 αντι-TNF παράγοντες

# Η σεκουκινουμάπη βελτιώνει σημαντικά τα ευρήματα σε MRI και US της φλεγμονής των αρθρώσεων σε ασθενείς με ΨΑ



- A. Baseline coronal T1W fs pos-Gd image shows synovial and periarticular thickness and enhancement (arrow), indicating active synovitis and periarticular inflammation.
- B. B. follow up image after 24 weeks treatments shows resolution of the periarticular inflammation and only residual synovial enhancement.

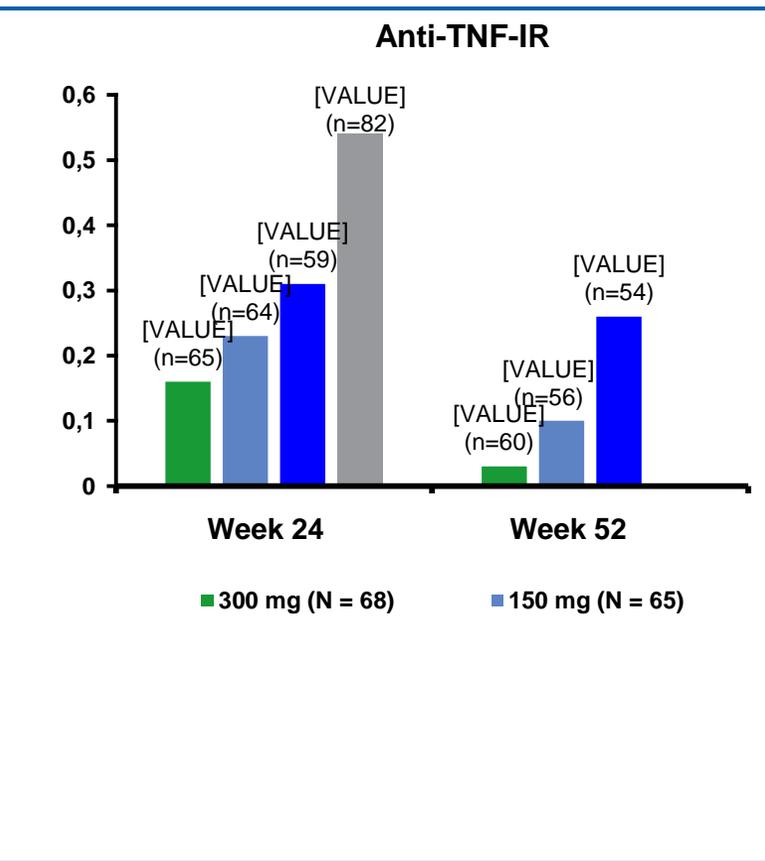
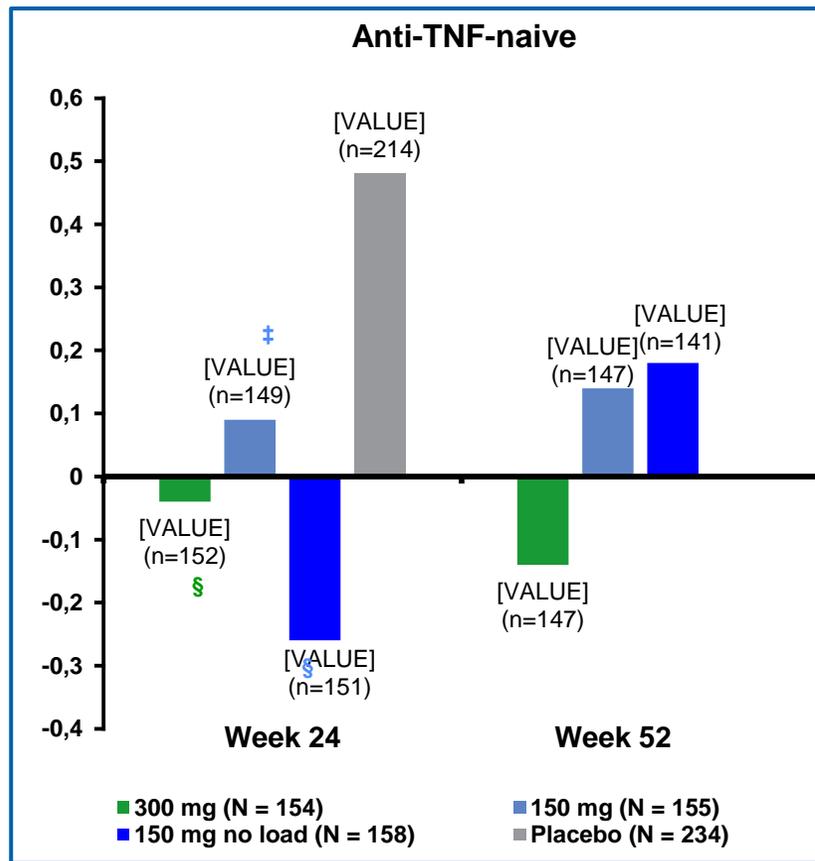
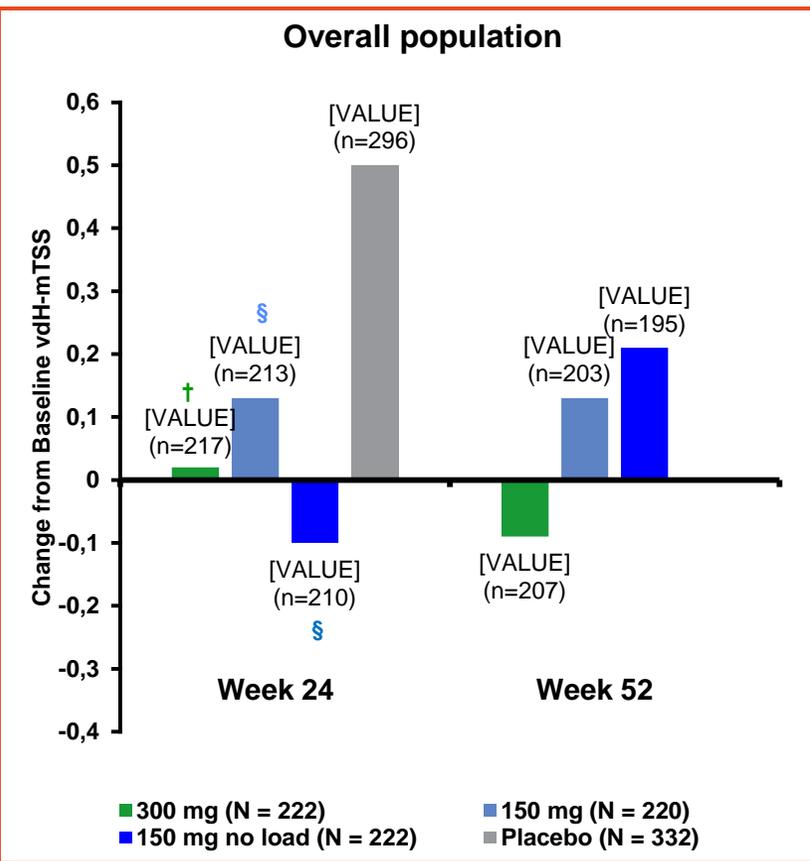


BMP, bone morphogenetic proteins; IL-22, interleukin 22; PTHrP, parathyroid hormone related-peptide; MSC, mesenchymal stem cell

