

Διαφορές στη θεραπευτική στρατηγική μεταξύ διαφορετικών ειδικοτήτων



Α Δ ΓΑΡΥΦΑΛΛΟΣ

Δ' ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Α.Π.Θ.

Οι εμπλεκόμενες ειδικότητες

- **Ρευματολογία**
- **Δερματολογία**
- **Γαστρεντερολογία**
- **Οφθαλμολογία**

Αυτοάνοσα νοσήματα

Διαφορές στην προσέγγιση

- Οι ρευματολόγοι δεν ασχολούνται με το δερματικό εξάνθημα στην Ψωριασική Αρθρίτιδα
- Οι δερματολόγοι δεν ασχολούνται με τις αρθρώσεις των ασθενών με Ψωρίαση

Ομοιότητες στην προσέγγιση

- Ιατρική βασισμένη στις αποδείξεις
- Εργαλεία μέτρησης ενεργότητας νόσου, αποτελεσματικότητας θεραπειών
- Υπολογισμός της ποιότητας ζωής
- Συνυπολογισμός της συννοσηρότητας

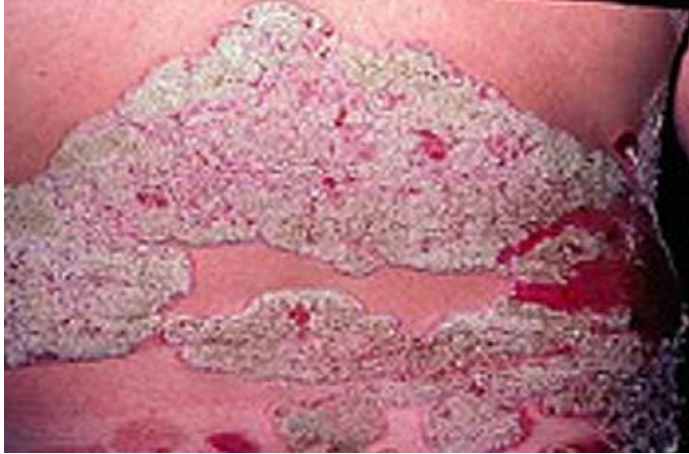
ΨΩΡΙΑΣΗ

- Παγκόσμια συχνότητα: ~2%
- Δυτική Ευρώπη: ~5 εκατομμύρια άνθρωποι
- Ελλάδα: ~ 220.000
- Άνδρες/γυναίκες:1/1
- Ηλικία: συχνότερα μεταξύ 15 - 35 ετών
- Ψυχικό stress

Τύποι ψωρίασης

Ήπια προς μέτρια

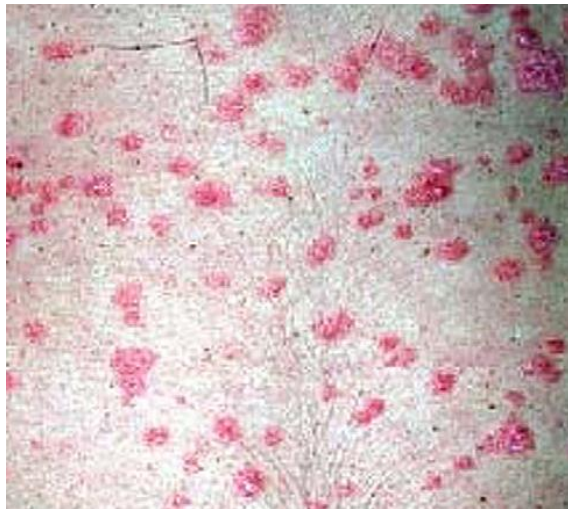
Μέτρια προς βαριά



Κατά πλάκας



Φλυκταινώδης



Σταγονοειδής



Ανάστροφη



Ερυθροδερμική

Τύποι ψωριασικής ονυχίας



Εργαλεία εκτίμησης της νόσου

- **PASI** (Psoriasis Area and Severity Index)
- **BSA** (Body Surface Area)
- **PGA** (Psoriasis Global Assessment)
- PPPASI (Palmo-Plantar PASI)
- NAPSI (Nail Psoriasis Severity Index)
- **DLQI** (Dermatology Life Quality Index)
- **PPI** (Psoriasis Disability Index)

PASI

Αντικειμενικός δείκτης αξιολόγησης της ψωρίασης με εύρος τιμών 0 – 72.

