

# 16<sup>ο</sup> Πανελλήνιο Συνέδριο ΕΠΕΜΥ

Χειρισμός ασθενών με ψωρίαση όταν νοσούν με covid-19

Ομιλήτρια: Ευθυμία Ασημακοπούλου, Δερματολόγος-Αφροδισιολόγος,  
Επιμελήτρια Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών

- Δεν υπάρχει σύγκρουση συμφερόντων

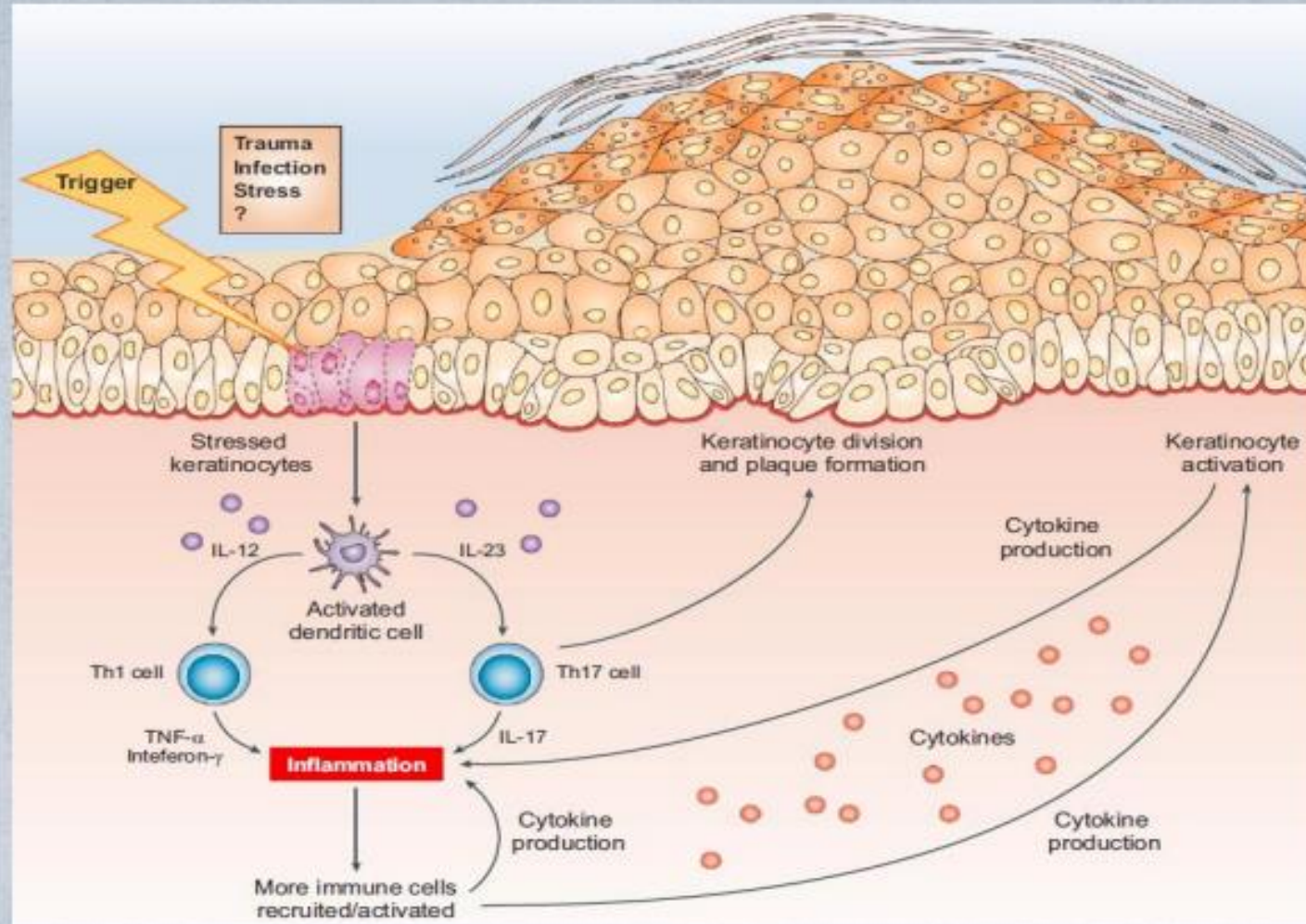
# ΨΩΡΙΑΣΗ

- Είναι μια **συχνή** (προσβάλλει 1-3% του γενικού πληθυσμού στις δυτικές χώρες), **χρόνια φλεγμονώδης δερματοπάθεια** που χαρακτηρίζεται από την εμφάνιση συμμετρικών, σαφώς αφοριζόμενων, **ερυθηματολεπιδωδών πλακών** που καλύπτονται από **αργυρόχροα λέπια**
- **Προσβάλλει:** δέρμα, νύχια, βλεννογόνους, αρθρώσεις
- **Κλινική εικόνα:** Υπάρχει ετερογένεια στην έκταση και στην εμφάνιση



- **Αιτιοπαθογένεια**
- Η ψωρίαση είναι πολυπαραγοντική νόσος. Η εμφάνισή της αποτελεί συνάρτηση **γενετικών και περιβαλλοντικών** παραγόντων και μίας ιδιαίτερης **ανοσολογικής απάντησης** του οργανισμού, σε **γενετικώς προδιαθετιμένα άτομα**, η οποία οδηγεί σε αύξηση του ρυθμού πολλαπλασιασμού και ατελή ωρίμανση των κερατινοκυττάρων στην επιδερμίδα, καθώς και υπερπλασία των τριχοειδών και φλεγμονώδη διήθηση στο χόριο.
- **Εκλυτικοί παράγοντες** για την εμφάνιση, συντήρηση ή υποτροπή της νόσου αποτελούν:
  1. Το τραύμα
  - 2. Οι λοιμώξεις**
  3. Τα φάρμακα
  4. Ο ήλιος
  5. Μεταβολικοί παράγοντες
  6. Ορμονικοί παράγοντες
  7. Το στρες
  8. Το αλκοόλ
  9. Το κάπνισμα

# Παθογένεια της ψωρίασης



Reprinted by permission from Macmillan Publishers Ltd: [NATURE] (494(7429):552-554), copyright 2012.