E. Kampylafka, et al. Poster FRI0625 EULAR, Madrid, 14-17 June 2017.

# Αναστολή της ακτινογραφικής εξέλιξης σε ασθενείς με ενεργό ΨΑ

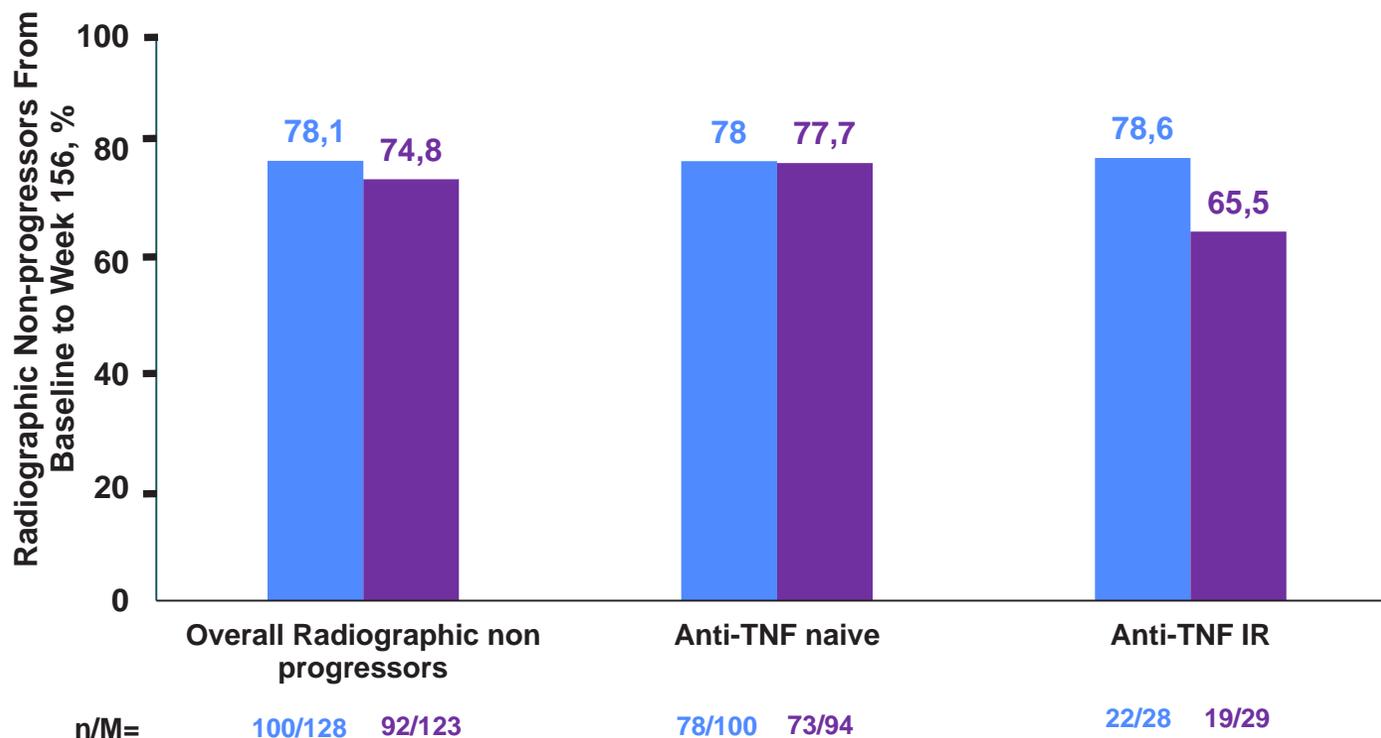
Η σεκουκινουμάμπη ανέστειλε την ακτινολογική εξέλιξη σε ασθενείς που δεν είχαν λάβει προηγουμένως αντι-TNF (στατιστικά σημαντικά) και στους ασθενείς που είχαν λάβει προηγουμένως αντι-TNF (αριθμητικά) έναντι του εικονικού φαρμάκου την Εβδομάδα 24



†P < 0.001; §P < 0.01; ‡P < 0.05 un-adjusted P-values versus placebo at Week 24 from non-parametric ANCOVA model. Week 24 data presented as linear extrapolated. Week 52 data presented for patients with evaluable X-ray (observed data) at baseline and Week 52. Week 24 missing value was derived using linear extrapolation: placebo-treated patients rescued at Week 16 (ie treated as missing at Week 24) and missing Week 24 data are linear extrapolated; N, total number of randomized patients; n, number of evaluable patients

# Αναστολή της ακτινογραφικής εξέλιξης στο 78% των ασθενών με ενεργό ΨΑ έως τα 3 έτη θεραπείας

Proportion of Radiographic Non-progressors From Baseline to Week 156

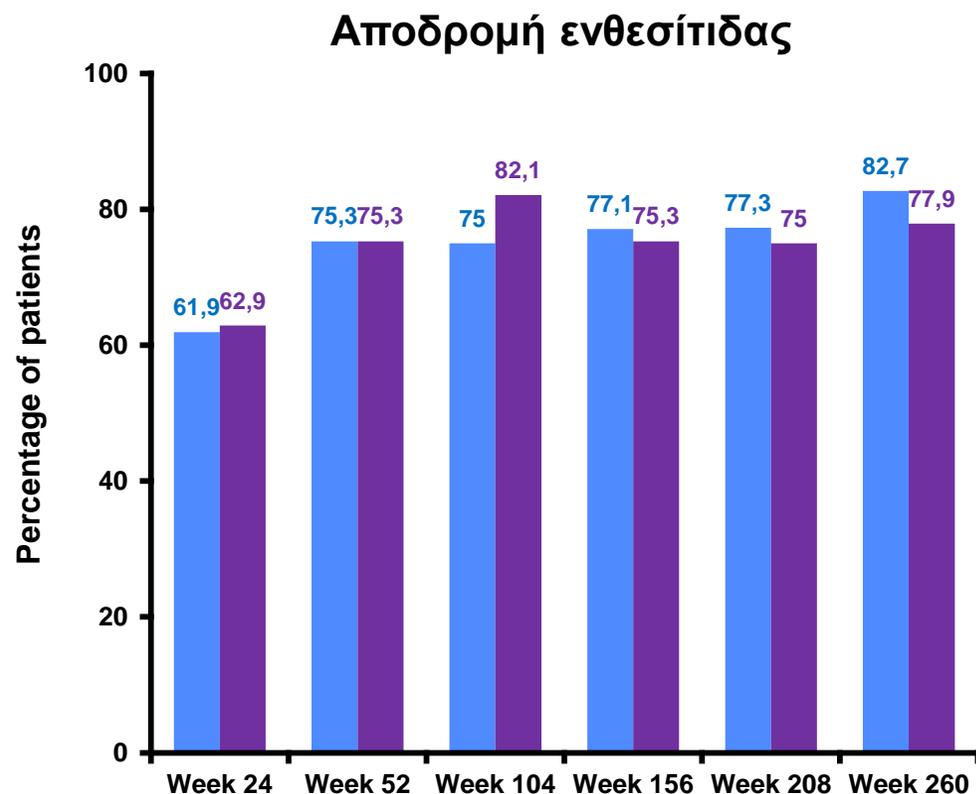
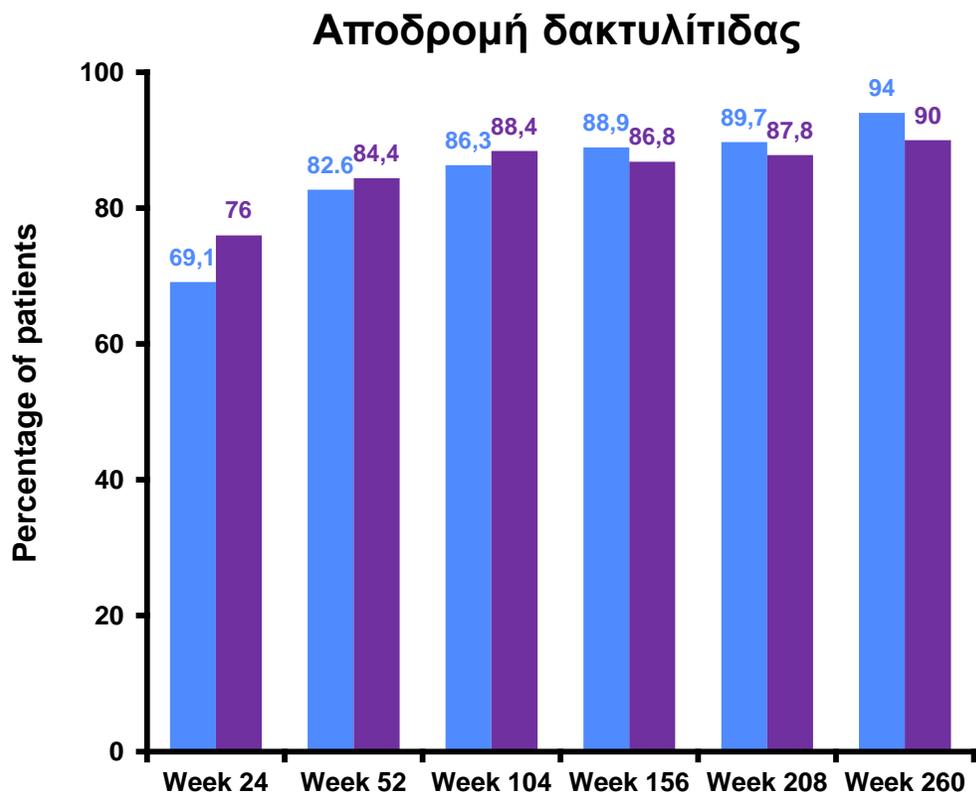


■ Secukinumab 10 mg/kg i.v. → 150 mg s.c. (N = 161)

■ Secukinumab 10 mg/kg i.v. → 75 mg s.c. (N = 147)

n: Number of patients who are non-progression responders; M: Number of patients who have a non-missing response status in the treatment group. Non-progression responders were patients with a change from baseline of  $\leq 0.5$  in mTSS during the considered period. Anti-TNF-IR, anti-tumor necrosis factor incomplete responders; i.v., intravenous; s.c., subcutaneous

# Αποδρομή δακτυλίτιδας και ενθεσίτιδας με διατήρηση της αποτελεσματικότητας έως τα 5 έτη θεραπείας



■ Secukinumab 10 mg/kg i.v. → 150 mg s.c. (N = 83)    
 ■ Secukinumab 10 mg/kg i.v. → 75 mg s.c. (N = 77)    
 ■ Secukinumab 10 mg/kg i.v. → 150 mg s.c. (N = 99)    
 ■ Secukinumab 10 mg/kg i.v. → 75 mg s.c. (N = 91)

Original randomized patients who had these symptoms at baseline are shown. Includes patients who had dose escalation from 75mg to 150/300 mg, and from 150 mg to 300 mg based on physician’s judgement from Week 156 onwards.

