



Σε συνεργασία με την

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ  
ΓΙΑ ΤΗ ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΗ ΥΓΕΙΑ

Επιστημονική Ρευματολογική Εταιρεία Κύπρου  
Scientific Rheumatology Association of Cyprus

16<sup>ο</sup> ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ  
ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΠΕΜΥ  
με διεθνή συμμετοχή

SCIENTIFIC CONFERENCE  
ON THE MUSCULOSKELETAL HEALTH

3-6 ΟΚΤΩΒΡΙΟΥ 2024 Ξενοδοχείο Du Lac, ΙΩΑΝΝΙΝΑ

[www.epemy.gr](http://www.epemy.gr)

AFEA  
ΚΑΛΩΣ ΕΛΘΕΤΕ

«Οδηγά δερματολογικά σημεία που θέτουν υποψία ενθεσίτιδας ή ψωριασικής αρθρίτιδας και πώς αυτά επηρεάζουν τις θεραπευτικές μας αποφάσεις.»

**Μαρίνα Παπουτσάκη MD, PhD**

Δερματολόγος-Αφροδισιολόγος

Διευθύντρια ΕΣΥ

Α΄ Κλινική Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων Ε.Κ.Π.Α.,

Νοσοκομείο Αφροδισίων και Δερματικών Νόσων, «Ανδρέας Συγγρός»

# Δήλωση σύγκρουσης συμφερόντων

- Έχω λάβει αμοιβή για ομιλίες και συμβουλευτικές δραστηριότητες από :

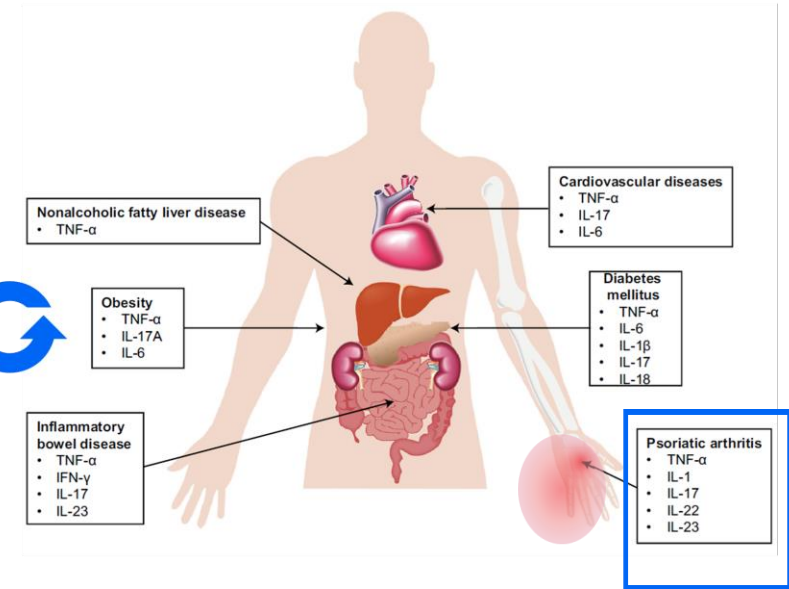
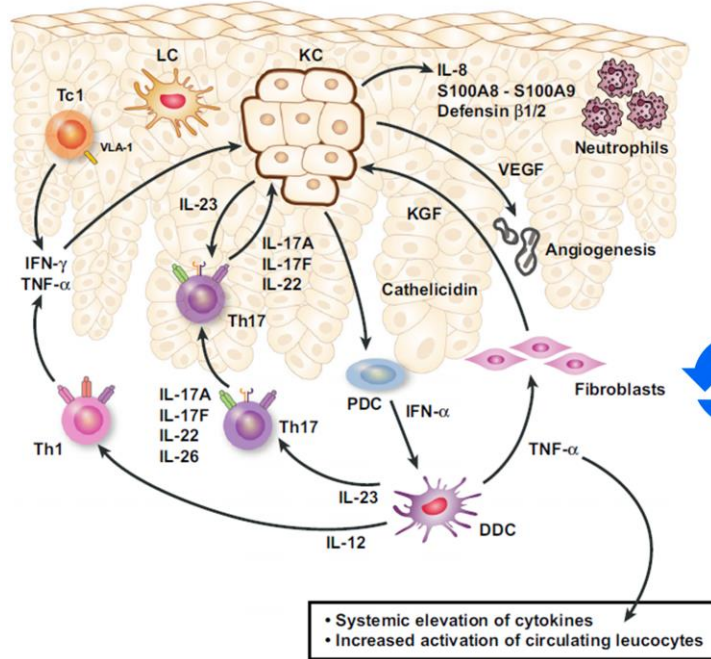
Janssen, LEO, MSD, Genesis pharma, Pfizer, Novartis, Abbvie, UCB, Lilly

- Ερευνήτρια σε κλινικές μελέτες για:

Janssen, Pfizer, Novartis, Abbvie, LEO



# Η συστηματική φύση της ψωρίασης σχετίζεται με κοινά μονοπάτια φλεγμονωδών κυτοκινών και πιθανή βλάβη σε πολλαπλά όργανα<sup>1</sup>



DDC, dermal dendritic cell; IFN, interferon; IL, interleukin; KC, keratinocyte; KGF, keratinocyte growth factor; LC, lymphocyte; PDC, plasmacytoid dendritic cell; Th, T helper; TNF, tumor necrosis factor; VEGF, vascular endothelial growth factor; VLA, very late antigen.

# Ψωριασική αρθρίτιδα : νόσημα με υψηλό φλεγμονώδες φορτίο

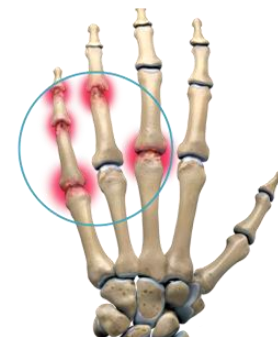
Ετερογενής νόσος με σημεία και συμπτώματα που άλλοτε θυμίζουν σπονδυλαθρίτιδα, άλλοτε ρευματοειδή αρθρίτιδα ή άλλου τύπου ιδιότυπες αρθρικές εκδηλώσεις

≈ 25-30% των ασθενών με ΨΟ αναπτύσσουν ΨΑ<sup>1</sup>

Στο 85% των ασθενών η δερματική εκδήλωση της ψωριασικής νόσου προηγείται της προσβολής των αρθρώσεων<sup>2</sup>

Η ΨΑ παραμένει συχνά αδιάγνωστη

47% των ασθενών αναπτύσσουν από τη διάγνωση της νόσου διαβρώσεις εντός 2 ετών



# Επιδημιολογία και κλινικά χαρακτηριστικά της ψωριασικής αρθρίτιδας

## Prevalence

PsA prevalence ranges between 0.01–0.2% depending on geographical region<sup>4</sup>










## Demographic distribution



Age of onset  
30–50 years<sup>3</sup>



Sex  
ratio  
1:1<sup>3</sup>

Risk factors: <sup>1,2</sup>	
	Genetic background accumulation in the family
	Environment
	Smoking
	Overweight
	Stress
	Nail psoriasis (+PsO)
	Trauma

## Σε μια μελέτη μεταξύ δερματολόγων στη Γερμανία:<sup>5</sup>

- PsA εμφανίστηκε στο **21%** των ασθενών με ψωρίαση
  - Το 85% των περιπτώσεων διαγνώστηκαν πρόσφατα
  - Το 95% των ασθενών είχε ενεργή αρθρίτιδα
  - Το 53% είχε > 5 αρθρώσεις επηρεασμένες
- Συνδέεται με πιο **σοβαρά δερματικά συμπτώματα** (μέσος όρος PASI 14,3 έναντι 11,5 για όσους δεν έχουν)
- Συνδέεται με **χαμηλότερη ποιότητα ζωής** (μέσος όρος DLQI 11.6 έναντι 7.7)

Observational prospective cross-sectional cohort study at 48 community and academic centers in Germany.  
DLQI, Dermatology Life Quality Index; PASI, Psoriasis Area Severity Index; PsA, psoriatic arthritis; PsO, psoriasis.

1 Ritchlin CT, et al. *N Engl J Med* 2017;376:2095–6; 2 Veale DJ, et al. *Lancet* 2018;391:2273–84; 3 Lloyd P, et al. *Arthritis* 2012;2012:176298; 4 Stolwijk C, et al. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2016;68:1320–31; 5. Reich K, et al. *Br J Dermatol* 2009;160:1040–7.





**Ποια είναι τα οδηγιά δερματολογικά σημεία που θέτουν υποψία ενθεσίτιδας ή ψωριασικής αρθρίτιδας;**

# Κλινικές εντοπίσεις που προδιαθέτουν για ΨΑ

Of 1593 patients with psoriasis, <10% developed PsA

Psoriasis features associated with significantly higher risk for PsA

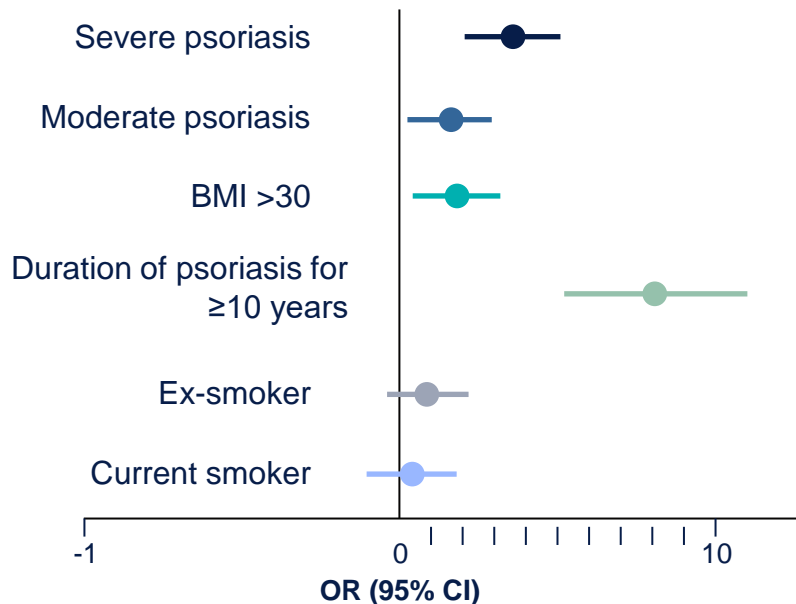
Scalp lesions

Nail dystrophy

Intergluteal/  
perianal  
lesions



# Παράγοντες που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης ψωριασικής αρθρίτιδας σε ασθενείς με ψωρίαση



Adjusted predictors of psoriatic arthritis prevalence in patients with psoriasis included:

- **Severe vs mild disease** (OR 3.34, 95% CI 2.40–4.65)
- **Moderate vs mild disease** (OR 1.49, 95% CI 1.10–1.99)
- **BMI >30** (OR 1.77, 95% CI 1.30–2.41)
- **Duration of psoriasis for ≥10 years** (OR 7.42, 95% CI 3.86–14.25)

†Two cohorts were derived from THIN to examine the prevalence of PsA in a cross-sectional study among all patients aged 1890 years and among a subcohort of 4900 psoriasis patients aged 45–65 years. Prescription codes were used to describe therapies after the diagnosis of PsA. Associations for prevalent PsA among psoriasis patients were assessed using logistic regression analysis.

‡Mild psoriasis defined as ≤2% BSA, moderate as 3–10% BSA and severe as >10% BSA.

BMI, body mass index; BSA, body surface area; CI, confidence interval; OR, odds ratio; THIN, The Health Improvement Network.

Ogdie A, et al. Rheumatology (Oxford) 2013;52:568–75.



