



## Ασθενείς με Αξονική Σπονδυλαρθρίτιδα ή Ψωριασική αρθρίτιδα και δερματικές εκδηλώσεις

Χάρης Παπαγόρας  
Επίκουρος Καθηγητής Ρευματολογίας  
Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ

Ρόδος, 1 Οκτωβρίου 2022



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ  
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΒΡΟΥ  
ΦΟΡΕΑΣ ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΥΠΟΛΗΣ

## Σύγκρουση συμφερόντων

**Τιμητική αμοιβή από την MSD για αυτήν την παρουσίαση**

Εκπαιδευτικές-ερευνητικές-συμβουλευτικές επιχορηγήσεις την τελευταία διετία:

- Abbvie, Genesis, Lilly, Pfizer, FARAN, DEMO, ELPEN, Janssen, UCB, Boehringer-Ingelheim, Novartis

## Κλινικό περιστατικό

- Γυναίκα 45 ετών προσέρχεται λόγω επίμονης διόγκωσης του αριστερού γόνατος από 3 μήνες
- ΜΣΑΦ, εκκενωτική παρακέντηση: μη αποτελεσματικά
- MRI: ύδραρθρος, πάχυνση και εμπλουτισμός αρθρικού υμένα



## Διαφορική Διάγνωση

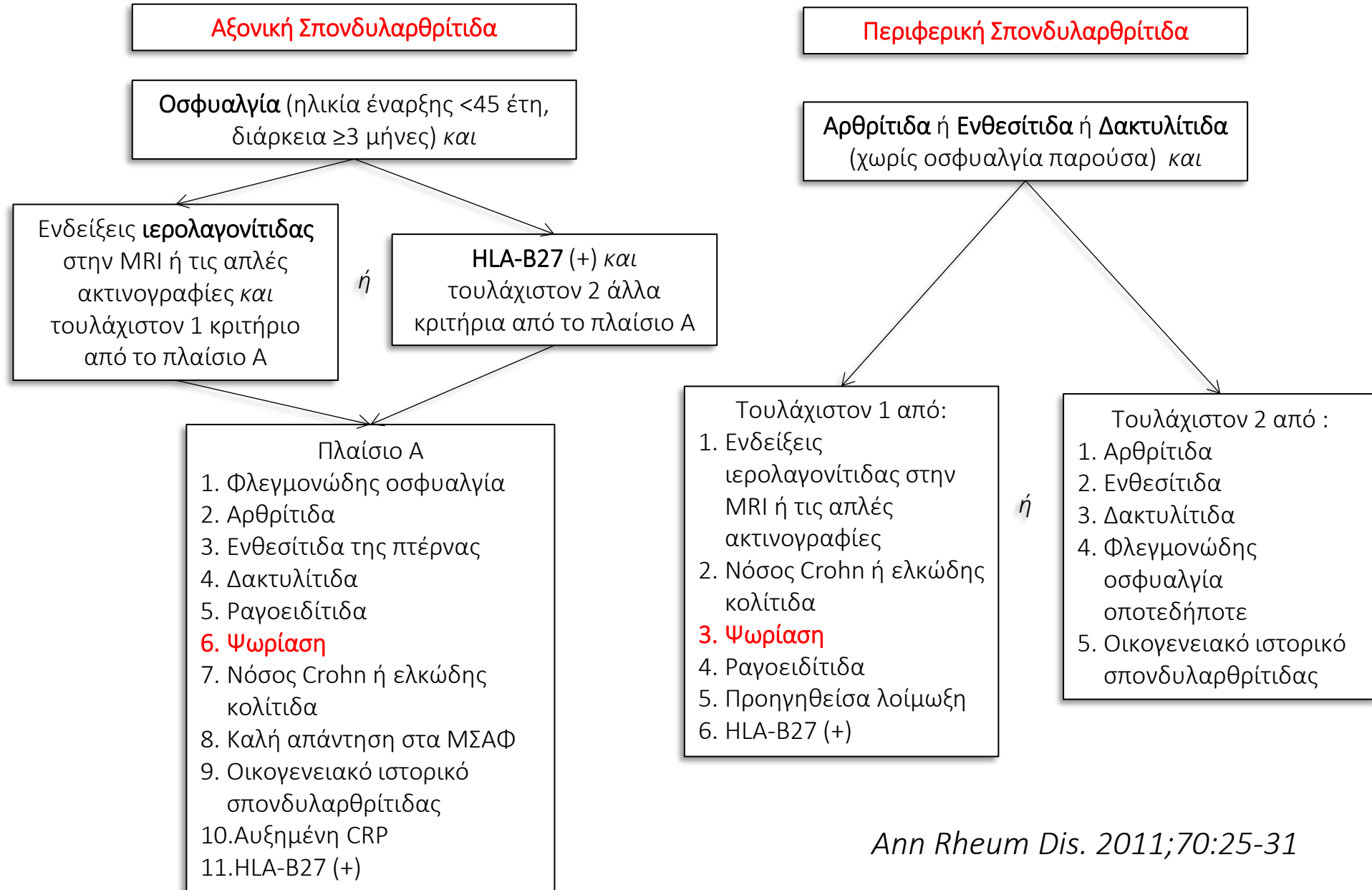
- Επίμονη φλεγμονώδης έξαρση ΟΑ
  - Περιφερικού τύπου ΣΠΑ
  - Κρυσταλλογενής, π.χ. CPPD
  - Πρώιμη αρθρίτιδα που θα εξελιχθεί σε ΡΑ
  - Οποιαδήποτε αυτοάνοση ρευματική νόσος σε πολύ πρώιμο στάδιο
  - Αδιαφοροποίητη αρθρίτιδα
- Γενική αίματος, ΤΚΕ, CRP
  - Βιοχημεία
  - Γενική ούρων
  - HLA B27, α/α ιερολαγονίων
  - RF, anti-CCP, ANA, ANCA



# Σπονδυλαρθρίτιδες – Κλασική ταξινόμηση



# Κριτήρια Ταξινόμησης ASAS



# Κριτήρια CASPAR (Classification Criteria for Psoriatic Arthritis)

Κριτήριο	Βαθμός
A. Ψωρίαση	
1. Παρούσα ψωρίαση του δέρματος ή του τριχωτού της κεφαλής ή	2
2. Ατομικό ιστορικό ψωρίασης ή	1
3. Ψωρίαση σε πρώτου ή δεύτερου βαθμού συγγενή	1
B. Τυπική ψωριασική ονυχοδυστροφία (βοθρία, υπερκεράτωση, ονυχόλυση) παρούσες στη φυσική εξέταση	1
Γ. Αρνητικός ρευματοειδής παράγων	1
Δ. Παρούσα δακτυλίτιδα (διόγκωση ολόκληρου δακτύλου) ή ιστορικό δακτυλίτιδας καταγεγραμμένο από Ρευματολόγο	1
E. Ακτινολογική ένδειξη παραρθρικής νεο-οστεοπαραγωγής εμφανιζόμενης ως ασαφούς οστεοποίησης πλησίον των ορίων της άρθρωσης (αλλά αποκλείοντας τη δημιουργία οστεοφύτων) στις απλές ακτινογραφίες του χεριού ή του ποδιού	1
<i>Για να πληροί τα κριτήρια CASPAR ένας ασθενής πρέπει να έχει φλεγμονώδη αρθρική νόσο (άρθρωση, σπονδυλική στήλη, ένθεση) και τουλάχιστον 3 βαθμούς από τις παραπάνω 5 κατηγορίες).</i>	

# Ψωρίαση

- Κατά πλάκες
- Ανάστροφη
- Σταγονειδής
- Τριχωτού κεφαλής
- Παλαμών & πελμάτων/Φλυκταινώδης
- Ερυθροδερμική
- Ονυχοψωρίαση





## Ερυθροδερμική ψωρίαση



# Ονυχοψωρίαση

## A. Nail matrix psoriasis



Pitting, leukonychia



Leukonychia



Red macules in lunula



Crumbling



Trachyonychia

## B. Nail bed psoriasis



Splinter hemorrhages and onycholysis



Hyperkeratosis and splinter hemorrhages



Salmon patch or oil spot dyschromia



Onycholysis and salmon patch dyschromia

## Εξανθήματα στο φάσμα των ΣΠΑ

- Ψωρίαση
- Εξανθήματα αντιδραστικής αρθρίτιδας
- Εξανθήματα σχετιζόμενα με ΙΦΝΕ
- *Ενανθήματα*

## Εξανθήματα/ενανθήματα αντιδραστικής αρθρίτιδας

- Βλεννορραγική κερατοδερμία
- Κυκλοτερής βαλανίτιδα
- Οζώδες ερύθημα
- Επιπεφυκίτιδα, Ιριδοκυκλίτιδα



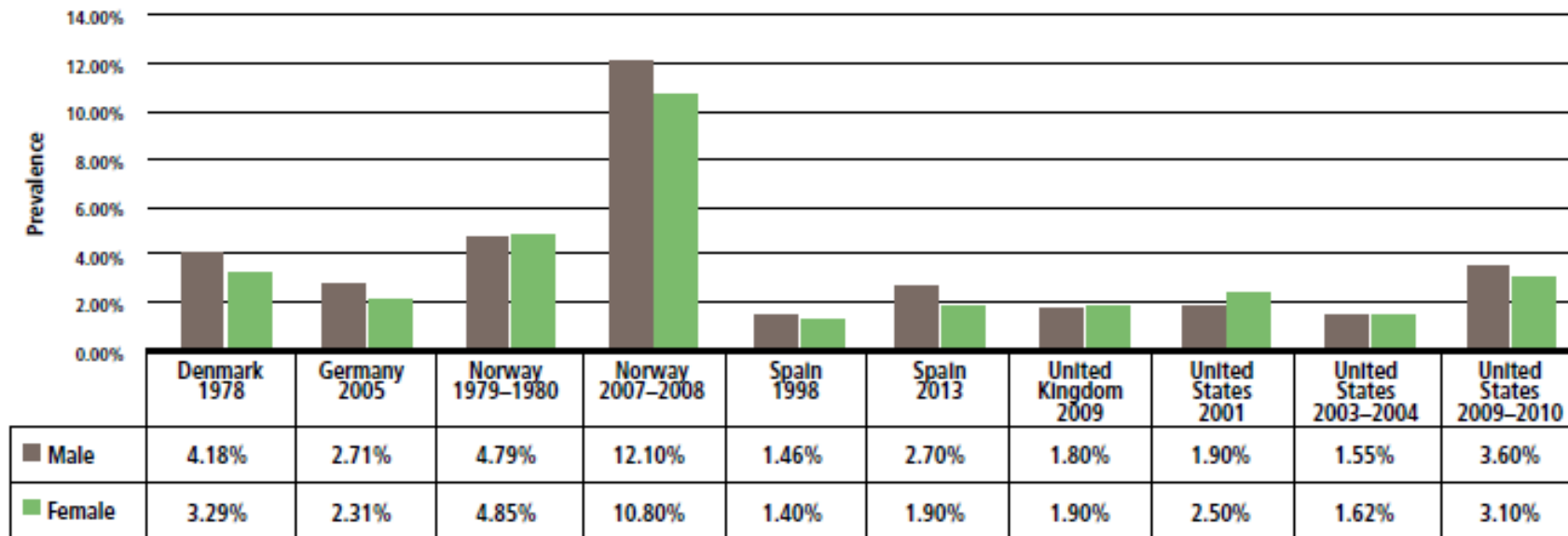
# Εξανθήματα/Ενανθήματα ΙΦΝΕ

- Άφθες στόματος
- Οζώδες ερύθημα
- Γαγγραινώδες πυόδεσμα
- Αιμορροΐδες, ραγάδες, περιεδρικά συρίγγια
- Ραγοειδίτιδα, επισκληρίτιδα, σκληρίτιδα