# Θεραπεία της ψωρίασης

- Η θεραπευτική προσέγγιση της ψωρίασης εξαρτάται από την κλινική μορφή της, τη βαρύτητα της (PASI), την έκταση του σώματος που προσβάλλει (BSA), την επίδραση στην ποιότητα ζωής του ασθενούς (DLQI), τις συννοσηρότητες που παρουσιάζει ο ασθενής και τα συγχορηγούμενα φάρμακα.
- Έτσι,
- **ΗΠΙΑ** θεωρείται η νόσος που παρουσιάζει :  
PASI  $\leq$  10 ή PGA  $<$  3 ή BSA  $\leq$  10 και DLQI  $\leq$  10, ενώ
- **ΜΕΤΡΙΑ και ΣΟΒΑΡΗ** η νόσος που παρουσιάζει:  
PASI  $>$  10 ή PGA  $\geq$  3 ή BSA  $>$  10 και DLQI  $>$  10  
ή PASI  $\leq$  10 ή PGA  $<$  3 ή BSA  $\leq$  10 και DLQI  $>$  10

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΗΠΙΑΣ ΨΩΡΙΑΣΗΣ

- **1ης επιλογής:**

## **ΤΟΠΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

- κερατολυτικά (σαλικυλικό οξύ– ουρία)
- τοπικά κορτικοστεροειδή
- ανάλογα βιταμίνης D3 (καλσιποτριόλη,καλσιπριόλη και συνδυαστικά σκευάσματα, όπως έτοιμα σκευάσματα γέλης / αφρού καλσιποτριόλης και διπρωπιονικής βηταμεθαζόνης (κορτικοστεροειδές)
- σκευάσματος λοσιόν ακετονιδίου τριαμσινολόνης (κορτικοστεροειδές) και σαλικυλικού οξέος (κερατολυτικό)
- Off-label τοπικά ρετινοειδή (όπως ταζαροτένη,διθρανόλη και πίσσα)
- Off-label αναστολείς καλσινευρίνης(pimecrolimus, tacrolimus)
- **2ης επιλογής:**
- Φωτοθεραπεία (τοπική PUVA, UVB-nb)

# ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕΤΡΙΑΣ – ΣΟΒΑΡΗΣ ΨΩΡΙΑΣΗΣ

- **1ης επιλογής:**
- **Φωτοθεραπεία :** (UVB-nb, UVB ευρέος φάσματος, PUVA,excimer laser)
- **Ασιτρετίνη :** (0,3 – 1 mg/kg ΒΣ/ημέρα, από το στόμα)
- **Εστέρες φουμαρικού οξέος :** σε κλιμακούμενο δοσολογικό σχήμα (στο φουμαρικό διμεθυλεστέρα αρχίζει από 30mg ημερησίως την 1η εβδομάδα, στη συνέχεια εβδομαδιαία αύξηση κατά 30mg τις πρώτες 3 εβδομάδες και μέγιστη δυνατή ποσότητα χορήγησης από την 9η εβδομάδα θεραπείας τα 720 mg ημερησίως)
- **Κυκλοσπορίνη :** (2,5 – 5 mg/kg ΒΣ/ημέρα, από το στόμα)
- **Μεθοτρεξάτη:** (5 - 30 mg/εβδομάδα, από το στόμα ή ενδομυϊκά ή υποδορίως – συγχορήγηση φυλλικού οξέος 1-5 mg/εβδομάδα συνιστάται)



**2ης επιλογής:**

**Μικρά μόρια (apremilast)**

**Anti-TNF $\alpha$  (etanercept, infliximab, **adalimumab, certolizumab**)**

**Anti-IL12/23 (ustekinumab)**

**Anti-IL17 (secukinumab, brodalumab, ixekizumab, bimekizumab)**

**Anti-IL23 (guselkumab, risankisumab)**

## COVID-19 ΚΑΙ ΨΩΡΙΑΣΗ

- Οι λοιμώξεις αποτελούν **εκλυτικό παράγοντα** της ψωρίασης, αλλά και οι ασθενείς **υπό ανοσοκατασταλτική θεραπεία** ψωρίασης βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο επιπλοκών λοιμώξεων συμπεριλαμβανομένου **σοβαρών μορφών COVID-19 λοίμωξης**
- **Η ψωρίαση** δεν αποτελεί κατάσταση ανοσοκαταστολής, αλλά **αυξάνει την φλεγμονή** στον οργανισμό
- Τα επίπεδα **IL-1, TNF και IL-6** στον ορό και τους ιστούς είναι αυξημένα σε ασθενείς με COVID-19. Επιπλέον, η μόλυνση με SARS-CoV-2 πιθανότατα οδηγεί σε αυξημένες συγκεντρώσεις **IL-12 και IL-23** στον ορό με ενεργοποίηση Th1 και Th17, τα οποία παράγουν **IL-17**

## Παράγοντες κινδύνου για σοβαρή νόσηση COVID-19

-Ηλικία >60

-Μη ελεγχόμενες ή πολλαπλές χρόνιες συννοσηρότητες :

- καρδιαγγειακά
- χρόνια πνευμονική νόσος
- ηπατική νόσος
- χρόνια νεφρική νόσος
- διαβήτης
- υπέρταση
- ορισμένες κακοήθειες
- κάπνισμα

