

«IL17A/F vs IL23 αναστολή στην Ψωριασική νόσο»

Γιατί επέλεξα για τον ασθενή μου με Ψωρίαση την αναστολή της IL-23

Ναταλία Ρομποτή

Δερματολόγος-Αφροδισιολόγος,
Ακαδημαϊκός Υπότροφος Ε.Κ.Π.Α,

Α΄ ΚΛΙΝΙΚΗ ΑΦΡΟΔΙΣΙΩΝ ΚΑΙ ΔΕΡΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ, Νοσοκομείο «Ανδρέας Συγγρός»

ΔΙΔΑΚΤΩΡ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ESSEN – DUISBURG, ΓΕΡΜΑΝΙΑ

Σύγκρουση συμφερόντων

➤ Δεν έχω λάβει τιμητική αμοιβή για τη συγκεκριμένη ομιλία

➤ Έχω λάβει στο παρελθόν τιμητική αμοιβή για ομιλίες από: Abbvie, Galderma, Genesis Pharma SA, Janssen, LEO, Lilly Pharmaserve, Novartis, UCB

ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

Δημογραφικά-Ατομικό Ιστορικό

- Θήλυ, γεννηθείσα 08/1969
- Καπνίστρια (60 py)
- Ύψος: 160εκ, Βάρος: 90 κιλά (BMI: 35.2)
- ΣΔ, παχυσαρκία, ΑΥ, δυσλιπιδαιμία
- Υποθυρεοειδισμός
- ΧΑΠ
- ΓΟΠ



Προηγούμενες Αγωγές

- Εντατικοποιημένα σχήματα τοπικών σκευασμάτων αρχικώς με καλή ανταπόκριση και στη συνέχεια με εκ νέου επιδείνωση



Δερματολογικό Ιστορικό

- 1989 Πρωτοεμφάνιση κοινής κατά πλάκας Ψωρίασης
- 1992 Επιδείνωση νοσήματος (Ψωρίαση μέτριας-σοβαρής μορφής)
 - Ψωρίαση τριχωτού κεφαλής-προσώπου
 - Ψωρίαση στα γεννητικά όργανα
 - Ψωριασική ονυχία
 - Ψωρίαση σε παλάμες-πέλματα



PASI, Psoriasis Area and Severity Index; PGA, Physician Global Assessment, Dermatology Life Quality Index, MTX, methotrexate, ΣΔ, Σακχαρώδης Διαβήτης, ΑΥ, Αρτηριακή Υπέρταση, ΓΟΠ, Γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, ΧΑΠ, Χρόνια Αποφρακτική Πνευμονοπάθεια

ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

2022: Ασθενής προσήλθε στο Ιατρείο Ψωρίασης του Νοσοκομείου «Α. Συγγρός»

Κλινική εξέταση: 10/2022

PASI: 26.4

PGA: 4

DLQI: 17



ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

2022: Ασθενής προσήλθε στο Ιατρείο Ψωρίασης του Νοσοκομείου «Α. Συγγρός»

Κλινική εξέταση: 10/2022

PASI: 26.4

PGA: 4

DLQI: 17



ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

2022: Ασθενής προσήλθε στο Ιατρείο Ψωρίασης του Νοσοκομείου «Α. Συγγρός»

Κλινική εξέταση: 10/2022

PASI: 26.4

PGA: 4

DLQI: 17



ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

2022: Ασθενής προσήλθε στο Ιατρείο Ψωρίασης του Νοσοκομείου «Α. Συγγρός»

Κλινική εξέταση: 10/2022

PASI: 26.4

PGA: 4

DLQI: 17



Οι αρνητικές επιδράσεις της ψωρίασης στη ζωή των ασθενών αθροίζονται στην πορεία του χρόνου

Cumulative Life Course Impairment model (CLCI)

Η πιθανή αρνητική επίδραση της ψωρίασης στην πορεία της ζωής του ασθενούς¹⁻³



Adapted from Pariente B, et al. *Inflamm Bowel Dis*. 2011;17(6):1415–22. For illustrative purposes only, not intended to represent a definitive linear disease progression for every patient.

BSA, body surface area; CLCI, cumulative life course impairment; CV, cardiovascular; MetS, metabolic syndrome; PASI, Psoriasis Area and Severity Index; ΨΑ, Ψωριασική Αρθρίτιδα.

1. Kimball AB, et al. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2010;24(9):989–1004; 2. Ros S, et al. *Actas Dermosifiliogr*. 2014;105(2):128–34; 3. Linder MD, et al. *Acta Derm Venereol*. 2016;96(217):102–8;

4. Ogdie A, et al. AAD, Boston, March 25–29, 2022. Poster 33933.

ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

2022: Ασθενής προσήλθε στο Ιατρείο Ψωρίασης του Νοσοκομείου «Α. Συγγρός»

Κλινική εξέταση: 10/2022



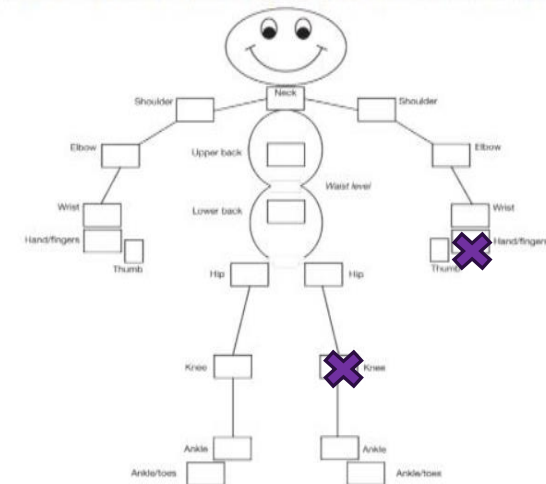
«Το πρωί δυσκολεύομαι να κουνήσω τα δάκτυλα μου. Πονάω εδώ και 6 μήνες στο δάκτυλο του αριστερού χεριού και στο αριστερό γόνατο»

ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ:
περιφερικού τύπου ΨΑ
(ολιγαρθρίτιδα)

DATE OF VISIT

	YES	NO
1. Have you ever had a swollen joint (or joints)?	✗	
2. Has a doctor ever told you that you have arthritis?		✗
3. Do your finger nails or toenails have holes or pits?	✗	
4. Have you had pain in your heel?		✗
5. Have you had a finger or toe that was completely swollen and painful for no apparent reason?	✗	
TOTAL PEST SCORE		

In the drawing below, please tick the joints that have caused you discomfort (i.e. stiff, swollen or painful joints)



NOTES FOR DOCTOR:

- A total score of 3 or more out of 5 is positive and indicates a referral to rheumatology should be considered
- Document ALL PEST scores in the notes
- Dictate 'NEXT PEST DUE DATE ' in GP/clinic letter – 1 Year from today's date

ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

ΑΣΘΕΝΗΣ ΜΕ ΕΝΔΕΙΞΗ ΓΙΑ ΕΝΑΡΞΗ
ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ...



Ποια θεραπεία χρησιμοποιώ και γιατί;



Anti TNFa

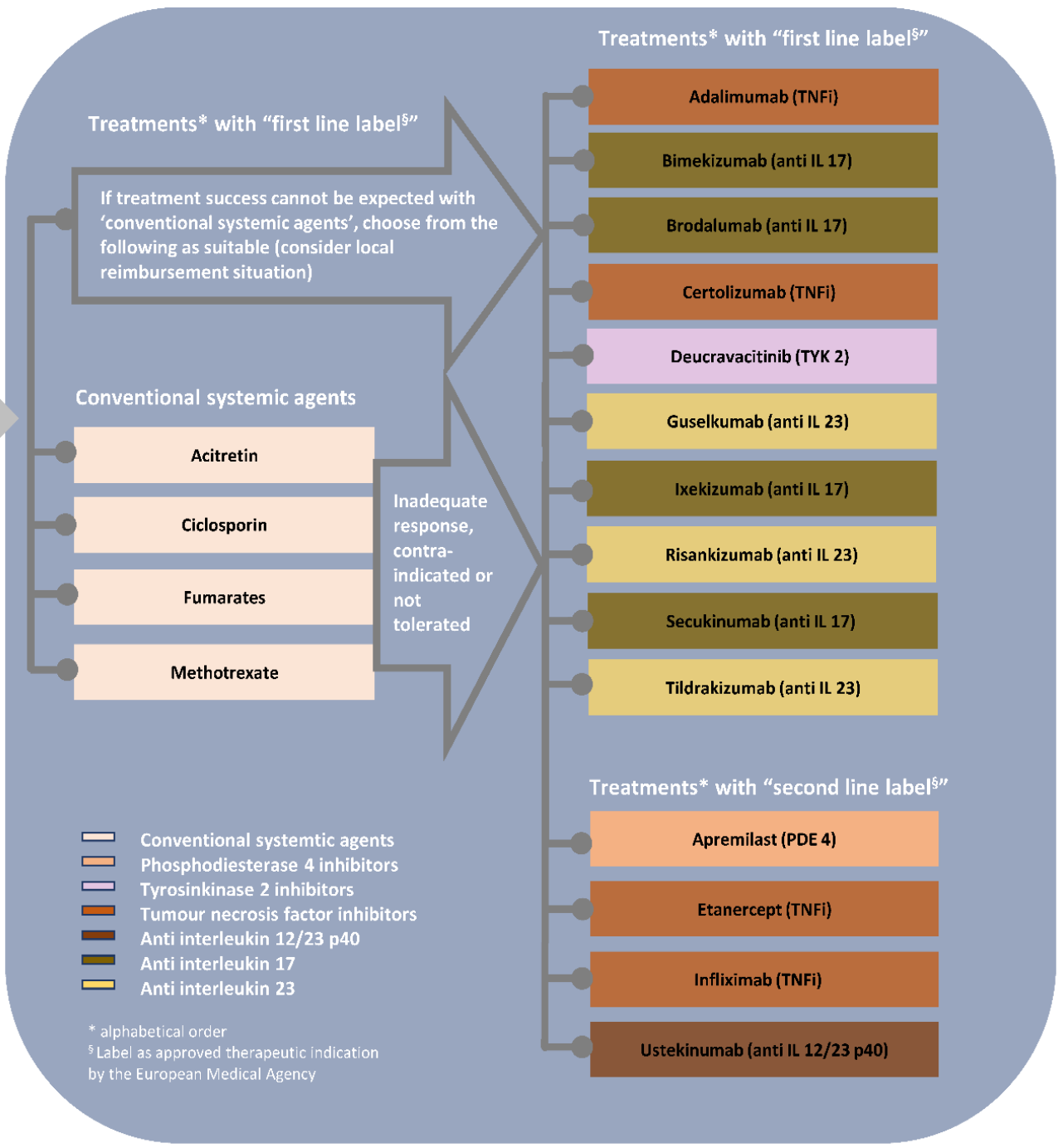
- Adalimumab
- Certolizumab pegol
- Etanercept
- Infliximab

Anti IL17

- Bimekizumab
- Brodalumab
- Ixekizumab
- Secukinumab

Anti IL23, IL12/23

- Guselkumab
- Risankizumab
- Ustekinumab



Ποια

Θεραπεία επιλέγω στη μέτρια-σοβαρή κατά πλάκας ΨΩ

Anti TNFa

- Etanercept
- Adalimumab
- Certolizumab pegol
- Infliximab

Anti IL17A, IL17A/F, IL17R

- Bimekizumab
- Brodalumab
- Ixekizumab
- Secukinumab

Anti IL23, Anti IL12/23

- Guselkumab
- Risankizumab
- Ustekinumab

- Ανήκει ο ασθενής σε ειδικό πληθυσμό;
 - **Παιδί/ έφηβος;**
 - **Εγκυμονούσα** ή με επιθυμία τεκνοποίησης;



- Τι είδους ψωρίαση έχουμε;
- Ποιος είναι ο κυρίαρχος θεραπευτικός στόχος;
 - Η αποτελεσματικότητα;
 - Η ταχύτητα;
 - Η ασφάλεια;
 - Η συμμόρφωση;
 - Η διατήρηση του αποτελέσματος σε βάθος χρόνου;
- Ποιες συννοσηρότητες έχει ο ασθενής;
 - **Ψωριασική αρθρίτιδα**
 - Καρδιαγγειακό σύστημα
 - **Καρδιακή ανεπάρκεια**
 - Γαστρεντερικό σύστημα
 - **ΙΦΝΕ**
 - Ιστορικό **HBV** λοίμωξης;
 - Ιστορικό **HCV** λοίμωξης;
 - Αναπνευστικό σύστημα
 - Ιστορικό **λανθάνουσας φυματίωσης;**
 - Άλλο αυτοάνοσο νόσημα (ΔΙ, ραγοειδίτιδα κλπ.)
 - Ιστορικό **HIV** λοίμωξης;
 - Ιστορικό **κακοήθειας;**