## Case #2

- άρρεν
- 45ετών
- Επαγγελματίας αθλητής (ξιφομάχος)
- Διάγνωση αγκυλοποιητικής σπονδυλαρθρίτιδας 01/2018
- Φλεγμονώδης πόνος στη μέση >1 έτος
- Ενθεσίτιδα
- Διάχυτη κόπωση

### Ιστορικό/εξετάσεις:

- RF (-)
- Anti – CCP (-)
- HLAB27 (+)
- ΤΚΕ (mm/h) 42
- CRP (mg/l) 9,5(<5)

Ευρήματα σε α/α ✓  
Φλεγμονή στις SIJ ✓  
Ενθεσίτιδα ✓

Φαρμακευτική αγωγή: ΜΣΑΦ (από  
ορθοπεδικούς

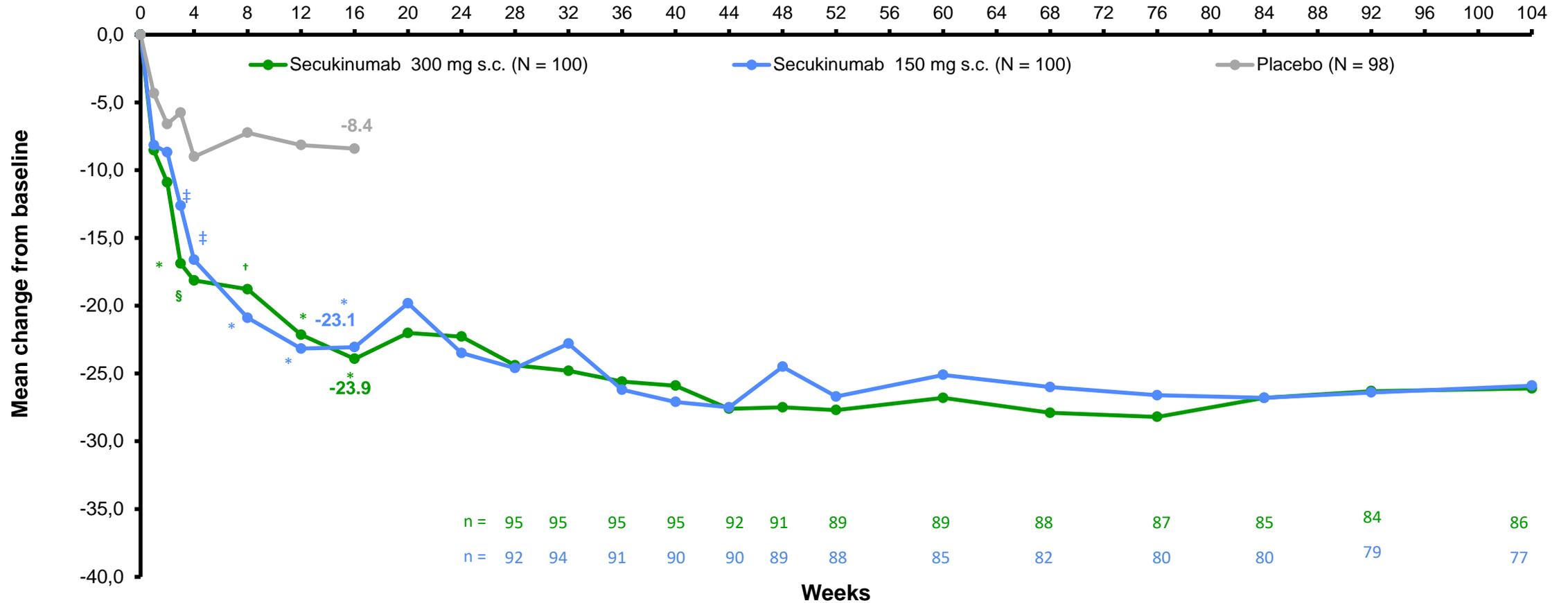


Εισαγωγή 1<sup>ου</sup> βιολογικού παράγοντα  
Secukinumab 150 mg (μονοθεραπεία)

### Έναρξη Secukinumab (10/2017- σήμερα)

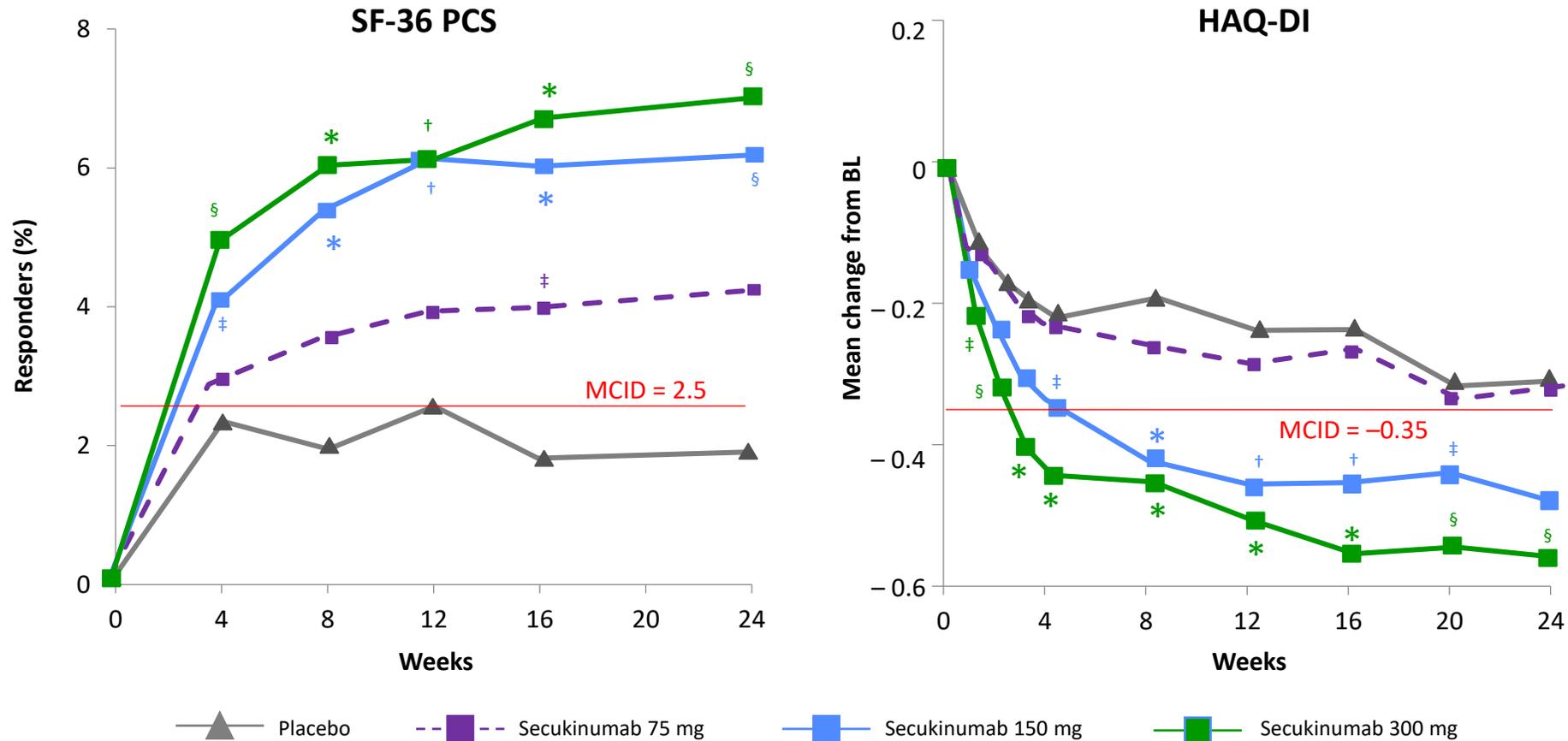
- ✓ κλινική βελτίωση
- ✓ εργαστηριακή βελτίωση
- ✓ Σημαντική βελτίωση στους πόνους και την  
κόπωση
- ✓ Βελτίωση σε BASDAI
- ✓

# Ταχεία και σημαντική μείωση του πόνου (κλίμακα VAS) έως και τα 2 έτη θεραπείας



N, number of randomised patients; n, number of evaluable patients; \**P* < 0.0001; †*P* < 0.001; §*P* < 0.01; ‡*P* < 0.05 versus placebo; LS mean change using MMRM from Week 1–24 and observed data presented from Week 28–104 (shaded area). LS, least squares, MMRM, mixed-effect model for repeated measures