-Υψηλές δόσεις ή πολλαπλά ανοσοκατασταλτικά

-Ιστορικό σοβαρών ή επαναλαμβανόμενων λοιμώξεων αναπνευστικού

## POSITION STATEMENT, 2021 European Academy of Dermatology and Venereology

- Για την έναρξη ή την διακοπή της συστηματικής θεραπείας οι ιατροί θα πρέπει να λάβουν υπόψη πολλούς παράγοντες συμπεριλαμβανομένου **ατομικού κινδύνου αθεράπευτης ή υποθεραπευόμενης φλεγμονώδους δερματικής νόσου με βάση την σοβαρότητα και την επίδραση στην ποιότητα ζωής του**
- Γενικά η έναρξη ή η διατήρηση συστηματικής θεραπείας δεν πρέπει να αναστέλλεται
- Οι ιατροί πρέπει να λαμβάνουν υπόψη **τον κίνδυνο έκθεσης σε COVID-19, τα συμπτώματα νόσησης, το στάδιο σοβαρότητας της λοίμωξης, τις συννοσηρότητες και τους παράγοντες κινδύνου για σοβαρή νόσηση (ηλικία > 65 ετών)**
- Για ασθενείς που λαμβάνουν **βιολογικούς παράγοντες (anti-TNF, anti-IL), στοχευμένα μικρά μόρια (αναστολείς PDE4), κορτικοστεροειδή και ανοσοκατασταλτικά (CSA, MTX)**, υπάρχει **ελάχιστος έως καθόλου κίνδυνος** για χειρότερη έκβαση κατά την πανδημία COVID-19 και οι ασθενείς μπορούν να **συνεχίσουν την θεραπεία τους**
- **Ασυμπτωματικοί ασθενείς** που βγαίνουν θετικοί σε COVID-19 μπορούν επίσης να **συνεχίσουν την θεραπεία τους**, με κατάλληλο follow-up
- Για ασθενείς με **συμπτωματική λοίμωξη SARS-CoV-2**, η συνέχιση της θεραπείας με **βιολογικούς παράγοντες και στοχευμένα μικρά μόρια** θα πρέπει να αξιολογείται **σε ατομική βάση**, ανάλογα με τη σοβαρότητα της λοίμωξης, τους παράγοντες κινδύνου του ασθενούς και τον μηχανισμό δράσης των φαρμάκων. Γενικά, συστήνεται η **διακοπή μη απαραίτητων φαρμάκων**
- Lebwohl et al. σημείωσαν ότι η διακοπή ορισμένων βιολογικών παραγόντων μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια ανταπόκρισης όταν επανεισαχθούν οι θεραπείες ή ακόμη και στον σχηματισμό αντισωμάτων έναντι του βιολογικού παράγοντα
- Σε κάθε περίπτωση **οι κίνδυνοι και τα οφέλη θα πρέπει να εξατομικεύονται**

<b>ΦΑΡΜΑΚΟ</b>	<b>ΚΟΙΝΕΣ ΧΡΗΣΕΙΣ ΣΕ ΔΕΡΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ</b>	<b>ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ</b>
ΜΕΘΟΤΡΕΞΑΤΗ	<b>ΨΩΡΙΑΣΗ</b> ΑΤΟΠΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΑ ΠΟΜΦΟΥΛΓΩΔΕΣ ΠΕΜΦΙΓΟΕΙΔΕΣ ΓΥΡΟΕΙΔΗΣ ΑΛΩΠΕΚΙΑ ΔΕΡΜΑΤΙΚΟΣ ΛΥΚΟΣ	<b>ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΑΥΞΗΜΕΝΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΓΙΑ ΔΕΡΜΑΤΙΚΕΣ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΚΑΙ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΚΑΘΟΛΟΥ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΓΙΑ ΣΟΒΑΡΗ ΛΟΙΜΩΞΗ</b>
ΚΥΚΛΟΣΠΟΡΙΝΗ	<b>ΨΩΡΙΑΣΗ</b> ΑΤΟΠΙΚΗ ΔΕΡΜΑΤΙΤΙΔΑ ΓΑΓΓΡΑΙΝΩΔΕΣ ΠΥΟΔΕΡΜΑ	<b>ΕΛΑΧΙΣΤΑ ΑΥΞΗΜΕΝΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΓΙΑ ΛΟΙΜΩΞΕΙΣ ΑΝΑΠΝΕΥΣΤΙΚΟΥ ΠΙΘΑΝΟΣ ΡΟΛΟΣ ΣΕ COVID-19 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΣΕ IN-VITRO ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ</b>
ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΑ ΚΟΡΤΙΚΟΣΤΕΡΟΕΙΔΗ (ΠΡΕΔΝΙΖΟΛΟΝΗ>20mg)	ΠΟΛΛΕΣ	<b>ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΑΥΞΗΜΕΝΟΣ ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΓΙΑ ΛΟΙΜΩΞΗ</b>

TABLE 2, Charlie Wang et al, COVID-19 and the use of immunomodulatory and biologic agents for severe cutaneous disease: An Australian/New Zealand consensus statement, Australasian Journal of Dermatology (2020), doi: 10.1111/ajd.13313

ΦΑΡΜΑΚΟ	ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΛΟΙΜΩΞΗΣ	ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΔΡΑΣΗ
ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ TNF-a	<b>ΕΛΑΧΙΣΤΟΣ-ΑΜΕΛΗΤΕΟΣ</b>	Προάγει τύπου I INF-χρήσιμη έναντι ιού TNF-β δρά συνεργικά με INF-γ (έμφυτη ανοσία στο σημείο της λοίμωξης) <b>Κλινικές μελέτες για adalimumab ως θεραπευτική επιλογή</b>
ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ IL	<b>ΕΛΑΧΙΣΤΟΣ-ΑΜΕΛΗΤΕΟΣ</b>	<b>Επωφελεί σε μεταγενέστερα στάδια σοβαρής νόσησης COVID-19(κλινικές μελέτες)</b>
APREMILAST	<b>ΕΛΑΧΙΣΤΟΣ-ΑΜΕΛΗΤΕΟΣ</b>	Γενικά ασφαλής σε μακροχρόνια χρήση-ο κίνδυνος χρήσης σε COVID-19 είναι άγνωστος
ΠΡΕΔΝΙΖΟΛΟΝΗ	<b>ΜΕΤΡΙΟΣ-ΕΛΑΧΙΣΤΟΣ ΔΟΣΟΞΕΑΡΤΩΜΕΝΟΣ</b>	Πιθανή καταστολή ιικής κάθαρσης <b>Δεξαμεθαζόνη βοηθά επιβίωση σε νοσηλευόμενους με COVID-19-υποστήριξη αναπνευστικού</b>