# Παράγοντες που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης ψωριασικής αρθρίτιδας σε ασθενείς με ψωρίαση

## Psoriasis skin phenotypes

Scalp psoriasis



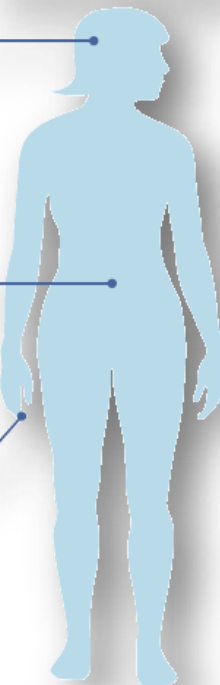
Inverse psoriasis



Nail psoriasis



Patient with psoriasis at increased risk of PsA



## Other major risk factors

First-degree relative with PsA

Severe psoriasis

Obesity

Subclinical musculoskeletal inflammation

Serum biomarkers

- Cells: type 17 cells, CD8<sup>+</sup> cells and OCPs
- Soluble factors: CXCL10



# Ψωριασική ονυχία

# Συσχέτιση ψωριασικής ονυχίας και αρθρίτιδας

«Η προσβολή στα νύχια σχετίζεται με την ψωριασική αρθρίτιδα πιο ισχυρά απ' ότι με την ψωρίαση»

*Ann. rheum. Dis.* (1956), 15, 348.

## PSORIASIS AND ARTHRITIS

BY

V. WRIGHT

*Ann. rheum. Dis.* (1956), 15, 348.

The literature on this subject shows a divergence of opinion on the significance of the association of psoriasis and erosive arthritis, and on what may be said to constitute "psoriatic arthropathy", if the term is to be applied to the difficulties of the problem are increased.

According to the predominant complaint the patient may fall into the hands of either the rheumatologist or the dermatologist, and escape the statistical eye of one or the other. The difficulty in assessing the incidence is indicated by the diverse figures given in the literature—an aspect recently reviewed by Gribble (1955). Among dermatologists, however, it is generally agreed that atrophic arthritis is commoner among patients with psoriasis (Leczinsky, 1948: 5·8 per cent. males, 7·9 per cent. females; Ingram, 1954: 7 per cent.) than among the general population. Among rheumatologists it is agreed by the majority that psoriasis occurs in about 3 per cent. of patients with atrophic arthritis (Dawson and Tyson, 1937; Bauer, 1939) as compared with 0·7 per cent. in the general population (Ingram, 1954), while there is no significant increase in the incidence among patients with osteo-arthritis.

Many workers have endeavoured to define an entity "psoriatic arthropathy", and the following definitions have been suggested:

- (1) A form of atrophic arthritis associated with psoriasis and exhibiting a reasonable degree of synchronous activity as evidenced by remissions and relapses in arthritis and cutaneous manifestations (Lane and Crawford, 1937; Jeghers and Robinson, 1937; Epstein, 1939).
- (2) Arthritis restricted to the distal interphalangeal joints associated with psoriasis (Bauer, Bennett, and Zeller, 1941).
- (3) A syndrome in which both skin lesions and arthritic manifestations are atypical (Dawson, 1937), or in which the joints are improved by treatment of the skin (O'Leary, 1943).

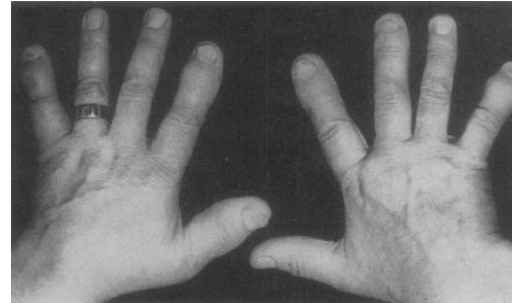
are:

- (1) Is there an entity "psoriatic arthropathy"?
- (2) If there is, what are its characteristics?

Most of the published reports have dealt with cases fulfilling one or other of the diagnostic criteria above, and there have been few broad surveys of the general field of concomitant psoriasis and joint disease. The present study was undertaken in the light of the striking absence of the Waaler-Rose phenomenon in all cases of erosive arthritis associated with psoriasis seen before the start of the survey, and an attempt has been made to answer the problems by contrasting three groups of patients, one with psoriasis and arthritis, one with uncomplicated rheumatoid arthritis and one with uncomplicated psoriasis.

### Material and Methods

In all, 42 patients with psoriasis and arthritis have been considered, 34 with erosive arthritis (the term "erosive arthritis" being used in preference to "rheumatoid arthritis" so that the issue may not be prejudged), six with degenerative joint disease, one with gout, and one with rheumatic fever. In all cases the diagnosis of psoriasis was confirmed by a dermatologist (Dr. D. S. Wilkinson). In five, information was incomplete, two patients having died, the other three having left the district. The others were examined personally, their serum was submitted to certain laboratory tests, and radiographic studies were made. This group has been contrasted with 55 unselected patients with rheumatoid arthritis who were found to have a positive Differential Agglutination Test (Waaler-Rose), and with an unselected group of patients with psoriasis but no joint manifestations (310 patients in all).



# Σχέση μεταξύ ψωριασικής ονυχίας και ΨΑ

## The Role of the Dermatologist in Identification and Treatment of the Early Stages of Psoriatic Arthritis

I. Landells, MD, FRCPC<sup>1,2</sup>; C. MacCallum, BSc Pharm<sup>1</sup>; M. Khraishi, MD, FRCPC<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Memorial University of Newfoundland Faculty of Medicine, St. John's, NL, Canada

<sup>2</sup>Nexus Clinical Research, St. John's, NL, Canada

## The relationship between nail- and distal phalangeal bone involvement severity in patients with psoriasis

Gamze Serarslan • Hayal Güler • Sinem Karazincir

## The relationship between the extensor tendon enthesis and the nail in distal interphalangeal joint disease in psoriatic arthritis—a high-resolution MRI and histological study

A. L. Tan<sup>1</sup>, M. Benjamin<sup>2</sup>, H. Toumi<sup>2</sup>, A. J. Grainger<sup>3</sup>, S. F. Tanner<sup>4</sup>,  
P. Emery<sup>1</sup> and D. McGonagle<sup>1,5</sup>

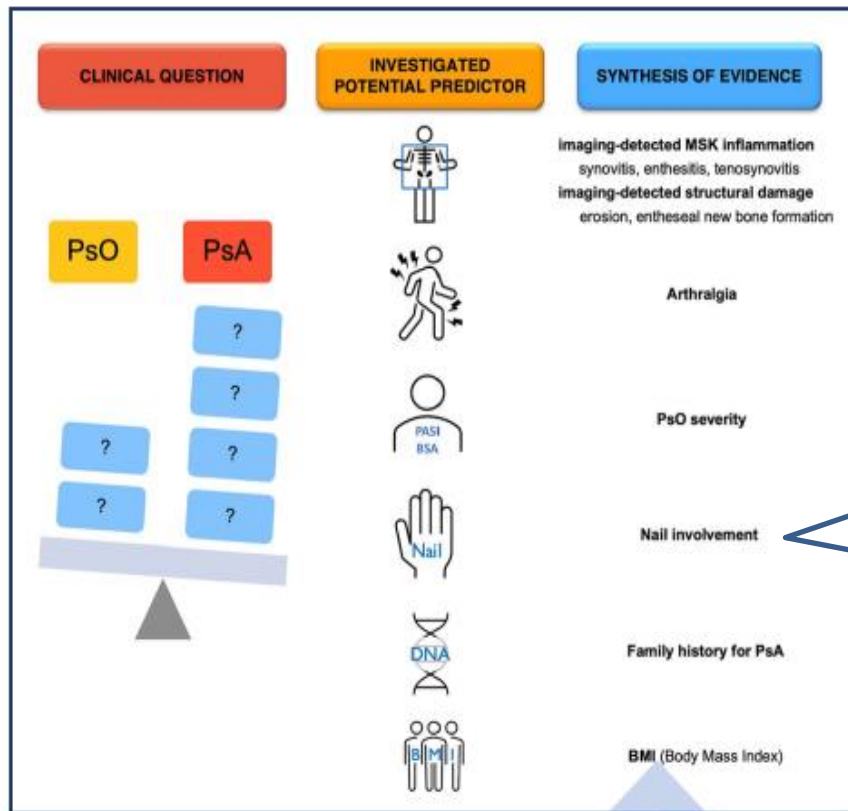


# Συσχέτιση ψωριασικής ονυχίας και σοβαρότητας ΨΑ

- Η μελέτη αυτή εξέτασε τη συσχέτιση της σοβαρότητας της ψωριασικής ονυχίας και της ΨΑ
- 69 ασθενείς
  - 83% των ασθενών είχαν εμφανή κλινική εικόνα ψωριασικής ονυχίας



# Συστηματική Ανασκόπηση & Μεταανάλυση: Προβλεπτικοί παράγοντες, παράγοντες κινδύνου για Ανάπτυξη PsA σε ασθενείς με PsO



Μεταξύ των βλαβών, μόνο η **υπαρξη βοθρίων** βρέθηκε ως πιθανός προγνωστικός παράγοντας



# Η Ψωρίαση των Ονύχων συνδέεται με τη Ψωριασική Αρθρίτιδα μέσω της Ενθεσίτιδας και της Φυσικής Άμυνας του Οργανισμού

Η ενθεσίτιδα στην άπω φαλαγγική άρθρωση βρίσκεται σχεδόν πάντα στην πρώιμη PsA<sup>2,3</sup>

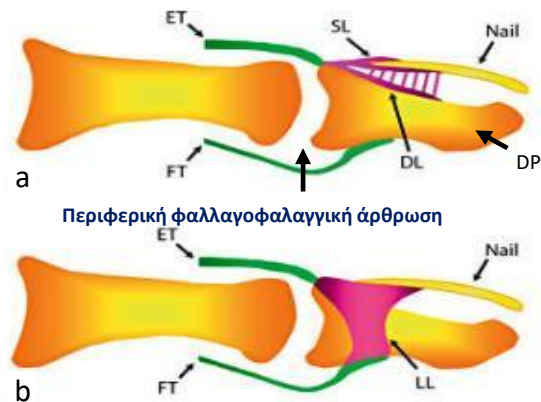
Η Ψωρίαση των ονύχων παρατηρείται στο 10–50% των ψωριασικών ασθενών χωρίς συμπτώματα αρθρίτιδας, αλλά εμφανίζεται στο 80% των περιπτώσεων PsA<sup>1</sup>

- Χαρακτηρίζεται **απο φλεγμονή στα εσωτερικά σημεία τεντώνων** και των συνδέσμων, οδηγώντας στην ενθεσίτιδα<sup>1,2</sup>

Σε μεμονωμένα Νύχια με PsA έχουν βρεθεί **μαστοκύτταρα που παράγουν IL-17- ανεξάρτητα της IL-23**<sup>3</sup>

- Σε ασθενείς με PsA, ο αριθμός των μαστοκυττάρων στο **αρθρικό υμένα** ήταν σημαντικά υψηλότερος απ'ότι στις ψωριασικές πλάκες των ίδιων των ασθενών ( $P < 0.05$ )<sup>4</sup>

Σχέση μεταξύ νυχιών, ενθεσίτιδας και Περιόστεου<sup>1</sup>



Περιφερική φαλαγοφαλαγγική άρθρωση

Το νύχι συνδέεται στη εσωτερική βαθύτερη στοιβάδα (DP) μέσω ενθέσεων από τις οποίες επεκτείνονται στον εκτείνοντα τένοντα (ET) με επιπρόσθετες δέσμες ινών να συνδέουν το νύχι με το περιόστεο

# Ψωριασική ονυχία

- Συχνότητα προσβολής των νυχιών στην ψωρίαση: 10-55%
- 80-90% των ασθενών με ψωρίαση θα εμφανίσουν ψωριασική ονυχία κάποια στιγμή στη ζωή τους
- Μεγαλύτερη πιθανότητα προσβολής των νυχιών στην ψωριασική αρθρίτιδα (53-97%)
- Προσβολή νυχιών, χωρίς άλλες ψωριασικές εκδηλώσεις: < 5%
- Μεμονωμένη προσβολή στα νύχια των χεριών: 27%
- Μεμονωμένη προσβολή στα νύχια των ποδιών: 16%



Schon MP et al. N Engl J Med 2005; 352: 1899-912.  
Klaassen KM et al. Br J Dermatol. 2013; 169: 314-9.  
Sanchez Regana M et al. Actas Dermosifiliograph 2014;  
105: 923-34.