Αξιολόγηση:

Τεσσάρων ανατομικών περιοχών – κεφαλή, άνω άκρα, κορμός και κάτω άκρα

Βαθμολόγηση ερυθήματος, υπέγερσης της πλάκας και απολέπισης (0-4)

Έκταση της αλλοίωσης σε συγκεκριμένη ανατομική περιοχή (0-6)

Anatomical Region	Fraction of BSA	Area (0-6)	Erythema (0-4)	Induration (0-4)	Scaling (0-4)	Total
Head	0.1	X	X (	+	+	) =
Trunk	0.3	X	X (	+	+	) =
Arms	0.2	X	X (	+	+	) =
Legs	0.4	X	X (	+	+	) =
	1.0					0.0-72.0

Θεραπευτική στρατηγική

Τοπική θεραπεία

- Σε ήπια ή μέτρια που προσβάλλει μικρή έκταση
- Calcipotriol + Betamethsone dipropionate
- Αναστολείς καλσινευρίνης τοπικά (tacrolimus, pimecrolimus)
- UV ή PUVA

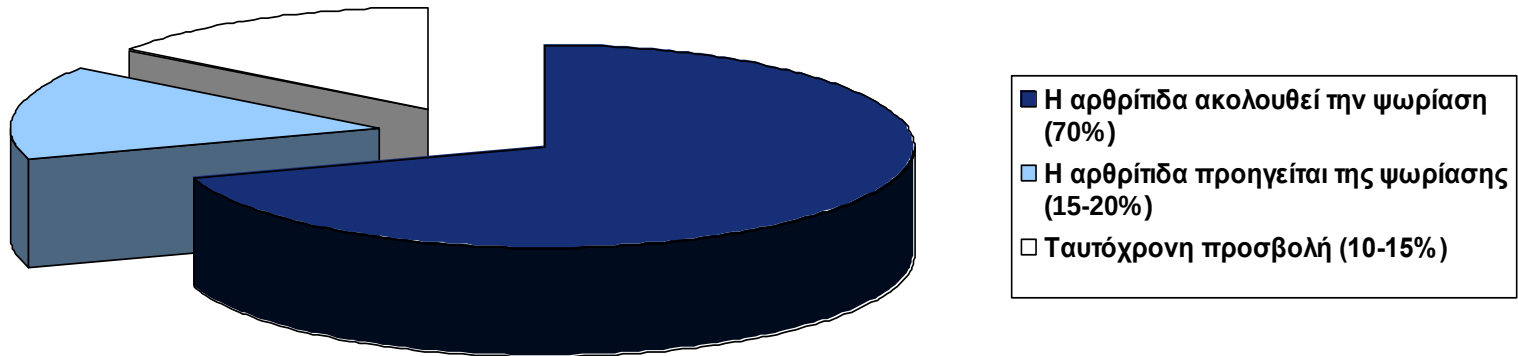
Θεραπευτική στρατηγική

Συστηματική θεραπεία

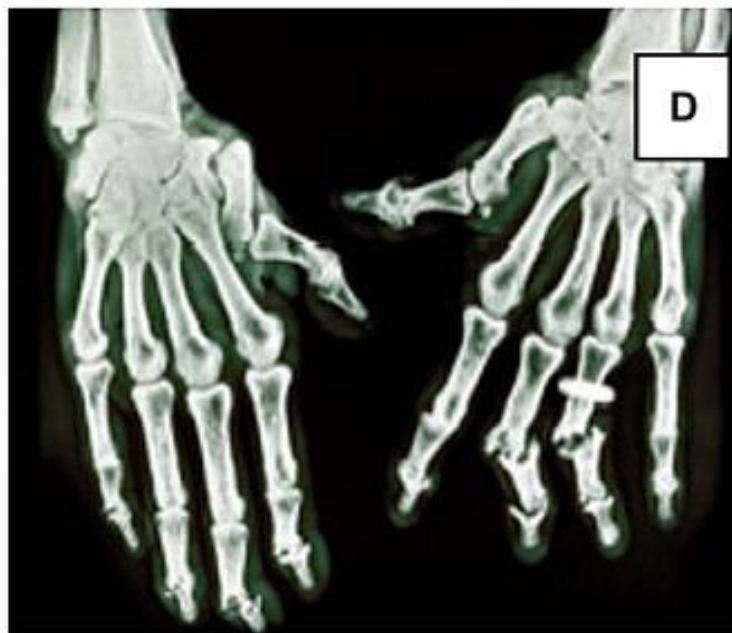
- **Φάρμακα αποκλειστικά από δερματολόγους**
Ρετινοειδή (Acitrtin) $\pm$ UV
Εστέρες φουμαρικού (Γερμανία)
Βιολογικοί (Efalizumab, Alefacept, Ustekiumab)
- **Φάρμακα κοινά με ρευματολόγους**
MTX, LEF, CyA
Βιολογικοί (anti-TNFs)

ΨΩΡΙΑΣΙΚΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

- Σπονδυλαρθρίτιδες
- 1818 Louis Aliberi
- 10-25% (6-42%) των ασθενών με ψωρίαση ανεξάρτητα από το μέγεθος της προσβεβλημένης επιφάνειας αναπτύσσουν ΨΑ σε διάστημα 1-10 χρόνια μετά την εμφάνιση της δερματικής βλάβης



- Ίσα ποσοστά στα 2 φύλα ΑΛΛΑ οι άνδρες → 3-5X σπονδυλίτιδα
- ~ 80% Ψωριασική Ονυχία από βαριά έως υποκλινική



A & C = Δακτυλίτιδα, B = Ενθεσίτιδα Δ = Ακτινολογικές αλλοιώσεις

Τύποι Ψωριασικής Αρθρίτιδας

- Πολυαρθρική ~ 41 %
- Ολιγοαρθρική ~ 31 %
- Αξονική ~ 28 %

Πολυαρθρική

Ολιγοαρθρική

Κλασσική

Καταστροφική

Αξονική

ΕΞΩΑΡΘΡΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Επιπεφυκίτιδα ~ 20 %

Ραγοειδίτιδα ~ 5-10 %

Κριτήρια διάγνωσης

Table III. Definition of mild, moderate, and severe psoriatic arthritis

	Response to therapy	Impact on QOL
Mild	NSAIDs	Minimal
Moderate	Requires DMARDs or TNF blockers	Impacts daily tasks of living and physical/mental functions; lack of response to NSAIDs
Severe	Requires DMARDs plus TNF blockers or other biologic therapies	Cannot perform major daily tasks of living without pain or dysfunction; large impact on physical/mental functions; lack of response to either DMARDs or TNF blockers as monotherapy

Table II. CASPAR criteria for the diagnosis of psoriatic arthritis (modified¹⁰)

The CASPAR (classification criteria for psoriatic arthritis) criteria consist of established inflammatory articular disease* with at least 3 points from the following features:

- A. Current psoriasis (assigned a score of 2; all other features are assigned a score of 1)
- B. A personal history of psoriasis (unless current psoriasis is present)
- C. A family history of psoriasis (unless current psoriasis is present or there is a personal history of psoriasis)
- D. Current dactylitis or history of dactylitis recorded by a rheumatologist
- E. Juxta-articular new bone formation
- F. Rheumatoid factor negativity
- G. Typical psoriatic nail dystrophy including onycholysis, pitting, and hyperkeratosis

Ευαισθησία = 98,7 %

Ειδικότητα = 91,4 %

Εργαλεία εκτίμησης της νόσου

- ACR
- DAS (28 & 78/76)
- PsARC (PsA Response Criteria)→
- QoL (PsAQoL, SF-36)
- HAQ
- Ακτινολογικοί δείκτες
- Για αξονική προσβολή (BASDAI, BASFI κλπ)

ΒΕΛΤΙΩΣΗ σε 2 από

20% εκτίμηση ιατρού
20% εκτίμηση ασθενούς
30% πόνου
30% οιδήματος

Προγνωστικοί δείκτες κατά τη 1^η επίμηση

- > 5 φλεγμαίνουσες αρθρώσεις
- Αύξηση ΤΚΕ, CRP
- Μη απάντηση στη θεραπεία
- Αύξηση ακτινολογικών βλαβών

Οικογενειακό ιστορικό
Μεγάλη έκταση βλάβης
Έναρξη < 20 ετών
Γυναίκες
HLAB27 παρουσία B7
HLAB39 & DQw3 απουσία DR7

Κριτήρια θεραπευτικής απάντησης

- ACR βελτίωση
- κατά 20, 50, 70 %

Table V. American College of Rheumatology scoring

1. $\geq 20\%$ reduction in the tender joint count
2. $\geq 20\%$ reduction in the swollen joint count
3. $\geq 20\%$ reduction in 3 of 5 additional measures including:
 - a. patient assessment of pain
 - b. patient global assessment of disease activity
 - c. physician global assessment of disease activity
 - d. disability index of the Health Assessment Questionnaire
 - e. acute phase reactants, ie, erythrocyte sedimentation rate and C-reactive protein

Θεραπευτική στρατηγική

Ήπια

- 50 – 60 % μέτρια έως βαριά πορεία
- Σε ήπια ΜΣΑΦ & τοπικές εγχύσεις (προσοχή για λοιμώξεις)

**ΟΜΩΣ στενός έλεγχος για αρθρική
καταστροφή**

Θεραπευτική στρατηγική

Μέτρια - Σοβαρή

- **MTX**
- **CyA**
- **LEF**
- **Βιολογικοί**

Anti-TNFs
Anti IL-12/23?
Abatacept?