Table 1, J. Beecker et al, Position statement for a pragmatic approach to immunotherapeutics in patients with inflammatory skin diseases during the coronavirus disease 2019 pandemic and beyond, JEADV 2021, 35, 797–806, DOI: 10.1111/jdv.17075

## Australian consensus statement, Australasian Journal of Dermatology, 2020

- **Όλα τα ανοσοκατασταλτικά** που χρησιμοποιούνται για δερματικές παθήσεις θα πρέπει **να αναβάλλονται άμεσα** με πιθανή εξαίρεση τα κορτικοστεροειδή
- Ασθενείς που λαμβάνουν **βιολογικό παράγοντα να αναβάλουν την επόμενη δόση** εάν πέσει εντός μηνός από την έναρξη της λοίμωξης (με βάση την πιθανή διάρκεια αποβολής του ιού)
- **Επανεναρξη της θεραπείας με βιολογικούς παράγοντες μόνο μετά την υποχώρηση της λοίμωξης ή/και επιβεβαίωση αρνητικής εξέτασης PCR για COVID-19**
- **Τα συμβατικά ανοσοκατασταλτικά θα πρέπει να αναβάλλονται για ένα μήνα** από την έναρξη της COVID-19 λοίμωξης και επανεναρξη μετά την υποχώρηση της λοίμωξης ή/και επιβεβαίωση αρνητικής εξέτασης PCR για COVID-19
- Οι κλινικοί ιατροί θα πρέπει να διατηρούν υψηλό δείκτη υποψίας για σοβαρή νόσηση εάν η διακοπή των ανοσοκατασταλτικών δεν είναι δυνατή ή παρατηρείται περιορισμένη ανάρρωση παρά τη διακοπή
- Πρέπει να δίνεται **προσοχή κατά την έναρξη ανοσοτροποποιητικών που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο σοβαρής λοίμωξης, ιδίως TNF-α αναστολείς**. Μπορεί να δοθούν μειωμένες δόσεις κατά την διάρκεια της πανδημίας
- Τα **κορτικοστεροειδή σε δοσολογίες άνω των 20 mg πρεδνιζολόνης ή ισοδύναμα θεωρούνται σημαντικά ανοσοκατασταλτικά** και συνιστάται αποφυγή τέτοιων δόσεων κατά τη διάρκεια της πανδημίας
- Εάν η μείωση της θεραπείας με κορτικοστεροειδή ενδείκνυται για περιορισμό κινδύνου μόλυνσης κατά τη διάρκεια της πανδημίας συνιστάται μείωση με στόχο μια δόση  $\leq 10$  mg πρεδνιζολόνης ή ισοδύναμο

ΦΑΡΜΑΚΟ	ΧΡΟΝΟΣ ΗΜΙΣΕΙΑΣ ΖΩΗΣ	ΠΙΘΑΝΗ ΜΕΙΩΣΗ ΔΟΣΗΣ
ΚΥΚΛΟΣΠΟΡΙΝΗ	5-18h	Μείωση σε $\leq 1$ mg/kg/day
ΜΕΘΟΤΡΕΞΑΤΗ	25-30h	Μείωση σε $\leq 10$ mg/week
ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΑ ΚΟΡΤΙΚΟΣΤΕΡΟΕΙΔΗ	3-4h πρεδνιζολόνη	Μείωση σε 10 mg/day πρεδνιζολόνης ή ισοδύναμο
ΡΕΤΙΝΟΕΙΔΗ	10-20h ισοτρετινοΐνη 49h ασιτρετίνη 2-10h αλιτρετινοΐνη	Δεν απαιτείται τροποποίηση
ΕΣΤΕΡΕΣ ΦΟΥΜΑΡΙΚΟΥ ΟΞΕΟΣ		Πιθανόν θεραπευτικό όφελος-Μη επαρκή δεδομένα
ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	ποικίλλει	Παράταση χρόνου μεταξύ των δόσεων Προσωρινή διακοπή case-by- case
ΑΠΡΕΜΙΛΑΣΤΗ	9h	Δεν απαιτείται τροποποίηση

TABLE 3, Charlie Wang et al, COVID-19 and the use of immunomodulatory biologic agents for severe cutaneous disease: Australian/New Zealand consensus statement, Australasian Journal of Dermatology (2020), doi: 10.1111/ajd.13313 and An



## AMERICAN ACADEMY OF DERMATOLOGY ASSOCIATION,2020

- Ασθενείς υπό ανοσοκατασταλτική θεραπεία θετικοί στον COVID-19




Συνιστάται διακοπή ή αναβολή των συστηματικών ανοσοκατασταλτικών έως ότου ο ασθενής αναρρώσει από COVID-19 (AAD non-biologics Guidelines και AAD Biologics Guidelines)

- Επανεναρξη της θεραπείας μετά από πλήρη ανάρρωση



*Review*

## **Treatment of Moderate to Severe Psoriasis during the COVID-19 Pandemic: Lessons Learned and Opportunities**

Anna Campanati <sup>\*,†</sup> , Federico Diotallevi <sup>†</sup> , Emanuela Martina <sup>\*</sup>, Giulia Radi  and Annamaria Offidani