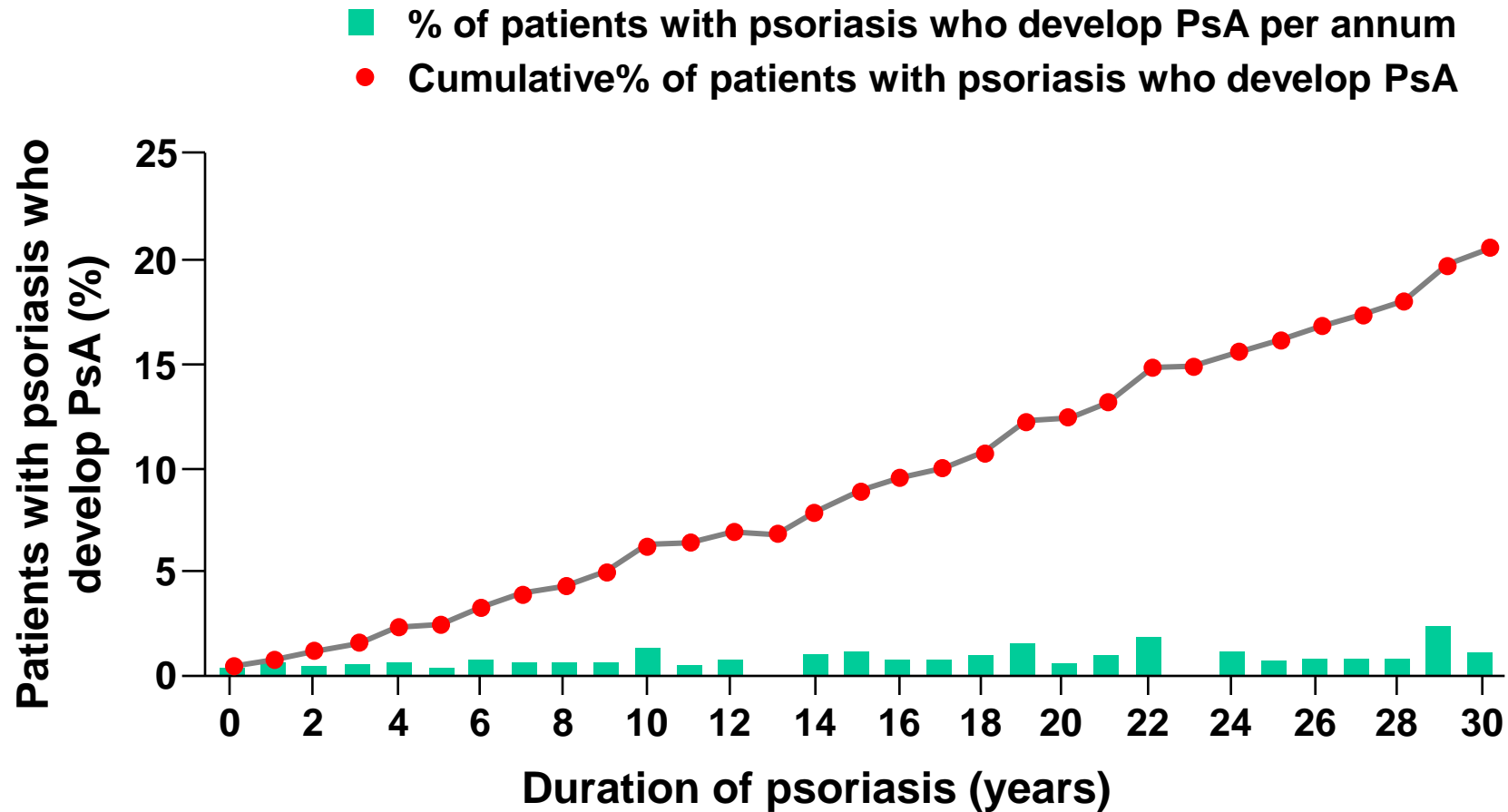
# Επιδημιολογία της ψωρίασης

Figure 2. Prevalence of psoriasis by sex (year of data survey given; not of publication)

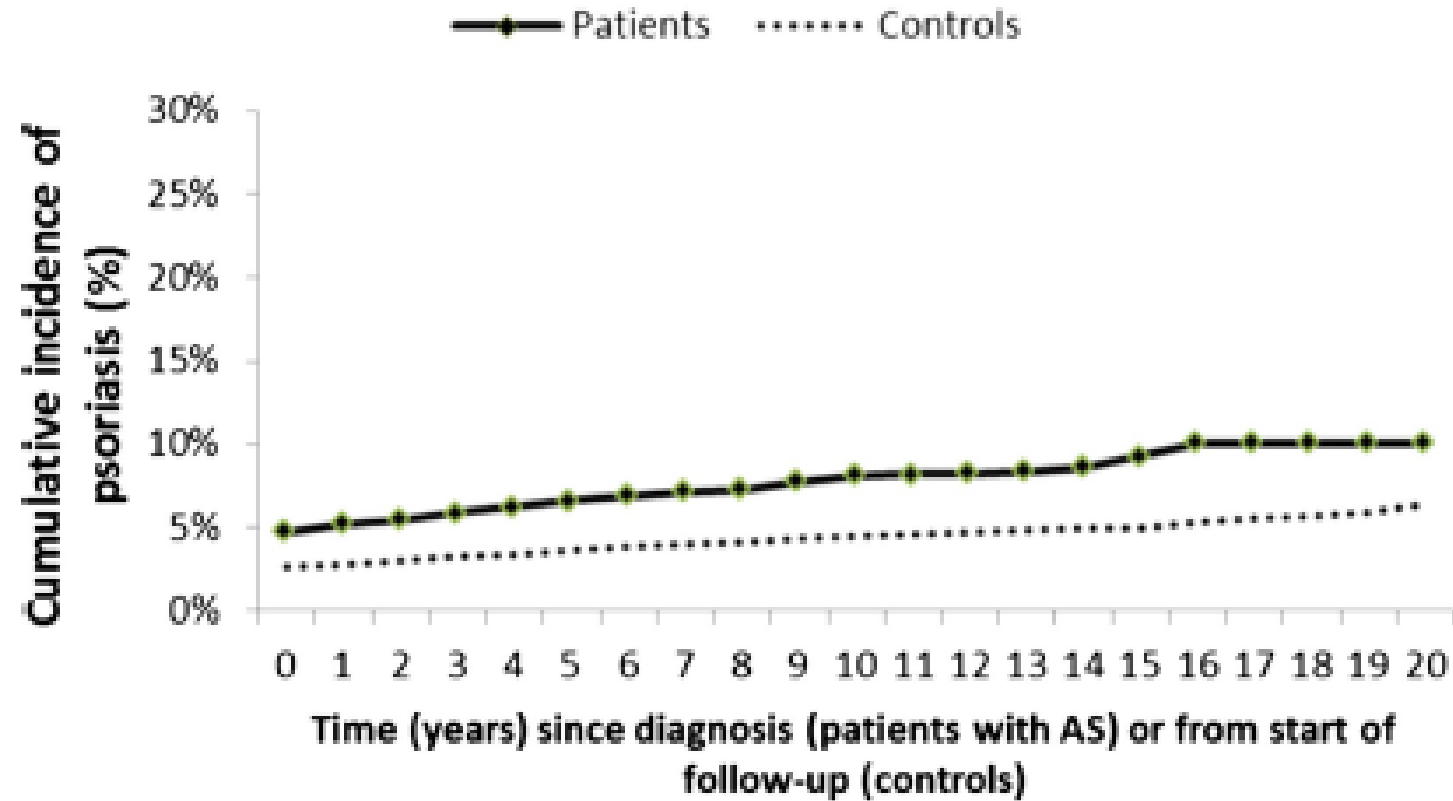


Global report on  
**PSORIASIS**

# Σταδιακή αύξηση συχνότητας ΨΑ με τη πάροδο του χρόνου



## Αθροιστική επίπτωση ψωρίασης σε ασθενείς με ΑΣ





# Επιπολασμός της ΨΑ σε ασθενείς με Ψωρίαση σε σχέση με τον βαθμό και το τύπο της δερματικής προσβολής

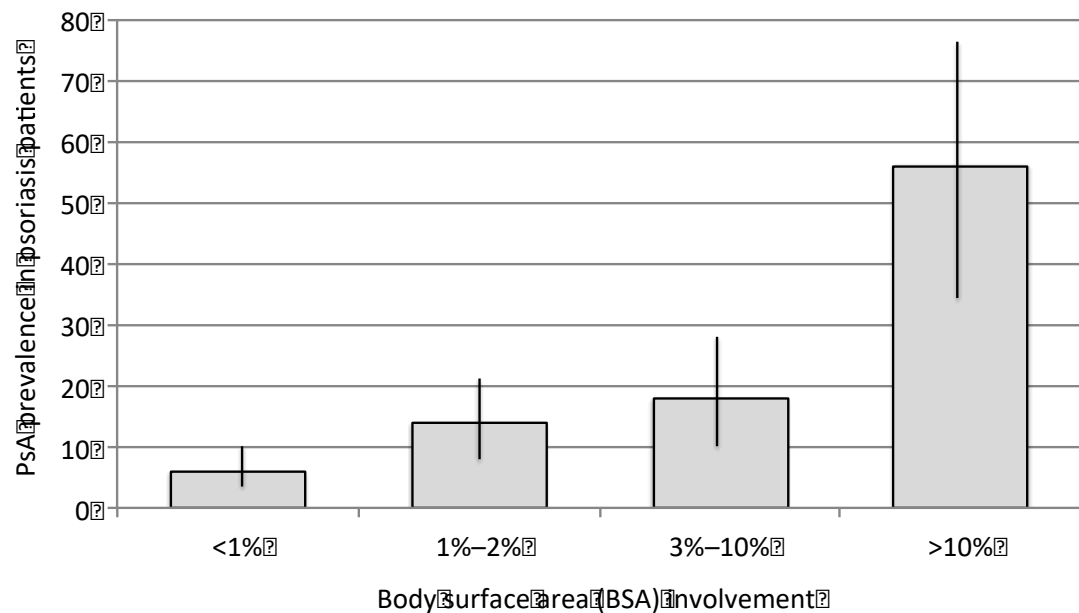


Table 2. Predictors of psoriatic arthritis within the incidence cohort of psoriasis subjects\*