Δακτυλίτιδα και ενθεσίτιδα => Μέτρια προς σοβαρή μορφή

ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

ACR 2008

- ΠΡΩΙΜΗ

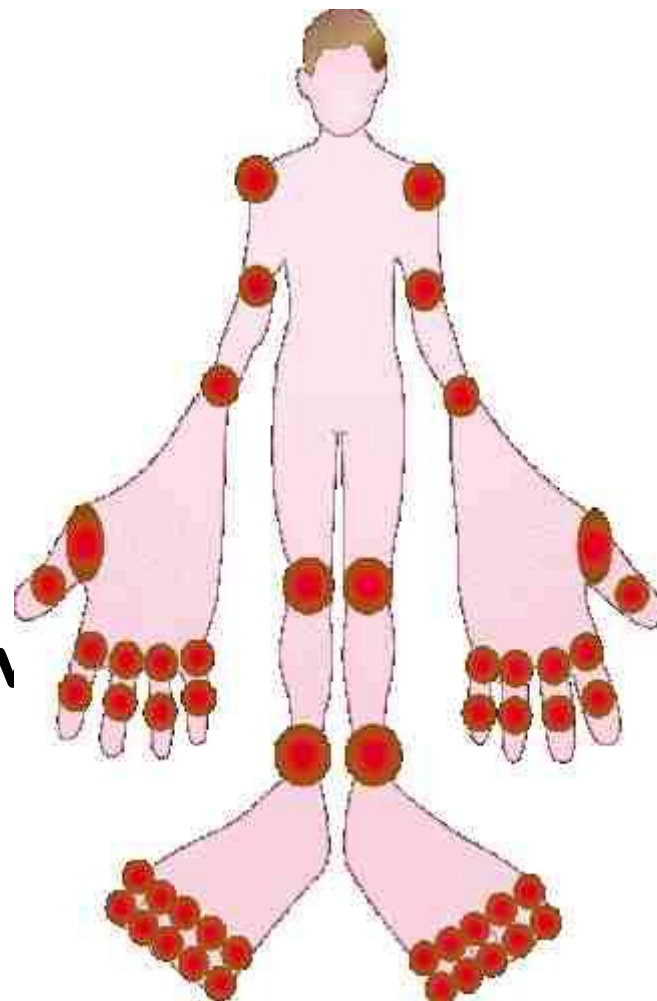
Ήπια
Μέτρια
Βαριά

- ΕΜΜΕΝΟΥΣΑ



Κλινική εικόνα

- Συμμετρική αρθρίτιδα
- Οίδημα μικρών περιφερικών αρθρώσεων
- Πρωινή δυσκαμψία > 1 ώρα
- Εύκολη κόπωση, κακουχία, κατάθλιψη μπορεί να προηγούνται εβδομάδες ή μήν
- Φείδεται ΘΜ, ΟΜΣΣ & DIP



Πρώιμη ήπιας βαρύτητας

- < 6 μήνες
- < 6 αρθρώσεις
- Όχι εξωαρθρικές εκδηλώσεις
- Όχι διαβρώσεις ή απώλεια χόνδρου
- RF (-) anti-CCP (-)

Καλή πρόγνωση ΑΛΛΑ όχι πάντα

Πρώιμη μέτριας βαρύτητας

- < 6 μήνες
- 6-20 αρθρώσεις
- Όχι εξωαρθρικές εκδηλώσεις
- Σαφής αύξηση ΤΚΕ & CRP
- RF & anti-CCP πιθανόν (+)
- A/α → φλεγμονή