- Τα ποσοστά COVID-19 λοίμωξης, νοσηλείας και θνητότητας δεν ήταν αυξημένα σε ψωριασικούς ασθενείς υπό θεραπεία με **βιολογικούς παράγοντες** σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό
- **Ο κίνδυνος για νοσηλεία είναι μικρότερος** σε ασθενείς υπό θεραπεία με **βιολογικούς παράγοντες** σε σχέση με αυτούς που λαμβάνουν άλλη συστηματική θεραπεία
- Η θεραπεία με **anti-TNFα** **περιορίσε τον κίνδυνο για COVID-19 νοσηλεία** συγκριτικά με μεθοτρεξάτη και ustekinumab
- Η θεραπεία με **anti-IL-17** **δεν αυξάνει τον κίνδυνο λοίμωξης ή σοβαρότερης νόσησης**
- **119/151** ασθενείς που λάμβαναν θεραπεία με **secukinumab** **δεν ανέπτυξαν καθόλου COVID-19 λοίμωξη**
- Όσον αφορά τις **anti-IL-23** σε μελέτη **57** ασθενών **κανένας δεν ανέπτυξε λοίμωξη** και αναφέρθηκαν 3 case reports με ασυμπτωματική νόσηση
- Σε **114** ασθενείς που λάμβαναν **κυκλοσπορίνη** **δεν αναφέρθηκε θάνατος ή νοσηλεία COVID-19**
- Όσον αφορά την **μεθοτρεξάτη** αναφέρθηκε **αυξημένος κίνδυνος νοσηλείας**, ωστόσο δεν υπήρχε διαφορά στην σοβαρότητα σε αυτούς που λάμβαναν μεθοτρεξάτη και σε αυτούς που δεν λάμβαναν καμία συστηματική θεραπεία
- Όσον αφορά την απρεμιλάστη σε **402** ασθενείς υπό απρεμιλάστη **δεν αναφέρθηκε COVID-19 λοίμωξη**
- Αναφέρθηκαν **case reports με επιδείνωση ψωρίασης** μετά από θεραπεία με **υδροξυχλωροκίνη ή κορτιζόνη**

---

# National Psoriasis Foundation COVID-19 Task Force guidance for management of psoriatic disease during the pandemic: Version 2—Advances in psoriatic disease management, COVID-19 vaccines, and COVID-19 treatments



Joel M. Gelfand, MD, MSCE,<sup>a,b</sup> April W. Armstrong, MD, MPH,<sup>c</sup> Stacie Bell, PhD,<sup>d</sup>  
George L. Anesi, MD, MSCE, MBE,<sup>b,c</sup> Andrew Blauvelt, MD, MBA,<sup>f</sup> Cassandra Calabrese, DO,<sup>g</sup>  
Erica D. Dommasch, MD, MPH,<sup>h</sup> Steven R. Feldman, MD, PhD,<sup>i</sup> Dafna Gladman, MD, FRCPC,<sup>j,k</sup>  
Leon Kircik, MD,<sup>l,m</sup> Mark Lebwohl, MD,<sup>l</sup> Vincent Lo Re III, MD, MSCE,<sup>b,n</sup> George Martin, MD,<sup>o</sup>  
Joseph F. Merola, MD, MMSc,<sup>p</sup> Jose U. Scher, MD,<sup>q</sup> Sergio Schwartzman, MD,<sup>r</sup> James R. Treat, MD,<sup>s</sup>  
Abby S. Van Voorhees, MD,<sup>t</sup> Christoph T. Ellebrecht, MD,<sup>a</sup> Justine Fenner, MD,<sup>l</sup> Anthony Ocon, MD, PhD,<sup>u</sup>  
Maha N. Syed, MBBS,<sup>a</sup> Erica J. Weinstein, MD,<sup>n</sup> George Gondo, MA,<sup>d</sup> Sue Heydon, MA,<sup>d</sup>  
Samantha Koons, BS,<sup>d</sup> and Christopher T. Ritchlin, MD, MPH<sup>u</sup>

*Philadelphia, Pennsylvania; Los Angeles, California; Portland, Oregon; Cleveland, Ohio; Boston, Massachusetts; Winston-Salem, North Carolina; Toronto, Ontario, Canada; New York and Rochester, New York; Indianapolis, Indiana; Maui, Hawaii; and Norfolk, Virginia*

**Objective:** To update guidance regarding the management of psoriatic disease during the COVID-19 pandemic.

---

**Table 1. NPF COVID-19 TF guidance for management of psoriatic disease during the pandemic: Version 2**

Guidance number	Guidance statement	Level of consensus
1.2	The likelihood of poor outcomes from COVID-19 is driven by risk factors such as older age and comorbidities such as chronic heart, lung, or kidney disease and metabolic disorders such as diabetes and obesity. Patients with psoriatic disease are more prone to these comorbidities, particularly in those with more severe disease.	High
2.4	Individuals newly diagnosed with psoriasis and/or psoriatic arthritis or who are currently not receiving treatment should be aware that untreated psoriatic disease is associated with serious impact on physical and emotional health and, in the case of psoriatic arthritis, can lead to permanent joint damage and disability. Shared decision making between clinician and patient is recommended to guide discussions about use of systemic therapies during the pandemic. (See guidance 2.5 for definition of <i>shared decision making</i> .)	High
3.1	Telemedicine should be offered to manage patients wherever possible when local restrictions or pandemic conditions limit the ability for in-person visits. The following patients can be managed with telemedicine: Patients who are clinically stable and previously started on psoriatic disease treatment. Patients requiring a follow-up visit and refills for medication. New patients without timely access to in-person visits. Patients diagnosed with COVID-19 who are experiencing a significant flare. If telemedicine visits become inadequate to monitor patients' disease progress or manage new or evolving symptoms or signs of skin and joint disease, clinicians and patients should consider in-person visits.	Moderate

4.1

Patients should be advised to follow measures that prevent infection with SARS-CoV-2.

High

These preventative measures include the following: to practice good hand hygiene, to maintain physical distancing from nonhousehold members, and to wear a face covering of the nose and mouth when indoors (except in their own home) and when outdoors but unable to maintain physical distancing. Face coverings should not be used in children under 2 years old due to risk of suffocation. See Supplemental Table VI for details.