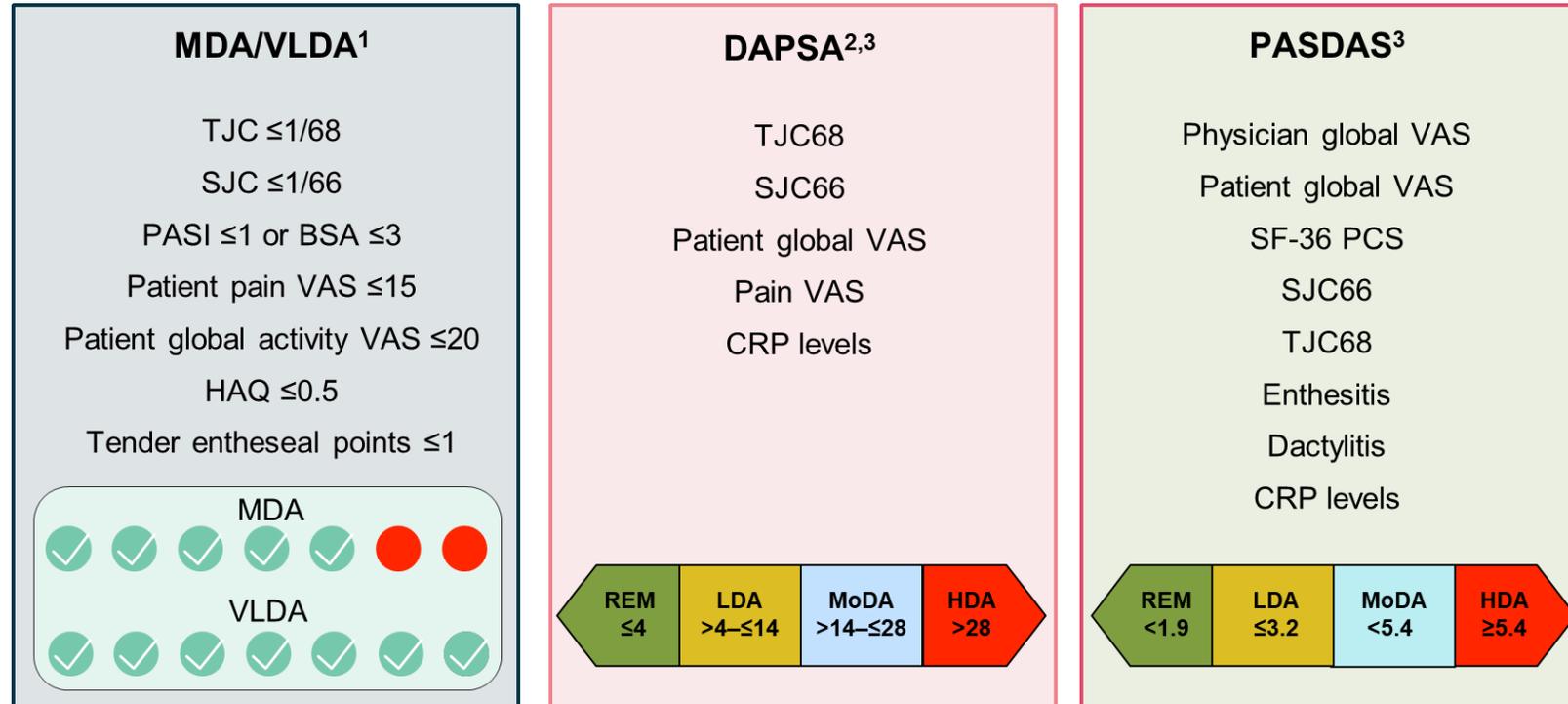
# Σημαντικές και ταχείες βελτιώσεις στην ποιότητα ζωής και τη σωματική λειτουργικότητα των ασθενών με ΨΑ



MCID, minimum clinically important difference  
 MCID = 2.5 in SF-36 PCS achieved by Week 4 with secukinumab 150 mg and 300 mg doses; MCID = -0.3 in HAQ-DI achieved by Week 4 with secukinumab 300 mg dose; prespecified hierarchical statistical testing strategy used to account for multiplicity at Week 24.

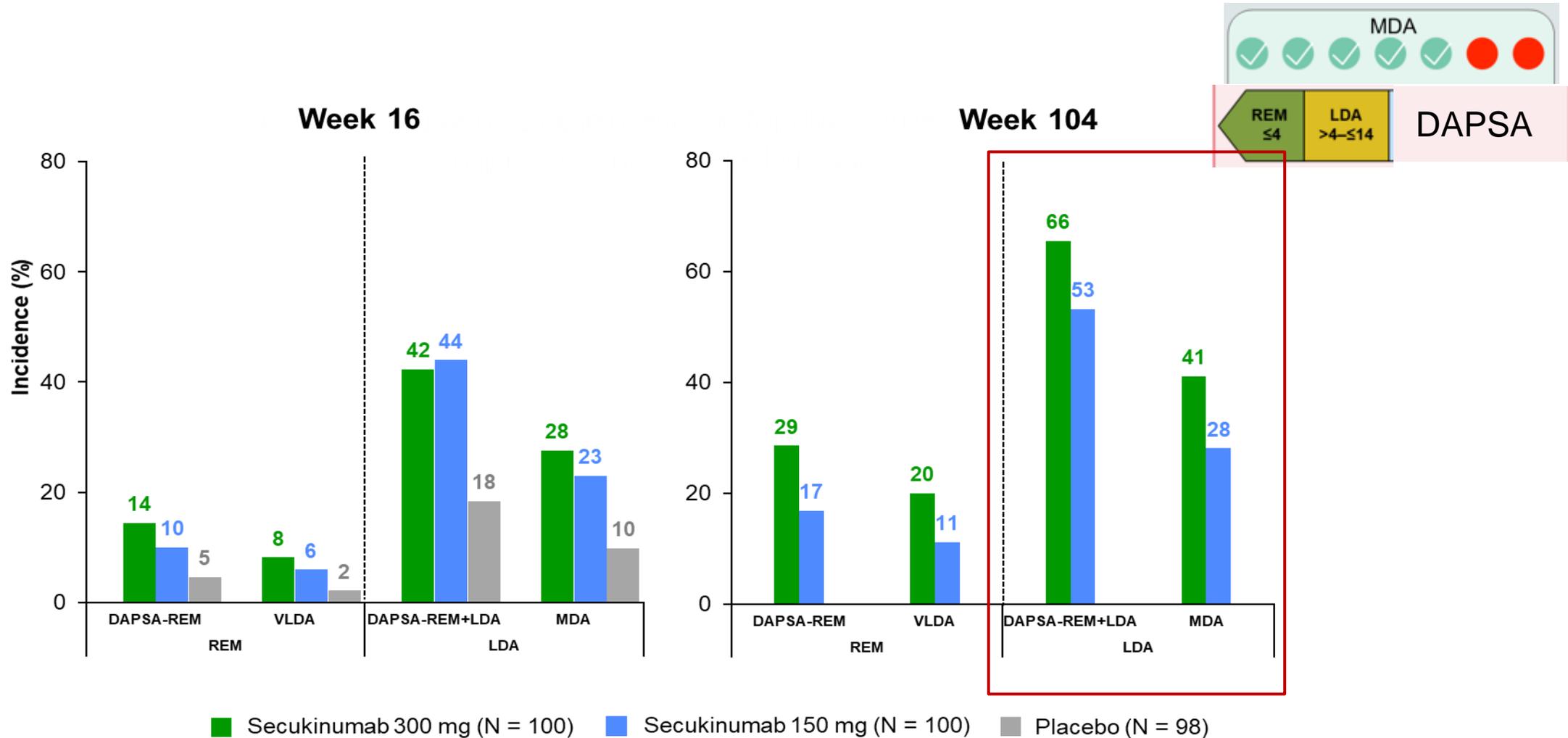
\* $P < 0.0001$ ; † $P < 0.001$ ; § $P < 0.01$ ; ‡ $P < 0.05$   
 Novartis data on file, 2014. FUTURE 2 clinical study report

# Στοχεύοντας την ύφεση/ελάχιστη ενεργότητα νόσου



BSA, body surface area; CRP, C-reactive protein; DAPSA, Disease Activity Index for Psoriatic Arthritis; HAQ, health assessment questionnaire; HDA, high disease activity; LDA, low disease activity; MDA, minimal disease activity; MoDA, moderate disease activity; PASDAS, Psoriatic Arthritis Disease Activity Score; PASI, Psoriasis Area and Severity Index; PCS, physical component summary; REM, remission; SJC, swollen joint count; SF-36, 36-item Short Form survey; TJC, tender joint count; VAS, visual analog scale; VLDA, very low disease activity.

# 60% των ασθενών πέτυχε ύφεση & χαμηλή ενεργότητα νόσου κατά DAPSA και 35% MDA στα 2 έτη θεραπείας (συνολικός πληθυσμός)



# Κλινικό πρόγραμμα σεκουκινουμάμης: Συγκεντρωτικά δεδομένα ασφάλειας

Psoriasis	<b>ERASURE</b> NCT01365455 CAIN457A2302 N = 702 vs. PBO	<b>FIXTURE</b> NCT01358578 CAIN457A2303 N = 936 vs. ETN & PBO	<b>SCULPTURE</b> NCT01406938 CAIN457A2304 N = 966 <i>Fixed regimen</i> vs. re-treatment	<b>FEATURE</b> NCT01555125 CAIN457A2308 N = 174 vs. PBO	<b>JUNCTURE</b> NCT01636687 CAIN457A2309 N = 177 vs. PBO
	<b>GESTURE</b> NCT01806597 CAIN457A2312 N = 199 vs. PBO	<b>TRANSFIGURE</b> NCT01807520 CAIN457A2313 N = 190 vs. PBO	<b>CLEAR</b> NCT02074982 CAIN457A2317 N = 335 vs. UST	<b>2PRECISE</b> NCT02008890 CAIN457A3301 N = 214 vs. PBO	<b>CARIMA</b> NCT02559622 CAIN457ADE02 N = 150 vs. PBO
	<b>PSORITUS</b> NCT02362789 CAIN457ADE03 N = 130 vs. PBO	<b>GAIN</b> NCT02474069 CAIN457ADE04 N = 772 <i>Dose optimization</i>	<b>PRIME</b> NCT02474082 CAIN457ADE06 N = 105 vs. Fumaderm	<b>SCALP</b> NCT02267135 CAIN457AUS01 N = 97 vs. PBO	<b>AJP01</b> NCT02547714 CAIN457AJP01 N = 34 -
	<b>FUTURE 1</b> NCT01392326 CAIN457F2306 N = 587 vs. PBO	<b>FUTURE 2</b> NCT01752634 CAIN457F2312 N = 387 vs. PBO	<b>FUTURE 3</b> NCT01989468 CAIN457F2318 N = 406 vs. PBO		
AS	<b>MEASURE 1</b> NCT01358175 CAIN457F2305 N = 371 vs. PBO	<b>MEASURE 2</b> NCT01649375 CAIN457F2310 N = 219 vs. PBO	<b>MEASURE 3</b> NCT02008916 CAIN457F2314 N = 226 vs. PBO		