Οστεοπενία

Διόγκωση μαλακών μορίων

Στένωση μεσαρθρίου διαστήματος

Διαβρώσεις και απώλεια χόνδρου

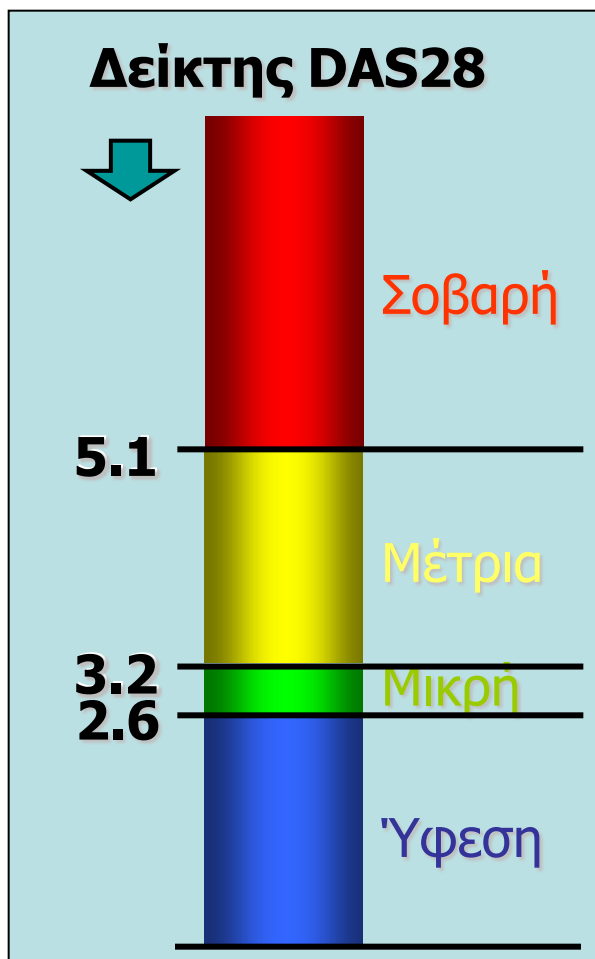
Πρώιμη βαριά

- < 6 μήνες
- > 20 αρθρώσεις φλεγμαίνουσες
- Σημαντική αύξηση ΤΚΕ & CRP
- Ένα από
 - Αναιμία ή/και υπολευκωματιναιμία
 - RF (+) αυξημένοι σημαντικά συνήθως ή/και anti-CCP (+)
 - Εξωαρθρική νόσος
 - Α/α → διαβρώσεις 7 απώλεια χόνδρου

Εμμένουσα ενεργός

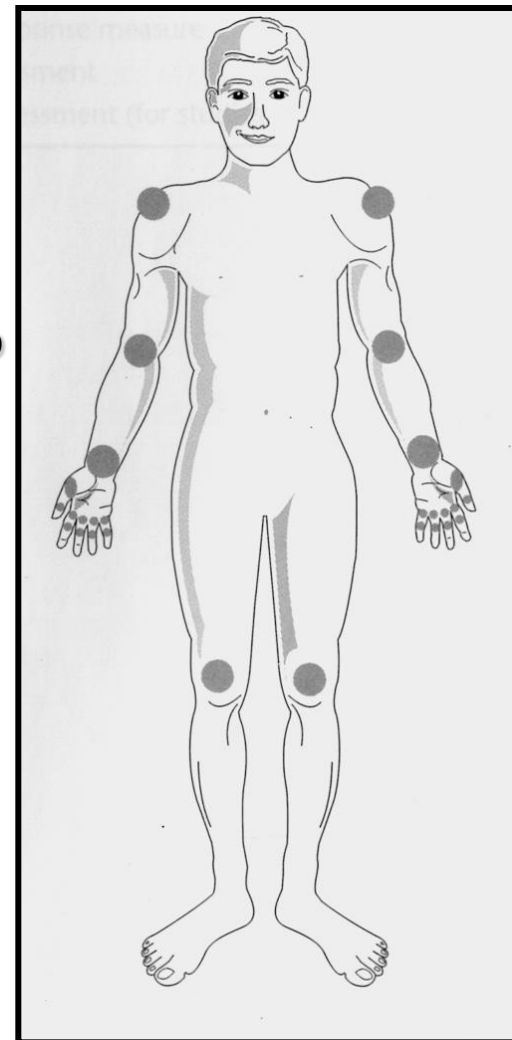
- $\geq$ από 6 μήνες ενεργότητα παρά τη θεραπεία με MTX ή άλλα DMARDs

DAS28: Ενεργότητα νόσου



- Αριθμός επώδυνων αρθρώσεων
- Αριθμός διογκωμένων αρθρώσεων
- TKE (mm/h)
- Γενική κατάσταση υγείας (VAS) από 0-100 mm

DAS 28 (4μεταβλητές)



15th EULAR response criteria

DAS28 at Endpoint	Improvement in DAS28 From Baseline		
	> 1.2	> 0.6 and ≤ 1.2	≤ 0.6
≤ 3.2	Good	Moderate	None
> 3.2 and ≤ 5.1			
> 5.1			

DAS28 remission <2.6

Κριτήρια RA 1987 ACR

- Απαιτούνται τουλάχιστον 4 από τα 7 κριτήρια:

- Πρωινή δυσκαμψία >1 ώρα
- Αρθρίτιδα ≥ 3 αρθρώσεις
- Αρθρίτιδα αρθρώσεων χεριών (καρποί, MCPs, PIPs)
- Συμμετρική αρθρίτιδα
- Ρευματικά οζίδια
- Ρευματοειδής παράγοντας
- Ακτινολογικά ευρήματα

