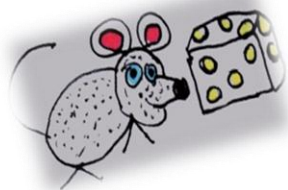


Η μετάβαση των παιδιών με χρόνιες φλεγμονώδεις παθήσεις στην ενήλικη ζωή

«Ψωρίαση πριν και κατά την ενηλικίωση»

Μαρίνα Παπουτσάκη MD, PhD
Δερματολόγος-Αφροδισιολόγος

*Επιμελήτρια Α΄
Α΄ Πανεπιστημιακή Κλινική
Νοσοκομείο Δερματολογικών Παθήσεων, «Ανδρέας Συγγρός»*

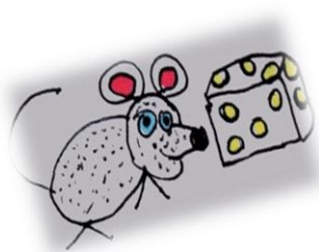


Παιδική ψωρίαση

Επιδημιολογία



Early onset	< 40 ετών	Στο 75% η ψωρίαση εκδηλώνεται πριν από την ηλικία των 40 ετών
Late onset	> 40 ετών	



Παιδική ψωρίαση

Επιδημιολογία

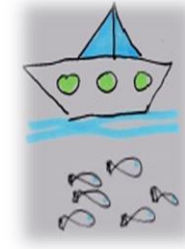


Σε περίπου το 1/3 των ασθενών, η ψωρίαση εκδηλώνεται κατά τη πρώτη ή τη δεύτερη δεκαετία της ζωής τους.

Εκδήλωση πριν από 15 ετών	30% με 32% των ασθενών
Εκδήλωση μεταξύ 15 και 19 ετών	20% των ασθενών
Εκδήλωση πριν από 20 ετών	35% των ασθενών
Συχνότερη ηλικία εκδήλωσης στην παιδική ηλικία	0 – 4 ετών
	6 – 10 ετών



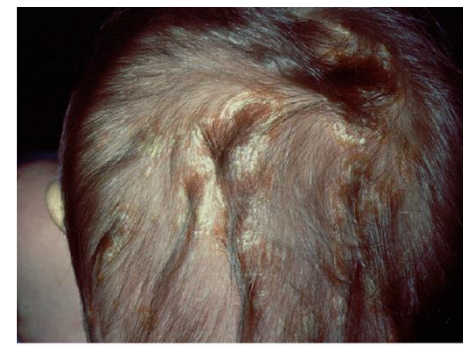
Γενετικοί/περιβαλλοντολογικοί εκλυτικοί παράγοντες



Γενετικοί παράγοντες	HLA class I (Cw6)	
	HLA class II (DR27)	
	Πολυμορφισμοί	Απολιποprotein E γονίδιο
		α1-antitrypsin inhibitor γονίδιο
Interleukin 1 receptor antagonist γονίδιο		
Εκλυτικοί παράγοντες	Λοιμώξεις (π.χ φάρυγγα)	Group A β hemolytic <i>Streptococcus</i>
	Στρες/τραυματισμός	
	Φάρμακα	Συστηματικά κορτικοστεροΐδη
		Φάρμακα κατά της ελονοσίας
	Κρύος καιρός	



Κατανομή και συχνότητα



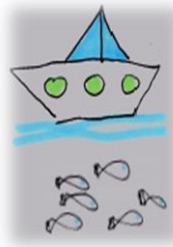
Δεν υπάρχουν διαφορές κατανομής ανάμεσα στα δύο φύλα	47%♂ vs 53% ♀		
Ψωρίαση κατά πλάκας	34%	26% με ιστορικό δερματίτιδας σπαργάνων	Ίση κατανομή στις δύο ηλικιακές ομάδες
		68% χωρίς ιστορικό δερματίτιδας σπαργάνων	
Ψωρίαση εκ σπαργάνων	13% διάχυτη		Η πιο κοινή μορφή σε ηλικία <2 ετών
	4% εντοπισμένη		
Προσώπου	38%		
Τριχωτού της κεφαλής	11.5%	Ίση κατανομή στις δύο ηλικιακές ομάδες	



Κλινικά χαρακτηριστικά

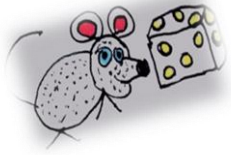


Πρόσωπο	Περιορισμένη ή εκτεταμένη
	Πιθανά μοναδική βλάβη (4%)
	Με λιγότερο κνησμό
	Συχνά δακτυλιοειδείς βλάβες
Πλάκες	Ήπια διηθημένες
	μικρότερες
	ερυθρής χροιάς διαβρώσεις και ραγάδες
Παρατριματικές περιοχές	μασχάλες
	Υπομαζικές πτυχές
	περιγεννητική περιοχή