## Συγκεντρωτικά δεδομένα έως 5 έτη θεραπείας:

- ❖ 21 μελέτες από το κλινικό πρόγραμμα της ψωρίασης, της ψωριασικής αρθρίτιδας και της αγκυλοποιητικής σπονδυλίτιδας
- ❖ 7.355 ασθενείς υπό θεραπεία με σεκουκινουμάμη

# Κλινικό πρόγραμμα σεκουκινουμάμπης: Συγκεντρωτικά δεδομένα ασφάλειας

Ευνοϊκό και συνεπές προφίλ ασφάλειας σε ψωρίαση, ΨΑ και ΑΣ, χωρίς κάποιο νέο σήμα ασφάλειας έως και τα 5 έτη θεραπείας

Variable	Psoriasis program <sup>1</sup>	PsA program <sup>1</sup>	AS program <sup>2</sup>
	Any secukinumab (N = 5181)	Any secukinumab (N = 1380)	Any secukinumab (N = 794)
<b>EAIR per 100 patient-years (95% CI)</b>			
Any AE	204.4 (198.4, 210.5)	147.0 (138.9, 155.5)	140.1 (129.8, 151.0)
Any serious AE	6.9 (6.3, 7.4)	7.9 (7.0, 8.9)	6.3 (5.2, 7.6)
Death, n (%)	9 (0.2) <sup>a</sup>	11 (0.8)	5 (0.6)
<b>Most common AEs<sup>b</sup></b>			
Viral upper respiratory tract infections	21.0 (19.9, 22.0)	12.1 (10.9, 13.4)	9.8 (8.4, 11.5)
Upper respiratory tract infections	5.4 (4.9, 5.9)	9.1 (8.1, 10.2)	5.2 (4.2, 6.4)
Headache	6.2 (5.8, 6.8)	3.8 (3.2, 4.5)	5.3 (4.3, 6.5)
Diarrhea	3.8 (3.4, 4.2) <sup>3</sup>	3.7 (3.1, 4.4) <sup>3</sup>	5.2 (4.2, 6.4)
<b>AEs of selected interest with secukinumab<sup>c</sup></b>			
Serious infections and infestations <sup>d</sup>	1.4 (1.2, 1.6)	1.9 (1.5, 2.4)	1.2 (0.8, 1.8)
<i>Candida</i> infections <sup>e</sup>	2.2 (1.9, 2.5)	1.5 (1.1, 2.0)	0.7 (0.4, 1.2)
Inflammatory bowel disease <sup>f</sup>	0.01 (0.0, 0.1)	0.1 (0.0, 0.2)	0.1 (0.0, 0.3)
Crohn's disease <sup>f</sup>	0.1 (0.0, 0.1)	0.1 (0.0, 0.2)	0.4 (0.2, 0.8)
Ulcerative colitis	0.1 (0.1, 0.2)	0.1 (0.0, 0.2)	0.2 (0.1, 0.5)
Uveitis <sup>g,h</sup>	0.02 (0.0, 0.07) <sup>3</sup>	0.08 (0.02, 0.23) <sup>3</sup>	1.4 (0.9, 2.0)
MACE <sup>g</sup>	0.3 (0.2, 0.5)	0.4 (0.3, 0.7)	0.6 (0.3, 1.1)
Neutropenia <sup>g</sup>	0.7 (0.5, 0.8) <sup>3</sup>	0.8 (0.5, 1.1) <sup>3</sup>	1.6 (1.1, 2.3) <sup>3</sup>

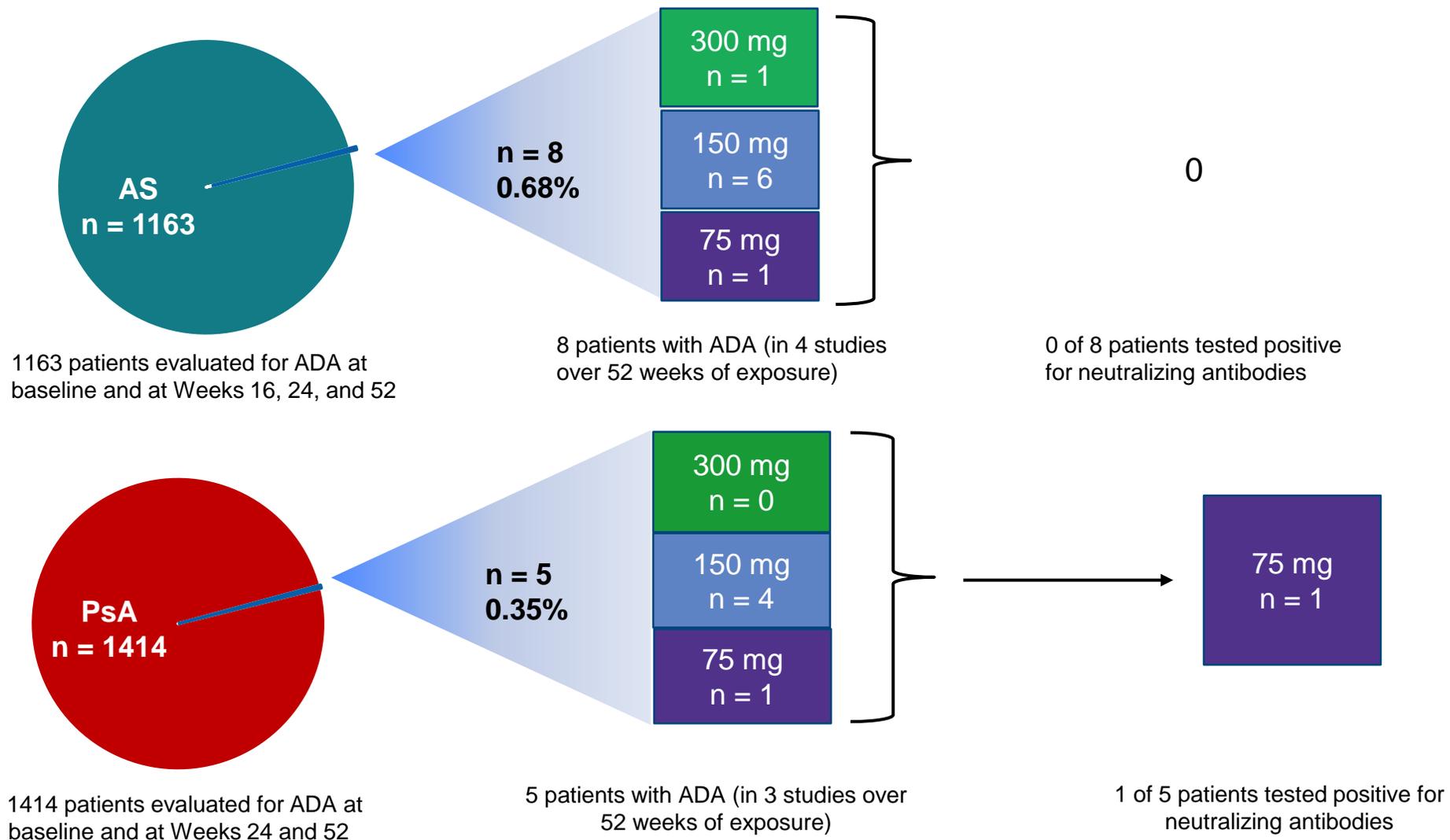
AE, adverse event; CI, confidence interval; EAIR, exposure-adjusted incidence rate; IBD, inflammatory bowel disease; MACE, major adverse cardiac events; N, number of patients in the analysis. PT, preferred term. Data cut-off: 25 June 2017.

<sup>a</sup>One fatality is reported within ARGUS but not recorded here, and one fatality recorded here is not reported within ARGUS. <sup>b</sup>Adverse events in the secukinumab group that occurred with an EAIR  $\geq 5.0$  during the entire treatment period. <sup>c</sup>Adverse events in the secukinumab group that occurred with an EAIR  $\geq 5.0$  during the entire treatment period. <sup>d</sup>Rates are for system organ class which includes multiple associated PTs. <sup>e</sup>Rates are for *Candida* infections high level term which includes multiple associated PTs.

<sup>f</sup>Rates are for PT (IBD PT data are reported for unspecified IBD). <sup>g</sup>Rates are for Novartis MedDRA Query term which includes multiple associated PTs. <sup>h</sup>Amongst all cases of uveitis in AS (n = 26), 14 were flares in patients with a history of uveitis at baseline. Patient exposure was up to 5 years for patients on the psoriasis and PsA programs and up to 4 years on the AS program.