# Ψωριασική ονυχία

- Το 93% των ασθενών θεωρούν την νόσο τους ως πολύ σημαντικό αισθητικό πρόβλημα.
- Η ψωριασική ονυχία μπορεί να συνοδεύεται από πόνο, δυσφορία που οδηγεί σε μείωση της απόδοσης στην εργασία.
- Το 59% των ασθενών νοιώθουν αμήχανα κατά τη διάρκεια της καθημερινή τους ζωής.



# Ψωριασική ονυχία

## Προσβολή μήτρας όνυχος

1. Βοθρία



2. Λευκονυχία



3. Γραμμές του Beau



4. Ερυθρές κηλίδες μηνίσκου



5. Ευθρυπτότητα



# Ψωριασική ονυχία

## Προσβολή κοίτης όνυχος

1. Σταγόνα ελαίου



2. Ονυχόλυση



3. Υπονύχια υπερκεράτωση



4. Γραμμοειδείς αιμορραγίες



# Συνηθέστερες βλάβες στην ψωριασική ονυχία



Βοθρία όνυχος



Ονυχόλυση



«Σταγόνα ελαίου»



Ονυχοδυστροφία





**Ανάστροφη ψωρίαση-ψωρίαση γεννητικής περιοχής**

# Ανάστροφη ψωρίαση

- Χαρακτηρίζεται από σαφώς αφοριζόμενες ερυθματώδεις πλάκες, με λίγη ή καθόλου απολέπιση
- Εντοπίζεται στις πτυχές (μεσογλουτιαία, μηροβουβωνικές, μασχαλιαίες, υπομαζικές, οπισθοωτιαία και στην γεννητική περιοχή)
- Πιο συχνά συνυπάρχει με βλάβες της ψωρίασης κατά πλάκας, χωρίς όμως να αποκλείεται να είναι μόνο ανάστροφη
- Η επίπτωση σε ασθενείς με ψωρίαση κατά πλάκας ποικίλει ανάλογα με την μελέτη από 2%-44%



# Ανάστροφη ψωρίαση

- Η επίπτωση στην ποιότητα ζωής των ασθενών ανάστροφη ψωρίαση είναι μεγαλύτερη, κυρίως λόγω των συμπτωμάτων όπως ο κνησμός και ο πόνος
- Τα συμπτώματα αυτά συνοδεύονται από:
  - αίσθημα ντροπής
  - μείωση της libido
  - περιορισμό της σεξουαλικής δραστηριότητας
- Παρόλα αυτά η μορφή αυτή της ψωρίασης, κυρίως της γεννητικής περιοχής, συχνά δεν ανιχνεύεται και ως εκ τούτου και υποθεραπεύεται από τους δερματολόγους



# Ανάστροφη ψωρίαση

- Η διάγνωσή της είναι κυρίως κλινική
- Βιοψίες, άμεσα παρασκευάσματα και καλλιέργειες μπορεί να χρειασθούν προκειμένου να αποκλειστούν τυχόν επιμολύνσεις ή για διαφορική διάγνωση
- Η ανάστροφη ψωρίαση συνήθως απαιτεί διαφορετική θεραπευτική προσέγγιση συγκριτικά με την κατά πλάκας ψωρίαση λόγω:
  - του πάχους της επιδερμίδας των περιοχών που προσβάλλει
  - της αυξημένης ευαισθησίας τους
  - τις συνθήκες «κλειστής περίδεσης» που μπορούν να επικρατήσουν





# Επίπτωση της ψωρίασης της γεννητικής περιοχής

A. Kelly, C. Ryan

**Table 1** Prevalence of genital psoriasis in clinical studies

Study, year	Study type	Number of psoriasis patients	Genital involvement
Mahajan et al. [7], 2015	Prospective study	852	11.7% prevalence
Ryan et al. [1], 2015	Prospective study	354	38% prevalence
Meeuwis et al. [26], 2011	Prospective study	487	35.3% current disease
Meeuwis et al. [14], 2010	Prospective study	1963	35.1% current disease 45% disease at some point
Lysell et al. [11], 2015	Prospective Study	109	41%
Larsabal et al. [12], 2019	Prospective study	776	43.1% prevalence at time of reporting
Fouere et al. [13], 2005	Prospective study	1281	32% prevalence
Van de Kerkhof et al. [15], 2000	Prospective study	839	29% prevalence
Meeuwis et al. [8], 2011	Systematic review (59 articles)	9983	29–40% prevalence 2–5% genital psoriasis only with no psoriasis elsewhere
Meeuwis et al. [9], 2018	Systematic review (18 articles)	22,116	7–42% prevalence at time of reporting 33–63% at any time during course of psoriasis





# Ψωρίαση τριχωτού

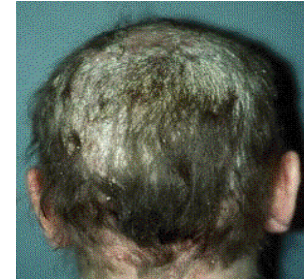
# Ψωρίαση τριχωτού κεφαλής

- 50-80% των ασθενών με ψωρίαση εκδηλώνουν ψωρίαση του τριχωτού κεφαλής
  - Από τα πιο κοινά σημεία προσβολής
  - Συχνά το πρώτο σημείο εκδήλωσης στο σώμα
  - Στο 25%: το μοναδικό σημείο εντόπισης
  - Δύσκολη στην αντιμετώπισή της
  - Το τριχωτό μπορεί να παραμένει προσβεβλημένο σε κάποιο βαθμό για πολλά έτη
- Παρατηρούνται συχνά υπολειπόμενες βλάβες στο τριχωτό ακόμα και υπό συστηματική θεραπεία της νόσου



# Ψωρίαση τριχωτού κεφαλής

- Περιγεγραμμένες ερυθματολεπιδώδεις πλάκες με αργυρόχροα λέπια
- Μία πλάκα ή προσβολή όλου του τριχωτού
- Οι βλάβες μπορεί να επεκτείνονται στο πρόσωπο, την ινιακή χώρα ή οπισθοωτιαία (πέραν της γραμμής τριχοφυΐας)
- Ξηρή απολέπιση σαν ασβέστης στα μαλλιά και ρούχα (*Tinea amiantacea*)
- Κνησμός – συχνό, σοβαρό και επίμονο αίσθημα
- Αλωπεκία παροδική
- Τριχοριζόγραμμα δείχνει τελογενή τριχόρρηξη





# Ψωρίαση παλαμών-πελμάτων

# Ψωρίαση παλαμών-πελμάτων

- ❖ Σαφώς αφοριζόμενες, ερυθματολεπιδώδεις, συμμετρικές πλάκες με αργυρόχροα ή κιτρινωπά λέπια που δεν αποκολλώνται εύκολα
- ❖ Στις περιοχές πίεσης
- ❖ Συνυπάρχουν ρωγμές, πόνος και ευαισθησία
- ❖ Σημαντική επίπτωση στην ποιότητα ζωής των ασθενών



# Ψωρίαση παλαμών-πελμάτων

## Ακροφλυκταίνωση

- ❖ Φλυκταινίδια με κίτρινο άσηπτο υγρό πάνω σε ερυθματώδεις πλάκες, αρχικά στην περιοχή του θένaros στις παλάμες και της ποδικής καμάρας στα πέλματα
- ❖ Συχνές υποτροπές

### Συνεχής ακροδερματίτιδα του Hallopeau

Ερυθματώδεις πλάκες με φλύκταινες  
Οξύαιχμες κερατωσικές άκρες δακτύλων  
άνω άκρων με ανωνυχία

### Ερπητοειδές κηρίο

Φλυκταινώδης ψωρίαση της κύησης





**Πώς τα οδηγιά δερματολογικά σημεία αυτά επηρεάζουν τις θεραπευτικές μας αποφάσεις;**





ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΑΥΤΟΤΕΛΕΣ ΤΜΗΜΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ  
ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΩΝ ΚΑΙ ΜΗΤΡΩΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ  
ΔΕΡΜΑΤΟΛΟΓΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

**ΨΩΡΙΑΣΗ**

2023

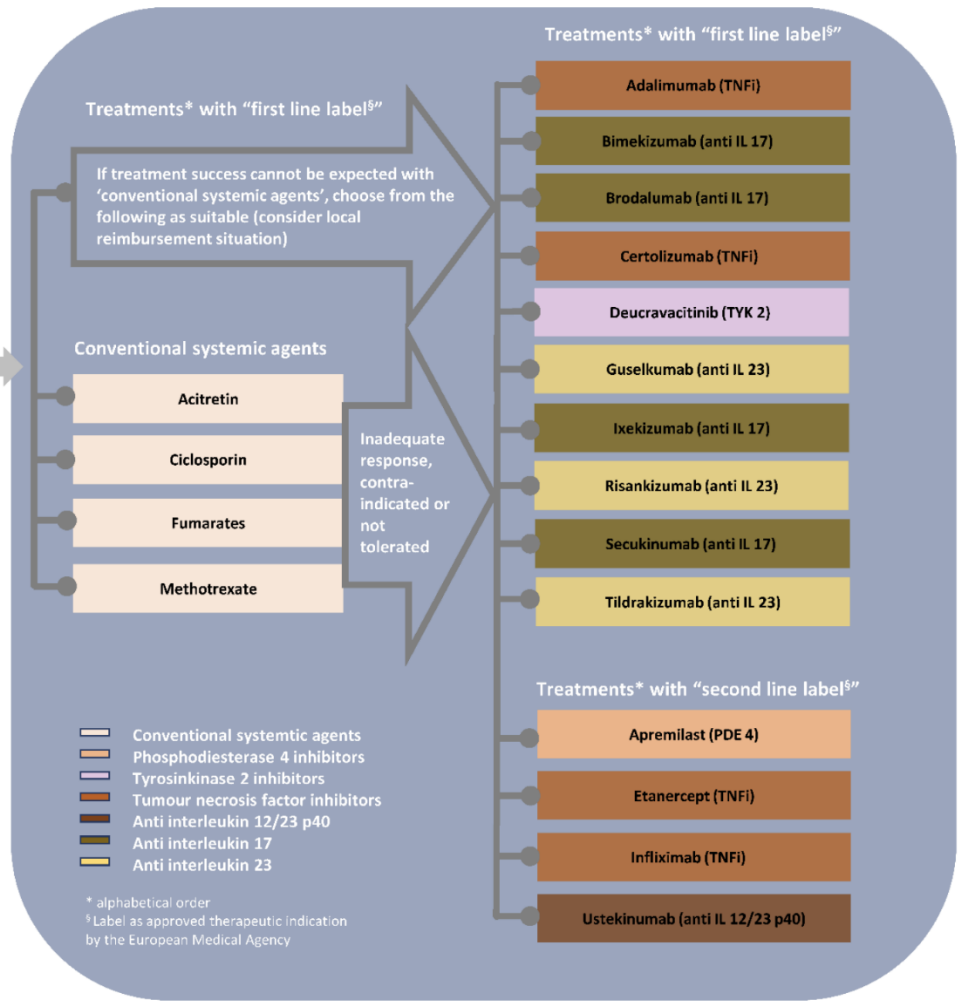
**ΟΡΙΣΜΟΣ ΒΑΡΥΤΗΤΑΣ ΨΩΡΙΑΣΗΣ**

Ήπια ψωρίαση	Μέτρια – Σοβαρή ψωρίαση
PASI $\leq 10$ ή PGA < 3 ή BSA $\leq 10\%$ και DLQI $\leq 10$	PASI > 10 ή PGA $\geq 3$ ή BSA > 10%
	<b>Ή</b> PASI $\leq 10$ ή PGA < 3 ή BSA $\leq 10\%$ <b>και</b> DLQI > 10
	Στην κατηγορία αυτή, ανεξαρτήτως PASI, PGA και BSA ανήκουν και οι ασθενείς με ψωρίαση και συμπτώματα στις εξής περιοχές: <ul style="list-style-type: none"><li>• Τριχότο κεφαλής και/ή πρόσωπο</li><li>• Γεννητικά όργανα</li><li>• Παλάμες και/ή πέλματα</li><li>• Ουχόλυση ή ουχοδυστροφία τουλάχιστον 2 ούχων των άκρων χειρών</li><li>• Έντονο κνησμό</li><li>• Παρουσία επίμονων πλακών</li><li>• Ψωρίαση σε ορατές, εμφανείς περιοχές</li></ul> <p>➢ Όλα τα παραπάνω σχετίζονται με τον ορισμό της μέτριας και σοβαρής ψωρίασης κατά πλάκας. Λόγω βαρύτητας, στην συγκεκριμένη κατηγορία</p>
	εντάσσονται και οι εξής μορφές: <ul style="list-style-type: none"><li>• Ερυθροδερμική ψωρίαση</li><li>• Γενικευμένη φλυκταινώδης ψωρίαση</li><li>• Ψωρίαση με συνοδό ψωριασική αρθρίτιδα</li></ul>



**PSORIASIS VULGARIS**

**MODERATE/ SEVERE**



**EUROGUIDERM GUIDELINE FOR THE SYSTEMIC TREATMENT OF PSORIASIS VULGARIS**

September 2023, revised version March 2024 \*

A Nast, PI Spuls, C Dressler, Z Bata-Csörgö, 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.