- |      |  |      |
|------|--|------|
| 4.4. | <p>Patients with psoriatic disease should receive the seasonal inactivated (eg, killed) influenza vaccine. While this vaccine will not protect against SARS-CoV-2, influenza vaccine lowers the risk of infection from seasonal influenza, which is of special importance to individual and public health during the COVID-19 pandemic. Patients taking systemic medications for psoriasis or psoriatic arthritis should discuss the timing of influenza vaccination with respect to their systemic psoriatic medications with their health care provider in order to optimize the response to the influenza vaccine.</p>  | High |
| 4.5  | <p>Patients with psoriatic disease who do not have contraindications to vaccination should receive an mRNA-based COVID-19 vaccine as soon as it becomes available to them based on federal, state, and local guidance. Systemic medications for psoriasis or psoriatic arthritis are not a contraindication to the mRNA-based COVID-19 vaccine. If vaccine supply is limited, the TF recommends following the CDC's prioritization guidelines for early vaccination for selected groups based on their comorbidities and work setting (<a href="https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/recommendations-process.html">https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/recommendations-process.html</a>).</p> | High |
| 4.6  | <p>It is recommended that patients who are to receive an mRNA-based COVID-19 vaccine continue their biologic or oral therapies for psoriasis and/or psoriatic arthritis in most cases. Shared decision making between clinician and patient is recommended to guide discussions about use of systemic therapies during the pandemic. (See guidance 2.5 for definition of <i>shared decision making</i>.)</p>   | High |

5.4.1	<u>Hydroxychloroquine or chloroquine are not recommended for the prevention or treatment of COVID-19 in patients with psoriatic disease outside of a clinical trial. Cases of psoriasis flare have been reported in patients on antimalarial medications, but the clinical significance is not well understood.</u>	High
5.4.2	At this time, due to insufficient data to recommend for or against the use of convalescent plasma for the treatment of COVID-19 in patients with psoriatic disease, the TF recommends convalescent plasma to primarily be used in the setting of a clinical trial. Outside of a clinical trial, its use may be considered on a case-by-case basis with shared decision making between the patient and provider.	Moderate
5.4.3	<u>Ivermectin is not recommended for the prevention or treatment of COVID-19 in patients with psoriatic disease outside of a clinical trial.</u>	High
5.5	<u>Resumption of psoriasis and/or psoriatic arthritis treatments held during SARS-CoV-2 infection should be decided on a case-by-case basis. Most patients can restart psoriasis and/or psoriatic arthritis treatments after complete resolution of COVID-19 symptoms. In those who have had a severe hospital course, shared decision making made on a case-by-case basis is recommended.</u>	Moderate



# ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΗ ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΝΟΣΟ COVID-19

Ανάλογα με την ανοσολογική επάρκεια, τα άτομα κατατάσσονται σε:

A. Ανοσοεπαρκή άτομα

B. Άτομα που έχουν προδιαθεσικούς παράγοντες κινδύνου για εξέλιξη της COVID-19 σε σοβαρή νόσο όπως:

- άτομα ηλικίας > 65 ετών,
- παχυσαρκία (BMI>30),
- ανοσοκαταστολή,
- αιμοκάθαρση, χρόνια καρδιοπάθεια, χρόνια αποφρακτική πνευμονοπάθεια,
- κυστική ίνωση, χρόνια αναπνευστική ανεπάρκεια υπό οξυγονοθεραπεία κατ' οίκον και διάμεσες πνευμονοπάθειες με προεξάρχουσα την ιδιοπαθή πνευμονική ίνωση
- σακχαρώδης διαβήτης, αιμοσφαιρινοπάθειες, εγκυμοσύνη 3ου τριμήνου
- Ηπατική ή νεφρική δυσλειτουργία.

Γ. Αν το άτομο δεν έχει πλήρως εμβολιαστεί (3 ή 4 δόσεις) ή έχει περάσει διάστημα μεγαλύτερο των έξι μηνών από τον εμβολιασμό του, τότε αυξάνεται επιπλέον ο κίνδυνος που επιφέρουν οι επιμέρους παράγοντες κινδύνου.

# ΕΝΑΡΞΗ ΠΡΩΙΜΗΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

- Σε μη-νοσηλευόμενους ασθενείς με ήπια προς μέτρια νόσο COVID-19 και με παράγοντες κινδύνου για εξέλιξη σε βαριά νόσο, συνιστώνται κατά σειρά προτεραιότητας βάσει της αποτελεσματικότητας, της ευκολίας χορήγησης και της διαθεσιμότητας τους οι παρακάτω επιλογές :
- Το αντιϊικό Paxlovid (nirmatrelvir 300mg + ριτοναβίρη 100mg) από του στόματος 2 φορές την ημέρα για 5 ημέρες ( διατίθεται στην Ελλάδα).
- Εάν δεν είναι διαθέσιμο ή αντεδείκνυται συνιστάται η χορήγηση του αντιϊικού Remdesivir ενδοφλεβίως για έγχυση την 1η ημέρα 200mg και στη συνέχεια 100mg ενδοφλεβίως την 2η και 3η ημέρα.
- Εάν παραπάνω επιλογές δεν είναι διαθέσιμες τότε συνιστάται το αντιϊικό Molnupiravir σε δόση 800mg ημερησίως για 5 ημέρες.
- Το Molnupiravir διατίθεται στην Ελλάδα μόνο για περιορισμένη χρήση σε άτομα που δενμπορούν να λαβουν Paxlovid λόγω ηπατικής ανεπάρκειας, νεφρικής ανεπάρκειας τελικού σταδίου, η αλληλοεπιδράσεων με άλλα συγχορηγούμενα φαρμακα.
- Αντιπηκτική Αγωγή: Εάν ο ασθενής λαμβάνει ήδη αντιπηκτική αγωγή για άλλο υποκείμενο νόσημα δεν πρέπει να τη διακόψει ή να τροποποιήσει το δοσολογικό σχήμα.

## ΔΟΣΟΛΟΓΙΚΟ ΣΧΗΜΑ PAXLOVID

- Χορηγούνται 2 δισκία nirmatrelvir 150-mg και 1 δισκίο ritonavir 100-mg δύο φορές ημερησίως για 5 ημέρες
- Η έναρξη της αγωγής εντός 5 ημερών από την εισβολή των συμπτωμάτων της COVID-19
- Δεν χορηγείται σε εγκυμονούσες γυναίκες
- Δοσολογία προσαρμοσμένη στη νεφρική λειτουργία

# Άτομα με επιβεβαιωμένη λοίμωξη από Sars-Cov-2 – Απομόνωση:

- Παραμονή σε απομόνωση επί πέντε (5) ημέρες τουλάχιστον και αποφυγή επαφής με άλλα άτομα. Η ημέρα λήψης του θετικού test θεωρείται ως ημέρα 0 και ακολουθούν οι πέντε (5) ημέρες απομόνωσης.
- Μετά την πάροδο πέντε (5) ημερών απομόνωσης και εάν δεν υπάρχουν συμπτώματα ή τα συμπτώματα μετά το πενθήμερο βελτιώνονται με πλήρη υποχώρηση του πυρετού για ένα 24ωρο χωρίς την χρήση αντιπυρετικών, διακοπή απομόνωσης.
- Εάν ο πυρετός συνεχίζει, παράταση της απομόνωσης εντός οικίας μέχρις πλήρους υποχώρησης του πυρετού.
- Υποχρεωτική χρήση μάσκας υψηλής αναπνευστικής προστασίας (N95 ή KN95 ή FFP2) ή διπλής μάσκας για τουλάχιστον άλλες πέντε (5) ημέρες από την λήξη της απομόνωσης.