Ποια

ενέσιμη θεραπεία επιλέγω στη μέτρια-σοβαρή κατά πλάκας ΨΩ

Anti TNFa

- Etanercept
- Adalimumab
- Certolizumab pegol
- **Infliximab**

Anti IL17A, IL17A/F, IL17R

- Bimekizumab
- Brodalumab
- Ixekizumab
- Secukinumab

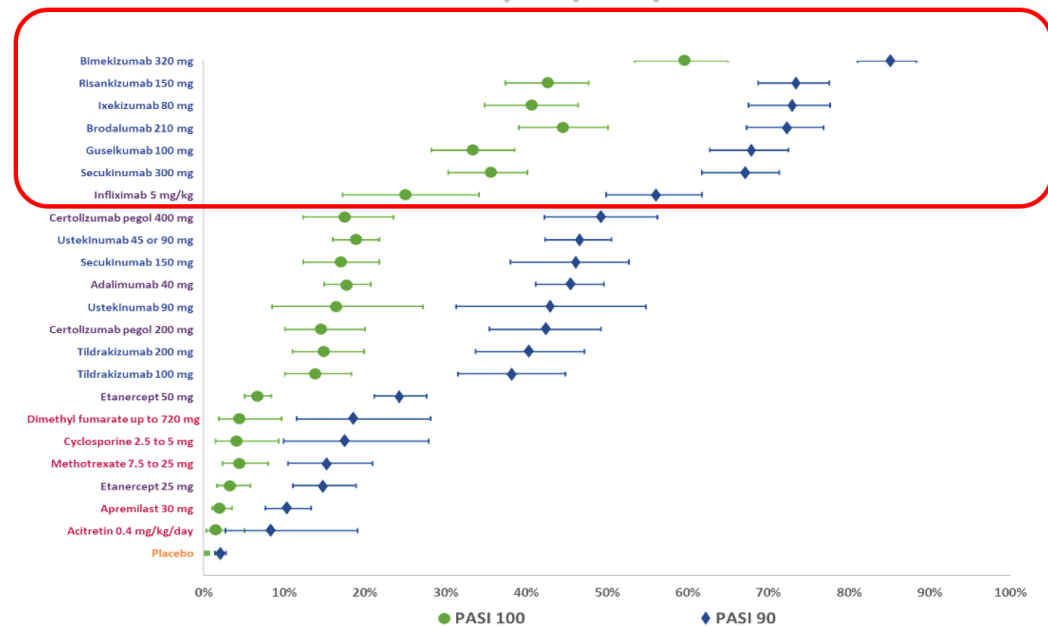
Anti IL23, Anti IL12/23

- Guselkumab
- Risankizumab
- Ustekinumab

- Ποιος είναι ο κυρίαρχος θεραπευτικός στόχος;
 - Η αποτελεσματικότητα
 - Η ταχύτητα
 - Η ασφάλεια
 - Η συμμόρφωση
 - Η διατήρηση του αποτελέσματος σε βάθος χρόνου



Network Μετα-ανάλυση: Πιθανότητα επίτευξης PASI90 και PASI100 την εβδομάδα 10–16¹



Ποια

ενέσιμη θεραπεία επιλέγω στη μέτρια-σοβαρή κατά πλάκας ΨΩ

Anti TNFa

- Etanercept
- Adalimumab
- Certolizumab pegol
- **Infliximab**

Anti IL17A, IL17A/F, IL17R

- Bimekizumab
- Brodalumab
- Ixekizumab
- Secukinumab

Anti IL23, Anti IL12/23

- Guselkumab
- Risankizumab
- Ustekinumab

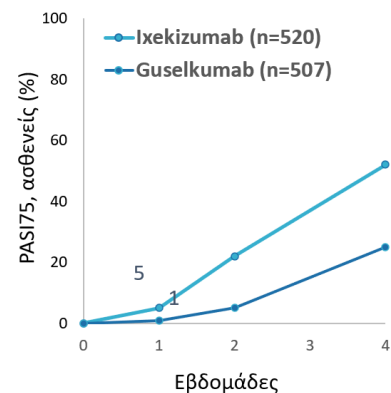
• Ποιος είναι ο κυρίαρχος θεραπευτικός στόχος;

- Η αποτελεσματικότητα
- Η ταχύτητα
- Η ασφάλεια
- Η συμμόρφωση
- Η διατήρηση του αποτελέσματος σε βάθος χρόνου

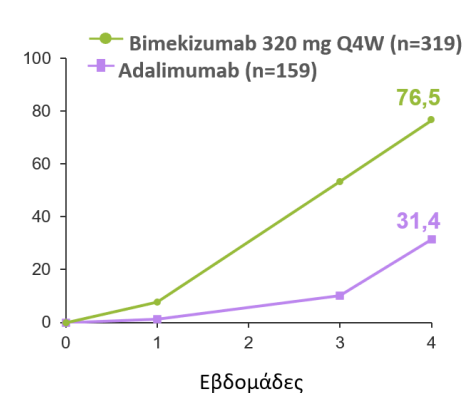


Οι αναστολείς IL-17A inhibitors συνήθως έχουν ταχύτερη κλινική ανταπόκριση από τους αναστολείς IL-23 στην επίτευξη PASI75 μέσα στις πρώτες 4 εβδομάδες χορήγησης (NRI)

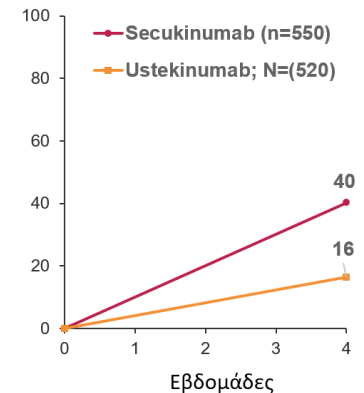
IXORA-R: Ixekizumab vs Guselkumab¹



BE SURE: Bimekizumab vs Adalimumab



CLARITY: Secukinumab vs Ustekinumab³



Προσοχή: άμεση σύγκριση μεταξύ διαφορετικών κλινικών μελετών δεν είναι δυνατή και θεμιτή

Ποια

ενέσιμη θεραπεία επιλέγω στη μέτρια-σοβαρή κατά πλάκας ΨΩ

Anti TNFa

- Etanercept
- Adalimumab
- Certolizumab pegol
- Infliximab

Anti IL17A, IL17A/F, IL17R

- Bimekizumab
- Brodalumab
- Ixekizumab
- Secukinumab

Anti IL23, Anti IL12/23

- Guselkumab
- Risankizumab
- Ustekinumab

- Ποιος είναι ο κυρίαρχος θεραπευτικός στόχος;
 - Η αποτελεσματικότητα
 - Η ταχύτητα
 - Η ασφάλεια
 - Η συμμόρφωση
 - Η διατήρηση του αποτελέσματος σε βάθος χρόνου



Comparative safety and benefit-risk profile of biologics and oral treatment for moderate-to-severe plaque psoriasis: A network meta-analysis of clinical trial data



Neil H. Shear, MD,^a Keith A. Betts, PhD,^b Ahmed M. Soliman, MS, PhD,^c Avani Joshi, PhD,^c Yan Wang, ScD,^b Jing Zhao, PhD,^d Paolo Gisondi, MD,^e Ranjeeta Sinhal, MD,^e and April W. Armstrong, MD, MPH^f
Toronto, Canada; Los Angeles, California; North Chicago, Illinois; Denver, Colorado; and Verona, Italy

Background: The comparative safety and benefit-risk profiles of moderate-to-severe psoriasis treatment have not been well studied.

Objective: To compare the short-term (12-16 weeks) and long-term (48-56 weeks) safety and benefit-risk profiles of moderate-to-severe psoriasis treatments.

Methods: A systematic literature review of phase II-IV randomized controlled trials of moderate-to-severe psoriasis treatments was conducted (cutoff: July 1, 2020). Any adverse events (AEs), any serious AEs, and AEs leading to treatment discontinuation were compared using Bayesian network meta-analyses (NMAs).

Results: Fifty-two and 7, respectively, randomized controlled trials were included in the short- and long-term NMAs, respectively. In the short-term NMA, the rates of any AEs were the lowest for tildrakizumab (posterior median: 46.0%), certolizumab (46.2%), and etanercept (49.1%). The rates of any serious AE were the lowest for certolizumab (0.8%), risankizumab (1.2%), and etanercept (1.6%). The rates of AEs leading to treatment discontinuation were the lowest for risankizumab (0.5%), tildrakizumab (1.0%), and guselkumab (1.5%). In the long-term NMA, risankizumab had the lowest rates of all 3 outcomes (67.5%, 4.4%, and 1.0%, respectively) and the most favorable benefit-risk profile.

Limitations: The results may not be generalizable to real-world populations.

Conclusions: Anti-interleukin 23 agents were associated with low rates of safety events. Risankizumab had the most favorable benefit-risk profile in the long term. (J Am Acad Dermatol 2021;85:572-81.)

Η αναστολή της IL-23 με risankizumab είναι καλά ανεκτή χωρίς νέα σήματα ασφαλείας

LIMMitless OLE trial σε ασθενείς με μέτρια-σοβαρή ψωρίαση κατά πλάκας που έλαβαν Risankizumab για 6 έτη

Events (events/100 PY)	Primary psoriasis safety pool 16 weeks ^a		LIMMitless study ≤324 weeks
	RZB 150 mg N=1306 PY=402.2	Placebo N=300 PY=92.0	Continuous RZB 150 mg N=897 PY=4921.2
Any TEAE	1279 (318.0)	261 (283.7)	6991 (142.1)
Serious AE	40 (9.9)	16 (17.4)	332 (6.7)
AE leading to discontinuation of study medication	11 (2.7)	9 (9.8)	86 (1.7)
Deaths	2 (0.5)	0	9 (0.2) ^b
TEAEs of safety interest			
Adjudicated MACE	1 (0.2)	1 (1.1)	24 (0.5) ^c
Serious infections	7 (1.7)	1 (1.1)	52 (1.1)
Active TB	0	1 (1.1)	0
Systemic candidiasis	0	0	0
Opportunistic infections excluding herpes zoster and TB	0	0	6 (0.1)
Malignant tumours	6 (1.5)	1 (1.1)	46 (0.9)
Including NMSC	3 (0.7)	1 (1.1)	19 (0.4)
Excluding NMSC	3 (0.7)	0	27 (0.5) ^d
Serious hypersensitivity reactions	0	0	4 (<0.1) ^e
Inflammatory bowel disease			
Crohn's disease	0	0	0
Ulcerative colitis	0	0	1 (<0.1)
Psychiatric disorders			
Suicidal ideation	0	1 (1.1)	0
Suicide attempt	1 (0.2)	0	1 (<0.1)

^aPrimary psoriasis safety pool includes data from UltIMMa-1, UltIMMa-2, IMMhance, IMMvent, and NCT0205448120 studies; ^bDue to natural causes (n=1), accident (n=1), cardiopulmonary event (n=1), cardiac arrest (n=1), sudden cardiac death (n=1), cause unknown (n=3), COVID-19 infection (n=1); no deaths were considered related to study drug by the investigator; ^cMACE rate in the LIMMitless study is consistent with the incidence rate of MACE reported in the Psoriasis Longitudinal Assessment and Registry (PSOLAR; 0.57 E/100PY; 95% CI: 0.50, 0.65; ^dMalignancy types excluding NMSC were colorectal (n=7), skin (n=5), breast (n=4), prostate (n=3), urothelial (n=3), uterine (n=2), brain (n=1), gastric (n=1), and head and neck (n=1); ^eSerious hypersensitivity reactions (all considered unrelated to study drug) were paraphenylenediamine allergy (n=1; mild, attributed to hair dye application), generalised microbial eczema (n=1; moderate, attributed to prolonged duration of generalised eczema and lack of response to treatment with hydrocortisone), Stevens-Johnson syndrome (n=2; severe, attributed to addition of chlorpromazine [n=1] and attributed to addition of Bactrim [n=1]). Papp KA, et al. AAD Annual Meeting, San Diego, 8–12 March 2024. Poster P53833.

Ποια

ενέσιμη θεραπεία επιλέγω στη μέτρια-σοβαρή κατά πλάκας ΨΩ

Anti TNFa

- Etanercept
- Adalimumab
- Certolizumab pegol
- Infliximab

Anti IL17A, IL17A/F, IL17R

- Bimekizumab
- Brodalumab
- Ixekizumab
- Secukinumab

Anti IL23, Anti IL12/23

- Guselkumab
- Risankizumab
- Ustekinumab

- Ποιος είναι ο κυρίαρχος θεραπευτικός στόχος;
 - Η αποτελεσματικότητα
 - Η ταχύτητα
 - Η ασφάλεια
 - Η συμμόρφωση
 - Η διατήρηση του αποτελέσματος σε βάθος χρόνου



Psychodermatology

Factors affecting adherence to treatment of psoriasis: comparing biologic therapy to other modalities

Sue Ann Chan, Fawad Hussain, Linda G. Lawson & Anthony D. Ormerod

Pages 64-69 | Received 17 Feb 2011, Accepted 01 Jun 2011, Published online: 07 Sep 2011

Cite this article <https://doi.org/10.3109/09546634.2011.607425>

Full Article

Figures & data

References

Citations

Metrics

Reprints & Permissions

Read this

Abstract

Objectives: This study evaluated self-reported patient adherence to different types of treatment in psoriasis and factors that affect adherence. **Patients and methods:** Patients attending a Dermatology Department for treatments of psoriasis completed a questionnaire about adherence to each of their therapies, Self-assessed Psoriasis Area and Severity Index (SAPASI) and Dermatology Life Quality Index (DLQI). **Results:** Hundred and six patients participated, 98 on topical treatments, 43 on oral systemic therapies, 39 on phototherapy and 29 were on biologic therapies. The overall rate of self-reported treatment adherence was 85.8%. There was a significant relationship between the types of treatment (topical, oral systemic, phototherapy and biologic therapy) and the number of combinations of treatments and adherence. **Adherence ranked significantly better on biologic therapies 100%, followed by oral therapy 96%, phototherapy 93% and then topical therapy 75%.**

Being too busy, being fed up and cigarette smoking were associated with reduced adherence. About

Review

Adherence and Persistence to Biological Drugs for Psoriasis: Systematic Review with Meta-Analysis

Eugenia Piragine ^{1,2}, Davide Petri ³, Alma Martelli ¹, Agata Janowska ⁴, Valentina Dini ⁴, Marco Romanelli ⁴, Vincenzo Calderone ¹ and Ersilia Lucenteforte ^{3,*}

¹ Department of Pharmacy, University of Pisa, 56126 Pisa, Italy; eugenia.piragine@farm.unipi.it (E.P.); alma.martelli@unipi.it (A.M.); vincenzo.calderone@unipi.it (V.C.)

² School of Specialization in Hospital Pharmacy, University of Pisa, 56126 Pisa, Italy

³ Department of Clinical and Experimental Medicine, University of Pisa, 56126 Pisa, Italy; davide.petri@unipi.it

⁴ Department of Dermatology, University of Pisa, 56126 Pisa, Italy; agata.janowska@unipi.it (A.J.); valentina.dini@unipi.it (V.D.); marco.romanelli@unipi.it (M.R.)