Διάρκεια τουλάχιστον
6 εβδομάδες

ευαισθησία 88% και ειδικότητα 73%

2010 ACR/EULAR ΚΡΙΤΗΡΙΑ RA

Διάγνωση= point system

- A. Προσβολή αρθρώσεων (έως 5 πόντους)
- B. Εργαστηριακά (έως 3 πόντους)
- Γ. Διάρκεια συμπτωμάτων (έως 1 πόντο)
- Δ. Πρωτεΐνες οξείας φάσης (έως 1 πόντο)

Βέβαιη RA $\geq$ 6 πόντους

Εργαλεία εκτίμησης της νόσου

- **ACR 20, 50 ,70**
- **DAS 28**
- **EULAR Response Criteria**
- **HAQ**
- **QoL (SF-36, EQ-5D κλπ)**

Μέτρια απάντηση κατά EULAR → πιο συχνά από ACR20
Καλή απάντηση κατά EULAR → πιο συχνά από ACR70

Θεραπευτική στρατηγική

Πρώιμη ήπιας βαρύτητας

- ΜΣΑΦ
- ΡΖ για σύντομο διάστημα
- DMARDs → HCQ, SSZ,
→ MTX ή LEF σε εμμονή

Θεραπευτική στρατηγική

Πρώιμης μέτριας & βαριάς RA

- **MTX (ή LEF) $\pm$ PZ**

- **Σε αποτυχία**

ΦΤΩΧΗ ΠΡΟΓΝΩΣΗ $\rightarrow$ + βιολογικός

ΚΑΛΗ ΠΡΟΓΝΩΣΗ $\rightarrow$ + άλλο DMARD ή συνδυασμός DMARDs

- **1^{ος} βιολογικός anti-TNF** (Infliximab, Etanercept, Adalimumab, Golimumab, Certolizumab)

- **Σε αποτυχία** 2^{ος} anti-TNF

Άλλος βιολογικός (Rituximab, Abatacept, Tocilizumab)

Η MTX γενικά απαραίτητη σε συγχορήγηση με βιολογικούς (- Tocilizumab?)

Πόσο ισχυρά υποστηρίζονται οι οδηγίες;

- **Απαραίτητα τα DMARDs (1A)**
- **PZ στις εξάρσεις (2A)**
- **MTX ως αρχή (2B)**
- **Σε αδυναμία LEF (2B)**
- **Μετά 3 μήνες MTX LEF anti-TNF (2B)**
- **Σε αποτυχία 1^{ου} anti-TNF σε 3 μήνες → 2^{ος} anti-TNF (2C)**

Η MTX

- **Gold standard** για θεραπεία RA & ΨΑ αλλά και της Ψ
- Στη Ρευματολογία πιο γενικευμένη η χρήση της
- Στη RA & στην ΨΑ η συγχορήγησή της με anti-TNF → απαραίτητη
- Στη Δερματολογία → όχι σαφείς αποδείξεις

Διαφορές στη χρήση μεταξύ των 2 ειδικοτήτων (Καναδάς)

414 Δερματολόγους → 97% p.o. MTX → σε ΥΔ 49% οι Δ.

415 Ρευματολόγους → 80% p.o. MTX → σε ΥΔ 93% οι Ρ.

Σε προσθήκη βιολογικού 81% οι Δ. και 93% οι Ρ. διατηρούν τη MTX

Η LEF

- Δεν έχει θέση ως μονοθεραπεία στην Ψ.
- Έχει θέση στη ΨΑ και στη ΡΑ
- Στη Ρευματολογία πιο ευρεία η χρήση της ιδίως σε αντένδειξη χορήγησης της MTX

Στην ΨΑ καλά αποτελέσματα

N = 190

LEF vs placebo = 58,9% vs 29,7% ($p < 0,001$)

PASI 50 = 30,4% vs 18,9%

Συνολικά Δερματ + Αρθρ = 27,2 vs 8,9% ($p < 0,0001$)

DLQI = +1,9 vs +0,2 ($p = 0,0173$)

Nash P, 2006 TOPAS study

Η CyA

- Στη Δερματολογία → αποδεδειγμένη η δράση της στην Ψ. Συστάσεις όμως για χορήγηση για περιορισμένο χρονικό διάστημα (Από 12 εβδομάδες έως 2 χρόνια)
- Στη Ρευματολογία → πιο περιορισμένη η χρήση της κυρίως στην ΨΑ και πολύ λιγότερο στη ΡΑ χωρίς συστάσεις για περιορισμένο χρονικό διάστημα.
Στη θέση της MTX ή της LEF;