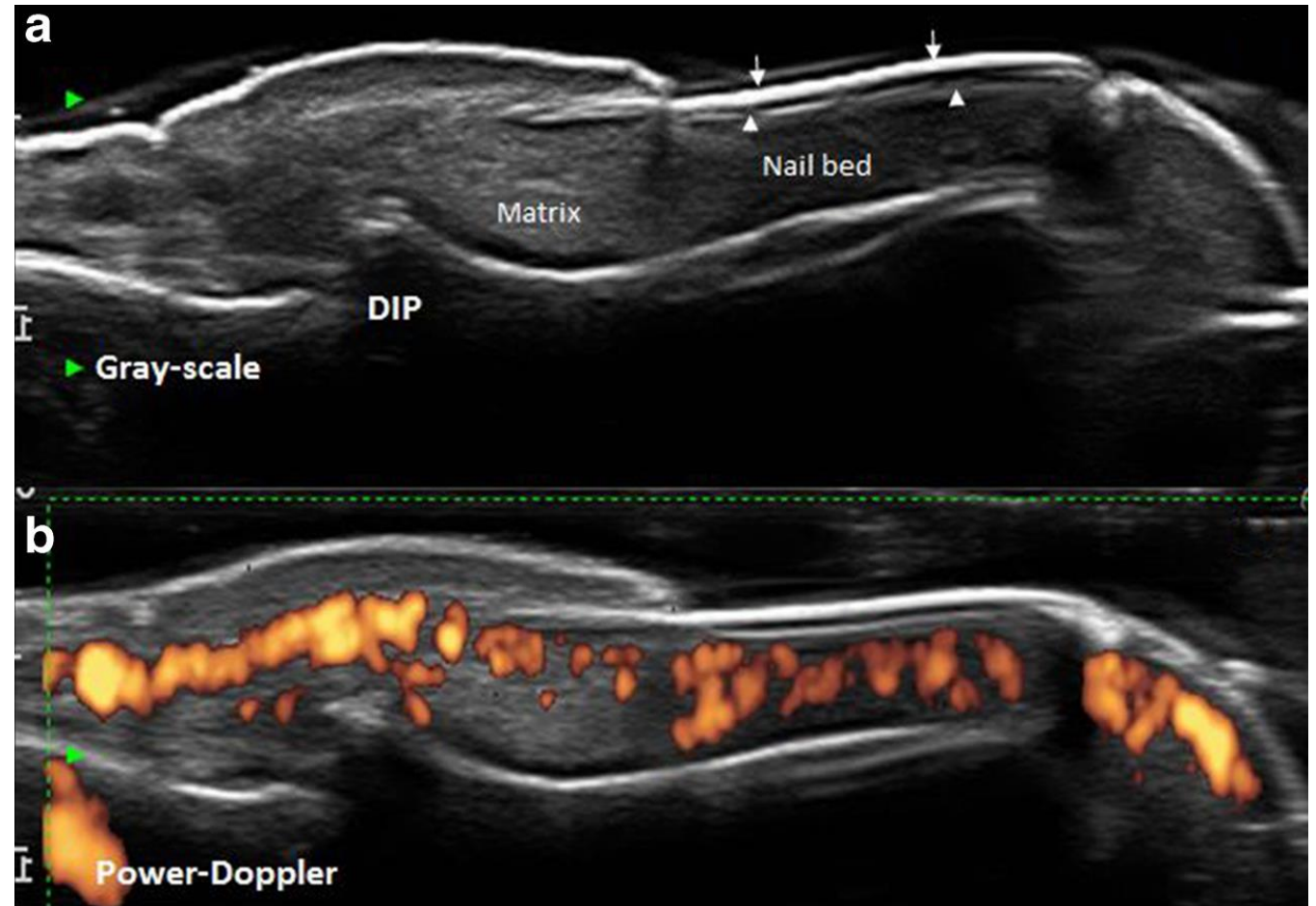
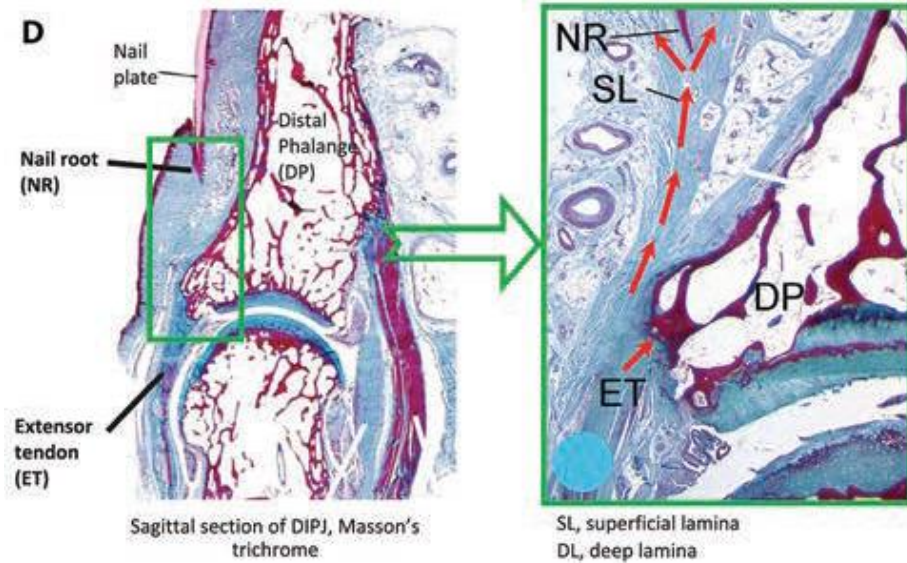
	Univariate	Multivariate
Age, years†	0.91 (0.77–1.07)	0.92 (0.78–1.09)
Men (vs. women)	1.53 (0.90–2.59)	1.35 (0.78–2.33)
Calendar year†	0.78 (0.56–1.09)	0.76 (0.54–1.08)
Type of psoriasis		
Plaque	1.72 (0.81–3.63)	
Guttate	0.36 (0.09–1.48)	
Sebopsoriasis	1.96 (0.78–4.93)	
Pustular	–	
Unknown	0.82 (0.26–2.63)	
Site of psoriasis		
Scalp	3.89 (2.18–6.94)	3.75 (2.09–6.71)
Extremities	0.83 (0.47–1.45)	
Trunk	0.80 (0.40–1.58)	
Intergluteal/perianal	2.35 (1.32–4.19)	1.95 (1.07–3.56)
Face	1.15 (0.52–2.53)	
Palms and/or soles	0.20 (0.03–1.47)	
Axilla/groin	1.40 (0.44–4.48)	
Unknown	0.88 (0.32–2.44)	
No. of affected sites‡		
Unknown	1.06 (0.36–3.07)	
2 sites	0.77 (0.37–1.64)	
≥3 sites	2.24 (1.23–4.08)	
Nail dystrophy	2.93 (1.68–5.12)	2.24 (1.26–3.98)

\* Values are the hazard ratio (95% confidence interval).

† Per 10-year increase.

‡ Versus 1.

# Ένθεση & Ονυχοψωρίαση



Kaeley GS et al. *J Rheumatol.* 2021;48:1208–20

Tan AL et al. *Rheumatology.* 2007;46:253–256

Cunha JS et al. *Curr Treat Options in Rheum.* 2017; 3:129–140

# Διάγνωση

## Δερματολόγος ↔ Ρευματολόγος

- Ερωτηματολόγια
- Κριτήρια
- Συνεργασία Δερματολόγου-Ρευματολόγου

RESEARCH

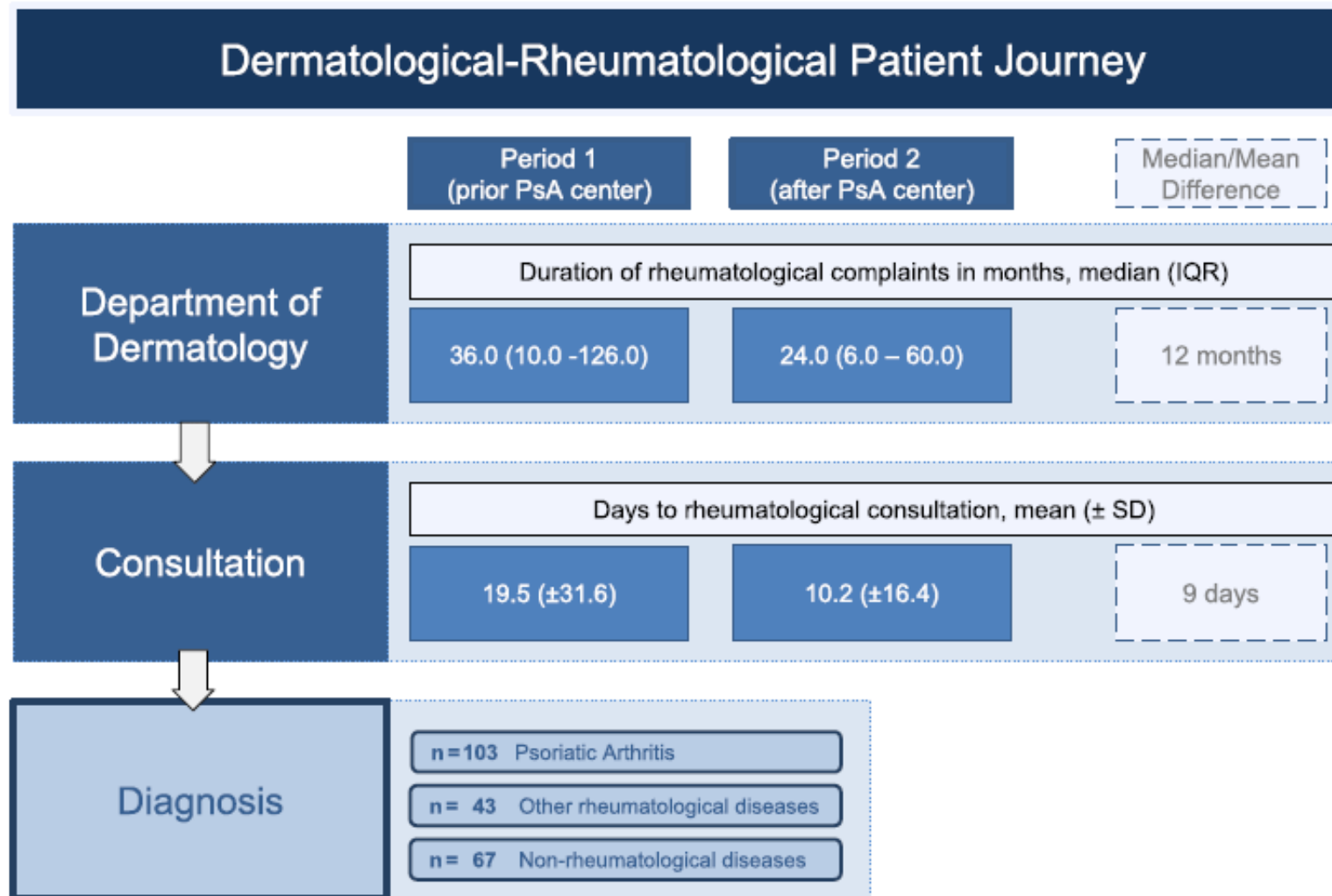
Open Access

Specialized dermatological-rheumatological patient management improves diagnostic outcome and patient journey in psoriasis and psoriatic arthritis: a four-year analysis



***Conclusions: Clinical signs and symptoms, scores and classification criteria usually assessed were less helpful than expected in diagnosis of PsA. Close collaboration in a specialized PsA center yielded the fastest way of diagnosis.***