* Correspondence: ersilia.lucenteforte@unipi.it; Tel.: +39-050-2218285

Abstract: Despite the large number of biologics currently available for moderate-to-severe psoriasis, poor adherence and persistence to therapy represent the main issues for both the clinical and economic management of psoriasis. However, the data about adherence and persistence to biologics in psoriasis patients are conflicting. Our aim was to produce summary estimates of adherence and persistence to biologics in adult patients with psoriasis. We performed a systematic review and meta-analysis of observational studies, searching two databases (PubMed and Embase). Sixty-two records met the inclusion criteria, and a meta-analysis was conducted on fifty-five studies. Overall, the proportion of adherent and persistent patients to biological therapy was 0.61 (95% confidence interval: 0.48–0.73) and 0.63 (0.57–0.68), respectively. The highest proportions were found for ustekinumab, while the lowest ones were found for etanercept. The proportions of adherence and persistence to biological drugs in psoriasis patients are sub-optimal. Notably, both proportions largely differ between drugs, suggesting that a more rational use of biologics might ensure better management of psoriasis.

Keywords: psoriasis; biological drugs; anti-TNF- α ; anti-IL-17; anti-IL-12/23; adherence; persistence



Citation: Piragine, E.; Petri, D.; Martelli, A.; Janowska, A.; Dini, V.; Romanelli, M.; Calderone, V.; Lucenteforte, E. Adherence and Persistence to Biological Drugs for Psoriasis: Systematic Review with Meta-Analysis. *J. Clin. Med.* **2022**, *11*, 1506. <https://doi.org/10.3390/>

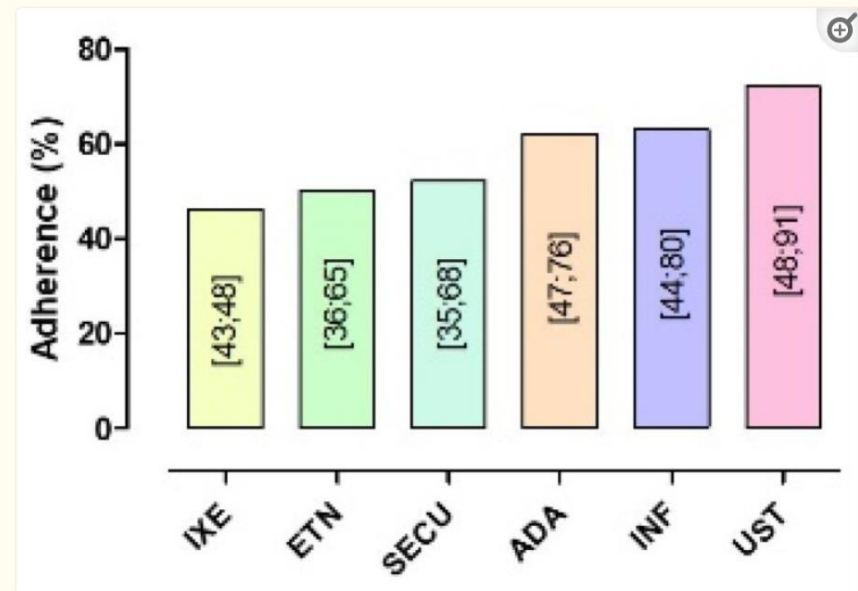
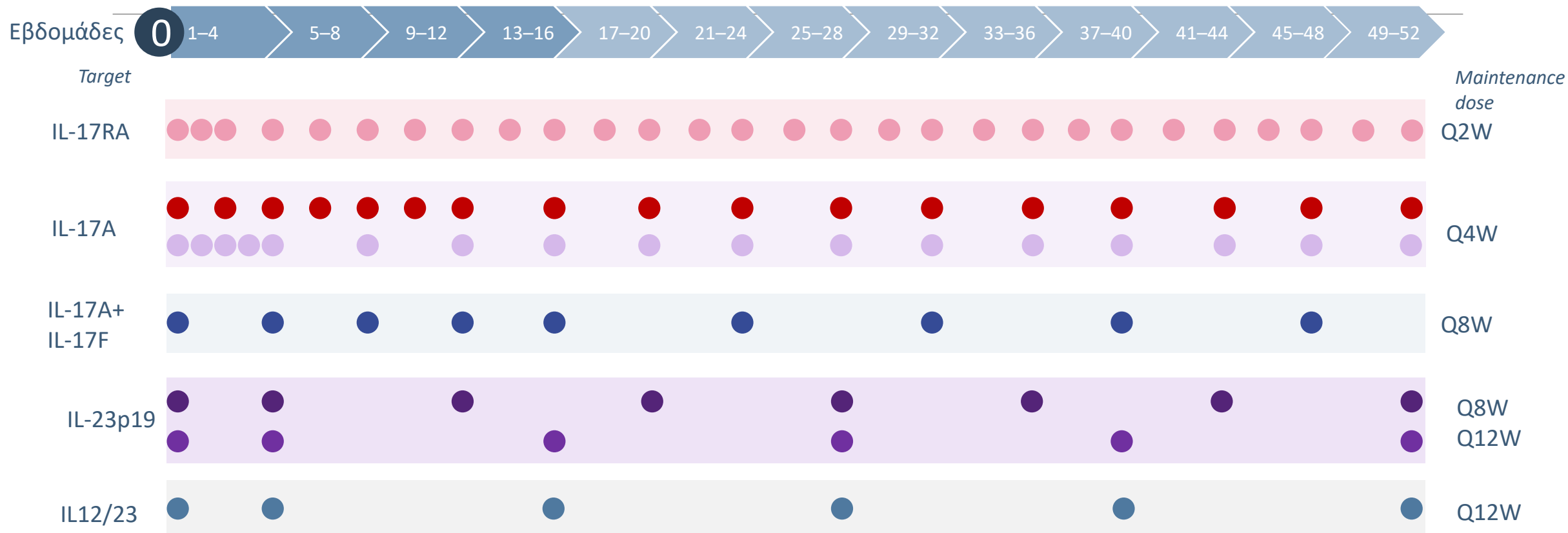


Figure 4

Percentage of adherent patients according to biological drugs. Confidence intervals (95%) are reported within the vertical bars.

Δοσολογικό σχήμα αναστολέων IL17 και IL23 σε ενήλικες ασθενείς με μέτρια-σοβαρή ψωρίαση



● Brodalumab

● Ixekizumab*

● Secukinumab

● Bimekizumab

● Guselkumab

● Tildrakizumab/
Risankizumab

● Ustekinumab

*Double dose at Week 0. 1. Bimzelx® EU SmPC. https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/bimzelx-epar-product-information_en.pdf [Accessed on May 2022]. 2. Kyntheum® EU SmPC. https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/kyntheum-epar-product-information_en.pdf [Accessed on May 2022]. 3. Taltz® EU SmPC. https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/taltz-epar-product-information_en.pdf [Accessed on May 2022]. 4. Cosentyx® EU SmPC. https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/cosentyx-epar-product-information_en.pdf [Accessed on May 2022]. 5. Tremfya® EU SmPC. https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/tremfya-epar-product-information_en.pdf [Accessed on May 2022]. 6. Ilumetri® EU SmPC. https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/ilumetri-epar-product-information_en.pdf [Accessed on May 2022]. 7. Skyrizi® EU SmPC. https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/skyrizi-epar-product-information_en.pdf [Accessed on May 2022]. 8. Stelara® EU SmPC. <https://www.medicines.org.uk/emc/product/7639> [Accessed on May 2022].

Ποια

ενέσιμη θεραπεία επιλέγω στη μέτρια-σοβαρή κατά πλάκας ΨΩ

Anti TNFa

- Etanercept
- Adalimumab
- Certolizumab pegol
- Infliximab

Anti IL17A, IL17A/F, IL17R

- Bimekizumab
- Brodalumab
- Ixekizumab
- Secukinumab

Anti IL23, Anti IL12/23

- Guselkumab
- Risankizumab
- Ustekinumab

- A cohort study using BADBIR, which is a national pharmacovigilance registry of patients with psoriasis in the UK and Republic of Ireland, was conducted with data collected between November 2007 and June 2023.
- A total of 19,034 treatment courses from 11,877 participants were included with a median follow-up of 2.3 years (interquartile range 0.9-4.4) with 6,815 ADA, 5,639 UST, 367 BRO, 1,072 IXE, 3,051 SEC, 1,258 GUS, and 832 RZB exposures.
- BADBIR, British Association of Dermatologists Biologics and Immunomodulators

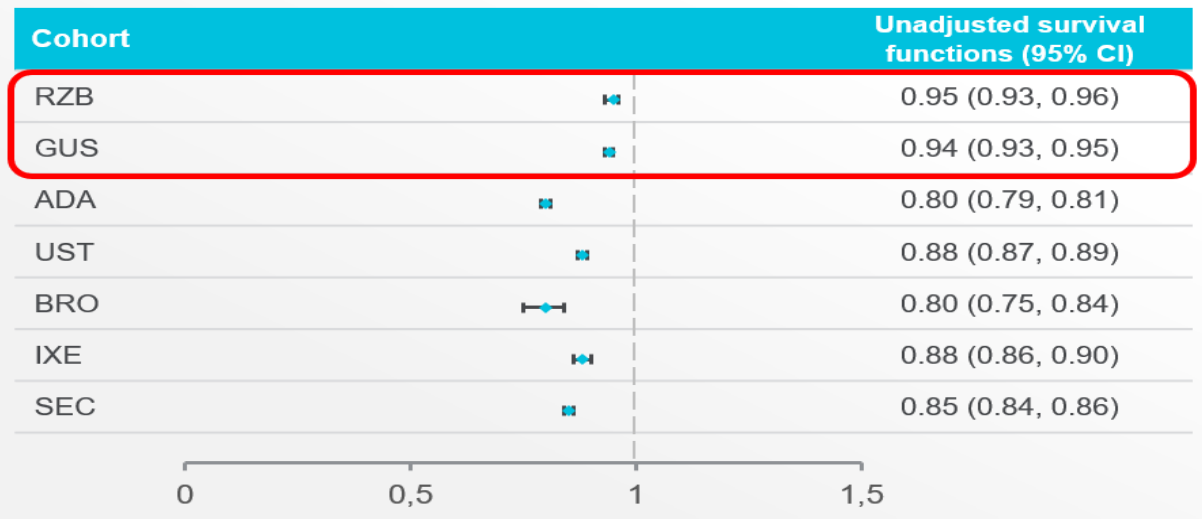
• Ποιος είναι ο κυρίαρχος θεραπευτικός στόχος;

- Η αποτελεσματικότητα
- Η ταχύτητα
- Η ασφάλεια
- Η συμμόρφωση
- Η διατήρηση του αποτελέσματος σε βάθος χρόνου

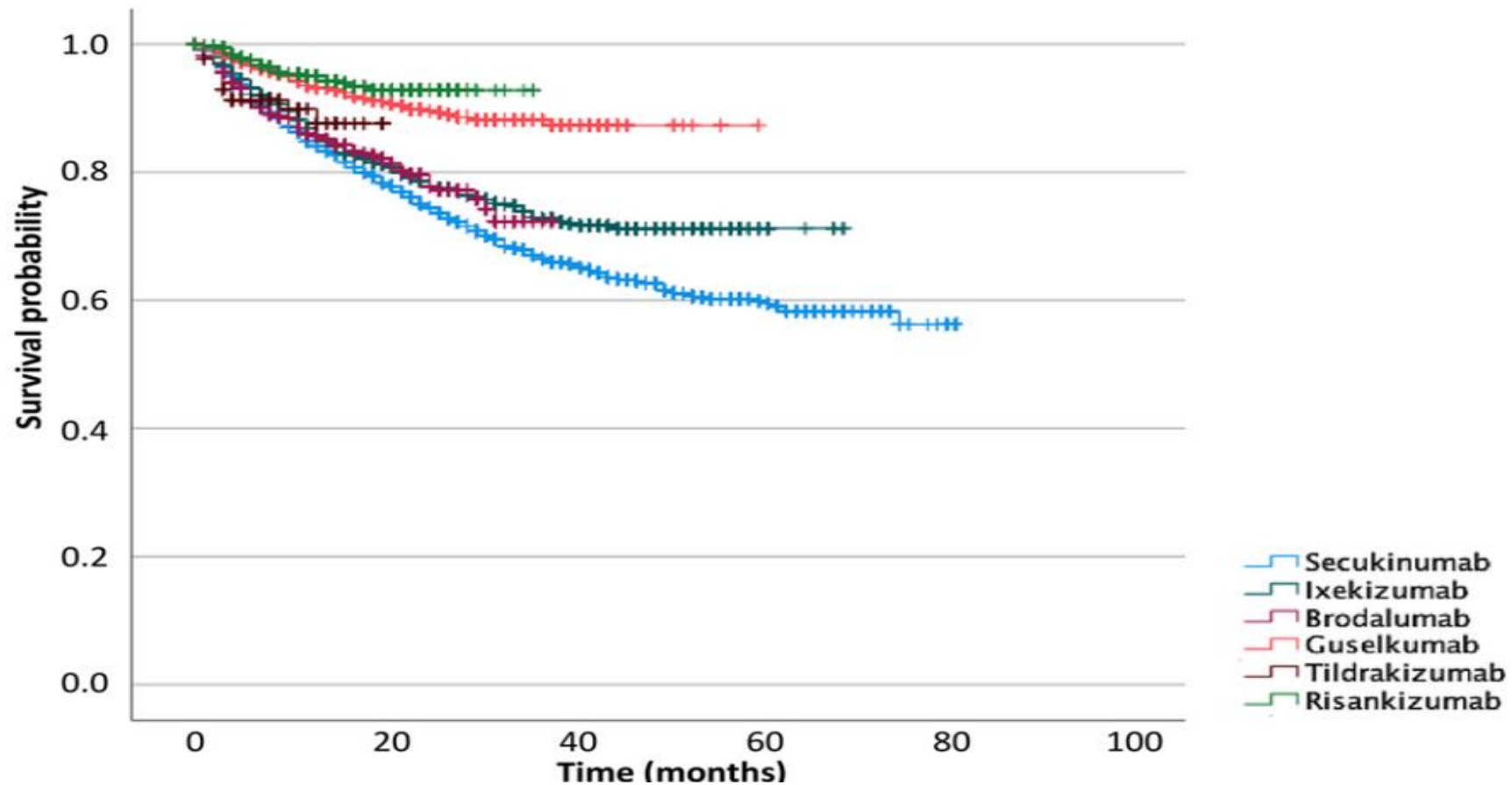


BADBIR registry (UK, 11.877 ασθενείς)