Βιολογικοί παράγοντες

Anti-TNFs στην Ψωρίαση

Agent	Reference	Trial	Treatment (number of patients)	Results (%)
Adalimumab	Gordon <i>et al.</i> , 2006	12-week RDBPC OLE until week 60	A 40 mg weekly (50) A 40 mg eow (46) Placebo (52)	PASI 75 at week 12: 80 PASI 75 at week 12: 53 PASI 75 at week 12: 4
Adalimumab (REVEAL)	Menter <i>et al.</i> , 2008b	16-week RDBPC OLE until week 52	A 40 mg eow (814) Placebo (398)	PASI 75 at week 16: 71 PASI 75 at week 16: 7
Adalimumab (CHAMPION)	Saurat <i>et al.</i> , 2008	16-week RDBPC	A 40 mg eow (108)	PASI 75 at week 16: 80
Etanercept	Gottlieb <i>et al.</i> , 2003	12-week RDBPC	E 25 mg twice weekly (57) Placebo (55)	PASI 75 at week 12: 30 PASI 75 at week 12: 2
Etanercept CONSORT	Papp <i>et al.</i> , 2005	RDBPC	E 25 mg twice weekly (196) E 50 mg twice weekly (194) Placebo (193)	PASI 75 at week 12: 34 PASI 75 at week 12: 49 PASI 75 at week 12: 3
Etanercept	Leonardi <i>et al.</i> , 2003	RDBPC	E 25 mg weekly (160) E 25 mg twice weekly (162) E 50 mg twice weekly (164) Placebo (166)	PASI 75 at week 12: 14 PASI 75 at week 12: 34 PASI 75 at week 12: 49 PASI 75 at week 12: 4
Etanercept	Tyring <i>et al.</i> , 2006	12-week RDBPC	E 50 mg twice weekly (311)	PASI 75 at week 12: 47
Infliximab SPIRIT	Gottlieb <i>et al.</i> , 2004	RDBPC	Infliximab 3 mg·kg ⁻¹ (99) Infliximab 5 mg·kg ⁻¹ (99) Placebo (51)	PASI 75 at week 10: 72 PASI 75 at week 10: 88 PASI 75 at week 10: 6
Infliximab EXPRESS I	Reich <i>et al.</i> , 2005	RDBPC	Infliximab 5 mg·kg ⁻¹ (301) Placebo (77)	PASI 75 at week 10: 80 PASI 75 at week 10: 3
Infliximab	Chaudhari <i>et al.</i> , 2001	RDBPC	Infliximab 5 mg·kg ⁻¹ (11) Infliximab 10 mg·kg ⁻¹ (11) Placebo (11)	PASI 75 at week 10: 82 PASI 75 at week 10: 73 PASI 75 at week 10: 18
Infliximab EXPRESS II	Menter <i>et al.</i> , 2007	RDBPC	Infliximab 3 mg·kg ⁻¹ (311)	PASI 75 at week 10: 70

Βιολογικοί παράγοντες

Anti-TNFs στην Ψωρίαση

Golimumab GO-REVEAL	Kavanaugh <i>et al.</i> , 2009a	24-week RDBPC	G 50 mg q4 wks (146) G 100 mg q4 wks (146)	PASI 75 at week 14: 40 PASI 75 at week 14: 58
---------------------	---------------------------------	---------------	---	--

Anti- IL-12/23 στην Ψωρίαση

Ustekinumab PHOENIX 1	Leonardi <i>et al.</i> , 2008	RDBPC	Ustekin 45 mg (255) Ustekin 90 mg (256) Placebo (255)	PASI 75 at week 12: 67.1 PASI 75 at week 12: 66.4 PASI 75 at week 12: 3.1
Ustekinumab PHOENIX 2	Papp <i>et al.</i> , 2008	RDBPC	Ustekin 45 mg (409) Ustekin 90 mg (411) Placebo (410)	PASI 75 at week 12: 66.7 PASI 75 at week 12: 75.7 PASI 75 at week 12: 3.7
Ustekinumab ACCEPT	Griffiths <i>et al.</i> , 2008	RDBPC	Ustekin 45 mg (209) Ustekin 90 mg (347) E 2 x 50 mg (347)	PASI 75 at week 12: 67.5 PASI 75 at week 12: 73.8 PASI 75 at week 12: 56.8