# Η συνεργασία Δερματολόγων-Ρευματολόγων επιταχύνει τη διάγνωση



Received: 16 December 2019

Revised: 17 February 2020

Accepted: 18 February 2020

DOI: 10.1111/dth.13283

**ORIGINAL PAPER**

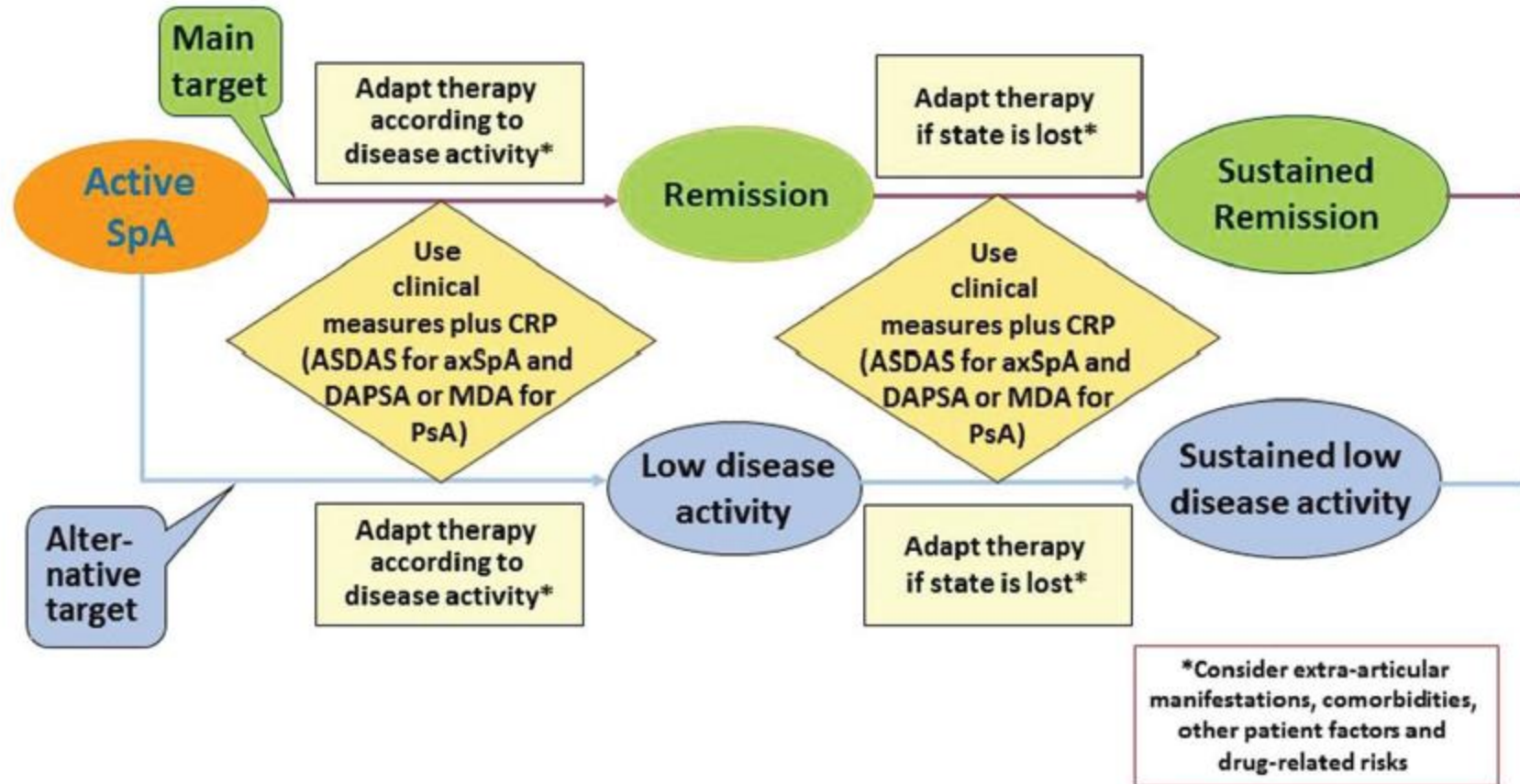
DERMATOLOGIC  
THERAPY

WILEY


# How does the joint dermatology–rheumatology clinic benefit both patients and dermatologists?

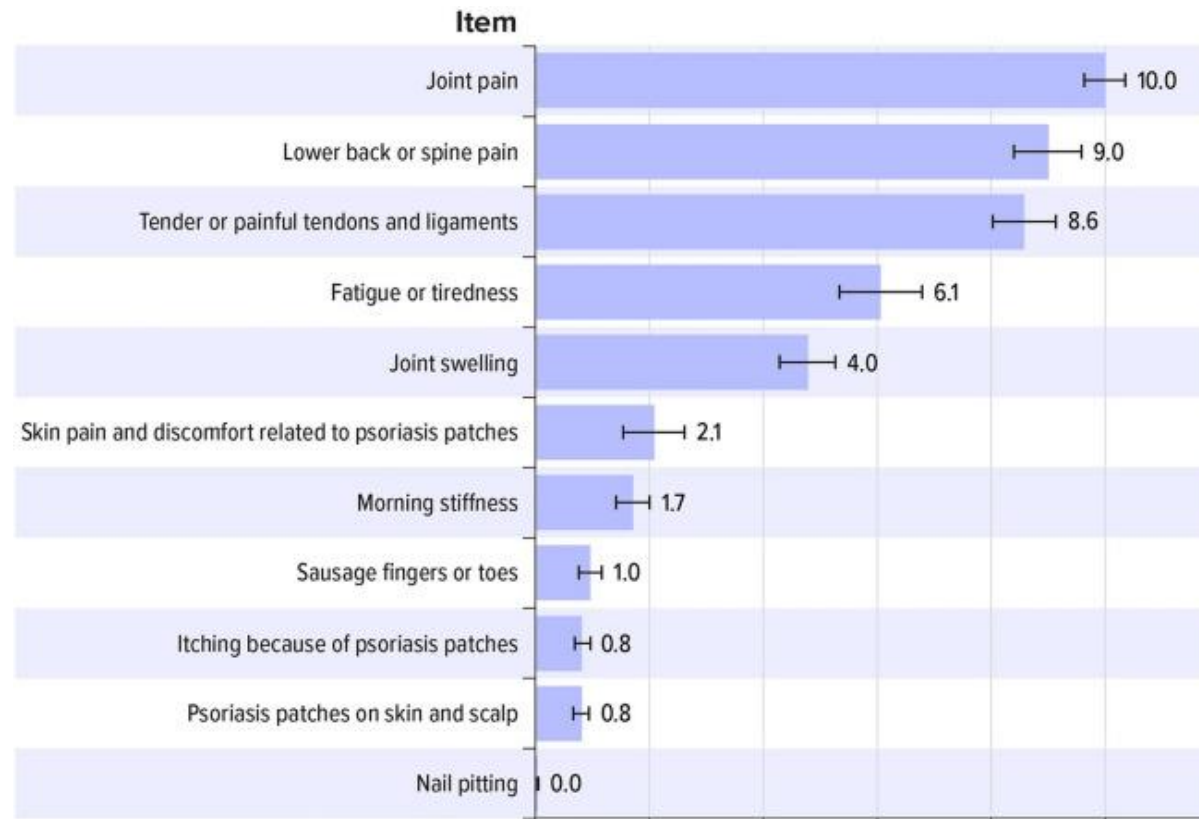
Elina Theodorakopoulou<sup>1</sup> | Maria Dalamaga<sup>1,2</sup> | Pelagia Katsimbri<sup>3</sup> |  
Dimitrios T. Boumpas<sup>3</sup> | Evangelia Papadavid<sup>1</sup> 

# Θεραπεία: Treat-to-Target στην ΑξΣπΑ/ΨΑ



# Experiences and Treatment Preferences in Patients With Psoriatic Arthritis: A Cross-Sectional Study in the ArthritisPower Registry

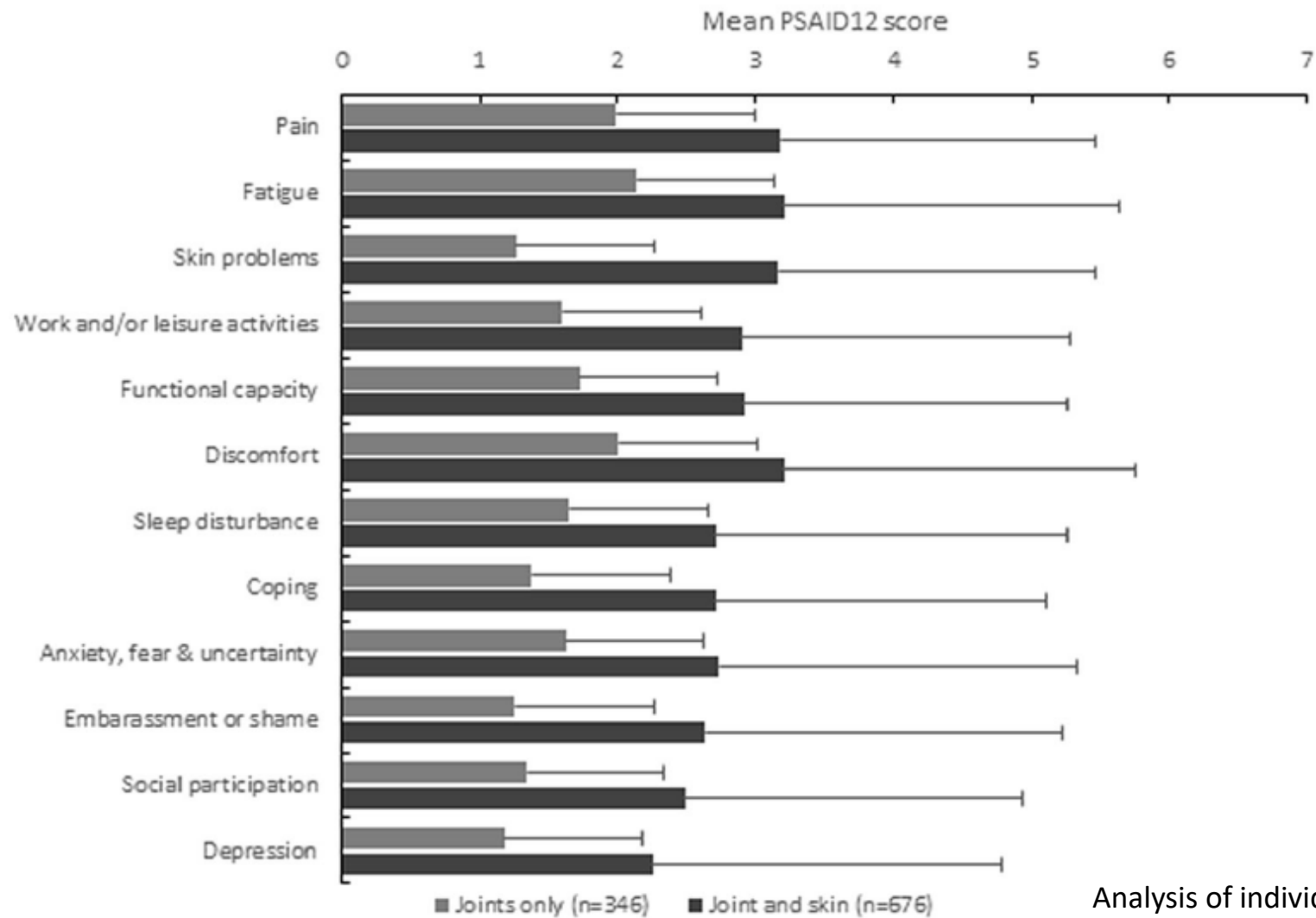
Alexis Ogdie · Kelley Myers  · Carol Mansfield · William Tillett · Peter Nash · Colton Leach · W. Benjamin Nowell · Kelly Gavigan · Patrick Zueger · Erin McDearmon-Blondell · Jessica Walsh



**Relative burden of PsA disease symptoms.** The relative burden estimates for the full sample from the symptom best–worst scaling exercise, where the most burdensome symptom, joint pain, is set to 10.0.



# Επιβάρυνση των ασθενών με ΨΑ από την αρθρική και δερματική προσβολή



Analysis of individual PsAID12 scores in patients with 'joint-only' and 'joint and skin' symptoms. Significant differences between the two groups were seen for all questions making up the PsAID12questionnaire.

# Δείκτες μέτρησης της νόσου

**Table 1** Scores for PsA (disease manifestations depicted in green colour are included, those depicted in red colour are not included in the respective score)

	Biomarker of inflammation	Articular inflammation			Global and pain assessments			Non-articular inflammatory musculoskeletal manifestations			Mixture of inflammatory activity and outcome	Non-musculoskeletal manifestations of PsA	
		Laboratory (C-reactive protein/erythrocyte sedimentation rate)	Swollen joints	Tender joints	Joints VAS	Patient global VAS	Patient pain VAS	Physician global VAS	Enthesitis	Dactylitis	Axial	Function	Health-related quality of life
Multidimensional	CPDAI	Red	Green	Green	Red	Red	Red	Green	Green	Green	Green	Green	Green
	GRACE	Red	Green	Green	Green	Green	Red	Red	Red	Red	Green	Green	Green
	PASDAS	Green	Green	Green	Red	Green	Red	Green	Green	Red	Red	Green	Green
	MDA	Red	Green	Green	Red	Green	Green	Red	Red	Red	Green	Red	Green
Unidimensional	DAPSA	Green	Green	Green	Red	Green	Green	Red	Red	Red	Red	Red	Red

## Calculations

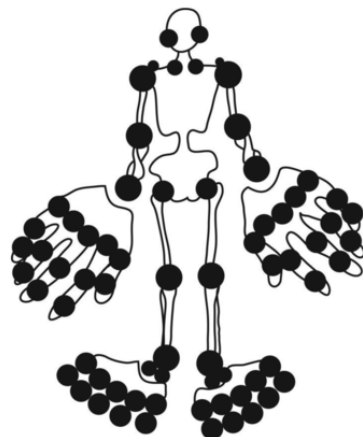
Composite Psoriatic Disease Activity Index (CPDAI): Peripheral arthritis (TJC of 68 joints+SJC of 66 joints+HAQ), skin disease (PASI+DLQI), enthesitis (Leeds Enthesitis Index), dactylitis count, axial disease (BASDAI+ASQoL); each domain is scored 0–3 (for ‘no’, ‘mild’, ‘moderate’ and ‘severe’ involvement based on disease activity and impact measures) giving a total of 0–15, in which 0 represents no disease activity.