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΝΤΙΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ ΣΕ ΕΞΩΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΥΣ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΝΟΣΟ COVID 19 ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΟΥ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

- ✓ Θετικό RAPID TEST ή PCR για SARS-CoV2
- ✓ Πρώτες 5 ημέρες από την εμφάνιση συμπτωμάτων (η αίτηση υποβάλλεται εντός των 3 πρώτων ημερών)
- ✓ Απουσία κατάστασης κύησης ή θηλασμού
- ✓ Παρουσία παραγόντων κινδύνου για εξέλιξη σε σοβαρή νόσο

❖ Μεταμόσχευση συμπαγών οργάνων ή αιμοποιητικών κυττάρων	Z94, T86
❖ Άτομα σε λίστα αναμονής για μεταμόσχευση οργάνου	
❖ <u>Κυστική ίνωση</u>	E84
❖ Καρκίνος συμπαγούς οργάνου σε άτομα που υποβάλλονται σε θεραπεία (χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία, ανοσοθεραπεία ή άλλη θεραπεία)	C00 ως 97 (εκτός αιματολογικού καρκίνου)
❖ <u>Αιματολογικές κακοήθειες (ενεργός νόσος)</u>	D37 ως D48, C81 ως C86, C88 C90 ως C95
❖ Πρωτοπαθείς ανοσοανεπάρκειες & 2-παθείς λόγω θεραπείας με Β-ειδικούς παράγοντες π.χ. Rituximab, υψηλές δόσεις και παρατεταμένη χορήγηση κορτικοειδών, <u>βιολογικοί παράγοντες</u>	D80-D84
❖ HIV με CD4<200 κύτταρα/μL	
❖ Υποβολή σε αιμοκάθαρση ή περιτοναϊκή κάθαρση <b>ΠΡΟΣΟΧΗ : Μόνο για χορήγηση μολνουπιραβίρης (Lagevrio)</b>	N18, N19, Y84.1
❖ Ηλικία ≥75 ετών	
❖ 2 ή περισσότεροι παράγοντες από τους κατωτέρω	

- Ηλικία ≥ 65
- BMI ≥ 35
- ΣΔ υπό θεραπεία
- Χρόνια νεφρική νόσος (κάθαρση κρεατινίνης >30ml/min για να χορηγηθεί Paxlovid)
- Χρόνια ηπατική νόσος
- Χρόνια καρδιαγγειακή νόσος (εγκεφαλικό, έμφραγμα, καρδιακή ανεπάρκεια, περιφερική αγγειοπάθεια, ανευρύσματα, ΑΥ υπό θεραπεία)
- Πνευμονική ίνωση
- Χρόνια αναπνευστική ανεπάρκεια υπό οξυγονοθεραπεία
- Θαλασσαιμία, δρεπανοκυτταρική αναιμία

Έλεγχος αλληλεπιδράσεων με τα φάρμακα στην πλατφόρμα  
<https://www.covid19-druginteractions.org/>

ΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΣΥΓΧΟΡΗΓΟΥΜΕΝΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΤΟΥ  
NIRMATRELVIR / RITONAVIR (PAXLOVID)

Πίνακας 1

Στον παρακάτω πίνακα αναφέρονται τα φάρμακα που θα πρέπει να τροποποιηθεί η δοσολογία τους κατά την συγχορήγηση τους με NIRMATRELVIR / RITONAVIR (PAXLOVID).

Επιπλέον συνιστάται η παρακολούθηση του ασθενούς για τυχόν εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών.

Alprazolamd	Clarithromycin	Iloperidone	Rifabutin
Amlodipine	Clobazamd	Itraconazole	Riociguat
Apixaban	Cyclosporinef	Ivacaftor	Saxagliptin
Aripiprazole	Darifenacin	Ketoconazole	Sildenafil for ED
Brexpiprazole	Digoxin	Maraviroc	Ruxolitinib
Buspirone	Elexacaftor/tezacaftor/ ivacaftor	Mexiletine	Tadalafil for ED
Cariprazine	Eluxadoline	Oxycodone	Tamsulosin
Chlordiazepoxided	Fentanyl	Pimavanserin	Tezacaftor/ivacaftor
Cilostazol		Quetiapine	Trazodone
			Vardenafil for ED

Πηγή: Liverpool COVID-19 Drug Interactions website

Πίνακας 2

Στον παρακάτω πίνακα αναφέρονται τα φάρμακα που πρέπει να διακοπούν κατά την διάρκεια χορήγησης του NIRMATRELVIR / RITONAVIR (PAXLOVID).

Alfuzosin	Diazepamd	Lomitapide	Simvastatin
Aliskiren	Eletriptan	Lovastatin	Sirolimusf
Atorvastatin	Erythromycin	Naloxegol	Suvorexant
Avanafil	Estazolamd	Ranolazine	Tacrolimusf
Chemotherapyc	Everolimusf	Rimegepant	Ticagrelor
Clonazepamd	Finerenone		Triazolamd

---

Clorazepated	Flibanserin	Rivaroxabang	Ubrogепant
Colchicinee	Flurazepamd	Rosuvastatin	Vorapaxar
		Salmeterol	
		Silodosin	

Πηγή: Liverpool COVID-19 Drug Interactions website

### Πίνακας 3

Στον παρακάτω πίνακα αναφέρονται τα φάρμακα με τα οποία δεν πρέπει να συγχορηγηθεί το NIRMATRELVIR / RITONAVIR (PAXLOVID). Συνιστάται η επιλογή άλλου φαρμάκου για την πρώιμη αντιϊκή χορήγηση της COVID-19 λοίμωξης.