1. Mease P et al, Poster FRI0511, presented at ACR 2017; 2. Deodhar A et al, Poster THU0359, presented at ACR 2017; 3. Novartis, Data on File; Table A149 2.1\_PSUR4, Table A149 2.2\_PSUR4.

# Κλινικό πρόγραμμα σεκουκινουμάμπης: Ανοσογονικότητα



\*Immunogenicity in patients with AS (MEASURE 1–4 studies, N=1163). All ADAs were non-neutralizing. Two of eight patients received concomitant sulfasalazine. All ADAs were non-neutralizing. ADA, anti-drug antibodies; PsA, psoriatic arthritis

# Κλινικές μελέτες σε εξέλιξη

## EXCEED (H2H)

- A **Phase 3b**, randomized, double-blind, multicenter study to evaluate the efficacy and safety of **secukinumab monotherapy versus adalimumab monotherapy** in patients with **active PsA**

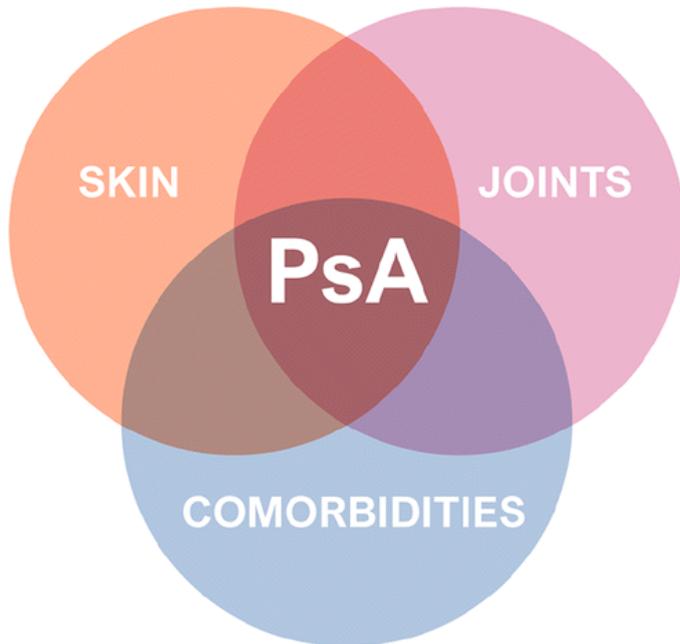
## ACHILLES

- A **Phase 3b**, randomized, partially-blinded, active-controlled, multicenter study of Subcutaneous Secukinumab to Demonstrate Efficacy in the **Treatment of Enthesitis at the Achilles Tendon** up to 1 Year in Adult **Patients With Active Psoriatic Arthritis (PsA) and Axial Spondyloarthritis (axSpA)**

## MAXIMISE

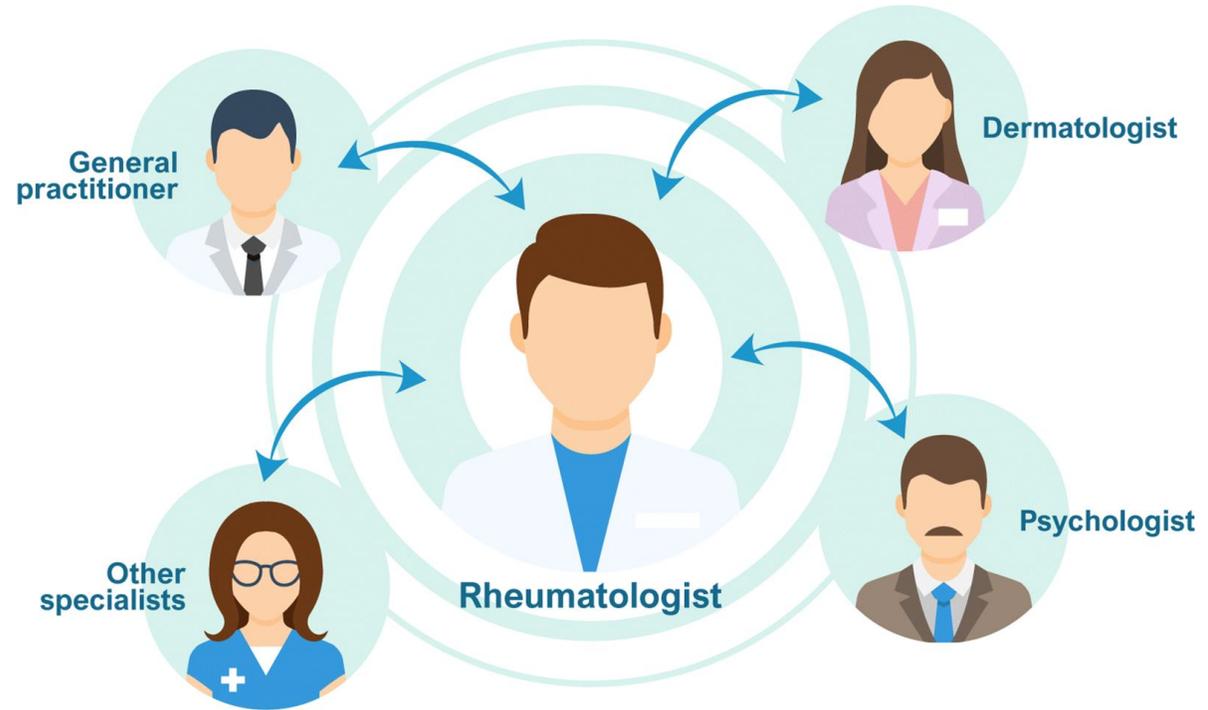
- A **Phase 3**, randomized, double-blind, placebo-controlled, multicenter 52 week study to assess the efficacy and safety of secukinumab 150 mg or 300 mg s.c. in participants with **active psoriatic arthritis and axial skeleton involvement** who have inadequate response to non steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs)