GRAppa Composite Exercise (GRACE) index: (1–arithmetic mean of eight variables)x10, the arithmetic mean is based on eight equally weighted variables TJC and SJC, HAQ, PtGA by VAS (1–10 cm), patient skin VAS (1–10 cm), patient joint VAS (1–10 cm), PASI (0–72), PsAQoL (0–20); the index provides a score of 0–10, where 0 is best and 10 is worst.

Psoriatic Arthritis Disease Activity Score (PASDAS):  $((0.18/\text{PGA}) + (0.159/\text{PtGA}) - (0.253 \times \sqrt{\text{SF-36}}) + (0.101 \times \text{LN}(\text{SJC} + 1)) + (0.048 \times \text{LN}(\text{TJC} + 1)) + (0.23 \times \text{LN}(\text{LEI} + 1)) + (0.37 \times \text{LN}(\text{tender dactylitis count} + 1)) + (0.102 \times \text{LN}(\text{CRP} + 1)) + 2) \times 1.5$

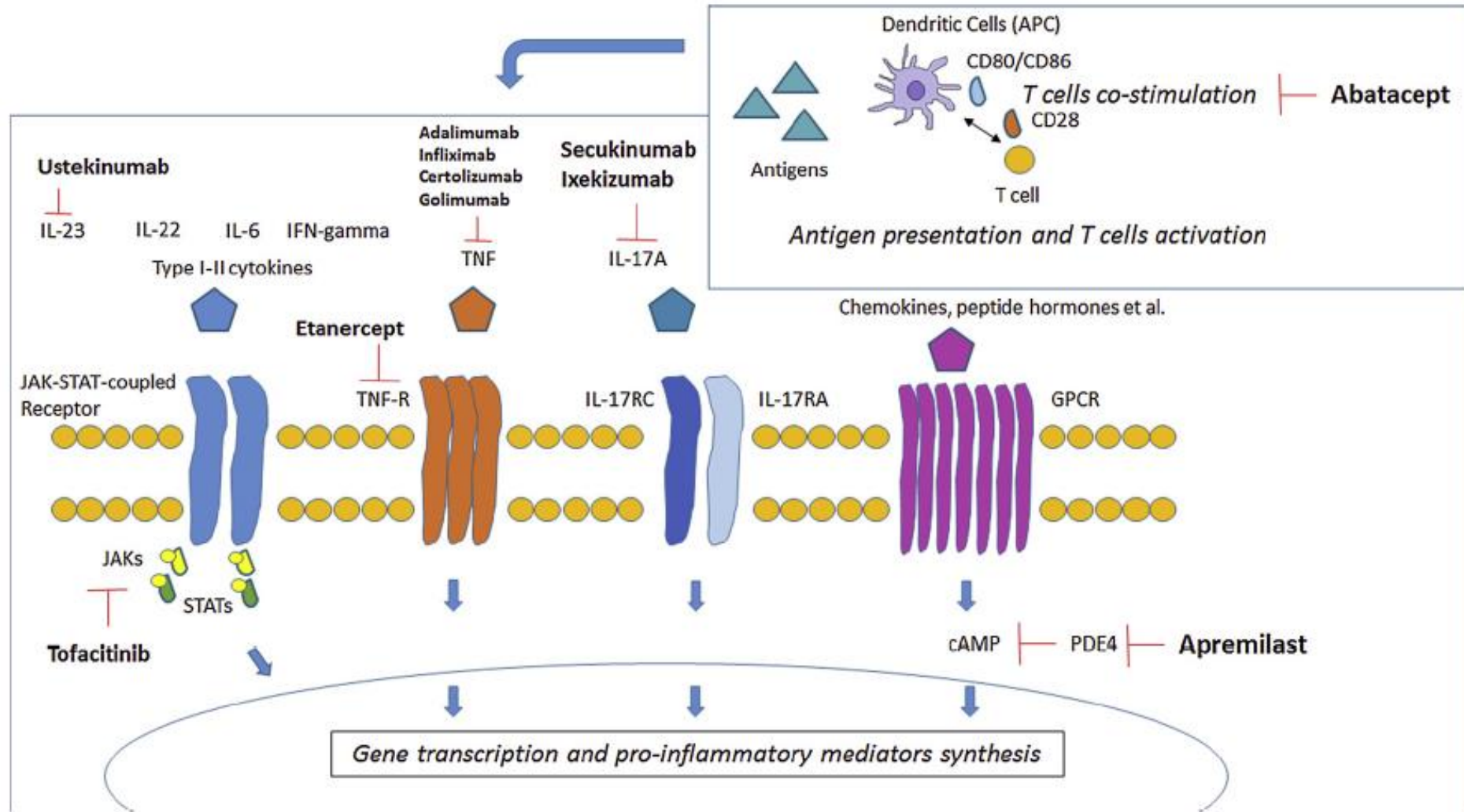
Minimal Disease Activity (MDA): Fulfillment of five of seven criteria: TJC  $\leq 1/68$ , SJC  $\leq 1/66$ , PASI  $\leq 1$  or BSA  $\leq 3$ , enthesitis  $\leq 1$ , PtGA (by VAS, 1–10 cm)  $\leq 2$  cm, pain VAS (1–10 cm)  $\leq 1.5$  cm, HAQ  $\leq 0.5$ .

Disease Activity index for Psoriatic Arthritis (DAPSA): Sum of SJC+TJC+PtGA (in cm)+pain VAS (in cm)+CRP (mg/dL).