Επιβίωση φαρμάκων (unadjusted survival functions) μετά από 1 έτος

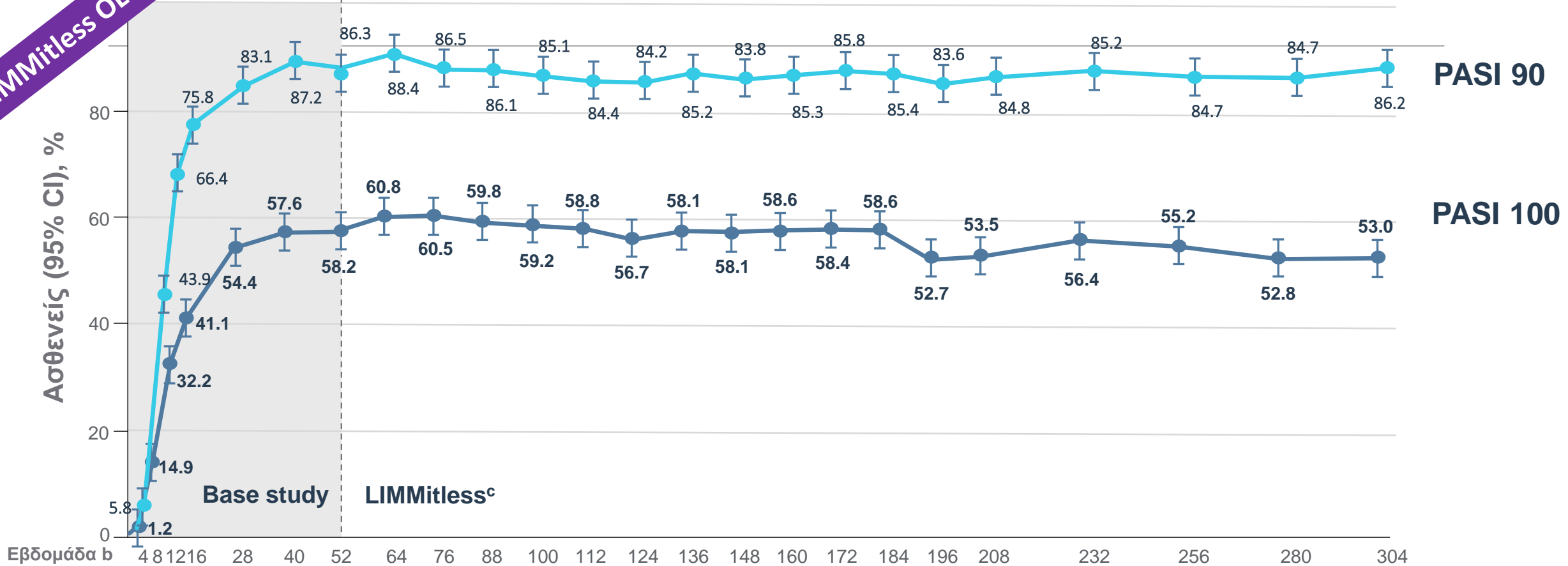


Οι αναστολείς IL23 risankizumab και guselkumab εμφανίζουν υψηλότερο drug survival από τους αναστολείς IL17A/R secukinumab, ixekizumab και brodalumab



Η αναστολή της IL-23 σχετίζεται με υψηλή και μακροχρόνια αποτελεσματικότητα

Μελέτη αξιολόγησης του risankizumab σε βάθος 5,5 ετών (mNRI^a)



^aMISSING DATA WERE IMPUTED USING MNRI: NON-RESPONSE WAS IMPUTED ONLY FOR TREATMENT FAILURES, DEFINED AS PATIENTS WHO HAD WORSENING OF PSORIASIS, THEN A MIXED-EFFECT MODEL WAS USED ON THE IMPUTED DATASET;

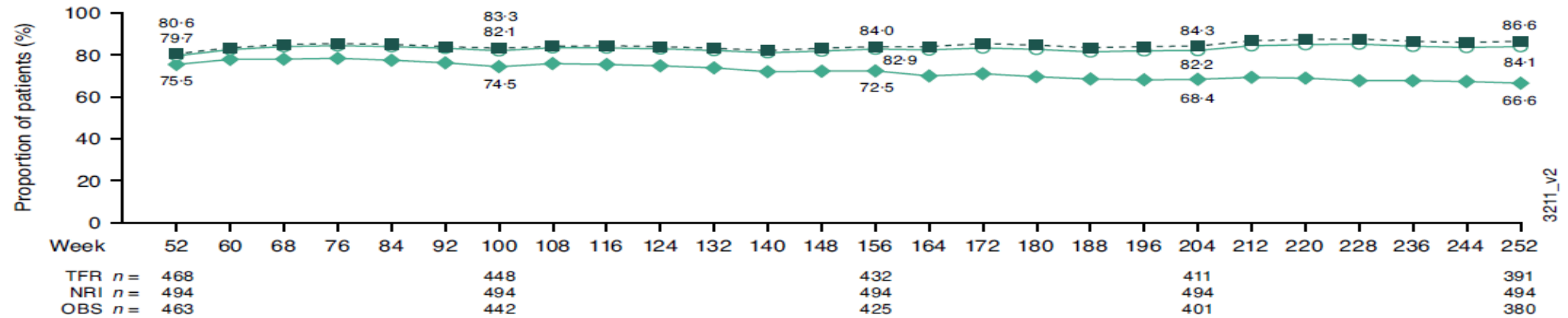
USED FOR DICHOTOMOUS ANALYSES ONLY; ^bN=897 FROM WEEK 0 TO WEEK 304; ^cBECAUSE OF DIFFERENCES IN BASE STUDY LENGTHS, SOME PATIENTS ENROLLED IN THE LIMMITLESS STUDY EARLIER THAN 52 WEEKS. CI, CONFIDENCE INTERVAL; IL, INTERLEUKIN; MNRI, MODIFIED NON-RESPONDER IMPUTATION; OLE, OPEN-LABEL EXTENSION; PASI, PSORIASIS AREA AND SEVERITY INDEX.

Η αναστολή της IL-23 σχετίζεται με υψηλή και μακροχρόνια αποτελεσματικότητα

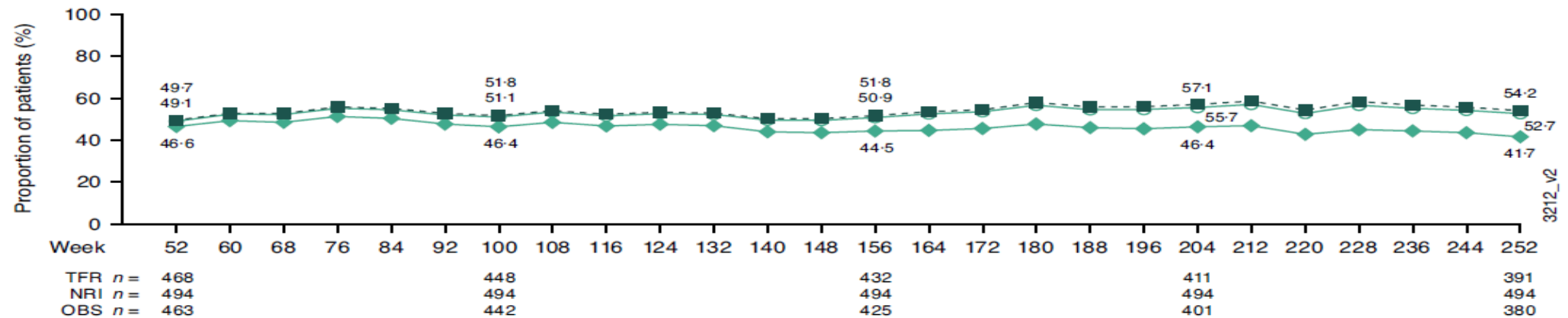
Μελέτη αξιολόγησης του guselkumab σε βάθος 5 ετών (TFR, NRI, OBS)

Voyage 1 OLE

(a) PASI 90, VOYAGE 1*

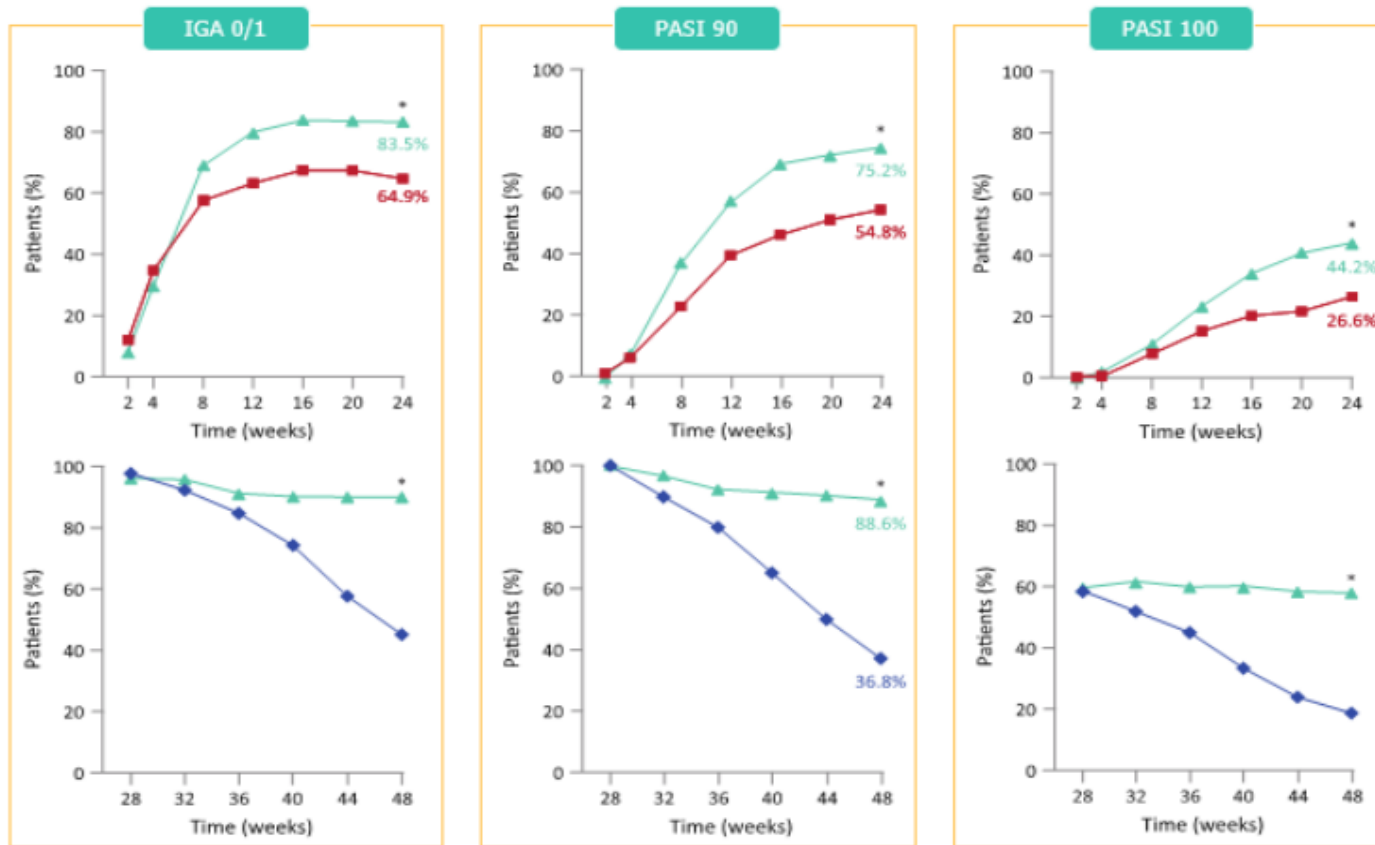


(b) PASI 100, VOYAGE 1*



Καμπύλη επιβίωσης (IGA 0/1, PASI 90 και PASI 100) μετά από διακοπή του Guselkumab (VOYAGE 2)

VOYAGE 2 – efficacy



Placebo-controlled period (weeks 0–16)

At week 16, GUS superior to placebo in co-primary endpoints^a (p<0.001; placebo not shown in figures)

- IGA 0/1 – GUS 84.1% vs placebo 8.5%
- PASI 90 – GUS 70.0% vs placebo 2.4%

Active-comparator period (weeks 0–24)

At week 24, significantly higher response rates seen in GUS than ADA groups

▲ GUS (n=496) *p<0.001
■ ADA (n=248)

Randomized withdrawal and retreatment period (weeks 28–48)

At week 48, clinical responses (IGA, PASI) were significantly greater in the maintenance than in the withdrawal group