Therapy \ Specific circumstances	Conventional systemic agents			
	Acitretin	Ciclosporin	Fumarates	Methotrexate
Concomitant psoriatic arthritis				↑ first line peripheral active joint involvement
Chronic inflammatory bowel disease: Crohn's Disease	↑ especially cases with mild paradoxical psoriasis			↑ 2nd choice oral treatment
Chronic inflammatory bowel disease: Ulcerative colitis	↑ especially cases with mild paradoxical psoriasis	↑ 2nd choice oral treatment		
Diabetes mel./ metabolic syndrome		consider alternatives		consider alternatives
Dyslipidaemia	↓			
Advanced heart failure	↑	↓		↑
Heart Disease: Ischemic heart disease	↓			↑
Concomitant latent / treated TB	↑		↑	
Pregnancy	↓↓	↑ preferred conventional	↓	↓↓



Therapy \ Specific circumstances	Therapy	
	Apremilast	Deucravacitinib
Concomitant psoriatic arthritis	↑	
Chronic inflammatory bowel disease: Crohn's Disease		
Chronic inflammatory bowel disease: Ulcerative colitis	↑ 2nd choice oral treatment	

Therapy \ Specific circumstances	Therapy	
	Apremilast	Deucravacitinib
Diabetes mel./ metabolic syndrome		
Dyslipidaemia		
Advanced heart failure	↑	
Heart Disease: Ischemic heart disease		
Concomitant latent / treated TB	↑	
Pregnancy	↓	↓

*EUROGUIDERM GUIDELINE FOR THE SYSTEMIC TREATMENT OF PSORIASIS VULGARIS*

September 2023, revised version March 2024 \*

Therapy Specific circumstances			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	↑↑		↑↑

### Βιολογικοί παράγοντες (Αντι-TNFα, Αντι-IL12/23, Αντι-IL17A)

- Σε μη ανταπόκριση ή σε αδυναμία λήψης MTX
- Η επιλογή βιολογικού παράγοντα εξαρτάται από το τύπο της ΨΑ, από τη σοβαρότητα ψωρίασης και από την ύπαρξη άλλων συν νοσηροτήτων

#### Σοβαρή ψωρίαση + Σοβαρή ψωριασική αρθρίτιδα

- Anti TNFs
- Anti IL17A

#### Σοβαρή ψωρίαση + Ήπια ψωριασική αρθρίτιδα

- Anti IL17A, Anti IL12/23, Anti IL23
- Anti TNFs



September 2023, revised version March 2024 \*

We **recommend** interdisciplinary cooperation with a rheumatologist for the confirmation of the diagnosis of psoriatic arthritis and the selection of a suitable treatment whenever needed.



STRONG CONSENSUS<sup>1</sup>

100% Agreement

EXPERT CONSENSUS

We **recommend** starting treatment early to prevent progression of disease and erosive destruction of joints.



STRONG CONSENSUS<sup>1</sup>

100% Agreement

EXPERT CONSENSUS

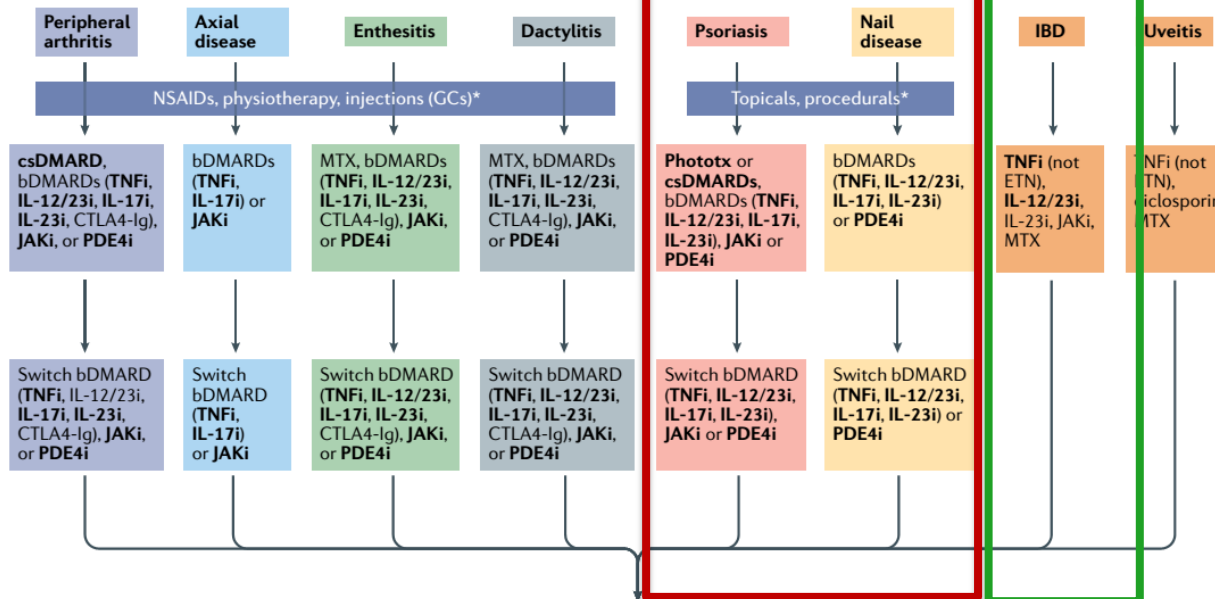
- Συνεργασία με Ρευματολόγο με σκοπό την διάγνωση και έγκαιρη έναρξη της κατάλληλης συστηματικής θεραπείας



Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis (GRAPPA): updated treatment recommendations for psoriatic arthritis 2021

Laura C. Coates<sup>1</sup>, Enrique R. Soriano<sup>2</sup>, Nadia Corp<sup>3</sup>, Heidi Bertheussen<sup>4</sup>, Kristina Callis Duffin<sup>5</sup>, Cristiano B. Campanholo<sup>6</sup>, Jeffrey Chau<sup>7</sup>, Lili Eder<sup>8</sup>, Daniel G. Fernández-Avila<sup>9</sup>, Oliver FitzGerald<sup>10</sup>, Amit Garg<sup>11</sup>, Dafna D. Gladman<sup>12</sup>, Niti Gole<sup>13</sup>, Philip S. Hellmich<sup>14</sup>, M. Elaine Husni<sup>15</sup>, Deepak R. Jadon<sup>16</sup>, Arnon Katz<sup>17</sup>, Dhruv Kumar Laheru<sup>18</sup>, John Latella<sup>19</sup>, Ying-Ying Leung<sup>20</sup>, Christine Lindsay<sup>21</sup>, Ennio Lubrano<sup>22</sup>, Luis Daniel Mazzuocolo<sup>23</sup>, Philip J. Mease<sup>24</sup>, Denis O'Sullivan<sup>25</sup>, Alexis Ogdie<sup>26</sup>, Wendy Olsder<sup>27</sup>, Penelope Esther Palominos<sup>28</sup>, Lori Schick<sup>29</sup>, Ingrid Steinkoenig<sup>30</sup>, Maarten de Wit<sup>31</sup>, D. A. van der Windt<sup>32</sup>, Arthur Kavanaugh<sup>33</sup> and the GRAPPA Treatment Recommendations domain subcommittees<sup>\*,\*\*</sup>


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

## Biologic and Small-Molecule Therapies for Moderate-to-Severe Psoriasis: Focus on Psoriasis Comorbidities

Yuxiong Jiang<sup>1,3</sup> · Youdong Chen<sup>1,3</sup> · Qian Yu<sup>2,3</sup> · Yuling Shi<sup>1,3</sup> 

**Table 1** Treatment recommendations for patients with psoriasis with distinct comorbidities

Patients with psoriasis with psoriatic arthritis	First line: TNF inhibitors, ixekizumab, secukinumab, guselkumab, risankizumab Second line: brodalumab, bimekizumab, apremilast Third line: tildrakizumab, ustekinumab, deucravacitinib
Patients with psoriasis with obesity	First line: IL-17 inhibitors, ustekinumab Second line: IL-23 inhibitors, apremilast Third line: TNF inhibitors
Patients with psoriasis with inflammatory bowel disease	First line: adalimumab, infliximab Second line: certolizumab pegol (for CD), ustekinumab, IL-23 inhibitors (for CD) Third line: apremilast (for UC) Avoid: IL-17 inhibitors
Patients with psoriasis with cardiac diseases	First line: TNF- $\alpha$ inhibitors Second line: IL-17 inhibitors, IL-23 inhibitors, apremilast Third line: ustekinumab
Patients with psoriasis with congestive heart failure	First line: IL-17 inhibitors, IL-23 inhibitors, ustekinumab TNF inhibitors: Avoid in NYHA class III and IV Avoid in patients with ejection fraction <50%
Patients with psoriasis with depression	First line: IL-23 inhibitors Second line: secukinumab, ixekizumab, ustekinumab Third line: TNF inhibitors
Patients with psoriasis with multiple sclerosis	First line: IL-17 inhibitors Second line: ustekinumab Third line: IL-23 inhibitors Avoid: TNF inhibitors
Patients with psoriasis with malignancy	First line: IL-17 inhibitors, IL-23 inhibitors Second line: ustekinumab Avoid: TNF inhibitors

*CD* Crohn's disease, *IL* interleukin, *NYHA* New York Heart Association, *TNF* tumor necrosis factor, *UC* ulcerative colitis







## Abstract

Nail psoriasis (PsO) is a disorder with profound impact on patients' quality of life. Several challenges and unmet needs remain in the treatment of nail PsO. Introduction of biologics and small molecules in the treatment of nail PsO has allowed for rapid control of the disease and high efficacy. The aim of this review was to present the published studies on nail PsO therapy with biologics and small molecules and illuminate the results in the studies where the design and outcome evaluation had nail PsO in the forefront.