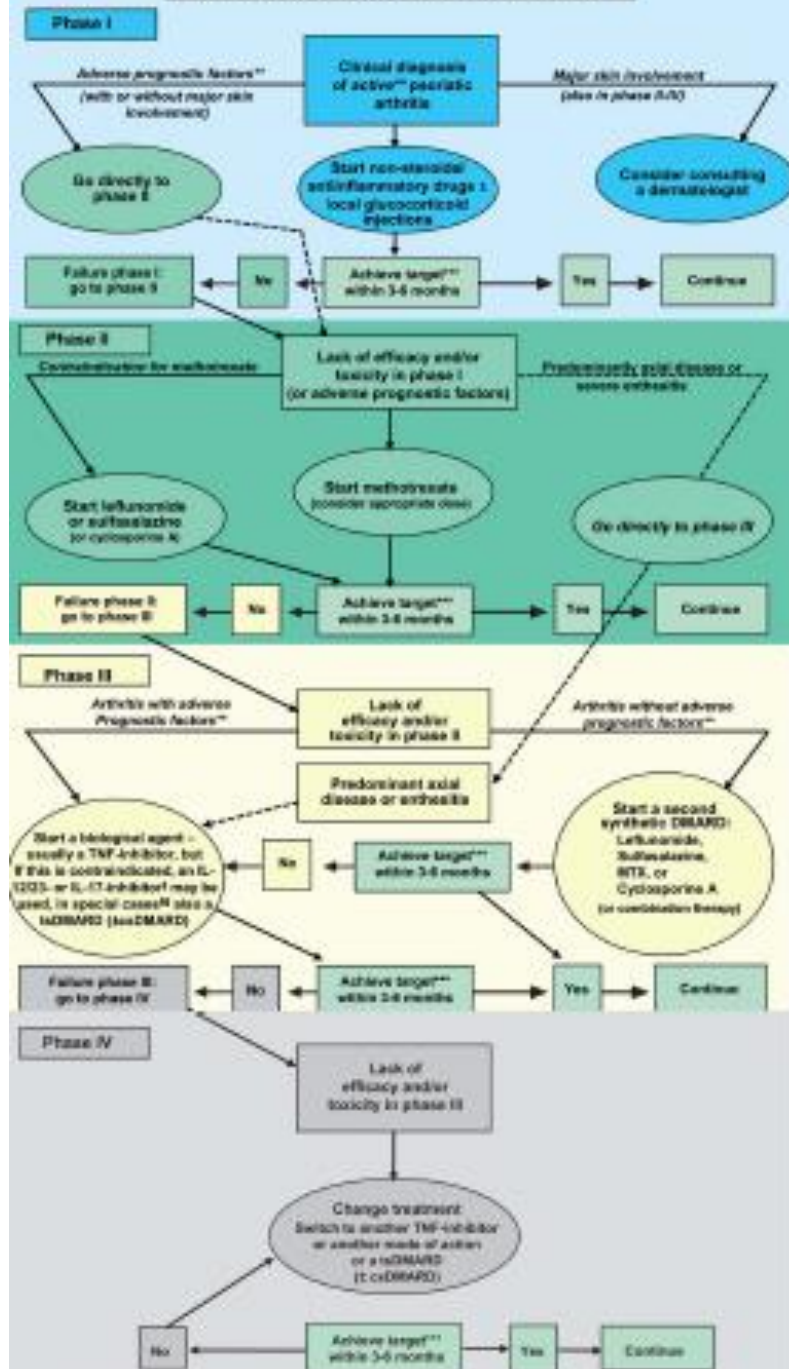


**68 Joint count**

# Θεραπευτικοί στόχοι στην ΑΞΣΠΑ/ΨΑ



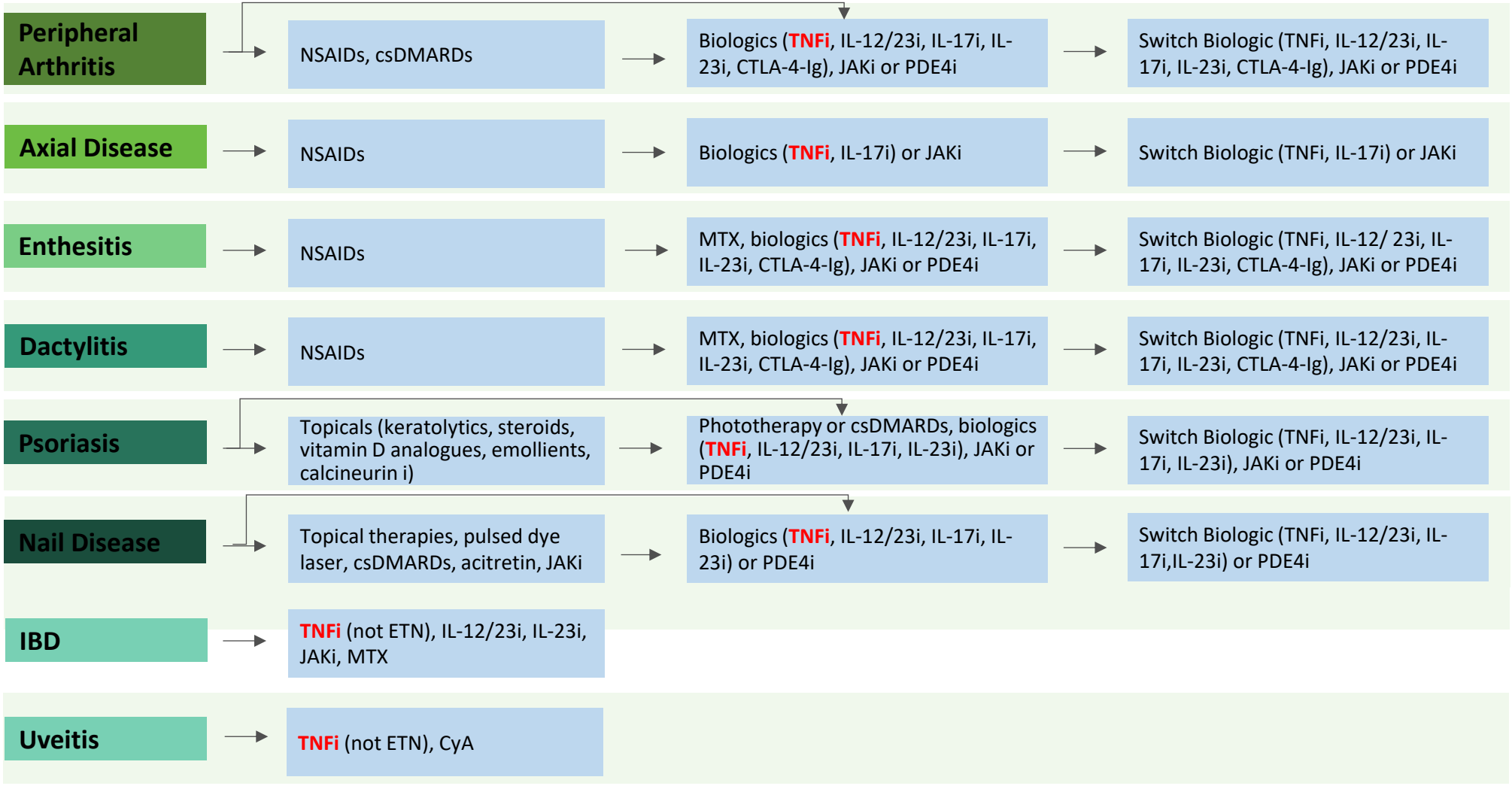
EULAR 2015 RECOMMENDATIONS FOR THE MANAGEMENT OF PSORIATIC ARTHRITIS\*



C. Rheumatologists are the specialists who should primarily care for the musculoskeletal manifestations of patients with PsA; in the presence of clinically significant skin involvement a rheumatologist and a dermatologist should collaborate in diagnosis and management

# GRAPPA 2021 Treatment Recommendations for PsA

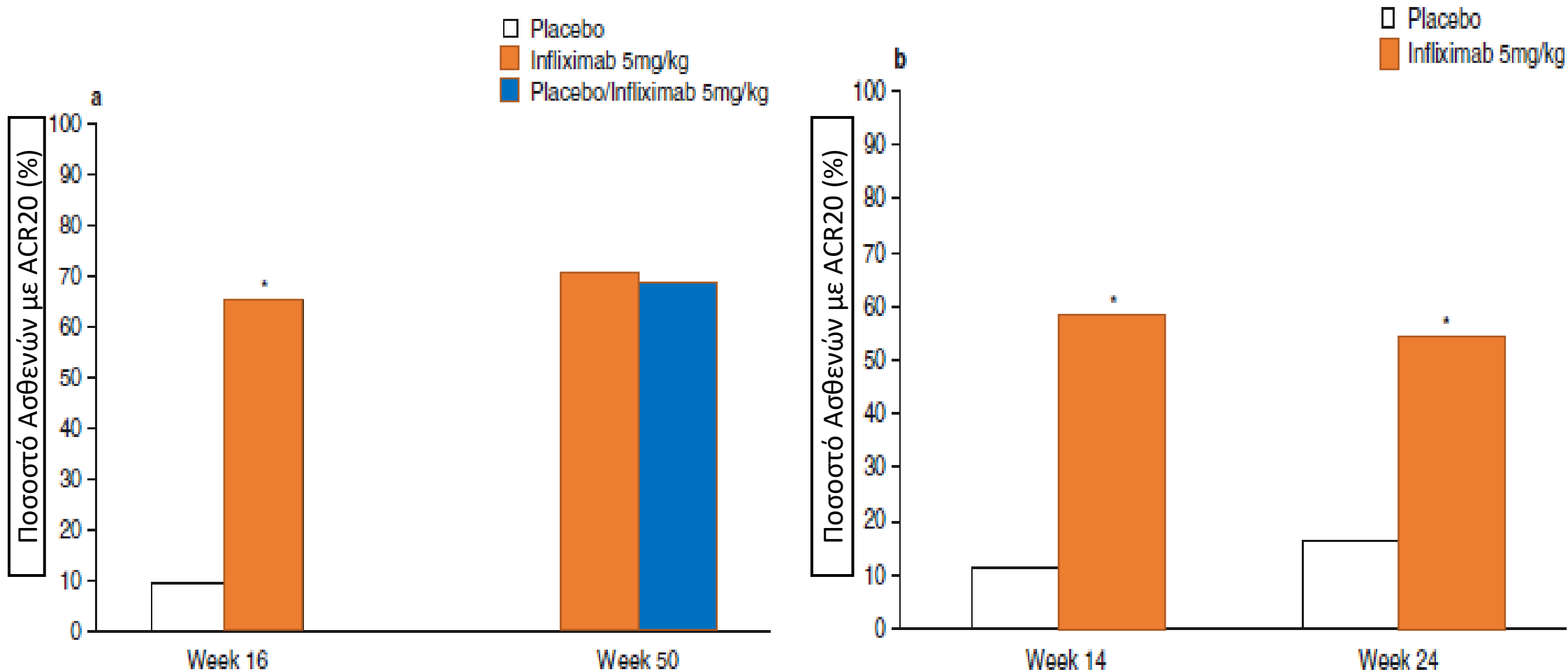
Consider which domains are involved, patient preference, previous/concomitant therapies; choice of therapy should address as many domains as possible



Comorbidities and associated conditions may impact choice of therapy and/or guide monitoring

Treat, periodically re-evaluate treatment goals and modify therapy as required

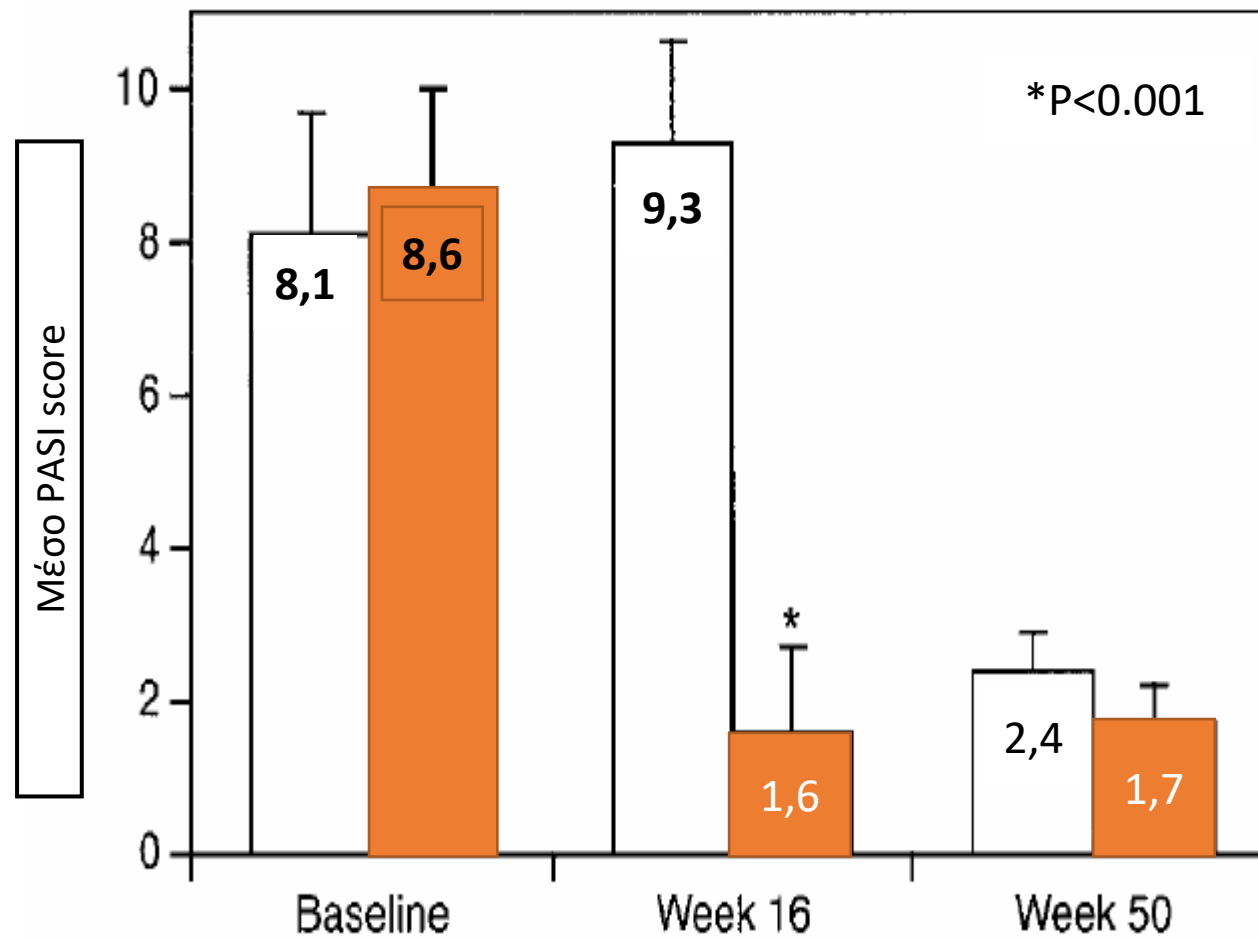
# IMPACT & IMPACT II Studies



Percentage of patients with psoriatic arthritis achieving a clinical response according to American College of Rheumatology (ACR) 20% criteria (a  $\geq 20\%$  improvement from baseline according to ACR criteria) in the (a) Infliximab Multinational Psoriatic Arthritis Controlled Trial (IMPACT) and (b) IMPACT II trials. In IMPACT, placebo recipients crossed over at week 16 to receive infliximab every 8 weeks up to week 50. \*  $p < 0.001$  vs placebo.

Marina Papoutsaki, Infliximab in Psoriasis and Psoriatic Arthritis, Biodrugs 2013; 27 Suppl. 1: 13-23

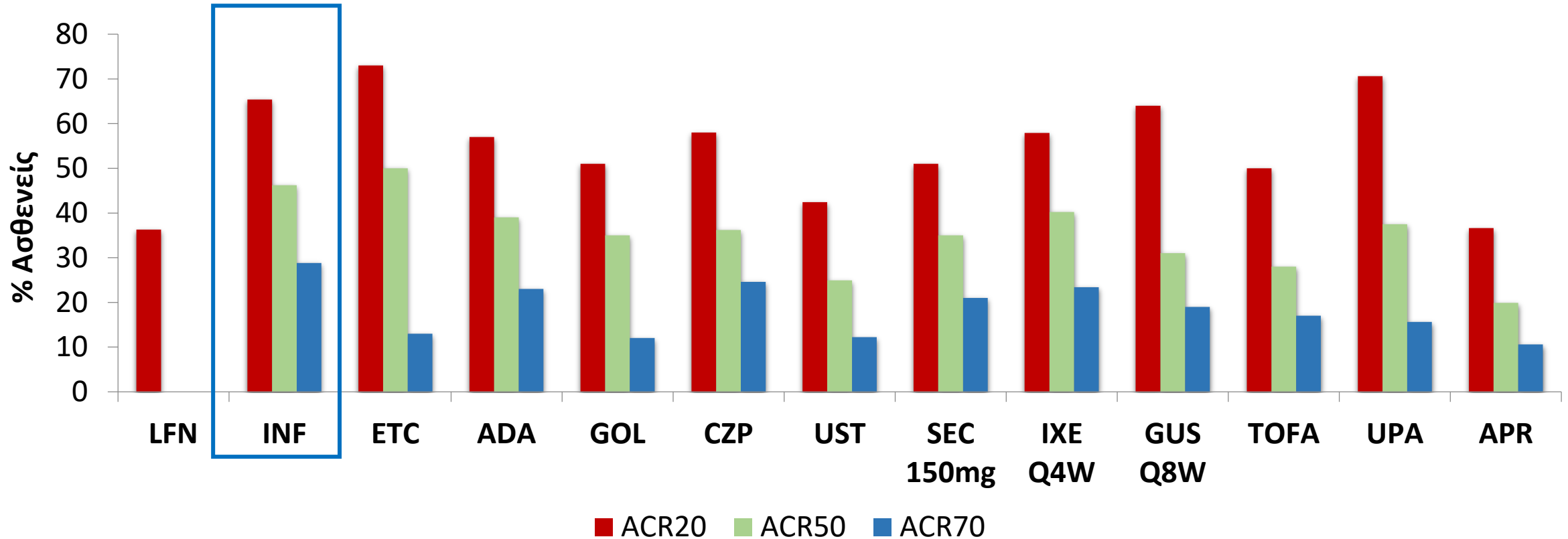
# IMPACT & IMPACT II Studies



*Psoriasis Area and Severity Index (PASI) scores (mean and SD) at baseline, week 16, and week 50 in patients who had a PASI score of 2.5 at baseline. Results from the Phase III, IMPACT trial that assessed the effectiveness of infliximab for treating PsA.*