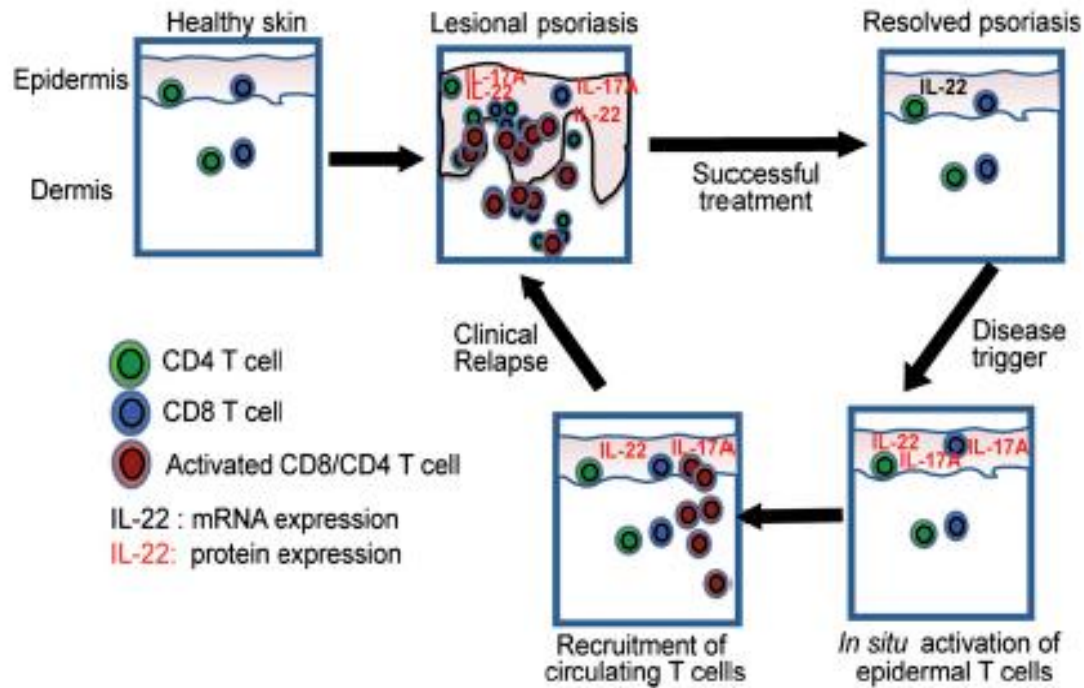
▲ Maintenance (n=193) *p<0.001
◆ Withdrawal (n=182)

Adapted from Reich K, et al. J Am Acad Dermatol 2017;76:418–31

^a Patients who discontinued treatment due to lack of efficacy, worsening of PSO, or started a protocol-prohibited medication before week 16 and those not returning for week-16 evaluation considered nonresponders

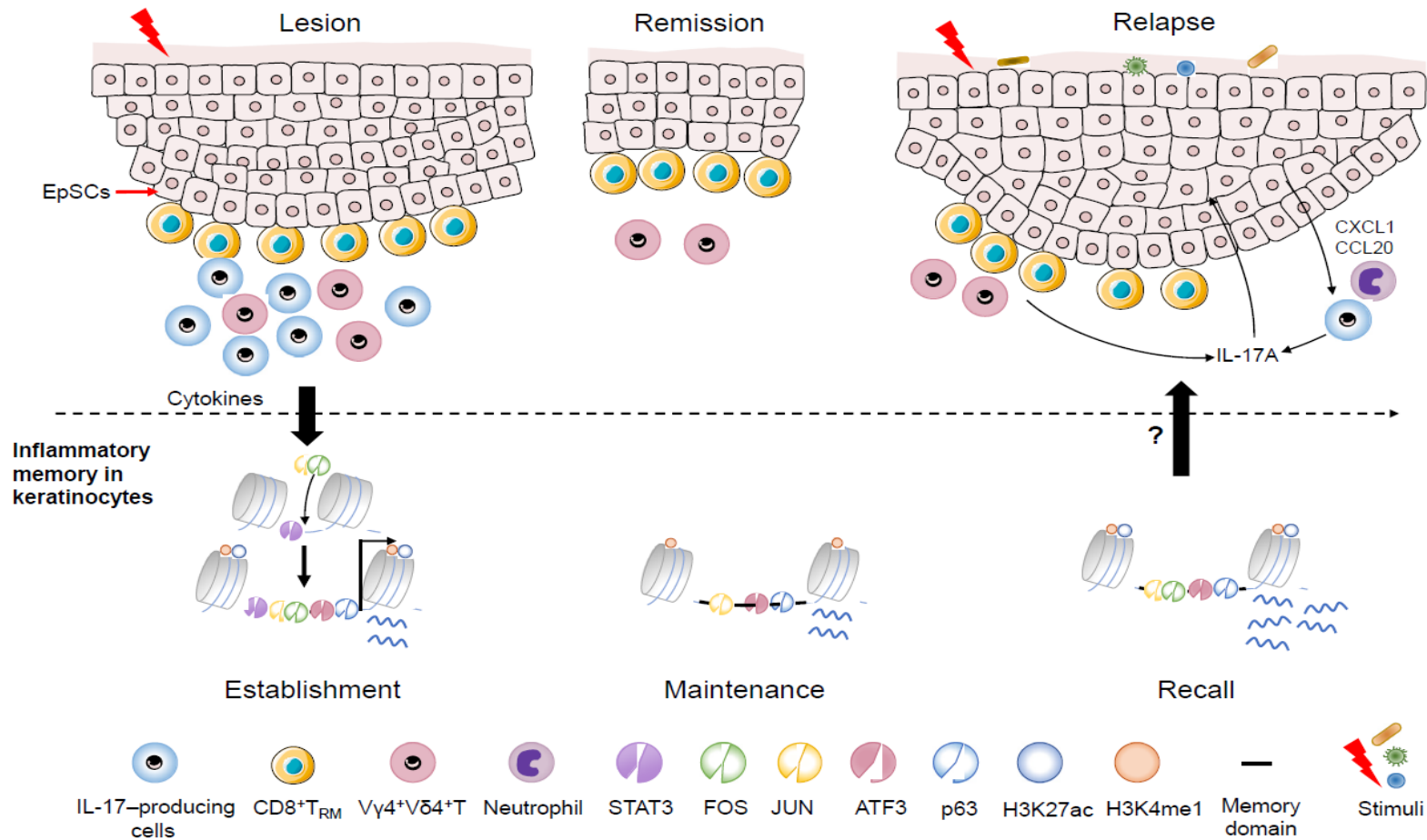
Παθοφυσιολογία Ψωρίασης και κύτταρα μνήμης (tissue resident memory cells; TRM)

Οι φαινομενικά καθαρές ψωριασικές βλάβες περιέχουν υψηλούς αριθμούς IL17A+ TRM κυττάρων που είναι υπεύθυνα για τις υποτροπιάζουσες βλάβες



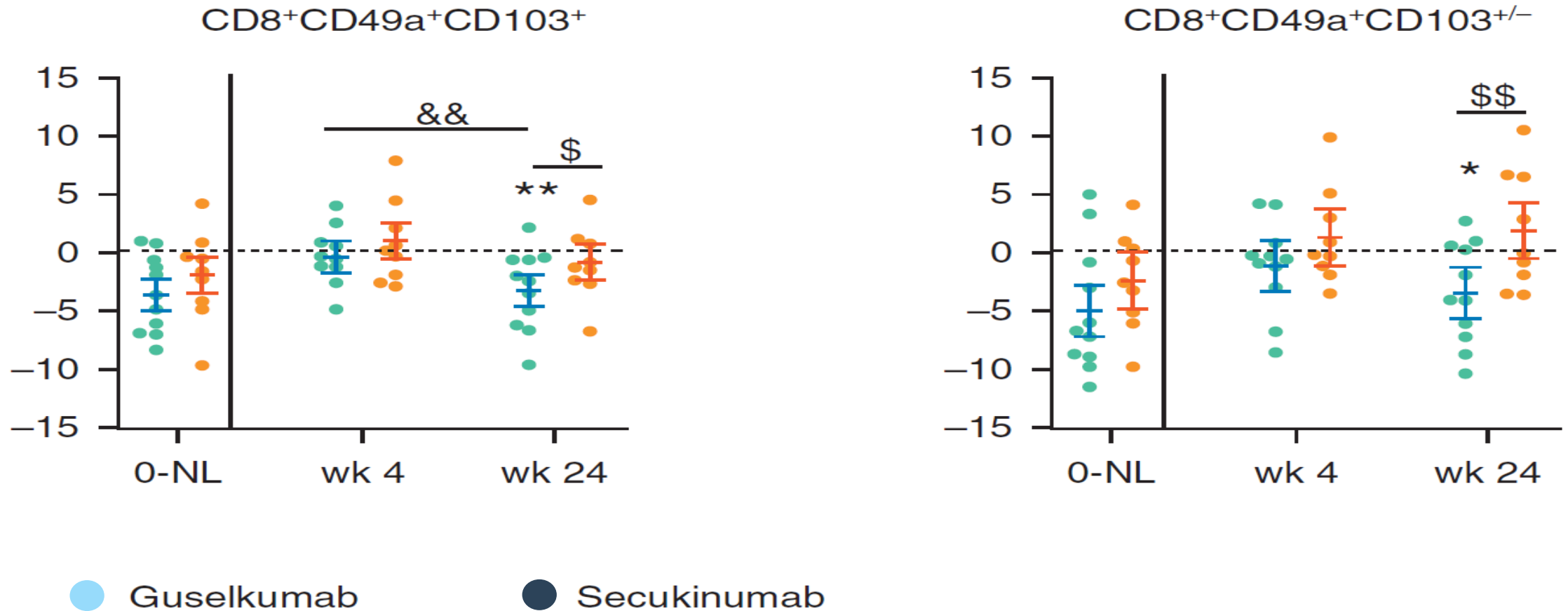
- Τ κύτταρα που αναπτύσσονται στους ιστούς ως απόκριση σε μόλυνση
- Μακροβιότητα → υπεύθυνα για την προστασία των ιστών από την επανεμφάνιση του αρχικού παθογόνου
- Βρίσκονται επίσης σε επουλωμένο δέρμα ψωρίασης, λεύκης και έπειτα από επαγόμενη από φάρμακο αντίδραση
- Όταν επανενεργοποιούνται ενισχύουν την ανοσοαπόκριση με την πρόσληψη επιπρόσθετων ανοσοκυττάρων από το αίμα

Ο ρόλος των T_{RM} κυττάρων στην παθοφυσιολογία της ψωριασικής νόσου



Η IL-23 φαίνεται να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη διατήρηση και τον πολλαπλασιασμό των ιστικών κυττάρων μνήμης (T_{RM})

Η αναστολή της IL-23 μειώνει τον αριθμό των ιστικών κυττάρων μνήμης CD8+CD49a+ (T_{RM}) στο δέρμα συγκριτικά με την αναστολή της IL-17A



25th World Congress of Dermatology SINGAPORE 2023

DERMATOLOGY BEYOND BORDERS
SCIENCE · CARE · COMMUNITIES

ILDS

High Induction Dosing of Risankizumab in Patients With Moderate-to-Severe Plaque Psoriasis: Interim Results From the Phase 2 KNOCKOUT Study

Andrew Blauvelt,¹ Johann Gudjonsson,² Robert Matheson,¹ Ran Liu,³ Linyu Shi,³ Huzefa Photowala,³ Benjamin Ehst¹

¹Oregon Medical Research Center, Portland, Oregon, United States; ²Department of Dermatology, University of Michigan Medical School, Ann Arbor, Michigan, United States; ³AbbVie Inc., North Chicago, Illinois, United States

Session LB05, July 7, 2023

www.wcd2023singapore.org

High Induction Dosing of Risankizumab in Patients With Moderate-To-Severe Plaque Psoriasis: 52 Week Results From the Phase 2 KNOCKOUT Study

Andrew Blauvelt,¹ Johann Eli Gudjonsson,² Robert Matheson,¹ Rundong Jiang,² Ran Liu,³ Linyu Shi,³ Huzefa Photowala,³ Benjamin Ehst¹

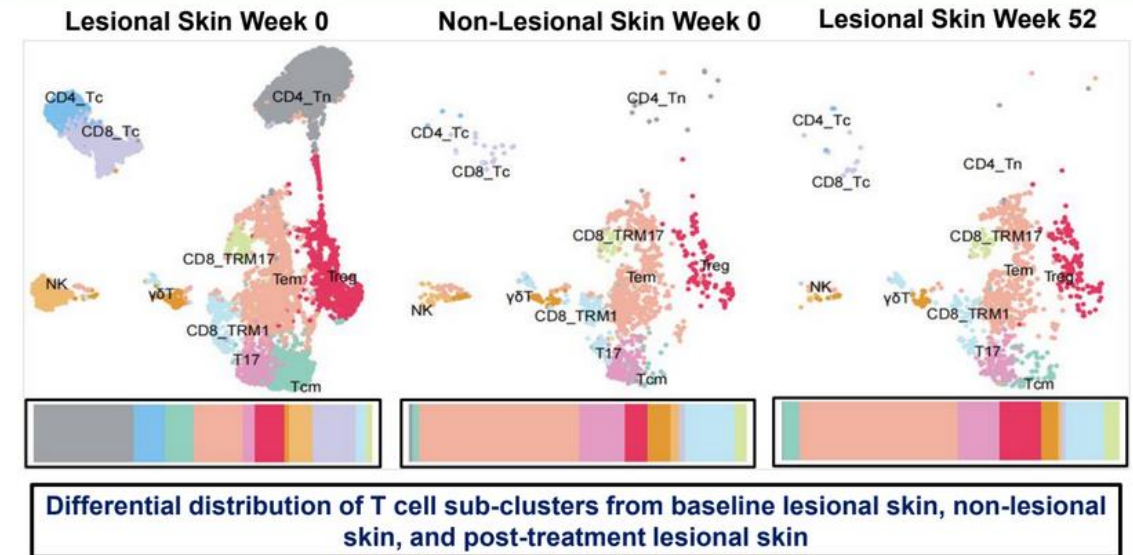
¹Oregon Medical Research Center, Portland, Oregon, United States; ²Department of Dermatology, University of Michigan Medical School, Ann Arbor, Michigan, United States; ³AbbVie Inc., North Chicago, Illinois, United States

Scan QR code or use the following link to download an electronic version of this presentation and other AbbVie AAD 2024 scientific presentations:
<https://abbvie1.outsystemsenterprise.com/OMAE-ventPublications/Assets.aspx?Conference=aaad-24>
 QR code expiration: February 01, 2025
 To submit a medical question, please visit www.abbvieinfo.com

AAD 2024, San Diego, CA

Single-cell RNA seq Analysis of Lesional and Non-lesional Cells

- Υψηλές δόσεις Risankizumab (300mg vs 600mg την εβδομάδα 0, 4, 16) μείωσαν τον αριθμό των TRM cells (ιδίως TRM17 cells)