## Small Molecules and Biologics in the Treatment of Nail Psoriasis

Dimitrios Rigopoulos Anna Stathopoulou Stamatis Gregoriou

1st Department of Dermatology-Venereology, Andreas Sygros Hospital, Faculty of Medicine, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, Greece

**Table 1.** Major studies with small molecules and biologics in the treatment of nail PsO

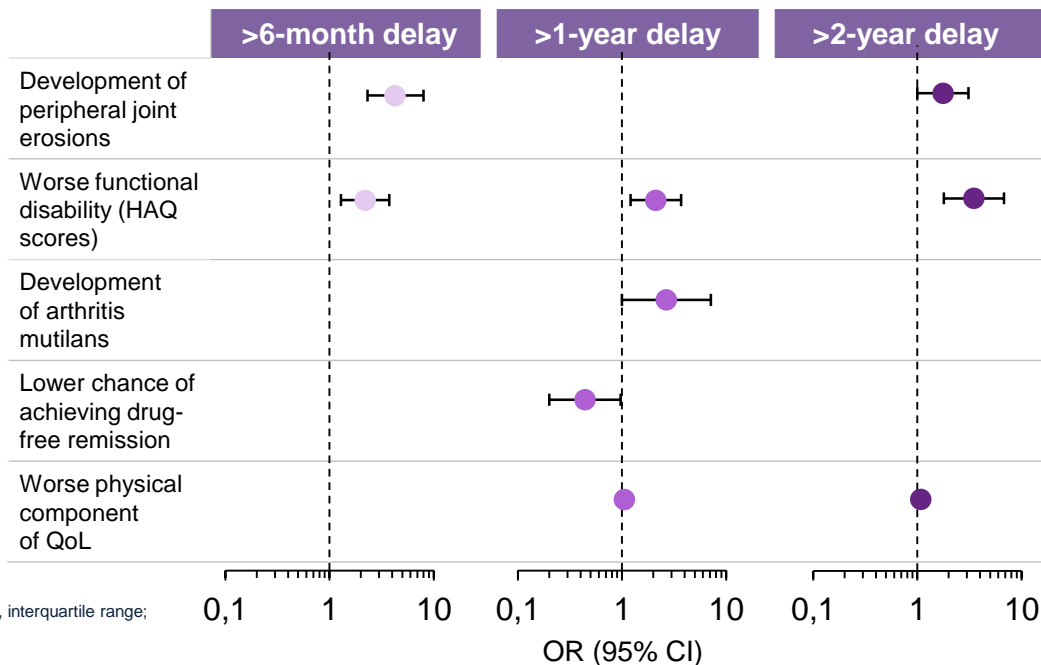
Study	Drug	Patients	NAPSI improvement
Rich P. et al. [13]	Apremilast	1,255	Week 15 NAPSI >50
Reich K. et al. [14]	Apremilast	250	NAPSI mean change from baseline was –48.1 to –51.1%
Merola J.F. et al. [18]	Tofacitinib	1,196	At week 16, patients receiving tofacitinib 5 mg, 10 mg, and placebo achieved, respectively, NAPSI 50 (32.8, 44.2 vs. 12.0%), NAPSI 75 (16.9, 28.1 vs. 6.8%), and NAPSI 100 (10.3, 18.2 vs. 5.1%)
Elewski B.E. et al. [27]	ADA	217	At week 26 to week 52, total fingernail mNAPSI 75 improvement was 47.4–54.5%
Van den Bosch F. et al. [22]	ADA	442	At week 12, the median reduction in the NAPSI score was 57%
Thaçi D. et al. [25]	ADA	730	Decrease from baseline NAPSI at week 16 of 39.5% (9.4±164.5%)
Rich P. et al. [31]	Infliximab	305	Decrease of NAPSI –26.8% at week 10 and –57.2 at week 24
Rich P. et al. [40]	Ustekinumab	766	Improvements in NAPSI ranged from 29.7 to 57.3%
Reich K. et al. [49]	Secukinumab	198	Secukinumab 300 mg demonstrated the highest efficacy, with nearly 50% improvement of total fingernail NAPSI at week 16
Augustin M. et al. [50]	Secukinumab	904	At baseline, 33.3% of PsO patients had nail involvement and at year 1, only 15.6% patients were affected by nail PsO
Van de Kerkhof P. et al. [53]	Ixekizumab	1,346	At week 60, mean per cent NAPSI improvement was >80%, regardless of initial treatment

ADA, adalimumab; NAPSI, Nail Psoriasis Severity Index; mNAPSI, modified NAPSI; PsO, psoriasis.

## Η καθυστερημένη διάγνωση της ψωριασικής αρθρίτιδας συσχετίζεται με πτωχότερες εκβάσεις μακροχρόνια για τους ασθενείς

- **283 patients with PsA**
  - Mean age 54.6 years, 52% women
- **Mean PsA duration: 19 years**
- **Median lag time from disease onset to first radiological assessment: 1 year (IQR 0.5–2)**
  - 30% were seen by a rheumatologist <6 months
  - 53% within 1 year
  - **71% within 2 years**
- **Clinical characteristics associated with diagnostic delay >2 years:**
  - Low BMI (OR 0.92; P=0.01)
  - Low education status (OR 2.09; P=0.02)

### Disease characteristics associated with delay in PsA diagnosis (multivariate regression analysis)



BMI, body mass index; CI, confidence interval; HAQ, Health Assessment Questionnaire; IQR, interquartile range; OR, odds ratio; PsA, psoriatic arthritis; QoL, quality of life.  
Haroon M, et al. *Ann Rheum Dis* 2015;74:1045–50.

## Η καθυστερημένη διάγνωση της ψωριασικής αρθρίτιδας συσχετίζεται με περισσότερη αρθρική βλάβη για τους ασθενείς

- **1077 PsA patients;**
  - 436 identified within 2 years of diagnosis; mean age 41 years, 42% female
  - 641 identified >2 years after diagnosis; mean age 45 years, 45% female
- **Relative rate of joint damage progression (95% CI) for patients within 2 years of PsA diagnosis vs >2 years of PsA diagnosis:**
  - 1 unit increase in joint damage at first visit: 1.03 (1.01–1.05); P=0.001

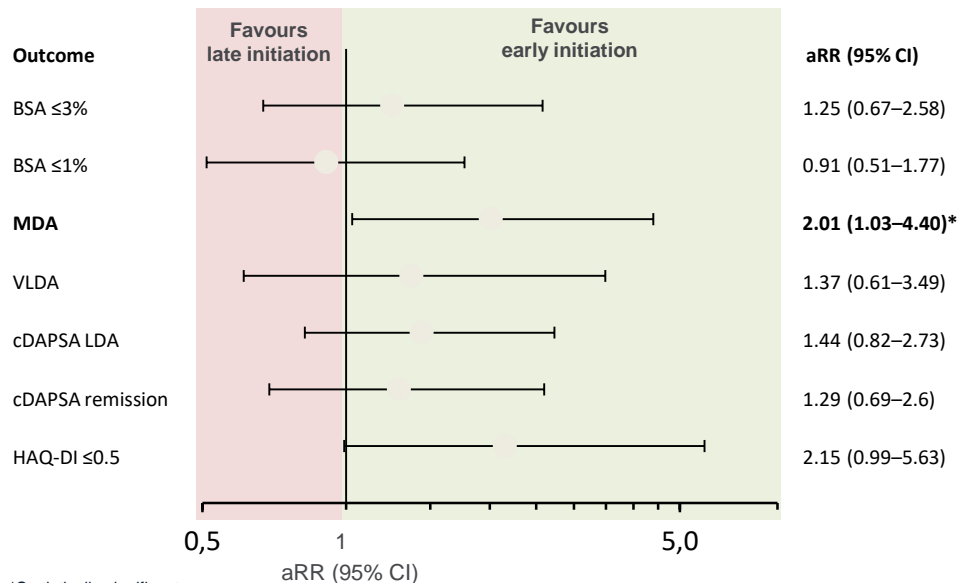
### Duration of disease and relative rate of joint damage progression among patients with PsA (multivariate regression analysis)

Duration of disease at first visit	Relative rate of joint damage progression (95% CI)	P value
1–2 years vs <1 year	1.53 (0.99–2.36)	0.05
2–4 years vs <1 year	1.70 (1.11–2.62)	0.01
5–9 years vs 1 year	1.83 (1.16–2.88)	0.009
10–20 years vs <1 year	1.83 (1.14–2.96)	0.01
>20 years vs <1 year	2.96 (1.64–5.34)	0.0003

# Η έγκαιρη παρέμβαση με θεραπεία στην ψωριασική αρθρίτιδα συσχετίζεται με καλύτερες εκβάσεις ασθενών

## The CorEvitas PsA/SpA Registry<sup>1</sup>

Early versus late (reference) initiation groups following PsA diagnosis at 6-month follow-up



A patient is classified as achieving MDA when meeting 5 of the 7 following criteria<sup>2</sup>

Assessment	Score
Tender joint count	$\leq 1$
Swollen joint count	$\leq 1$
PASI or BSA	$\leq 1 / \leq 3$
Patent Pain VAS	$\leq 15$
Patient global disease activity VAS	$\leq 20$
HAQ-DI	$\leq 0.5$
Tender enthesal points	$\leq 1$

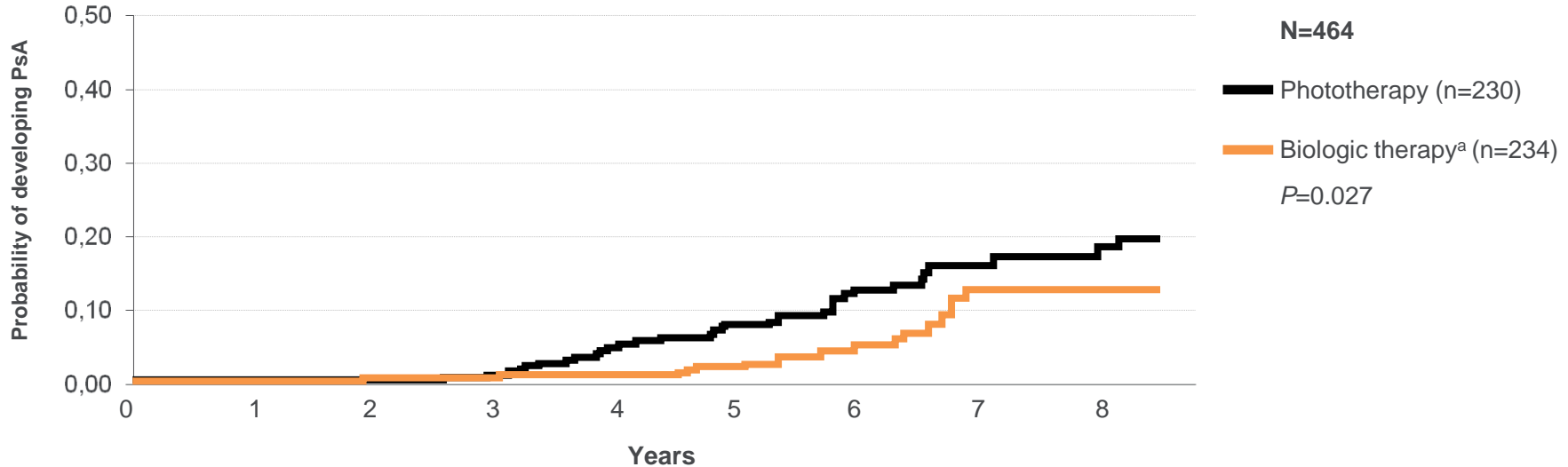
\*Statistically significant.

aRR, adjusted risk ratio; CI, confidence interval; BSA, body surface area; cDAPSA, Clinical Disease Activity Index for Psoriatic Arthritis; HAQ-DI, Health Assessment Questionnaire-Disability Index; LDA, low disease activity; MDA, minimal disease activity; PASI, Psoriasis Activity and Severity Index; PsA, psoriatic arthritis; VAS, visual analogue scale; VLDA, very low disease activity.

A. Mease P, et al. Presented at ACR 2022 Convergence, November 10-14, 2022. Poster 1493; 2. Coates et al. *Ann Rheum Dis* 2010;69:48–53.

# Η θεραπεία με βιολογικούς παράγοντες σε ασθενείς με ψωρίαση θα μπορούσε να καθυστερήσει την εξέλιξη σε ψωριασική αρθρίτιδα

Incidence of PsA in PsO patients by treatment group  
– phototherapy versus biological therapy\*



\*People with moderate-to-severe psoriasis prescribed  $\geq 5$  years of bDMARDs or  $\geq 3$  nb-UVB phototherapy courses.