*Philip Mease, Infliximab in Psoriasis and Psoriatic Arthritis, Therapeutics and Clinical Risk Management 2006:2(4) 389-400*

## Σύνοψη κλινικών μελετών στη ΨΑ: Αρθρική απάντηση



*Kaltwasser JP et al. Arthritis Rheum. 2004;50:1939–1950, Antoni CE et al. Arthritis Rheum. 2005;52:1227-1236*

*Mease PJ et al. Lancet. 2000; 356: 385–90, Mease PJ et al. Arthritis Rheum.2005;52:3279-3289*

*Kavanaugh A et al. Arthritis Rheum. 2009;60:976-986, Mease PJ et al. Ann Rheum Dis. 2014 Jan;73(1):48-55*

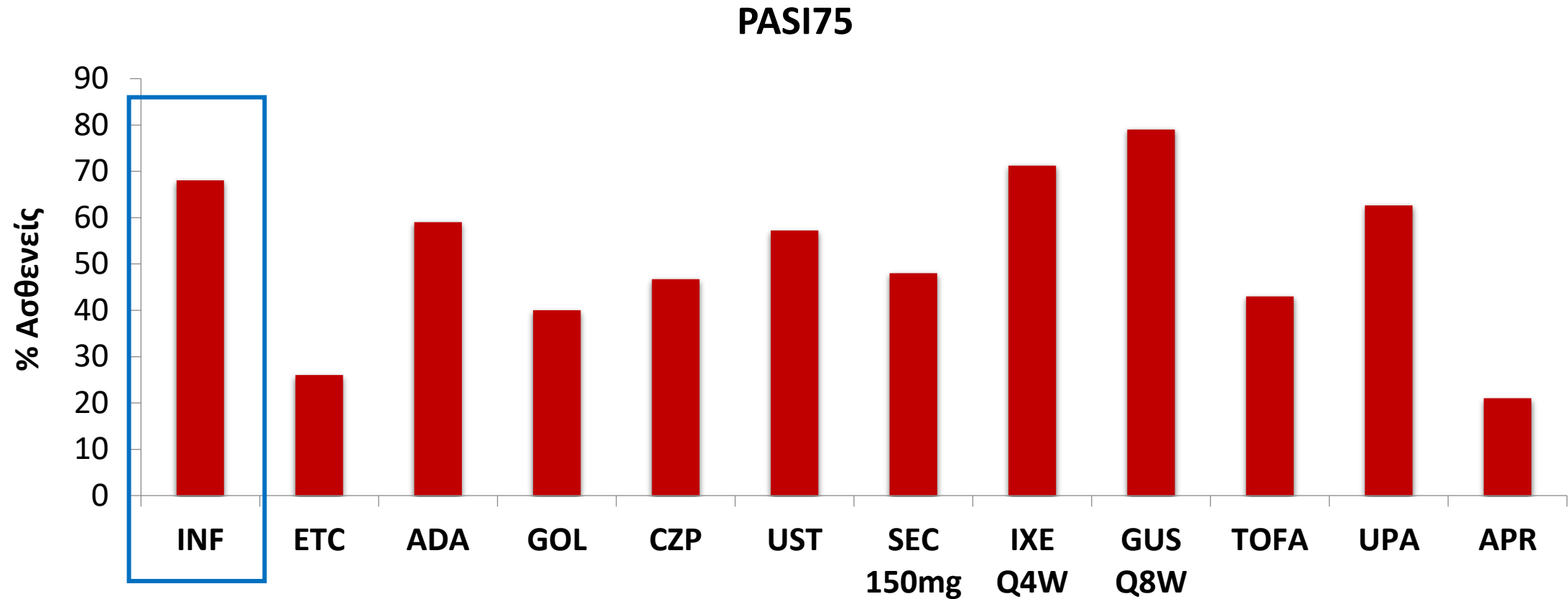
*McInnes IB et al. Lancet. 2013 Aug 31;382(9894):780-9, McInnes IB et al. Lancet. 2015 Sep 19;386(9999):1137-46*

*Kavanaugh A et al. Ann Rheum Dis. 2014 Jun;73(6):1020-6, Mease PJ et al. Ann Rheum Dis 2017;76:79–87, Mease P et al. Lancet 2020; 395: 1126–36,*

*Mease P et al. N Engl J Med 2017;377:1537-50, McInnes IB et al. N Engl J Med 2021;384:1227-39.*



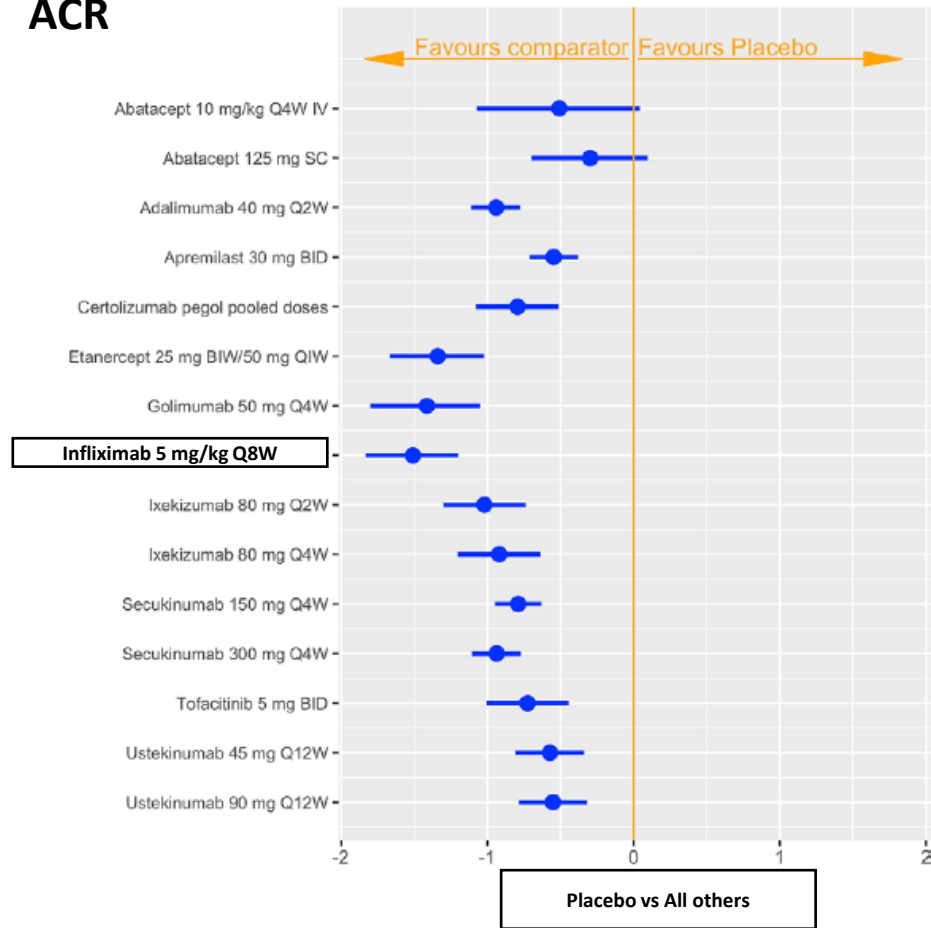
# Σύνοψη κλινικών μελετών στη ΨΑ: Δερματική απάντηση



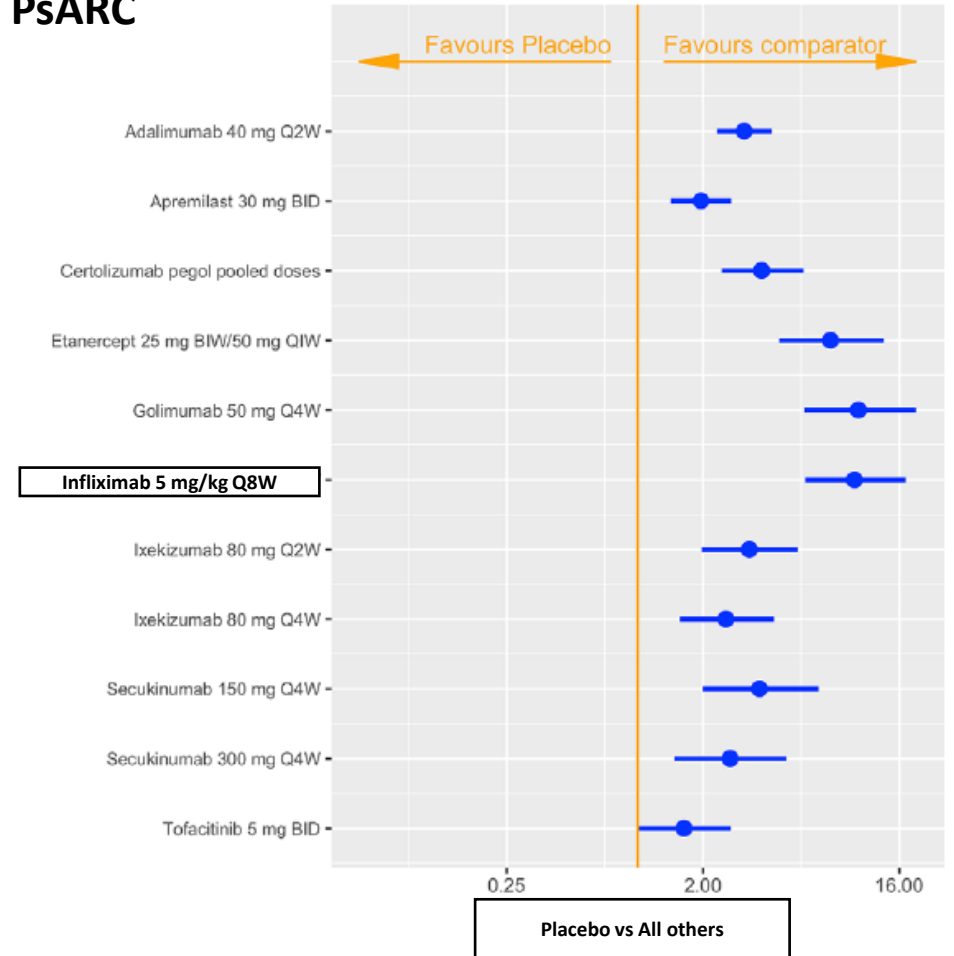
*Kaltwasser JP et al. Arthritis Rheum. 2004;50:1939–1950, Antoni CE et al. Arthritis Rheum. 2005;52:1227-1236*  
*Mease PJ et al. Lancet. 2000; 356: 385–90, Mease PJ et al. Arthritis Rheum.2005;52:3279-3289*  
*Kavanaugh A et al. Arthritis Rheum. 2009;60:976-986, Mease PJ et al. Ann Rheum Dis. 2014 Jan;73(1):48-55*  
*McInnes IB et al. Lancet. 2013 Aug 31;382(9894):780-9, McInnes IB et al. Lancet. 2015 Sep 19;386(9999):1137-46*  
*Kavanaugh A et al. Ann Rheum Dis. 2014 Jun;73(6):1020-6, Mease PJ et al. Ann Rheum Dis 2017;76:79–87, Mease P et al. Lancet 2020; 395: 1126–36,*  
*Mease P et al. N Engl J Med 2017;377:1537-50, McInnes IB et al. N Engl J Med 2021;384:1227-39.*

# Αποτελεσματικότητα βιολογικών στην ΨΑ: Μετα-Ανάλυση

## ACR



## PsARC



Forest plot of treatment differences on the standard normal scale for ACR response at weeks 12–16 among bDMARD-naïve patients with active PsA (placebo as the reference). In the network diagram, line thickness is weighted according to the number of studies included in the respective comparison between treatment regimens or between drug and placebo (indicated by each line connecting circles)..