*Lesional baseline (n = 13), non-lesional baseline (n = 12), and post-treatment low-dose (n = 8) and high-dose risankizumab (n = 5) groups (one-way ANOVA)

High Induction Dosing of Risankizumab in Patients With Moderate-to-Severe Plaque Psoriasis: Interim Results From the Phase 2 KNOCKOUT Study

Andrew Blauvelt,¹ Johann Gudjonsson,² Robert Matheson,¹ Ran Liu,³
Linyu Shi,³ Huzefa Photowala,³ Benjamin Ehst¹

¹Oregon Medical Research Center, Portland, Oregon, United States; ²Department of Dermatology, University of Michigan Medical School, Ann Arbor, Michigan, United States; ³AbbVie Inc., North Chicago, Illinois, United States

Session LB05, July 7, 2023

www.wcd2023singapore.org

High Induction Dosing of Risankizumab in Patients With Moderate-To-Severe Plaque Psoriasis: 52 Week Results From the Phase 2 KNOCKOUT Study

Andrew Blauvelt,¹ Johann Eli Gudjonsson,² Robert Matheson,¹ Rundong Jiang,²
Ran Liu,³ Linyu Shi,³ Huzefa Photowala,³ Benjamin Ehst¹

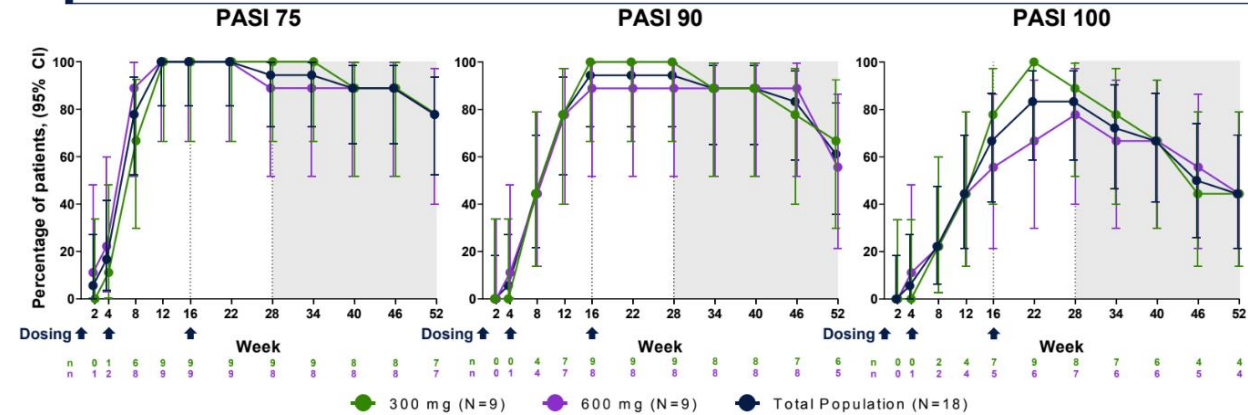
¹Oregon Medical Research Center, Portland, Oregon, United States; ²Department of Dermatology, University of Michigan Medical School, Ann Arbor, Michigan, United States; ³AbbVie Inc., North Chicago, Illinois, United States

Scan QR code or use the following link to download an electronic version of this presentation and other AbbVie AAD 2024 scientific presentations:
<https://abbvie1.outsystemsenterprise.com/OMAEvent/Publications/Assets.aspx?Conference=742>
QR code expiration: February 01, 2024
To submit a medical question, please visit www.abbvieinfo.com

AAD 2024, San Diego, CA

- Διατήρηση θεραπευτικού αποτελέσματος μετά την απόσυρση του φαρμάκου με 90% των ασθενών να διατηρούν PASI90 και 66,7% PASI100 την εβδομάδα 40

PASI 75, 90, and 100 Responses from Baseline to Week 52 (mNRI)



- Rapid and high improvements in skin responses were observed with high doses of risankizumab induction

mNRI, modified non-responder imputation; PASI, Psoriasis Area Severity Index; RZB, risankizumab
The mNRI analysis excluded patients who discontinued risankizumab for reasons other than lack of efficacy or intolerability; 95% CI for response rate was calculated based on Clopper-Pearson interval.

Ποια

Θεραπεία επιλέγω στη μέτρια-σοβαρή κατά πλάκας ΨΩ

Anti TNFa

- Etanercept
- Adalimumab
- Certolizumab pegol
- Infliximab

Anti IL17A, IL17A/F, IL17R

- Bimekizumab
- Brodalumab
- Ixekizumab
- Secukinumab

Anti IL23, Anti IL12/23

- Guselkumab
- Risankizumab
- Ustekinumab

- Ανήκει ο ασθενής σε ειδικό πληθυσμό;
 - **Παιδί/ έφηβος;**
 - **Εγκυμονούσα** ή με επιθυμία τεκνοποίησης;



- Τι είδους ψωρίαση έχουμε;
- Ποιος είναι ο κυρίαρχος θεραπευτικός στόχος;
 - Η αποτελεσματικότητα;
 - Η ταχύτητα;
 - Η ασφάλεια;
 - Η συμμόρφωση;
 - Η διατήρηση του αποτελέσματος σε βάθος χρόνου;
- Ποιες συννοσηρότητες έχει ο ασθενής;
 - **Ψωριασική αρθρίτιδα**
 - Καρδιαγγειακό σύστημα
 - **Καρδιακή ανεπάρκεια**
 - Γαστρεντερικό σύστημα
 - **ΙΦΝΕ**
 - Ιστορικό **HBV** λοίμωξης;
 - Ιστορικό **HCV** λοίμωξης;
 - Αναπνευστικό σύστημα
 - Ιστορικό **λανθάνουσας φυματίωσης;**
 - Άλλο αυτοάνοσο νόσημα (ΔΙ, ραγοειδίτιδα κλπ.)
 - Ιστορικό **HIV** λοίμωξης;
 - Ιστορικό **κακοήθειας;**



Ποια

ενέσιμη θεραπεία επιλέγω στη μέτρια-σοβαρή κατά πλάκας ΨΩ με συνυπάρχουσα ΨΑ

EUROGUIDERM GUIDELINE FOR THE SYSTEMIC TREATMENT OF PSORIASIS VULGARIS

September 2023, revised version March 2024 *

A Nast, PI Spuls, C Dressler, Z Bata-Csörgő, I Bogdanov, H Boonen, EMGJ De Jong, I Garcia-Doval, P Gisondi, D Kaur-Knudsen, S Mahil, T Mälkönen, JT Maul, S Mburu, L Mercieca, U Mrowietz, A Pennitz, E Remenyik, D Rigopoulos, PG Sator, M Schmitt-Egenolf, M Sikora, K Strömer, O Sundnes, I Vader, G Van Der Kraaij, N Yawalkar, C Zeyen, C Smith.

Table 2: Overview of treatment options with ‘biologics’ and ‘small molecules’ and the expert assessment of their suitability in specific treatment circumstances (decision grid II)

Therapy / Specific circumstances	Apremilast / Deucravacitinib		TNF inhibitors				anti-IL12/23	anti-IL17				anti-IL23		
	Apremilast	Deucravacitinib	Etanercept	Infliximab	Adalimumab	Certolizumab	Ustekinumab	Secukinumab	Ixekizumab	Brodalumab	Bimekizumab	Guselkumab	Tildrakizumab	Risankizumab
Concomitant psoriatic arthritis	↑		↑↑								has been approved for PsA 06/23, evaluation pending	↑↑		↑↑

Ποια

ενέσιμη θεραπεία επιλέγω στη μέτρια-σοβαρή κατά πλάκας ΨΩ με συνυπάρχουσα ΨΑ

EUROGUIDERM GUIDELINE FOR THE SYSTEMIC TREATMENT OF PSORIASIS VULGARIS

September 2023, revised version March 2024 *

A Nast, PI Spuls, C Dressler, Z Bata-Csörgő, I Bogdanov, H Boonen, EMGJ De Jong, I Garcia-Doval, P Gisondi, D Kaur-Knudsen, S Mahil, T Mäлкönen, JT Maul, S Mburu, L Mercieca, U Mrowietz, A Pennitz, E Remenyik, D Rigopoulos, PG Sator, M Schmitt-Egenolf, M Sikora, K Strömer, O Sundnes, I Vader, G Van Der Kraaij, N Yawalkar, C Zeyen, C Smith.

* chapter on "Viral hepatitis" under re-review

The following drugs have been approved for the treatment of psoriatic arthritis by the European Medicines Agency: the TNFi adalimumab, certolizumab – pegol, etanercept, and infliximab; the IL-17 antagonists ixekizumab and secukinumab; the IL-23 antagonists guselkumab and risankizumab and the IL12/23p40 antagonist ustekinumab.

Biological DMARDs

<p>For patients with an inadequate response after at least one synthetic DMARD, we recommend using a biological DMARD as monotherapy or in combination with a synthetic DMARD.</p> <p>In cases of severe active joint involvement (PsA) where a sufficient response cannot be expected with the use of a conventional treatment, we recommend using a biologic as first-line therapy.</p>	↑↑	STRONG CONSENSUS 100% Agreement EVIDENCE AND EXPERT CONSENSUS TABLE 47
<p>When choosing a bDMARD for patients with moderate to severe psoriasis of the skin and active joint involvement (PsA), we recommend taking into account aspects of efficacy with regard to skin and the joints, comorbidity, practicability and safety.</p>	↑↑	STRONG CONSENSUS 100% Agreement EXPERT CONSENSUS

¹ due to personal-financial conflict of interest 4 abstentions

Αποτελεσματικότητα των αναστολέων IL23 στην ΨΑ

Peripheral arthritis	Axial disease	Enthesitis	Dactylitis	Psoriasis	Nails	IBD	Uveitis
++	NA	++	++	++	++	+	NA
✓ ✓	?	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	✓ ✓	
							Risankizumab Guselkumab

➤ Rheumatology (Oxford). 2024 Apr 10:keae220. doi: 10.1093/rheumatology/keae220.

Online ahead of print.

Short-term effectiveness of guselkumab in psoriatic arthritis patients and suggestive features of axial involvement: results from a real-life multicentre cohort

Piero Ruscitti ¹, Ilenia Pantano ², Giulia Cataldi ¹, Martina Gentile ¹, Francesco Arrigoni ¹, Luca Riccio ², Sabrina Marrone ², Daniele Mauro ², Francesco Ursini ^{3 4}, Maria Esposito ¹, Antonio Barile ¹, Maria Concetta Fargnoli ¹, Roberto Giacomelli ^{5 6}, Francesco Ciccia ², Paola Cipriani ¹

Abstract

Objective: To evaluate the short-term effectiveness of guselkumab in patients with psoriatic arthritis (PsA) and suggestive features of axial involvement in a prospective “real-life” multicentre cohort.

Methods: Between June 2022 and June 2023, PsA patients with axial involvement were evaluated if treated at least for 4 months with guselkumab. The effectiveness was evaluated by BASDAI, ASDAS, DAPSA, and achievement of BASDAI ≤ 4 , also exploiting predictive factors. In a group of patients, MRI findings on sacroiliac joints were assessed before and after guselkumab administration.

Results: Sixty-seven patients with PsA and suggestive features of axial involvement (age 53.4 ± 11.2 years, male sex 26.9%) were treated with guselkumab. After 4 months, a significant reduction of BASDAI, ASDAS, and DAPSA was observed. A Δ BASDAI of -2.11 ± 0.43 was estimated assessing the mean difference values before and after guselkumab administration and 52.2% of patients reached a BASDAI ≤ 4 . In 27 patients, MRI findings on sacroiliac joints were assessed before and after guselkumab administration. A reduction of 0.80 or larger of the sacroiliac joint lesion score was observed in the majority of patients (70.3%) based on MRI improvements, paralleling with the clinical response.

No life-threatening side effects were recorded; 17.9% of patients reported minor adverse events mainly injection site reactions.

Conclusions: The short-term effectiveness of guselkumab in patients with PsA and suggestive features of axial involvement was shown. Although further studies are needed, our multicentre “real-life” study may suggest the clinical usability of guselkumab in this context.