Amiodarone	Enzalutamide	Meperidine	Rifampin
Apalutamide	Eplerenone	(pethidine)	Rifapentine
Bosentan	Ergot derivatives	Midazolam (oral)	Sildenafil for PH
Carbamazepine	Flecainide	Phenobarbital	St. John's wort
Clopidogrela	Glecaprevir/pibrentasvir	Phenytoin	Tadalafil for PH
Clozapine	Ivabradine	Pimozide	Tolvaptan
Disopyramide	Lumacaftor/ivacaftor	Primidone	Vardenafil for PH
Dofetilide	Lumateperone	Propafenone	Voclosporin
Dronedarone	Lurasidone	Quinidine	

Πηγή: Liverpool COVID-19 Drug Interactions website



## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

- Επί του παρόντος υπάρχουν **ανεπαρκή στοιχεία** για να καθοριστεί εάν ασθενείς που λαμβάνουν **συστηματικά ανοσοκατασταλτικά** βρίσκονται **σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης νόσου COVID-19 ή σοβαρής νόσησης**
- Σε ασθενείς **υψηλού κινδύνου** με υποψία ή επιβεβαιωμένη νόσο **COVID-19**, **όλα τα ανοσοκατασταλτικά** που χρησιμοποιούνται για δερματικές παθήσεις θα πρέπει **να αναστέλλονται άμεσα** με πιθανή εξαίρεση τα συστηματικά κορτικοστεροειδή όπου απαιτείται σταδιακή μείωση και **να επαναχορηγούνται μετά από πλήρη ανάρρωση**
- Σε ασθενείς που αναπτύσσουν συμπτώματα ή σημεία λοίμωξης αναπνευστικής οδού, αλλά **COVID-19 δεν έχει ακόμη επιβεβαιωθεί**, να εξετάζεται το ενδεχόμενο **μείωσης της δόσης ή προσωρινή διακοπή για 1-2 εβδομάδες**
- Σε ασθενείς **χαμηλού κινδύνου σε καλή κατάσταση** τα ανοσοκατασταλτικά και οι βιολογικοί παράγοντες θα πρέπει να **συνεχιστούν**
- Σε κάθε περίπτωση συστήνεται **εξατομικευμένη προσέγγιση** λαμβάνοντας υπόψη:
  - τον ατομικό κίνδυνο αθεράπευτης ή υποθεραπευόμενης φλεγμονώδους δερματικής νόσου
  - την σοβαρότητα covid-19 λοίμωξης
  - τις συννοσηρότητες
  - τους παράγοντες κινδύνου για σοβαρή νόσηση και
  - τον μηχανισμό δράσης των φαρμάκων

# ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- J. Beecker et al, Position statement for a pragmatic approach to immunotherapeutics in patients with inflammatory skin diseases during the coronavirus disease 2019 pandemic and beyond, JEADV 2021, 35, 797–806, DOI: 10.1111/jdv.17075
- Bruce H.Thiers et al, Guidance on the use of medications during COVID-19 outbreak,American Academy of Dermatology Association, October 15, 2020
- Anna Campanati et al, Treatment of Moderate to Severe Psoriasis during the COVID-19 Pandemic: Lessons Learned and Opportunities, J. Clin. Med. 2022, 11, 2422. <https://doi.org/10.3390/jcm11092422>
- P.V. Chernyshov et al, Position statement of the European Academy of Dermatology and Venereology Task Force on Quality of Life and Patient Oriented Outcomes on quality of life issues in dermatologic patients during the COVID-19 pandemic, JEADV 2020, 34, 1666–1671, DOI: 10.1111/jdv.16720
- Joel M. Gelfand et al,National Psoriasis Foundation COVID-19 Task Force guidance for management of psoriatic disease during the pandemic:Version 2dAdvances in psoriatic disease management, COVID-19 vaccines, and COVID-19 treatments, J AM ACAD DERMATOL, VOLUME 84, NUMBER 5, MAY 2021
- Charlie Wang et al, COVID-19 and the use of immunomodulatory and biologic agents for severe cutaneous disease: An Australian/New Zealand consensus statement, The Australasian College of Dermatologists,2020, doi: 10.1111/ajd.13313
- Michael P. Schön et al, COVID-19 and immunological regulations – from basic and translational aspects to clinical implications, J Dtsch Dermatol Ges. 2020 Aug; 18(8): 795–807.
- Published online 2020 Aug 6. doi: 10.1111/ddg.14169
- Zeinab Aryanian et al, SARS-CoV-2 vaccination and practical points in psoriasis patients: A narrative review, Dermatologic Therapy. 2022;35:e15430. <https://doi.org/10.1111/dth.15430>
- A Nast et al,Euroguiderm guideline for the systemic treatment of psoriasis vulgaris,European Dermatplogy Forum,September 2023
- Στρατηγός Αλέξανδρος και συνεργάτες, Επιστημονική Ομάδα Εργασίας για την ολοκλήρωση και επικαιροποίηση των Διαγνωστικών και Θεραπευτικών Πρωτοκόλλων Συνταγογράφησης για τα Δερματολογικά Νοσήματα, ΨΩΡΙΑΣΗ, ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ,ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ,ΑΥΤΟΤΕΛΕΣ ΤΜΗΜΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΩΝ ΚΑΙ ΜΗΤΡΩΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ,2023
- Δ. Παρασκευής και συνεργάτες,ΟΔΗΓΟΣ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗΣ ΕΝΗΛΙΚΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΝΟΣΟ COVID-19 ΣΤΗΝ ΠΦΥ ΕΚΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ, ΙΣΑ,ΑΝΑΘΕΩΡΗΣΗ 4/4/2022

προσοχή σας

Σας ευχαριστώ πολύ για την