Forest plot of odds ratios for PsARC at weeks 12–16 among bDMARD-naïve patients with active PsA (placebo as the reference). In the network diagram, line thickness is weighted according to the number of studies included in the respective comparison between treatment regimens or between drug and placebo (indicated by each line connecting circles).

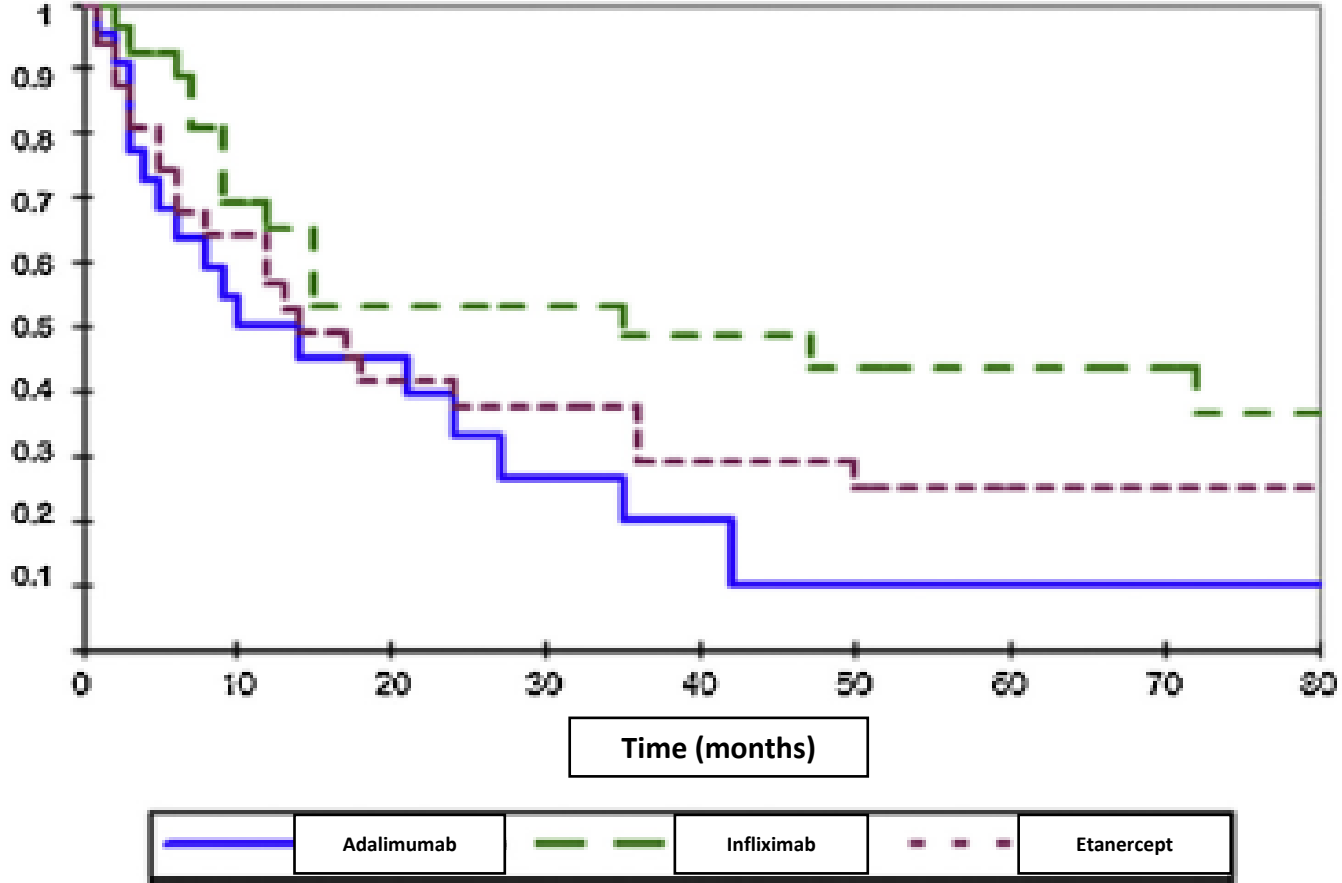
Comparison of continuation rates with three TNF $\alpha$  antagonists (adalimumab, infliximab, etanercept) in rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, and psoriatic arthritis: Retrospective 10-year study

Benjamin Batteux<sup>a,b</sup>  
Agathe Devauchelle<sup>a,b</sup>  
Pauline Lasselin Boyard<sup>a,b</sup>  
Alice Sejourne<sup>a,b</sup>  
Patrice Fardellone<sup>a,b</sup>  
Vincent Goeb<sup>a,b,\*</sup>

<sup>a</sup> Service de rhumatologie, CHU d'Amiens, place Victore-Pauchet, 80054 Amiens cedex 1, France  
<sup>b</sup> EA4666, Université de Picardie-Jules-Verne, chemin du Thil, 80000 Amiens, France

# Recent Data on Infliximab in PsA

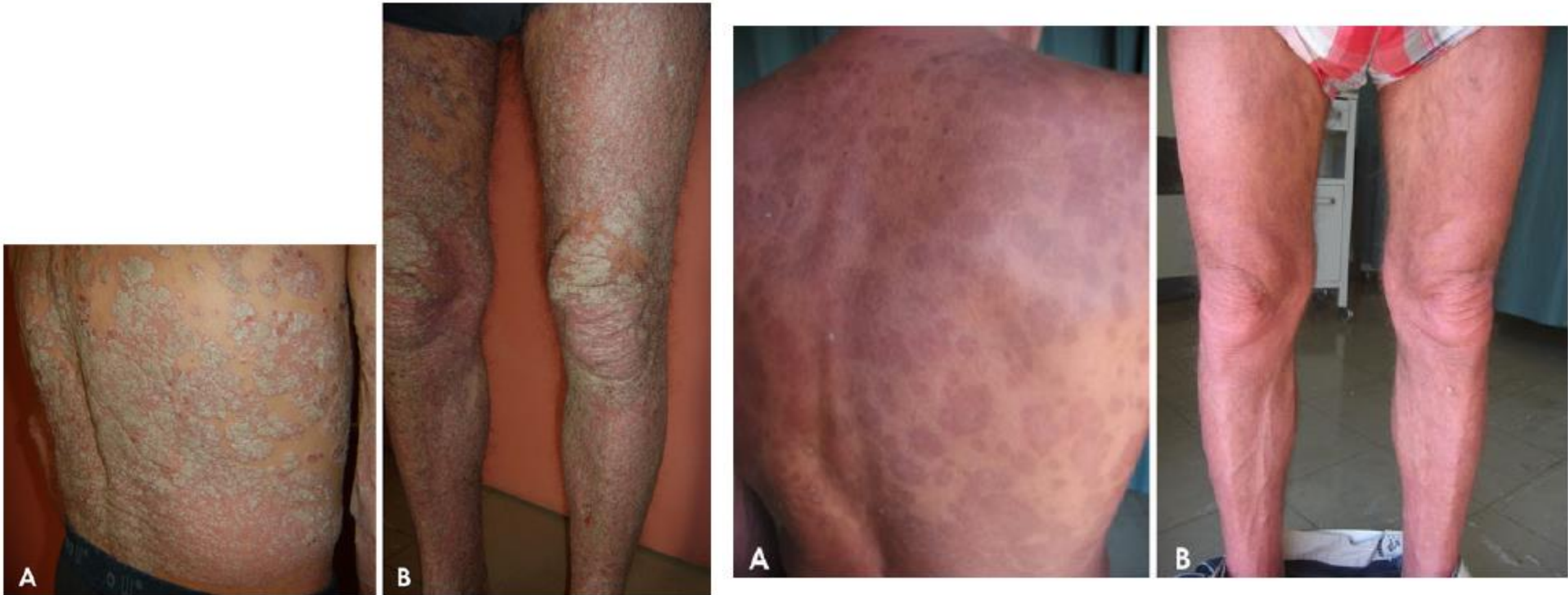
Retention Rate



Compared retention rates of three TNF antagonists used for first-, second-, or third-line treatment of psoriatic arthritis (PsA).

## A case report of a psoriatic arthritis patient on hemodialysis treated with tumor necrosis factor blocking agent and a literature review

Ioanna Saougou • Charalampos Papagoras •  
Theodora E. Markatseli • Paraskevi V. Voulgari •  
Alexandros A. Drosos



## Περιστατικό του 2022

- Άνδρας 71 ετών
- Παραπέμφθηκε λόγω **δερματικών βλαβών κάτω άκρων** (γαγγραινώδες πυόδερμα?), **αναιμίας & λευκοπενίας**
- Έκθυση εξανθήματος τον 03/2021 στην πρόσθια επιφάνεια των κνημών άμφω μετά τοπικό τραυματισμό
- Είχε αντιμετωπισθεί με τοπικά σκευάσματα (αντισηπτικά, αντιμικροβιακά, κορτιζόνη) και συστηματική αντιμικροβιακή αγωγή (αμοξυκιλλίνη/κλαβουλανικό) χωρίς βελτίωση
- Από τον 09/2021 επιπλέον εμφάνιση **αρθρίτιδας άκρων ποδών**
- **Απώλεια βάρους** 7kg από 7μήνου





**Αρθρίτιδα ΑΡ ΠΧΚ**



**4<sup>ου</sup> δακτύλου ΑΡ ποδιού &  
ονυχοδυστροφικές αλλοιώσεις**

## Βιοψία δέρματος

- Ευρήματα συμβατά με φλυκταινώδη δερματίτιδα (υπερκεράτωση, παρακεράτωση, εκτεταμένες αθροίσεις ουδετεροφίλων, αποστημάτια, ακάνθωση ψωριασόμορφου τύπου στη κνήμη). Χωρίς στοιχεία αγγειίτιδας ή κακοήθειας
- Θεραπεία: Γλυκοκορτικοειδή & Infliximab



## Εβδομάδα 4 μετά την έναρξη του infliximab



## Συμπεράσματα

- Η ψωρίαση και οι λοιπές δερματολογικές εκδηλώσεις αποτελούν χρήσιμα διαγνωστικά κλειδιά στη διερεύνηση της αρθρίτιδας
- Η ψωρίαση υποβαθμίζει τη ζωή των ασθενών με ΨΑ και πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στην εκτίμηση της νόσου και τη θεραπεία
- Τα καλύτερα αποτελέσματα παράγονται από τη συνεργασία Δερματολόγου-Ρευματολόγου
- Η αναστολή του TNFα και ειδικά τα μονοκλωνικά αντισώματα αποτελούν ολοκληρωμένες λύσεις στη θεραπεία των σκελετικών και εξωσκελετικών εκδηλώσεων των ΣΠΑ



Ευχαριστώ