Ποια

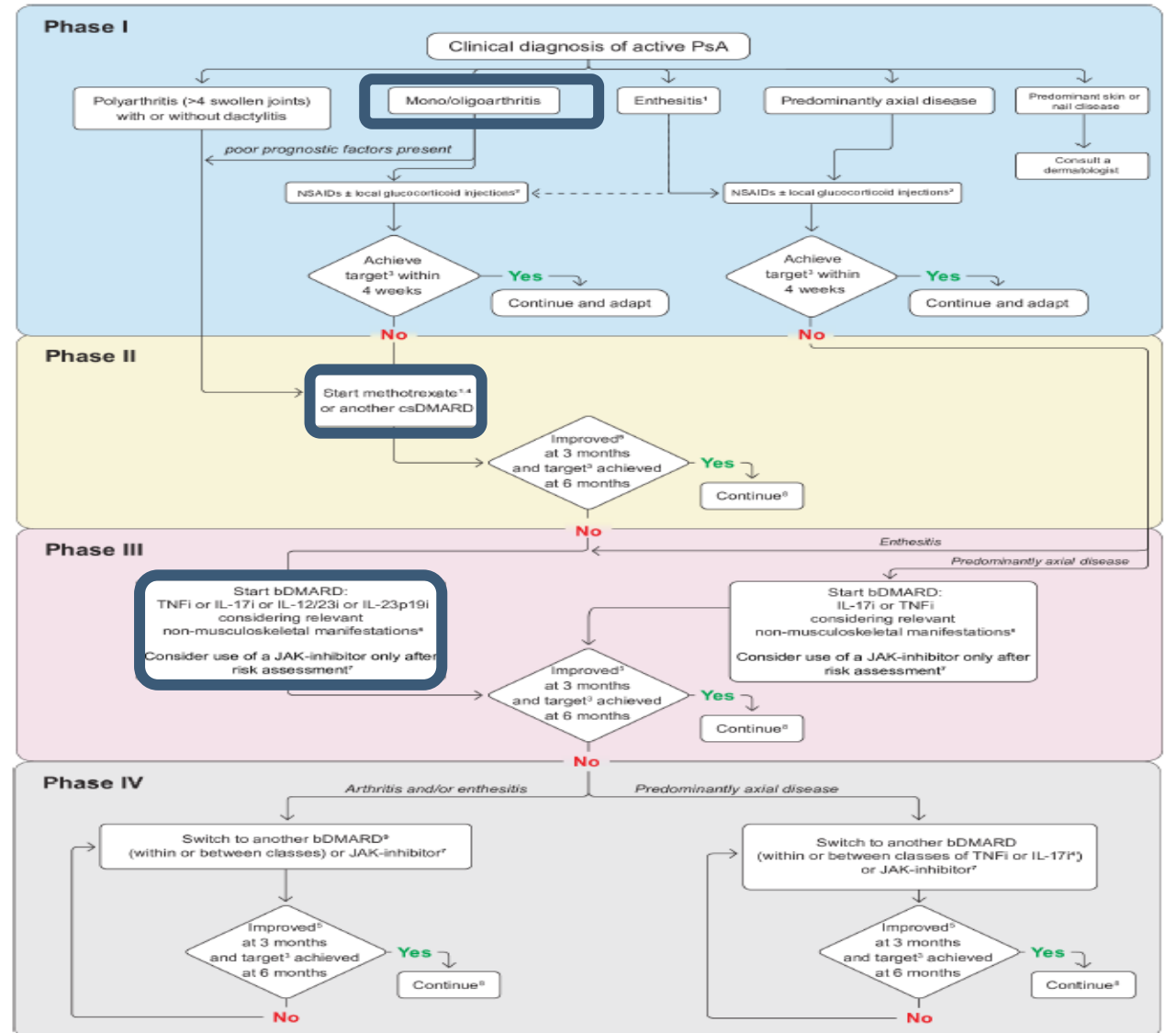
ενέσιμη θεραπεία επιλέγω στη μέτρια-σοβαρή κατά πλάκας ΨΩ με συνυπάρχουσα ΨΑ

Recommendation



EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2023 update

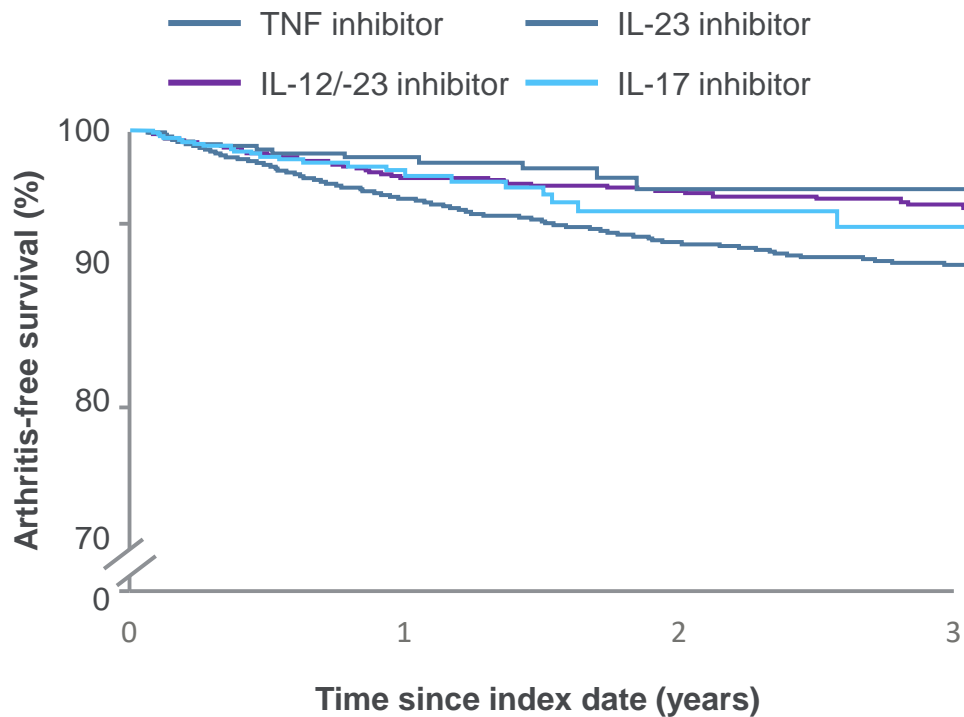
Συννοσηρ. / βιολ. παράγοντας	Αναστ. TNFα	Αναστ. IL23, IL12/23	Αναστ. IL17A, IL17A/F
Εκτεταμένη προσβολή στο δέρμα	++	+++	+++
ΔΙ	++	?	++
ΙΦΝΕ	++	++	-
Αξονική προσβολή	++	-	++
Ραγοειδίτιδα	++	?	?



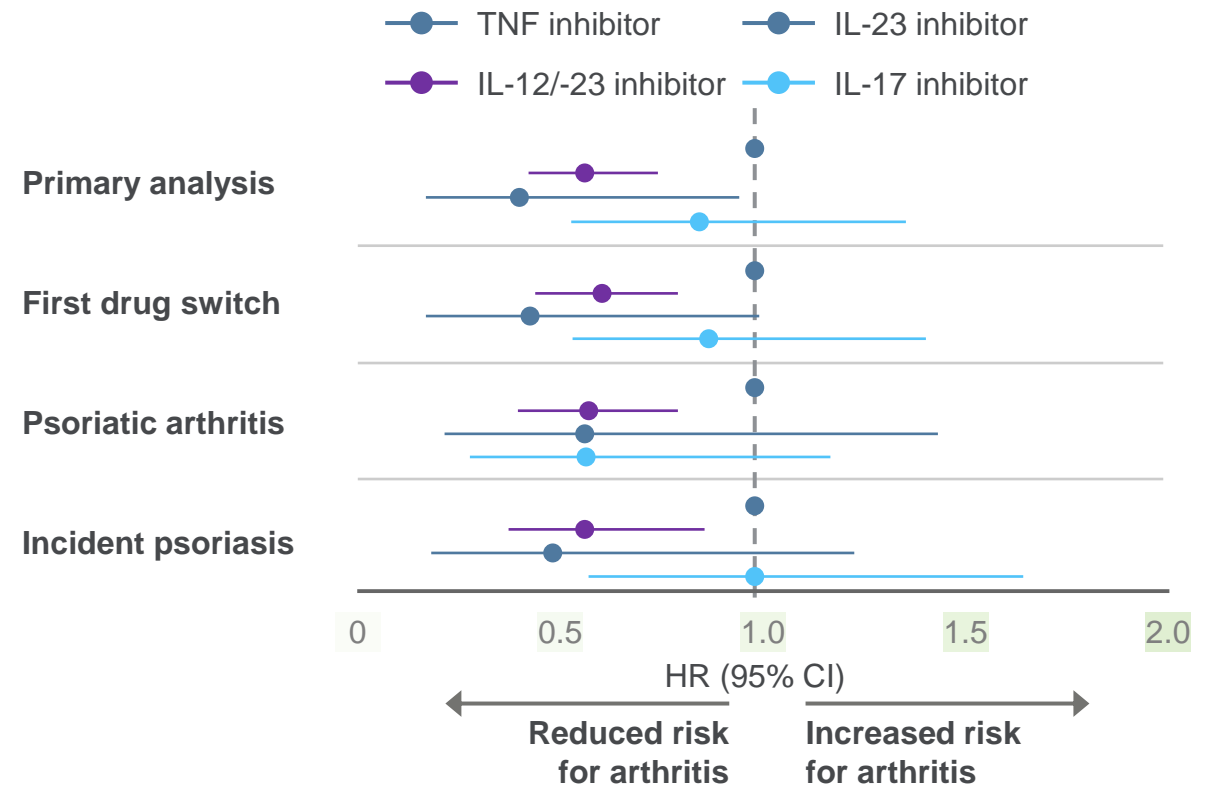
Η αναστολή IL-23 & IL-12/23 συσχετίστηκε με σημαντικά μειωμένο κίνδυνο ανάπτυξης αρθρίτιδας σε σχέση με την αναστολή TNF

Αναδρομική κλινική μελέτη 15.501 ασθενών από το σύστημα καταγραφής TriNetX database (US)

Time that patient with psoriasis took to develop inflammatory arthritis after initiation of biological therapies



Adjusted HRs for time to inflammatory arthritis for the primary model and three sensitivity analyses



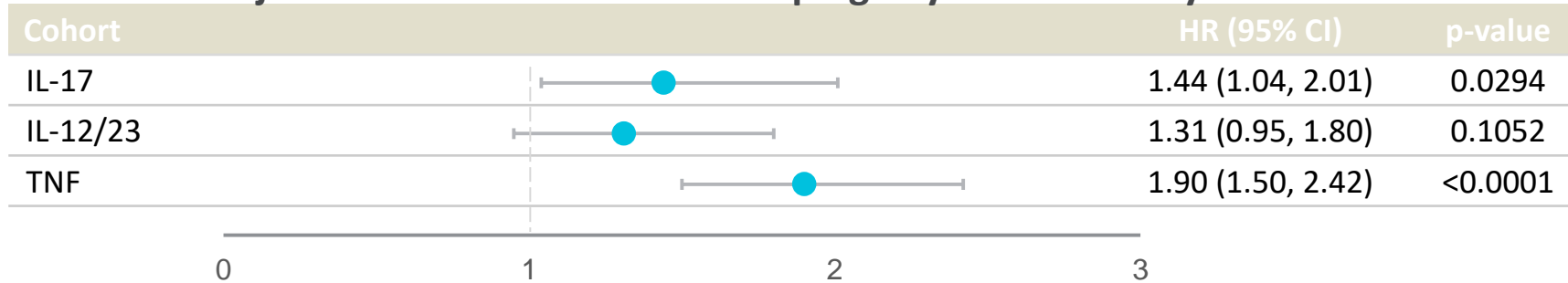
95% CIs that did not overlap with 1 were considered significant corresponding to a p-value of less than 0.05.

CI, confidence interval; HR, hazard ratio; IL, interleukin; TNF, tumour necrosis factor.

1. Singla S, et al. *Lancet Rheumatol.* 2023;5:E200–E207.

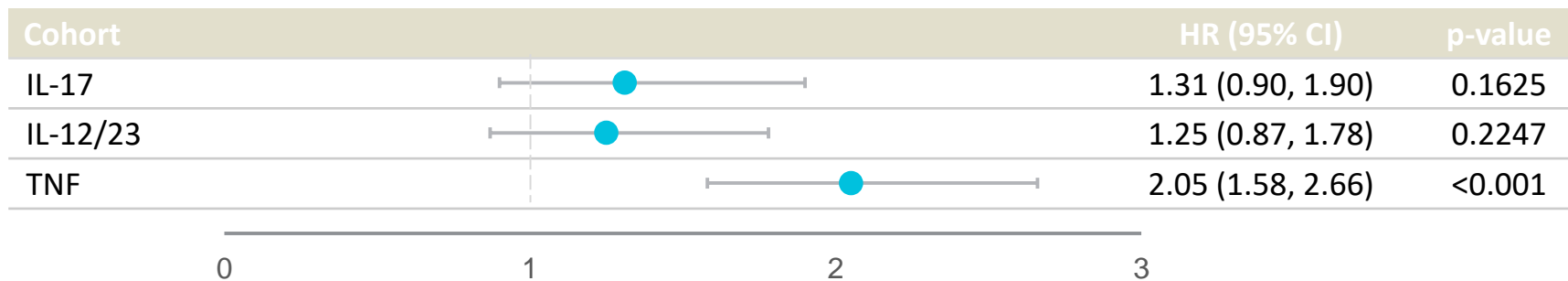
Η αναστολή της IL-23 συσχετίστηκε με σημαντικά μειωμένο κίνδυνο ανάπτυξης φλεγμονώδους αρθρίτιδας σε σχέση με την αναστολή της IL-17 ή του TNF σε bio-naive ασθενείς

Adjusted hazard ratios of developing any inflammatory arthritis¹



Adjusted HR (95% CI) of developing any inflammatory arthritis relative to IL-23

Adjusted hazard ratios of developing PsA¹



Adjusted HR (95% CI) of developing PsA relative to IL-23

CI, confidence interval; HR, hazard ratio; IL, interleukin; PsA, psoriatic arthritis; TNF, tumour necrosis factor.

1. Strober B, et al. European Academy of Dermatology and Venereology Congress (EADV 2023), Berlin, 11–14 October 2023. Oral presentation FC08; 2. Lebwohl M, et al. European Academy of Dermatology and Venereology Congress (EADV 2023), Berlin, 11–14 October 2023. Oral presentation FC08. Abstract ID 3289.

Ποια

Θεραπεία επιλέγω στη μέτρια-σοβαρή κατά πλάκας ΨΩ

Anti TNFa

- Etanercept
- Adalimumab
- Certolizumab pegol
- Infliximab

Anti IL17A, IL17A/F, IL17R

- Bimekizumab
- Brodalumab
- Ixekizumab
- Secukinumab

Anti IL23, Anti IL12/23

- Guselkumab
- Risankizumab
- Ustekinumab

- Ανήκει ο ασθενής σε ειδικό πληθυσμό;
 - **Παιδί/ έφηβος;**
 - **Εγκυμονούσα** ή με επιθυμία τεκνοποίησης;

- Τι είδους ψωρίαση έχουμε;
- Ποιος είναι ο κυρίαρχος θεραπευτικός στόχος;
 - Η αποτελεσματικότητα;
 - Η ταχύτητα;
 - Η ασφάλεια;
 - Η συμμόρφωση;
 - Η διατήρηση του αποτελέσματος σε βάθος χρόνου;
- Ποιες συννοσηρότητες έχει ο ασθενής;
 - **Ψωριασική αρθρίτιδα**
 - **Καρδιαγγειακό σύστημα**
 - **Καρδιακή ανεπάρκεια**
 - Γαστρεντερικό σύστημα
 - **ΙΦΝΕ**
 - Ιστορικό **HBV** λοίμωξης;
 - Ιστορικό **HCV** λοίμωξης;
 - Αναπνευστικό σύστημα
 - Ιστορικό **λανθάνουσας φυματίωσης;**
 - Άλλο αυτοάνοσο νόσημα (ΔΙ, ραγοειδίτιδα κλπ.)
 - Ιστορικό **HIV** λοίμωξης;
 - Ιστορικό **κακοήθειας;**



Η θεραπεία με βιολογικούς παράγοντες ενδέχεται να μειώσει τον καρδιαγγειακό κίνδυνο^{1,2}

Reduced future CVD risk (via coronary plaque area) by psoriasis treatment¹

Change in lipid-rich necrotic core over 1 year ¹	Median % change in max plaque area over 1 year
Non-biological therapy (n=85)	5.1
Anti-TNF (n=69)	-3.3*
Anti-IL-12/23 (n=26)	-8.2*
Anti-IL-17 (n=29)	-14.7*

*P≤0.05 vs non-biological therapy.