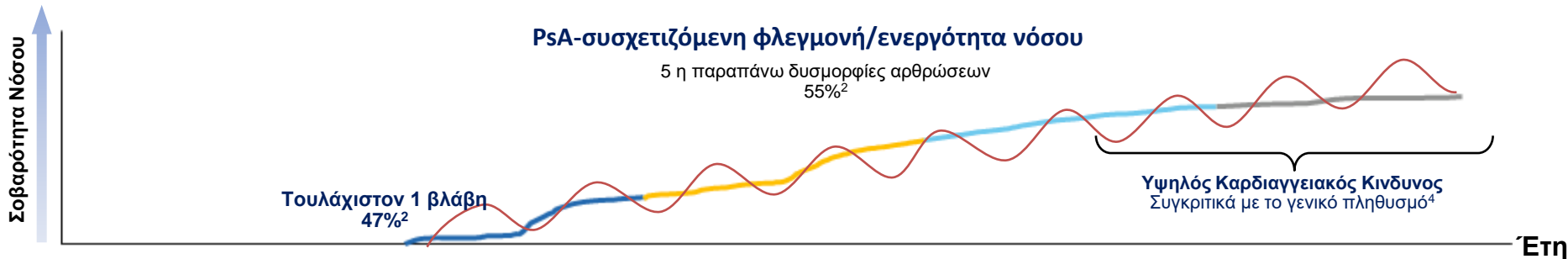
<sup>a</sup>TNF- $\alpha$  inhibitors (etanercept, infliximab, adalimumab), IL-12/23 inhibitor (ustekinumab) or IL-17A inhibitor (secukinumab).

bDMARD, biological disease-modifying anti-rheumatic drug; IL, interleukin; nb-UVB, narrow-band ultraviolet light B; PsA, psoriatic arthritis; PsO, psoriasis; TNF, tumour necrosis factor.

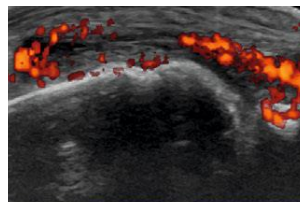
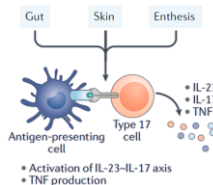
Gisoni P, et al. *Ann Rheum Dis* 2022;81:68–73.

# Η εξέλιξη της PsA ξεκινά πριν η εμφάνιση των συμπτωμάτων είναι εμφανής

Οι συνέπειες της αποτυχίας διάγνωσης και αντιμετώπισης της ΨΑ μπορεί να είναι σοβαρές



Aberrant immune activation phase



Ψωρίαση

„Προκλινική“ PsA

„Υποκλινική“ PsA

Αρχόμενη PsA

PsA

Αλληλεπίδραση μεταξύ γενετικών παραγόντων και παραγοντικών παραγόντων

Ψωρίαση τριχωτού κεφαλής

Ανάστροφη ψωρίαση

Ψωριασική ονυχία

εργοποίηση του άξονα IL-23 / IL-17 και παραγωγή TNF

Ενδέχεται να υπάρχουν μυοσκελετικές μεταβολές που είναι εμφανείς με την απεικόνιση και διαλυτοί βιοδείκτες

Πόνος στις αρθρώσεις και κόπωση συμβαίνουν πριν από την εξέλιξη σε κλινικά εμφανή PsA

Η κλινικά εμφανής ΨΑ καθορίζεται από την εκπλήρωση των κριτηρίων CASPAR

# Ερωτηματολόγια που μπορεί να χρησιμοποιήσει ο δερματολόγος για την αξιολόγηση πιθανής εμφάνισης της ΨΑ

## Ποιότητα ζωής και Λειτουργικότητα

### Ερωτηματολόγιο **PEST**

(Psoriasis Epidemiology Screening Tool)

#### PEST questionnaire

Score 1 point for each question answered in the affirmative.  
A total score of 3 or more is indicative of PsA

Question	Yes	No
Have you ever had a swollen joint (or joints)?		
Has a doctor ever told you that you have arthritis?		
Do your finger nails or toenails have holes or pits?		
Have you had pain in your heel?		
Have you had a finger or toe that was completely swollen and painful for no apparent reason?		

### Ερωτηματολόγιο **PURE-4**

(Psoriatic arthritis Unclutte Red screening Evaluation)

μπορεί να είναι ένα εύκολος & γρήγορος τρόπος ανίχνευσης για ΨΑ στο δερματολογικό ιατρείο & αξιολόγησης παραπομπής στο ρευματολόγο

#### 1. Evocative signs of dactylitis

Have you ever had a globally swollen and painful finger or toe?

#### 2. Inflammatory heel pain

Have you ever had heel pain as soon as you stand up in the morning?

#### 3. Bilateral buttock pain

Have you ever had left and right buttock pain, at the same time or not?

#### 4. Peripheral joint pain with swelling, age <50 year

Have you ever had a swollen and painful joint?

- PsA, psoriatic arthritis



# Ο ρόλος του Δερματολόγου στην πρώιμη διάγνωση της ψωριασικής αρθρίτιδας

Actas Dermosifiliogr. 2020;111(10):835-846



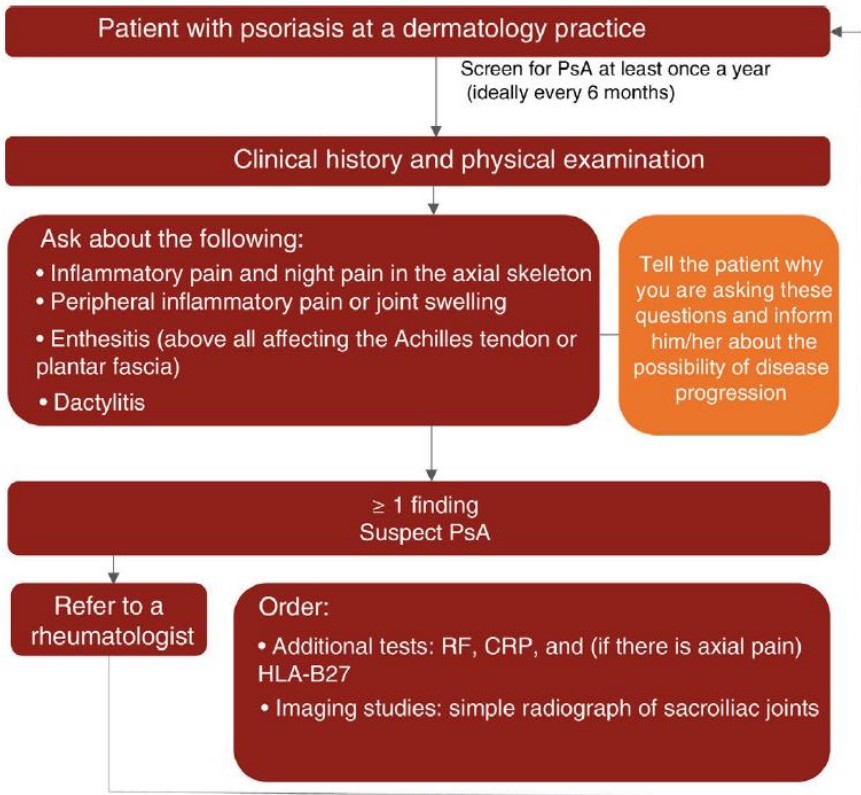
CONSENSUS DOCUMENT

## Dermatologists' Role in the Early Diagnosis of Psoriatic Arthritis: Expert Recommendations<sup>2\*</sup>



I Belinchón,<sup>a</sup> L Salgado-Boquete,<sup>b</sup> A López-Ferrer,<sup>c</sup> M Ferran,<sup>d</sup> P Coto-Segura,<sup>e</sup> R Rivera,<sup>f</sup> D Vidal,<sup>g</sup> L Rodriguez,<sup>h</sup> P de la Cueva,<sup>i,\*</sup> R Queiro<sup>j</sup>

Feedback to dermatologist



**Αλγόριθμος για τη διαχείριση κλινικά της ψωριασικής αρθρίτιδας στην καθημερινή κλινική πρακτική του δερματολόγου**



## Dermatologists' Role in the Early Diagnosis of Psoriatic Arthritis: Expert Recommendations ☆







I Belinchón,<sup>a</sup> L Salgado-Boquete,<sup>b</sup> A López-Ferrer,<sup>c</sup> M Ferran,<sup>d</sup> P Coto-Segura,<sup>e</sup> R Rivera,<sup>f</sup> D Vidal,<sup>g</sup> L Rodríguez,<sup>h</sup> P de la Cueva,<sup>i,\*</sup> R Queiro<sup>j</sup>

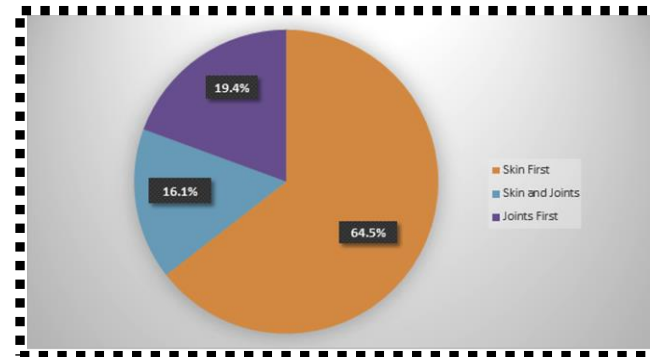
Actas Dermosifiliogr. 2020;111(10):835–846

## Joint AAD-NPF guidelines of care for the management and treatment of psoriasis with awareness and attention to comorbidities



(J Am Acad Dermatol 2019;80:1073-113.)

Type of Inflammation	Signs and Symptoms
 <p><b>Peripheral arthritis</b></p>	<p>Morning stiffness <math>\geq</math> 30 min; joint swelling; pain that improves with activity and gets worse with rest; limited mobility</p>
 <p><b>Axial arthritis</b></p>	<p>Chronic back pain; chronic pain involving buttocks, hips, and behind the thighs; morning stiffness; limited mobility and flexibility</p>
 <p><b>Dactylitis</b></p>	<p>Swelling; heat; erythema; sensitivity at inflammation site; reduced mobility; sausage-like digits</p>
 <p><b>Enthesitis</b></p>	<p>Pain next to the joint; swelling at site of pain; functional limitations; history of plantar fasciitis; pain involving the enthesis (Achilles tendon, plantar fascia, quadriceps tendon, patellar ligament, iliac crest); more common in the lower than upper extremities</p>