Βιολογικοί παράγοντες

Anti-TNFs στην Ψωριασική Αρθρίτιδα

Agent	Reference	Trial	Treatment (number of patients)	Results (%)
Adalimumab (ADEPT)	Mease <i>et al.</i> , 2005 Gladman <i>et al.</i> , 2007 Mease <i>et al.</i> , 2009	24-week RDBPC OLE OLE week 48 OLE week 104	A 40 mg eow (151) Placebo (162) OLE A (281)	ACR 20 at week 12: 58 ACR 20 at week 12: 14 ACR 20 at week 48: 58.7 ACR 20 at week 104: 57.3
Adalimumab	Genovese <i>et al.</i> , 2007	12-week RDBPC OLE until week 24	A 40 mg eow (51) Placebo (49)	ACR 20 at week 12: 39 ACR 20 at week 12: 16
Etanercept	Mease <i>et al.</i> , 2000	12-week RDBPC	E 25 mg twice weekly (30) Placebo (30)	ACR 20 at week 12: 73 ACR 20 at week 12: 13
Etanercept	Mease <i>et al.</i> , 2004	24-week RDBPC OLE until week 48	E 25 mg twice weekly (101) Placebo (104)	ACR 20 at week 12: 59 ACR 20 at week 12: 15
Golimumab GO-REVEAL	Kavanaugh <i>et al.</i> , 2009a	24-week RDBPC	G 50 mg q4wks (146) G 100 mg q4wks (146) Placebo (113)	ACR 20 at week 14: 51 ACR 20 at week 14: 45 ACR 20 at week 14: 9
Infliximab IMPACT	Antoni <i>et al.</i> , 2005	16-week RDBPC OLE week 50	Infliximab 5 mg·kg ⁻¹ (52) Placebo (52)	ACR 20 at week 16: 65 ACR 20 at week 16: 10
Infliximab IMPACT II	Kavanaugh <i>et al.</i> , 2007	24-week RDBPC OLE 52 weeks	Infliximab 5 mg·kg ⁻¹ (100) Placebo (100)	ACR 20 at week 24: 54 ACR 20 at week 24: 16
Golimumab GO-REVEAL	Kavanaugh <i>et al.</i> , 2009a	24-week RDBPC	G 50 mg q4wks (146) G 100 mg q4wks (146) Placebo (113)	ACR 20 at week 14: 51 ACR 20 at week 14: 45 ACR 20 at week 14: 9

Βιολογικοί παράγοντες

- Όλοι οι anti-TNFs δραστικοί στην Ψ.
στην ΨΑ και στη ΡΑ
- Στην Ψ. η απαιτείται δόση εφόδου κατά το αρχικό διάστημα ενώ αυτό δεν συστήνεται στην ΨΑ και στη ΡΑ
- Η αύξηση της δραστικότητάς τους με τη MTX αποδεδειγμένη στην ΨΑ και στη ΡΑ. Στην Ψ. απαιτούνται περαιτέρω μελέτες
- Η διακοπή και η επαναχορήγηση των βιολογικών (π.χ. Etanercept) έχει προταθεί. Προβληματισμός μήπως για παρόμοια χορήγηση στην ΨΑ και στη ΡΑ;

Βιολογικοί παράγοντες

- Νεώτεροι anti-TNFs όπως το Golimumab φαίνονται δραστικοί στην Ψ. και στην ΨΑ
- Για το Certolizumab υπάρχουν πρόδρομα ενθαρρυντικά δεδομένα (EULAR 2012)
- Για το Ustekinumab (αναστολή IL-12/23) υπάρχουν σαφή δεδομένα για την Ψ., πρόδρομα για την ΨΑ, αλλά όχι για την ΡΑ
- Για το Abatacept υπάρχουν πρόδρομα μόνο δεδομένα για την ΨΑ

Συνοψίζοντας

- Πρώιμη επιθετική θεραπεία έχει νόημα μόνο στη ΨΑ και στη ΡΑ όπου αναπτύσσονται οστικές βλάβες
- Πιθανή ενοποίηση καθορισμού της βαρύτητας των νοσημάτων. Λιγότερο πολύπλοκες κατατάξεις π.χ. **Ήπια προς Μέτρια και Μέτρια προς Βαριά**
- Κοινό φάρμακο έναρξης η MTX (έναρξη από 12,5-15 mg/εβδ έως 25mg/εβδ. p.o ή ΥΔ χορήγηση. Η συγχορήγηση με βιολογικούς παράγοντες στην Ψ. μένει να αποδειχθεί

Συνοψίζοντας

- Η CyA και στις 2 ειδικότητες χωρίς χρονικό όριο χρήσης
- Η LEF έχει θέση μόνο στην ΨΑ & στη ΡΑ
- Θεραπεία εφόδου στην ΨΑ και στη ΡΑ δεν συστήνεται. Άγνωστο εάν βοηθάει στον ταχύτερο έλεγχο σε σοβαρές μορφές
- Μελέτες για τη διάρκεια χορήγησης και τον τρόπο διακοπής των βιολογικών
- 3^{ος} anti-TNF πιθανόν δεν έχει νόημα
- Επαναξιολόγηση λιγότερο δαπανηρών θεραπειών