CI, confidence interval; CVD, cardiovascular disease; IL, interleukin; MTX, methotrexate; OR, odds ratio; TNF, tumour necrosis factor; TNFi, TNF inhibitor; UST, ustekinumab.

1. Choi H, et al. *Circ Cardiovasc Imaging*. 2020;13:e011199

Βιολογικά μονοπάτια συνδέουν την Ψωρίαση με τα Καρδιαγγειακά Νοσήματα και τους επιβαρυντικούς τους παράγοντες

	Atherosclerosis	Hypertension	Diabetes	Hyperlipidemia	Obesity	NAFLD
Shared genetic background with psoriasis	IL-23R and IL-23	- eNOS - LNPEP - AGT	PSORS2, PSORS3, PSORS4 CDKAL1 JAZF1 ST6GAL1 IL-12B, IL-23R, IL-23A	- HLA gene region - ApoE ⁺ - Paraoxonase 1 - LXR- α ⁺⁺ - PPAR- α ⁺⁺	- FTO [*] - MC4R [^]	
Shared molecular pathways with psoriasis	IL-12 [*] IL-17 ^{*§}	- Endothelin-1 - Upregulated ACE signaling \boxplus - TNF α , IL-17	TNF- α , IL-23, IL17 adipokines	- TNF α , IL-6 and IL-1 β - Dysfunctional HDL and anti-HDL antibodies - Vitamin D deficiency	- Free fatty acids - Adipokines - TNF α , IL-6, and IL-1 - Gut microbiota dysregulation	TNF- α IL-17 ^{*°}

[°] IL-17 may promote the progression of NAFLD to NASH; ⁺ both protective and detrimental effects on psoriasis severity depending on the polymorphism; ⁺⁺ downregulated in psoriatic skin; [^] associated with psoriatic arthritis; \boxplus increased expression of the renin gene in psoriatic skin indicates a hormone-like action of plaque products; ^{*} in patients with higher PASI; [§] contradicting findings have been reported in different experimental animal models of CVD.

Ποια

Θεραπεία επιλέγω στη μέτρια-σοβαρή κατά πλάκας ΨΩ

Anti TNFa

- Etanercept
- Adalimumab
- Certolizumab pegol
- Infliximab

Anti IL17A, IL17A/F, IL17R

- Bimekizumab
- Brodalumab
- Ixekizumab
- Secukinumab

Anti IL23, Anti IL12/23

- Guselkumab
- Risankizumab
- Ustekinumab

- Ανήκει ο ασθενής σε ειδικό πληθυσμό;
 - **Παιδί/ έφηβος;**
 - **Εγκυμονούσα** ή με επιθυμία τεκνοποίησης;



- Τι είδους ψωρίαση έχουμε;
- Ποιος είναι ο κυρίαρχος θεραπευτικός στόχος;
 - Η αποτελεσματικότητα;
 - Η ταχύτητα;
 - Η ασφάλεια;
 - Η συμμόρφωση;
 - Η διατήρηση του αποτελέσματος σε βάθος χρόνου;
- Ποιες συννοσηρότητες έχει ο ασθενής;
 - **Ψωριασική αρθρίτιδα**
 - **Καρδιαγγειακό σύστημα**
 - **Καρδιακή ανεπάρκεια**
 - **Γαστροεντερικό σύστημα**
 - **ΙΦΝΕ**
 - Ιστορικό **HBV** λοίμωξης;
 - Ιστορικό **HCV** λοίμωξης;
 - Αναπνευστικό σύστημα
 - Ιστορικό **λανθάνουσας φυματίωσης;**
 - Άλλο αυτοάνοσο νόσημα (ΔΙ, ραγοειδίτιδα κλπ.)
 - Ιστορικό **HIV** λοίμωξης;
 - Ιστορικό **κακοήθειας;**



Ποια

ενέσιμη θεραπεία επιλέγω στη μέτρια-σοβαρή κατά πλάκας ΨΩ με συνυπάρχουσα ΙΦΝΕ

EUROGUIDERM GUIDELINE FOR THE SYSTEMIC
TREATMENT OF PSORIASIS VULGARIS

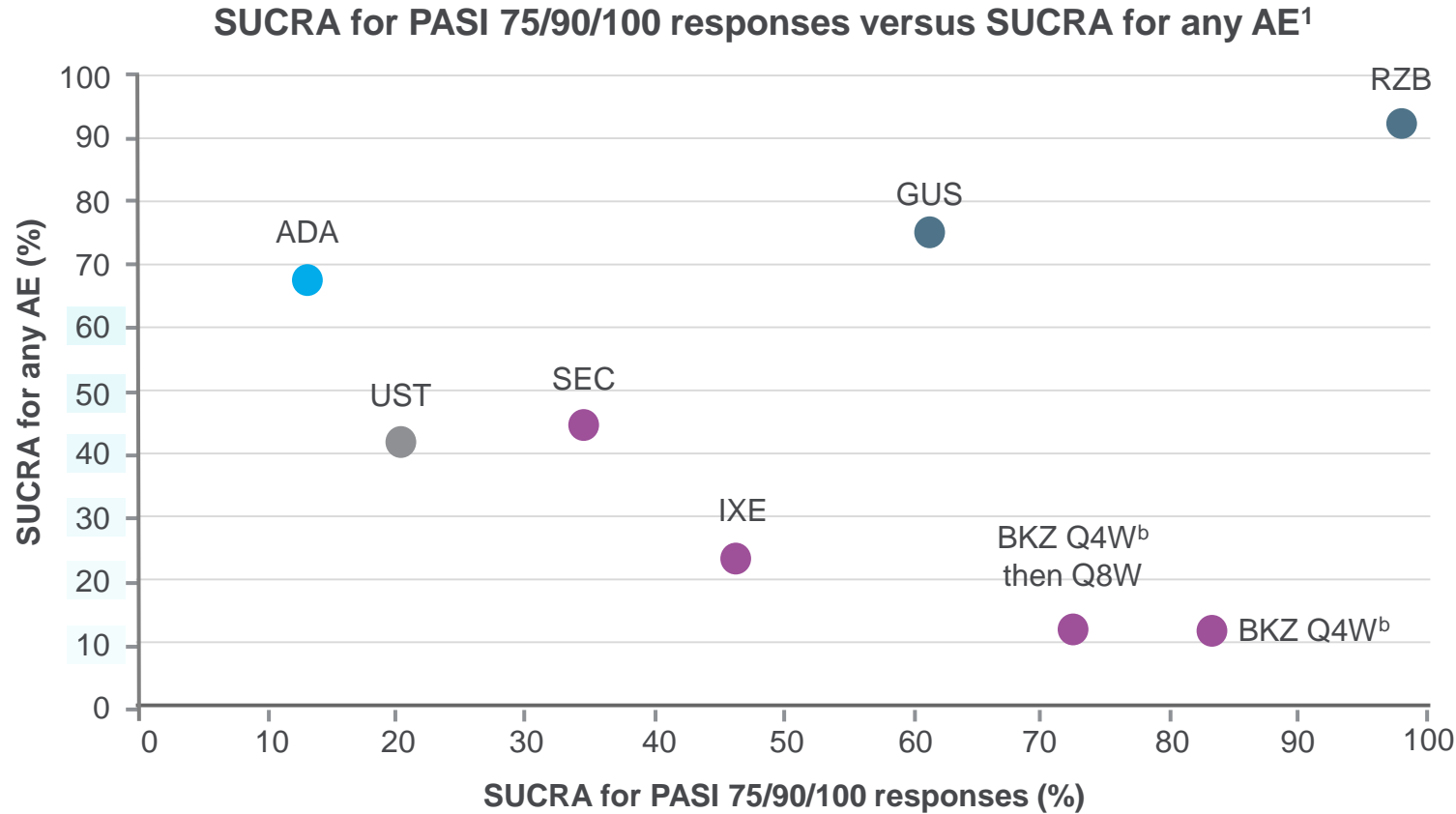
September 2023, revised version March 2024 *

A Nast, PI Spuls, C Dressler, Z Bata-Csörgő, I Bogdanov, H Boonen, EMGJ De Jong, I Garcia-Doval, P Gisondi, D Kaur-Knudsen, S Mahil, T Mäлкönen, JT Maul, S Mburu, L Mercieca, U Mrowietz, A Pennitz, E Remenyik, D Rigopoulos, PG Sator, M Schmitt-Egenolf, M Sikora, K Strömer, O Sundnes, I Vader, G Van Der Kraaij, N Yawalkar, C Zeyen, C Smith.

Therapy			TNF inhibitors				anti-IL12/23	anti-IL17				anti-IL23			
	Apremilast	Deucravacitinib	Etanercept	Infliximab	Adalimumab	Certolizumab	Ustekinumab	Secukinumab	Ixekizumab	Brodalumab	Bimekizumab	Guselkumab	Tildrakizumab	Risankizumab	
Specific circumstances															
Chronic inflammatory bowel disease: Crohn's Disease				↑↑ 1st choice					↓				↑ 2nd choice if TNFi not suitable		
Chronic inflammatory bowel disease: Ulcerative colitis	↑ 2nd choice oral treatment			↑↑ 1st choice			↑↑ 1st choice		↓				↑ 2nd choice if TNFi not suitable		

Η αναστολή της IL-23 πιθανά συνδέεται με το πιο ευνοϊκό προφίλ οφέλους/κινδύνου μακροπρόθεσμα

Bayesian network meta-analysis of long-term outcomes with advanced therapies at 48–56 weeks^a



^aBased on data from 14 RCTs; ^bBKZ Q4W is not the labelled dosing for maintenance. ADA, adalimumab; AE, adverse event; BKZ, bimekizumab; GUS, guselkumab; IXE, ixekizumab; PASI, Psoriasis Area and Severity Index; Q4W, every 4 weeks; Q8W, every 8 weeks; RCT, randomised controlled trial; RZB, risankizumab; SEC, secukinumab; SUCRA, surface under the cumulative ranking curve; UST, ustekinumab.

1. Armstrong A, et al. *Dermatol Ther.* 2022;12:167–84; 2. Mbuagbaw L, et al. *Syst Rev.* 2017;6:79.

ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

ΕΝΑΡΞΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ RISANKIZUMAB - Η ασθενής πέτυχε μέσα σε 3 μήνες PASI 100

10/2022

PASI: 26.4

PGA: 4

DLQI: 17

12/2023

PASI: 0

PGA: 0

DLQI: 2



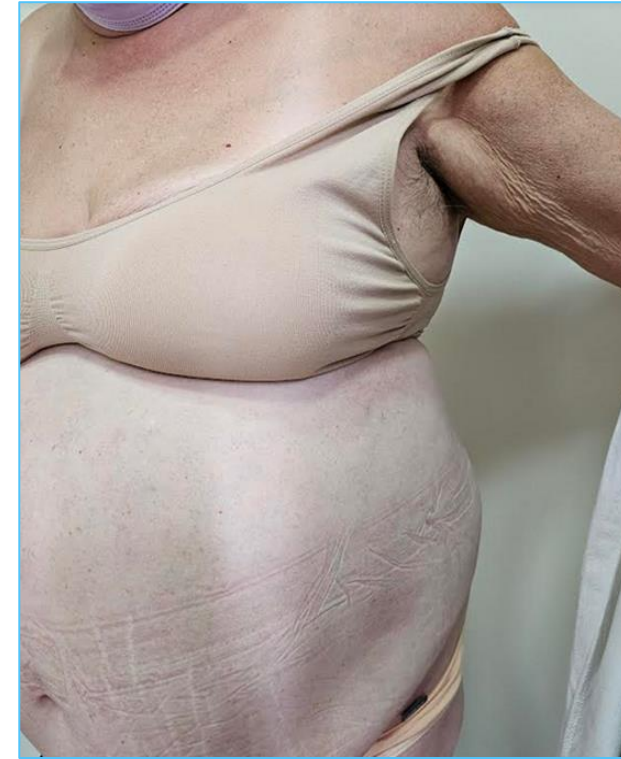
ΚΛΙΝΙΚΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ

12/2023

PASI: 0

PGA: 0

DLQI: 2



Ύφεση συμπτωμάτων αρθραλγίας

Συμπερασματικά...

- Η επιλογή της θεραπευτικής αγωγής του ασθενή με ΨΩ +/- ΨΑ είναι εξατομικευμένη
- Τα χαρακτηριστικά της νόσου και το προφίλ του ασθενή, συμπεριλαμβανομένων πιθανών συννοσηροτήτων, επηρεάζουν τη θεραπευτική μας απόφαση για το αν θα χορηγήσουμε ενέσιμη συστηματική θεραπεία και ποια θα είναι αυτή
- Ο θεράπων ιατρός οφείλει να γνωρίζει το προφίλ της εκάστοτε ενέσιμης συστηματικής αγωγής ώστε να διασφαλίσει μια εξατομικευμένη θεραπευτική προσέγγιση για τον ασθενή του

Σας ευχαριστώ πολύ