### A complex problem

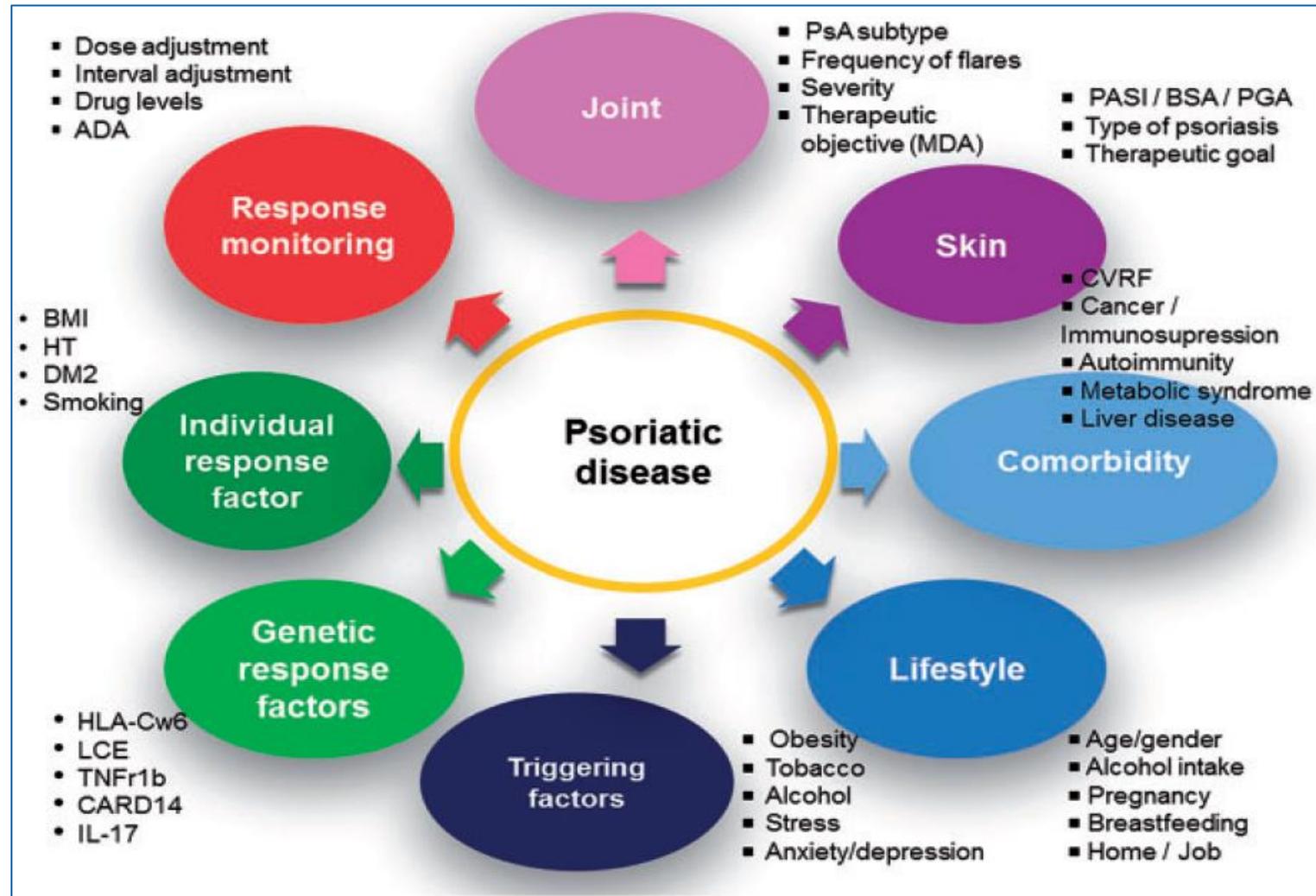


### A multidisciplinary solution

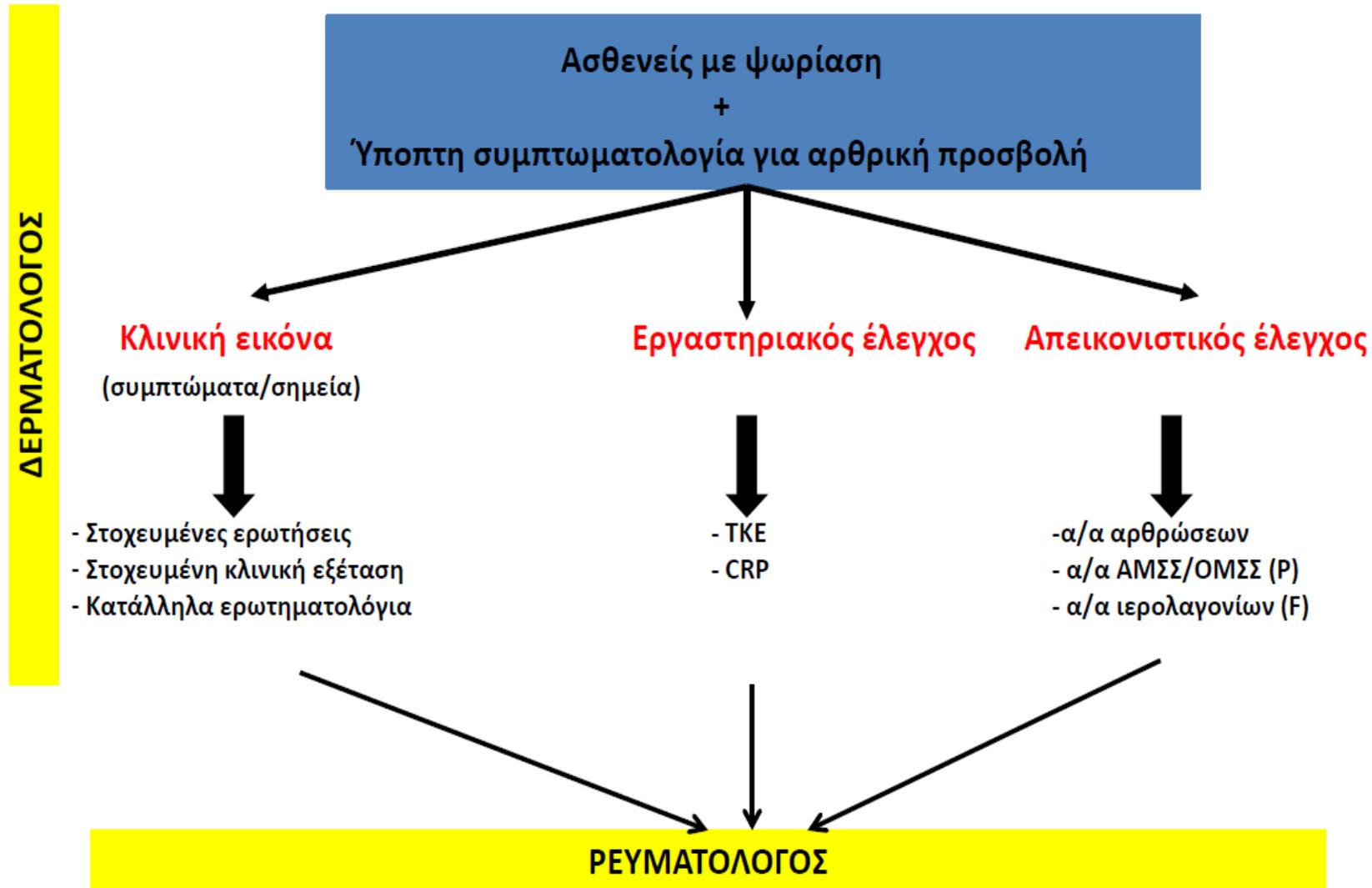
- Rheumatologists
- Dermatologists
- Psychologists
- General practitioners
- Cardiologists
- Hepatologists
- Diabetologists
- Pain specialists
- Other specialists
- Nurses



# Προς μια καινούρια κατεύθυνση για την ολιστική, διεπιστημονική διαχείριση των ασθενών με ψωριασική νόσο

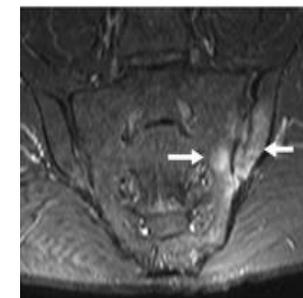
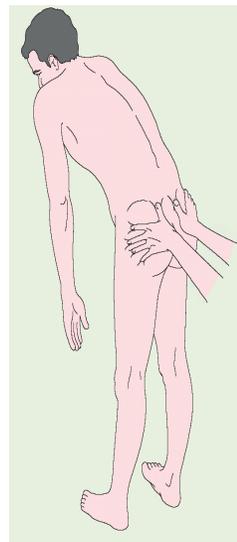
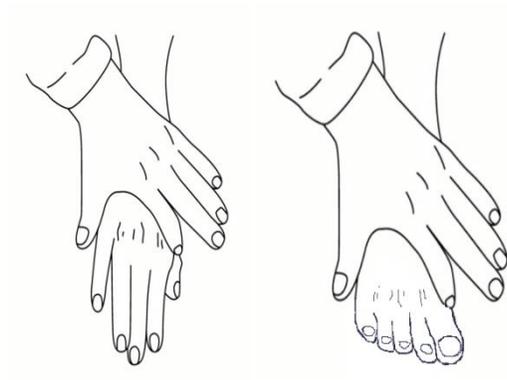


# Η Σημασία της Εγκαιρης και Ολοκληρωμένης Διάγνωσης



# Κριτήρια παραπομπής στο ρευματολόγο

- $\geq 3$  Διογκωμένες μικρές αρθρώσεις
- Συμμετοχή ΜΤάρσιων Φ /Μ Καρπιαίων Φ αρθρώσεων
- Πρωινή δυσκαμψία  $\geq 30$  min
- Μια μεγάλη άρθρωση (γόνατο, καρπός, αγκώνας, ποδοκνημική)
- Φλεγμονώδης οσφουαλγία (άλγος στους γλουτούς)



# Κλινική υποψία για ψωριασική αρθρίτιδα με βάση το ερωτηματολόγιο PEST

1. Είχατε ποτέ μια διογκωμένη άρθρωση (ή αρθρώσεις);
2. Σας έχει πει ποτέ ο γιατρός σας ότι πάσχετε από αρθρίτιδα;
3. Μήπως τα νύχια των χεριών ή των ποδιών σας έχουν τρύπες ή μικρές λακκούβες (βοθρία);
4. Είχατε ποτέ πόνο στη φτέρνα σας;
5. Είχατε ένα δάχτυλο των χεριών ή των ποδιών σας που ήταν εντελώς πρησμένο και επώδυνο χωρίς κανέναν προφανή λόγο (σαν λουκάνικο);

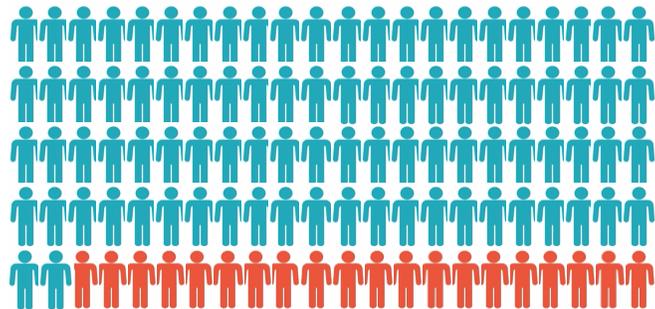
## **Αν οι ασθενείς:**

- Έχουν Ψωρίαση και
- Απαντήσουν θετικά σε 3 ή περισσότερες ερωτήσεις

Πρέπει να σκεφτείτε σοβαρά το ενδεχόμενο να έχουν Ψωριασική Αρθρίτιδα

# Τα μακροχρόνια δεδομένα από όλο το κλινικό πρόγραμμα της σεκουκινουμάμπης στις ΣΠΑ επιδεικνύουν σταθερή αποτελεσματικότητα και ευνοϊκό προφίλ ασφάλειας

Πάνω από το 80% των ασθενών που συμμετείχαν στις βασικές κλινικές μελέτες και στις φάσεις επέκτασης τους ολοκλήρωσαν τη θεραπεία έως 5 έτη<sup>1,2</sup>



Σημαντικές βελτιώσεις που διαρκούν

έως τα 5 έτη θεραπείας<sup>1,2,3</sup>

σε όλα τα σημεία και συμπτώματα των ΣΠΑ, την ενεργότητα της νόσου, τη λειτουργικότητα, την ποιότητα ζωής των ασθενών