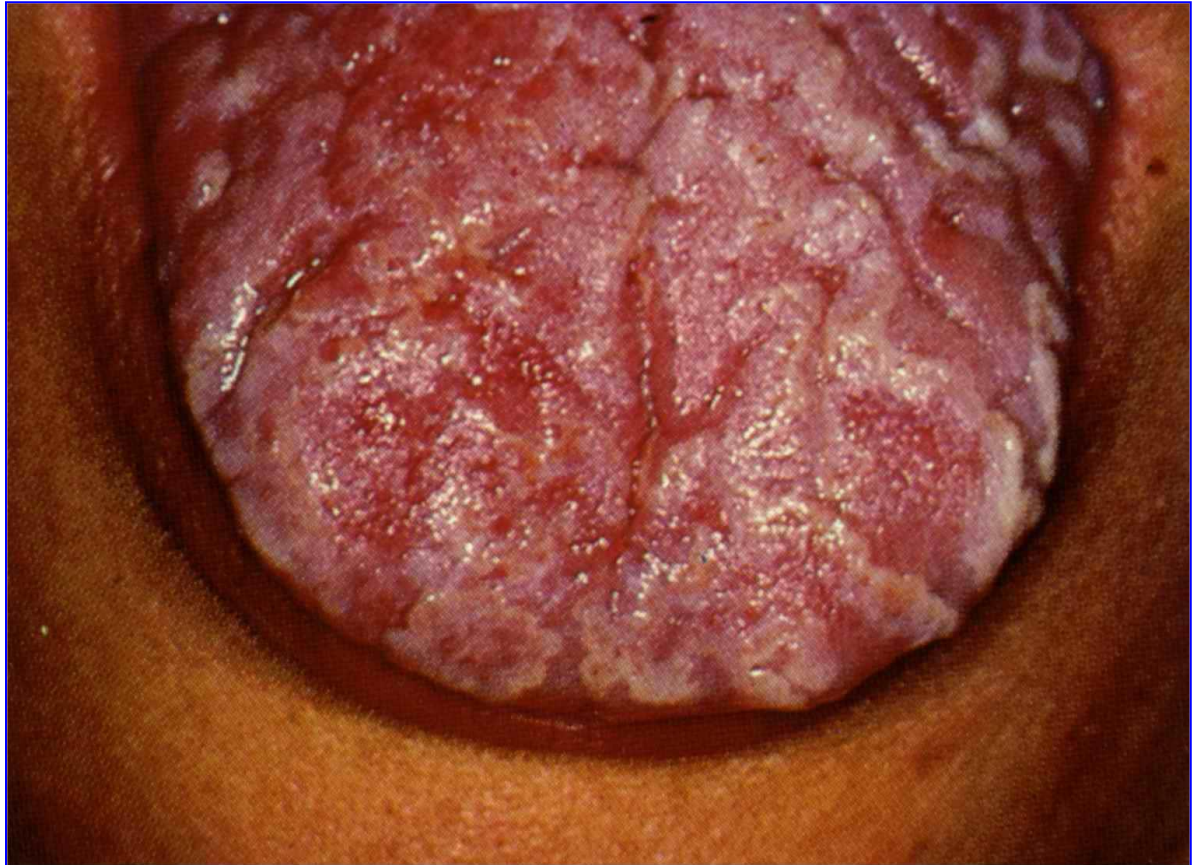


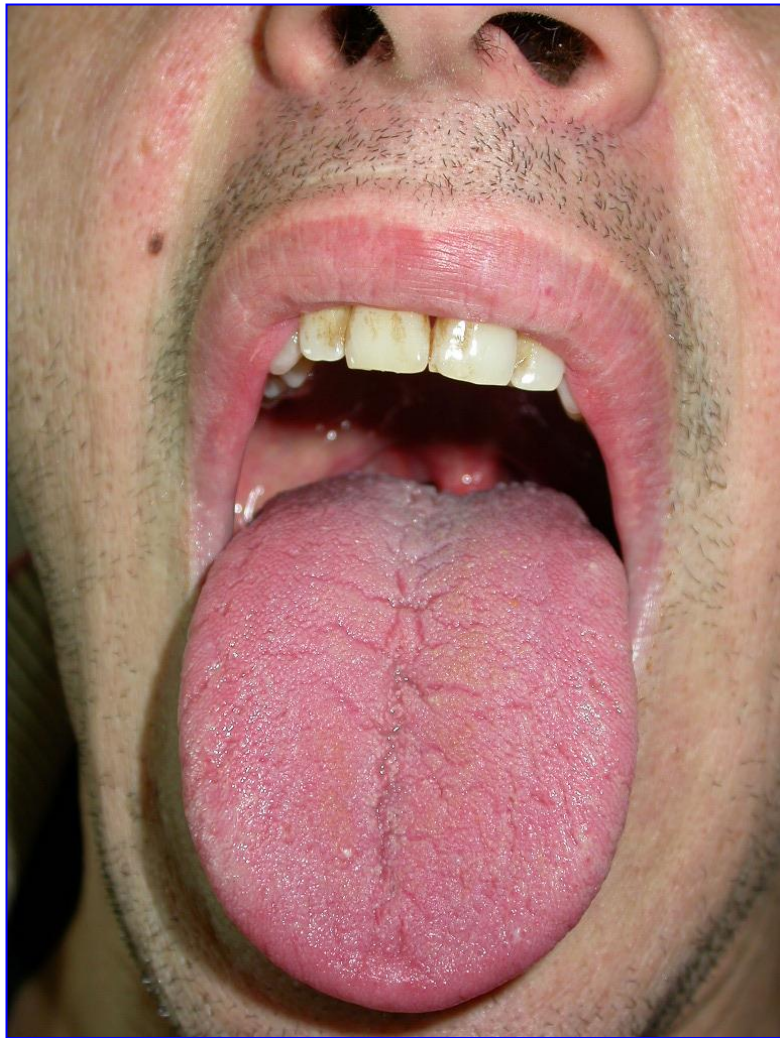


















# Κοινό ιατρείο ψωρίασης - ψωριασικής αρθρίτιδας

Έναρξη Φεβ 2018

Ιατρείο Ψωρίασης  
Νοσοκομείο Α Συγγρός



ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ Α. ΣΥΓΓΡΟΣ  
Est. 1910



Παρουσία των δύο  
ειδικοτήτων στον ίδιο  
χώρο μπροστά στον  
ασθενή

Ειδικευόμενοι



ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ  
ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ

Παραπομπές από  
δερματολόγους του Α. Συγγρός  
(και από το Ρευματολογικό  
ιατρείο του ΓΝΑ Ιπποκράτειο)

Εκτιμήσεις νοσηλευόμενων  
ασθενών

2 φορές το μήνα  
> 20 ασθενείς/ημέρα  
ιατρείου



# Κοινό ιατρείο ψωρίασης - ψωριασικής αρθρίτιδας

Rheumatology International (2022) 42:1035–1041  
<https://doi.org/10.1007/s00296-022-05126-z>

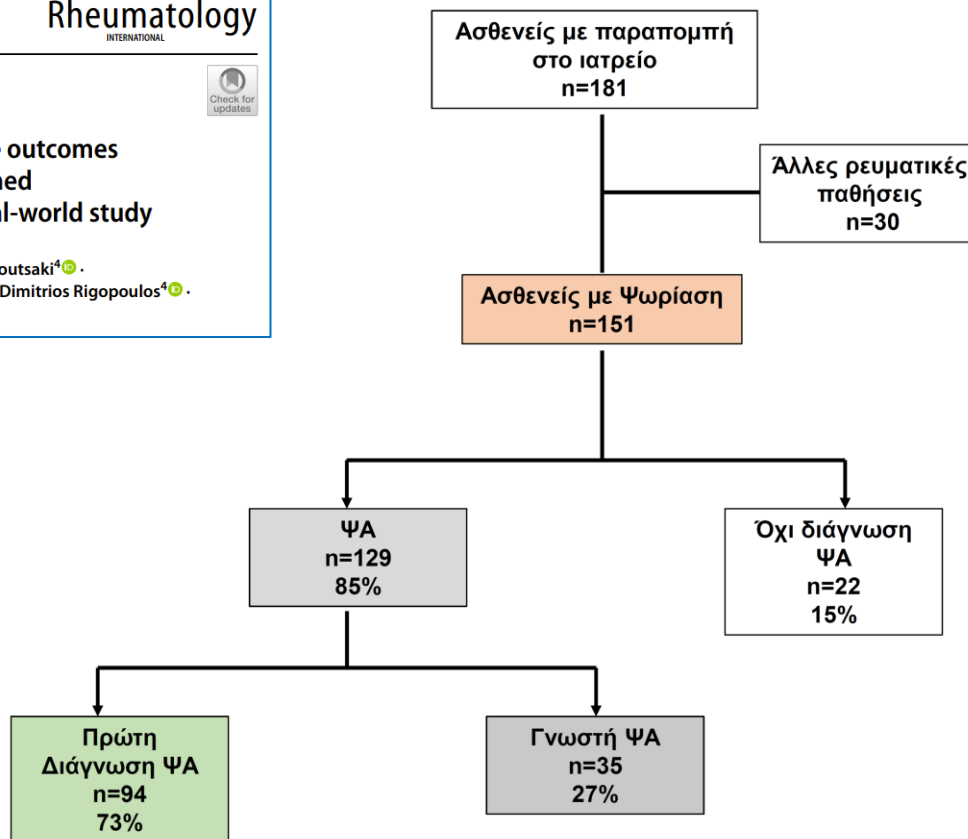
Rheumatology  
INTERNATIONAL

OBSERVATIONAL RESEARCH



**Patient characteristics, treatment patterns and disease outcomes in patients with psoriatic arthritis followed in a combined Dermatology–Rheumatology clinic: a retrospective real-world study**

Kalliopi Klavdianou<sup>1</sup> · Maria Stavropoulou<sup>2</sup> · Pantelis Panagakis<sup>3</sup> · Marina Papoutsaki<sup>4</sup> · Alexandros Panagiotoopoulos<sup>1</sup> · Christos Koutsianas<sup>1</sup> · Alexandros Stratigos<sup>4</sup> · Dimitrios Rigopoulos<sup>4</sup> · Dimitrios Vassilopoulos<sup>1</sup>



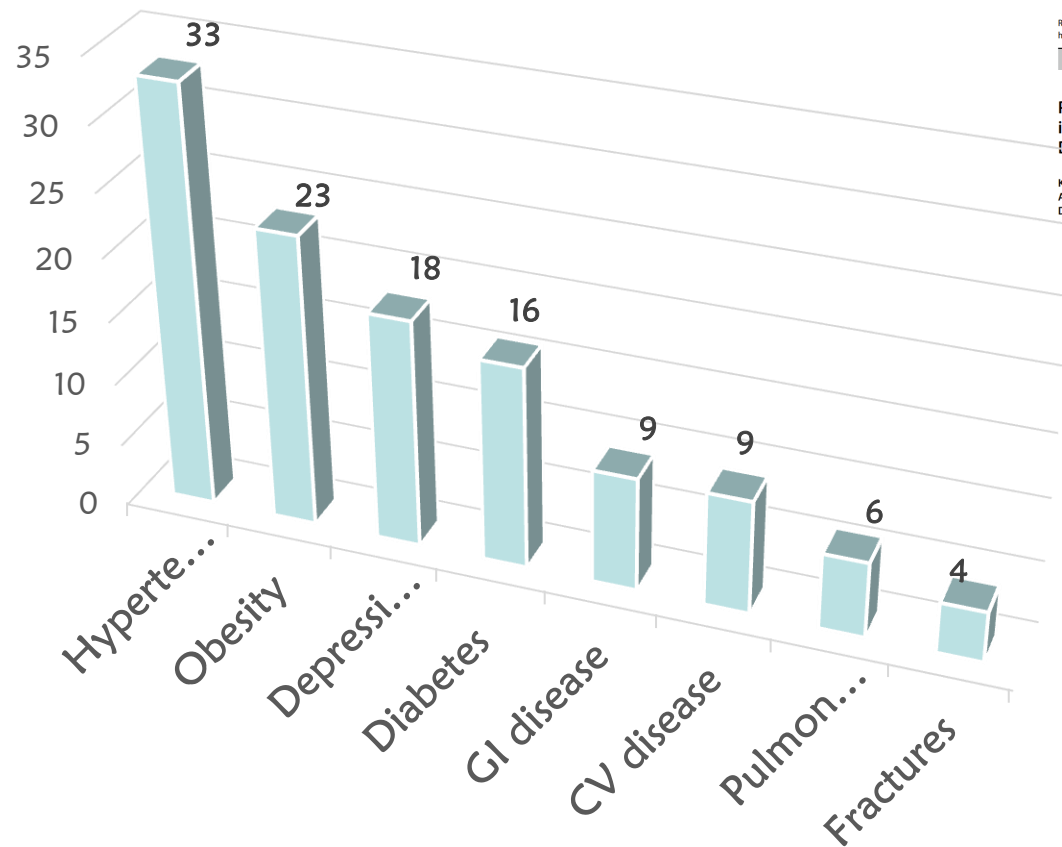
# Κοινό ιατρείο ψωρίασης - ψωριασικής αρθρίτιδας

## δημογραφικά – επιδημιολογικά στοιχεία



Χαρακτηριστικά	Κοορτή με ΨΑ	
	n με διαθέσιμα δεδομένα	
<b>n</b>		<b>129</b>
Γυναίκες, n (%)	129	72 (56%)
Ηλικία, έτη, mean ± 1 SD, (median) (1 <sup>η</sup> επίσκεψη)	127	55± 14.5, (56.8)
Διάρκεια ΨΩ, έτη, median (IQR) (1 <sup>st</sup> visit)	125	14.2 (20.4)
Περιφερική αρθρίτιδα, n (%)	129	123 (95%)
Αξονική προσβολή, n (%)	129	29 (23%)
Περιφερική και αξονική προσβολή, n (%)	129	24 (19%)
Δακτυλίτιδα, n (%)	129	8 (6%)
Ενθεσίτιδα, n (%)	129	16 (12%)
Συμμετοχή ονύχων, n (%)	113	51 (45%)
Εξωαρθρικές εκδηλώσεις n (%)	129	5 (4%)