Ευνοϊκό και συνεπές προφίλ ασφάλειας έως τα 5 έτη θεραπείας<sup>1,2</sup>



σχα

Καλο  
Πασχα

Καλο  
Πασχα

Καλο  
Πασχα

Καλο  
Πασχα

Καλο

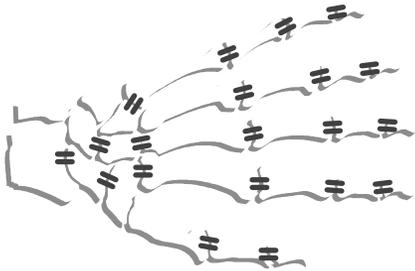
λο  
σχα

**Back-up slides**

# Radiographic Disease Progression: *van der Heijde-modified Total Sharp Scoring (mTSS)*

**What does it assess?**  
Degree of articular damage

**Joint narrowing**

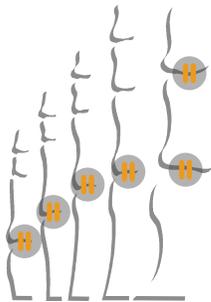


**40 joints evaluated**

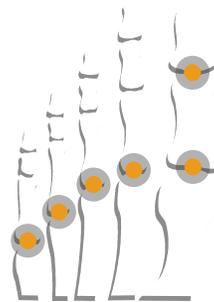
**Erosions**



**40 joints evaluated**



**12 joints evaluated**



**12 joints evaluated**

**How is it assessed?**

- Erosions and joint space narrowing graded in:
  - 20 locations per hand
  - 6 locations per foot
- Erosions scored from 0–5 (hands) or 0–10 (feet); maximum score = 360
- Joint space narrowing scored from 0–4; maximum score = 168
- mTSS = sum of erosion and joint space narrowing scores

**What does it mean?**

mTSS scores range from 0–528  
Higher scores = more articular damage

**How is it reported?**

Generally reported as the change  
in score from baseline

# van der Heijde-modified Total Sharp Scoring (VdH-mTSS): Calculating the Score

Erosion scores	
0	no erosions
1	discrete erosion of bone surface
2	large erosion not passing mid-line
3	large erosion passing mid-line of bone surface
5	complete collapse of joint (full surface affected)

Maximum score for erosions is 5 in each of the 20 joints of each hand and 10 in the 6 joints of each foot

- The erosion score per foot joint can range from 0 to 10, with each side of the joint independently scored from 0 to 5, resulting in a maximal erosion score per foot of 60

**Maximum erosion score: 200 (hands) + 120 (feet)**

Joint space narrowing score	
0	normal
1	asymmetrical or minimal narrowing up to a maximum of 25%
2	definite narrowing with loss of up to 50% of the normal space
3	definite narrowing with loss of 50–99% of the normal space or subluxation
4	absence of a joint space, presumptive evidence of ankylosis, or complete luxation

Maximum score for JSN is 4 in each of the 20 joints of each hand and 4 in the 6 joints of each foot

**Maximum JSN score: 160 (hands) + 48 (feet)**

## Other measures scored separately

Extensive destruction such as **gross osteolysis** (defined periarticular osteopenia) or **pencil-in-cup deformity**

- In the final summary score, joints with one of these abnormalities get the maximum score assigned for both erosions and for JSN

**Total score: 0–528**

# Η διατμηματική διαχείριση της ψωρίασης και της ΨΑ σε κοινό δερματολογικό/ρευματολογικό ιατρείο

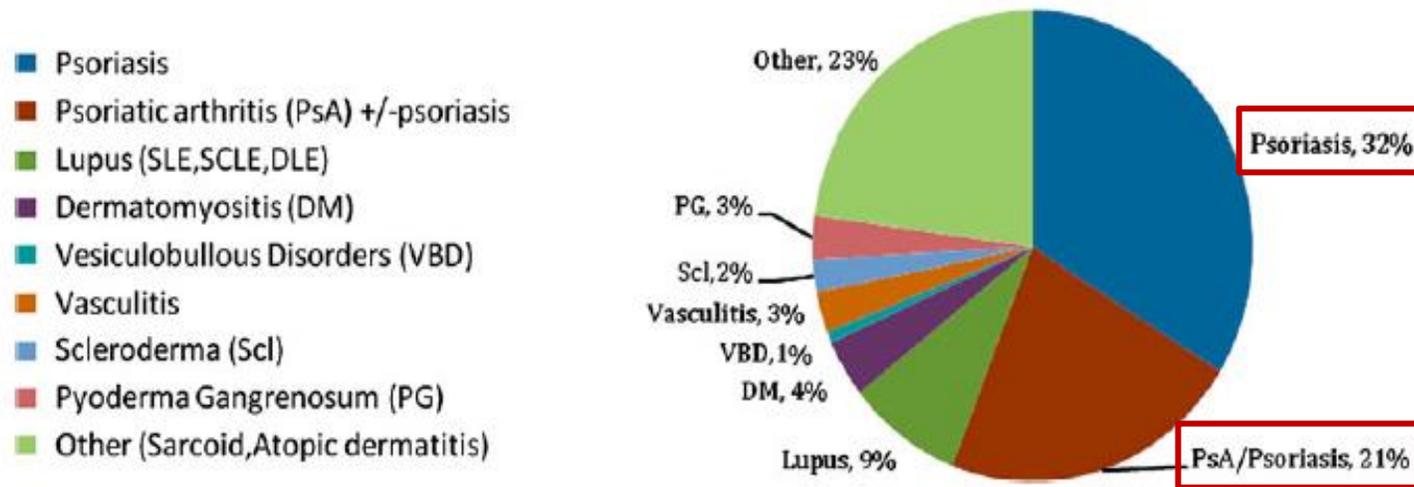


Fig. 2 Percentage of patients with the following diagnoses over a six-year period. The most common diagnoses were psoriasis and psoriatic arthritis (PsA)

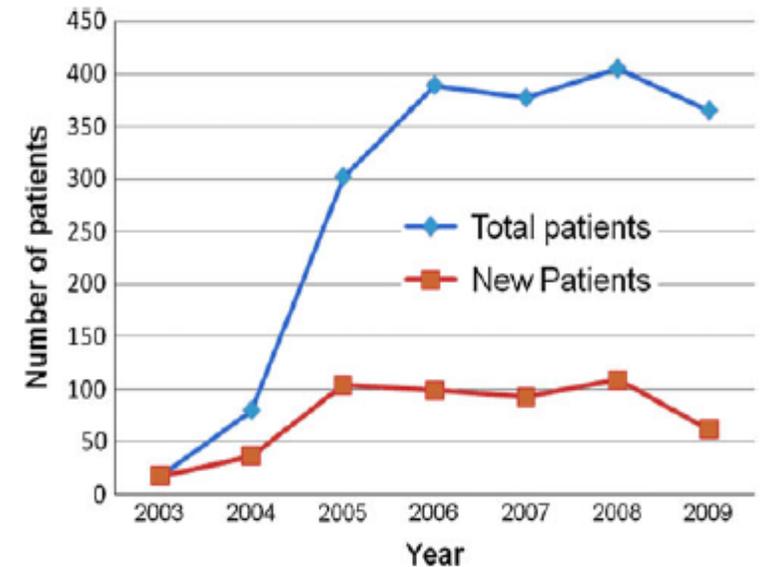


Fig. 1 Growth of the multidisciplinary clinic over a six-year period. Number of new and total patients seen each year between 2003–2009

- Η επίσκεψη σε μια πολυεπιστημονική κλινική οδήγησε σε **αναθεωρημένη διάγνωση** που διέφερε από την προηγούμενη διάγνωση σε εξωτερικές κλινικές σε 46% των περιπτώσεων
- Η διεπιστημονική φροντίδα μπορεί να **διευκολύνει** τη διάγνωση της αρθρίτιδας και **προσφέρει μια πληρέστερη θεραπευτική προσέγγιση** για ασθενείς με ψωρίαση και ΨΑ.

Η αξιολόγηση των ασθενών σε μια κλινική συνεργασίας δερματολόγων και ρευματολόγων επιτρέπει έναν μοναδικό συνδυασμό εξειδίκευσης και εμπειρίας που μπορεί να προσφέρει ολοκληρωμένη φροντίδα σε αυτούς τους ασθενείς υψηλού κινδύνου.

# Ο σημαντικός ρόλος του δερματολόγου στην έγκαιρη διάγνωση της ψωριασικής αρθρίτιδας

**Table 1** Psoriatic arthritis and dermatologists. Development of recommendations for clinical practice. Selected questions for each topic

Domains	Questions
Risk and prognostic factors	1. Are there significant risk factors for PsA in psoriasis patients?
	2. Is it possible to identify a psoriasis skin phenotype that would be associated with a higher risk of developing PsA?
	3. Are there any clinical signs predictive of the severity and destructive course of PsA?
Screening	4. What is the prevalence of undiagnosed PsA in the course of skin psoriasis?
	5. Which extracutaneous clinical signs must be routinely screened by a dermatologist so as not to miss PsA in a patient with skin psoriasis?
	6. Which PsA screening questionnaires can be used by non-specialists and have been fully validated? Which questionnaire should be recommended in daily dermatology practice?
	7. Which imaging procedures should be used to diagnose PsA? What is the role of the dermatologist in prescribing imaging procedures?
Management	8. What PsA treatment options are available before biological agents?
	a. Peripheral involvement
	b. Axial involvement
	c. Enthesitis/Dactylitis

PsA, Psoriatic arthritis.