# Κοινό ιατρείο ψωρίασης - ψωριασικής αρθρίτιδας συννοσηρότητες



Rheumatology International (2022) 42:1035–1041  
<https://doi.org/10.1007/s00296-022-05126-z>

Rheumatology  
WILEY

OBSERVATIONAL RESEARCH

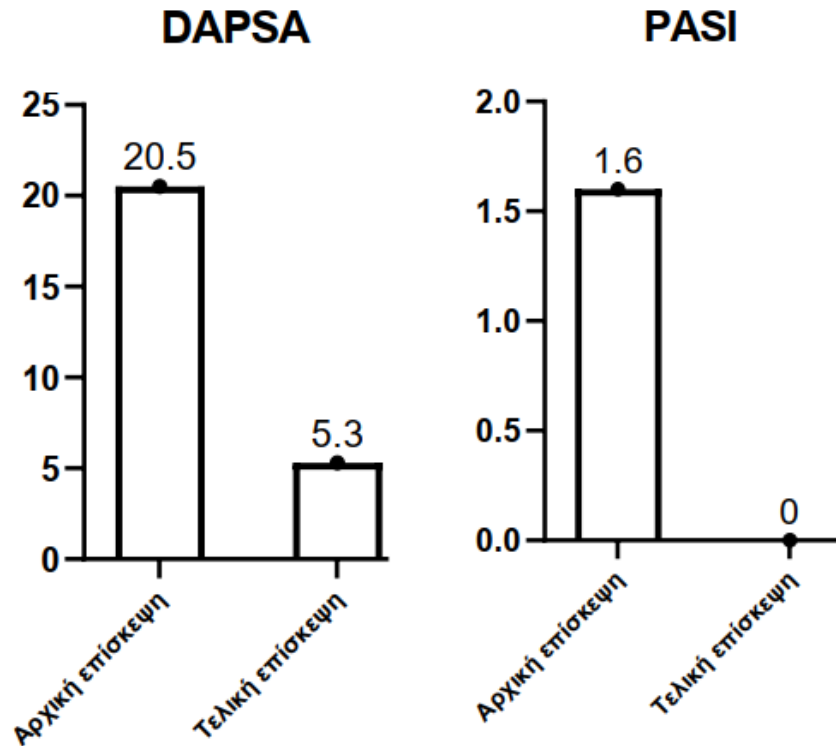


**Patient characteristics, treatment patterns and disease outcomes in patients with psoriatic arthritis followed in a combined Dermatology–Rheumatology clinic: a retrospective real-world study**

Kalliopei Klavdianou<sup>1</sup> · Maria Stavropoulou<sup>2</sup> · Pantelis Panagakis<sup>3</sup> · Marina Papoutsaki<sup>4</sup> · Alexandros Panagiotopoulos<sup>5</sup> · Christos Koutsianas<sup>6</sup> · Alexandros Stratigos<sup>4</sup> · Dimitrios Rigopoulos<sup>4</sup> · Dimitrios Vassilopoulos<sup>5</sup>

# Κοινό ιατρείο ψωρίασης - ψωριασικής αρθρίτιδας

## αποτελεσματικότητα



Rheumatology International (2022) 42:1035–1041  
<https://doi.org/10.1007/s00296-022-05126-z>

Rheumatology  
INTERNATIONAL

OBSERVATIONAL RESEARCH

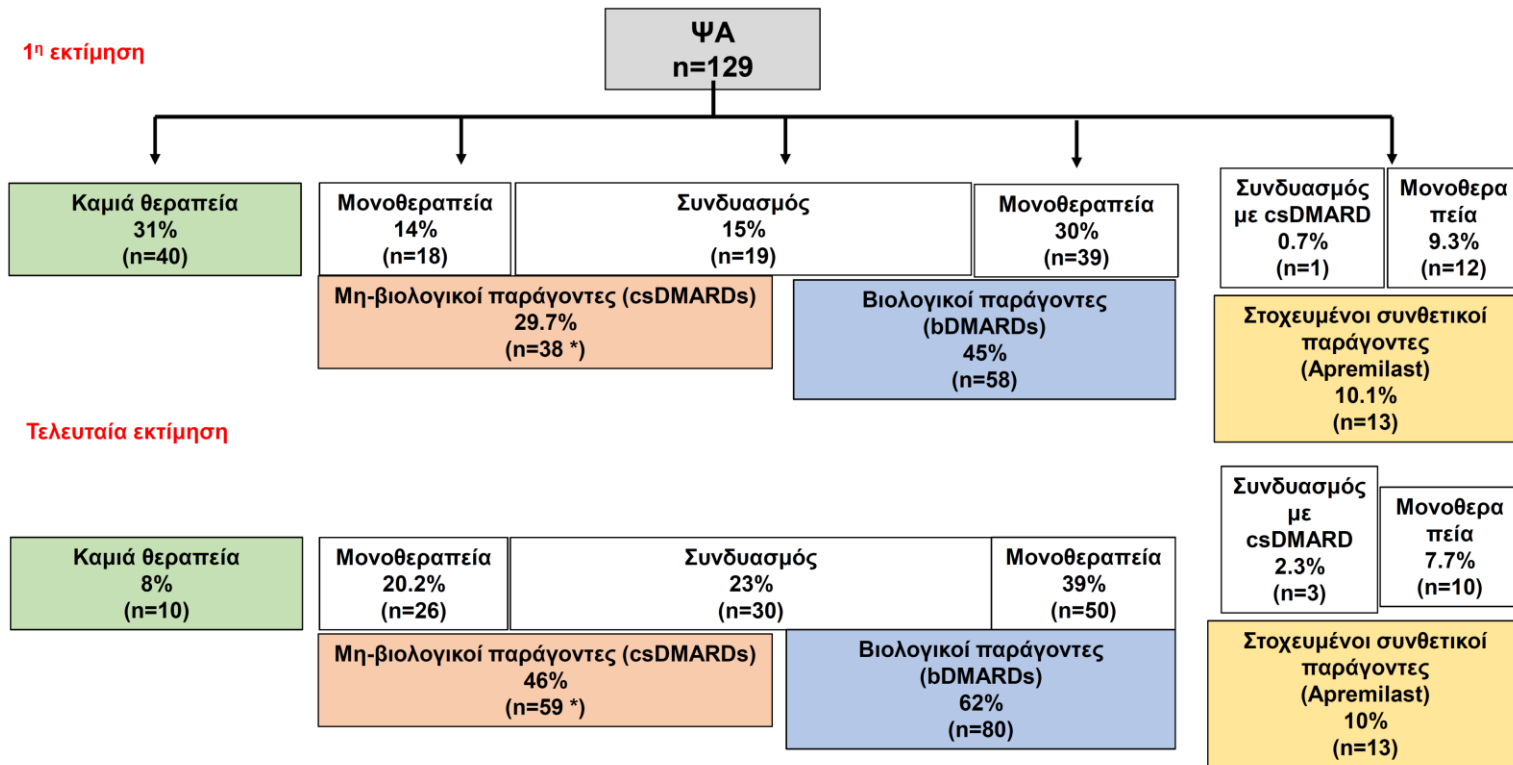
Check for updates

Patient characteristics, treatment patterns and disease outcomes in patients with psoriatic arthritis followed in a combined Dermatology–Rheumatology clinic: a retrospective real-world study

Kalliopi Klavdianou<sup>1</sup> · Maria Stavropoulou<sup>2</sup> · Pantelis Panagakis<sup>1</sup> · Marina Papoutsaki<sup>3</sup> · Alexandros Panagiotopoulos<sup>3</sup> · Christos Koutsianas<sup>3</sup> · Alexandros Stratigos<sup>3</sup> · Dimitrios Rigopoulos<sup>4</sup> · Dimitrios Vasilopoulos<sup>1</sup>

# Κοινό ιατρείο ψωρίασης - ψωριασικής αρθρίτιδας

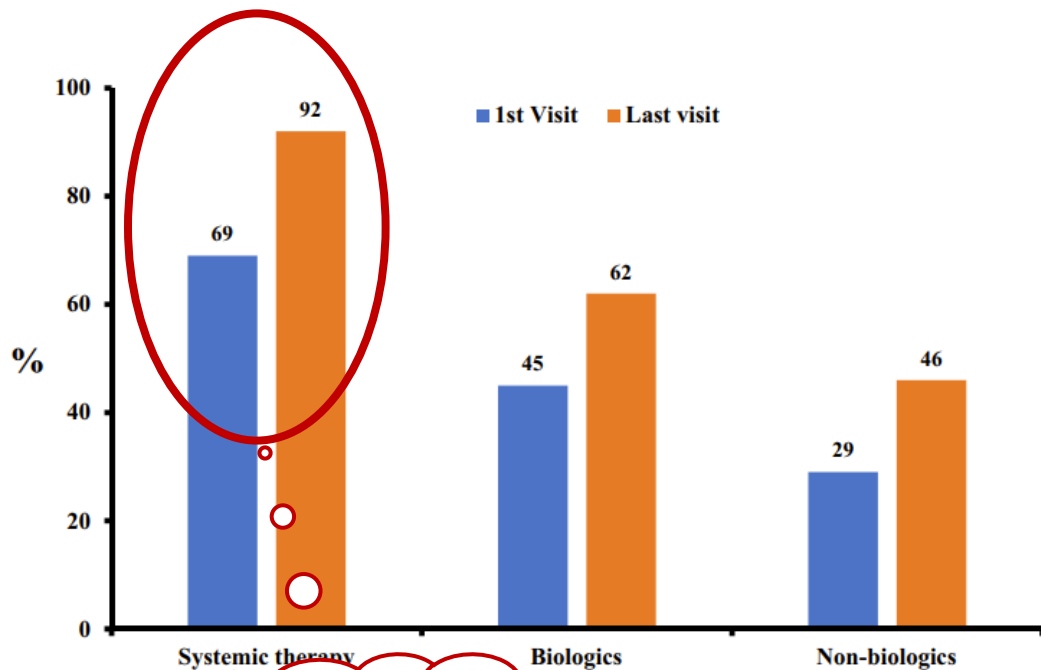
## Θεραπευτική αγωγή



\* συνυπολογίζεται και ο συνδυασμός csDMARD/Apremilast

# Κοινό ιατρείο ψωρίασης - ψωριασικής αρθρίτιδας

## Θεραπευτική αγωγή



23% αύξηση

**Table 4** Escalation of treatment modalities following evaluation in SARM, among all patients and compared between groups

Management Class	Taking medication prior to SARM visit (%)	Taking medication after SARM visit (%)
Topical therapy alone	50.0	38.8
Systemic medication <sup>a</sup>	14.6	25.4
Psoriasis ( <i>n</i> = 163) <sup>b</sup>	11.8	25.5
PsA ( <i>n</i> = 107) <sup>c</sup>	18.8	23.8
Biologic medication	15.7	36.9
Psoriasis ( <i>n</i> = 163) <sup>b</sup>	9.3	26.7
PsA ( <i>n</i> = 107) <sup>c</sup>	25.7	54.5



# Κοινό ιατρείο ψωρίασης - ψωριασικής αρθρίτιδας



Καθ/της Δ. Ρηγόπουλος  
Καθ/της Α. Στρατηγός

Μαρίνα Παπουτσάκη  
Παντελής Παναγάκης  
Ναταλία Ρομποτή

Όλοι οι συνάδελφοι δερματολόγοι που  
παραπέμπουν ασθενείς για εκτίμηση



Καθ/της Δ. Βασιλόπουλος

Χρήστος Κουτσιανάς  
Καλλιόπη Κλαυδιανού  
Ευγενία Μαυρέα  
Υακίνθη Γεωργίου  
Αλέξανδρος Παναγιωτόπουλος  
Μαρία Σταυροπούλου

Όλοι οι συνάδελφοι ρευματολόγοι που  
παραπέμπουν ασθενείς για εκτίμηση

# Συμπέρασμα







Ευχαριστώ