Δερματίτιδα από σπάργανα





Κλινικά χαρακτηριστικά



Σταγονοειδής
ψωρίαση

Επίπτωση 6.4%-11-44%

Πολλαπλές, μικρές (έως 0.5 cm) εξανθηματικές, στρογγυλές βλάβες στο κορμό, στα άκρα και στο πρόσωπο

Συσχέτιση με πρόσφατη στρεπτοκοκκική λοίμωξη (antistreptolysin titer > 200 UI)

Cw*0602 θετικό αλλήλιο (100% vs 20% control)



ΣΠΑΝΙΕΣ ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΙΚΟΝΕΣ



φλυκταινώδης

ακροφλυκταίνωση

ερυθροδερμική

Υπό μορφή μυρμηγκιώνδους σπίλου (nevroid psoriasis)

θυλακική

Συνύπαρξη εκζέματος και ψωρίασης



**Ψωριασική
αρθρίτιδα**

Εκδήλωση συχνότερα κατά την εφηβεία

ασύμετρη

μονοαρθρική

πολυαρθρική

Μη διάγνωση ρευματοΐδους αρθρίτιδας

ORIGINAL ARTICLE

Psoriasis in children: a retrospective analysis

C Stefanaki,* E Lagogianni, G Kontochristopoulos, P Verra, G Barkas, A Katsambas, A Katsarou

Pediatric Dermatology Unit, Dermatology Department, University of Athens, Andreas Sygros Hospital, Athens, Greece

*Correspondence: C Stefanaki. E-mail: cstefana@otenet.gr

Abstract

Background Few epidemiological studies are available on childhood psoriasis.

Methods Between 2005 and 2008, information was collected about all children diagnosed with psoriasis in the Pediatric Dermatology Unit of Andreas Sygros Skin Hospital, in Athens, Greece.

Results A total of 125 children with psoriasis were examined, the male to female ratio was 1.4 : 1 and the peak age of onset was in the 9- to 10-year-old age group. Only 16% of the patients had a positive family history. Plaque type psoriasis was the most prevalent type at presentation with 56.8% of the children affected, followed by scalp involvement (33.6%). The limbs were the most prevalent site of involvement (70 children, 56%), followed by the body (59 children, 47.2%) and scalp (60 children, 48%) equally affected. Most of the children had <5% of their skin affected by psoriasis (53.2%). Age of onset had no influence on the severity of the disease ($P = 0.107$), whereas a positive correlation was found with sex and severity of the disease, with male patients being more severely affected ($P = 0.008$). Family history did not influence the age at presentation ($P = 0.68$). Topical steroids were used in most commonly followed by keratolytics, calcipotriol, topical tacrolimus and topical pimecrolimus.

Conclusion Our study reflects the patterns of presentation of childhood psoriasis in sunny countries like Greece.

Received: 8 February 2010; Accepted: 21 June 2010

Keywords

children, psoriasis, treatment

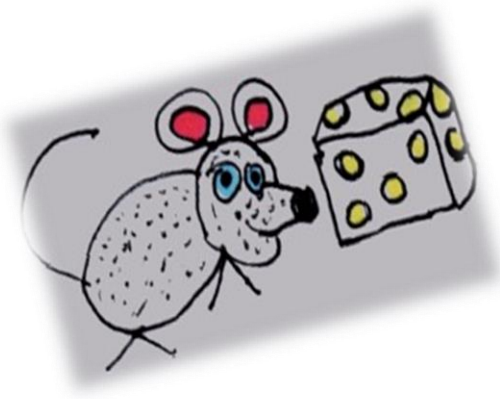


Table 1 Types of psoriasis in children

Type of psoriasis	N	Per cent	Per cent of cases N (%)
Plaque	71	47.0	56.8
Scalp	42	27.8	33.6
Guttate	15	9.9	12.0
Nails	6	4.0	4.8
Flexural	12	7.9	9.6
Erythrodermic	1	7	8
Unstable	1	7	8
Arthritis	2	1.3	1.6
Acrod Hallopeau	1	7	8
Total	151	100.0	120.8

Acrod Hallopeau, acrodermatitis continua of Hallopeau.



Table 2 Per cent of skin involvement in different age groups

		% of involvement					
		≤5%	6–10%	11–20%	21–50%	>50%	
Age at onset (categories)	≤2	Count	5	1	1	0	1
		% of total	4.0	8	8	0	8
	2–6	Count	14	15	1	0	0
		% of total	11.3	12.1	8	0	0
	>6	Count	47	26	10	2	1
		% of total	37.9	21.0	8.1	1.6	8
Total		Count	66	42	12	2	2
		% of total	53.2	33.9	9.7	1.6	1.6



Report

Childhood and adolescent psoriasis in Greece: a retrospective analysis of 842 patients

Aikaterini-Evangelia Moustou¹, MD, Talia Kakourou², PhD, Sofia Masouri¹, MD, Alexis Alexopoulos², MD, Athanasios Sachlas³, PhD, and Christina Antoniou¹, PhD

¹1st Department of Dermatology, University of Athens Medical School, Andreas Sygros Hospital, Athens, Greece, ²1st Pediatric Department, University of Athens Medical School, Aghia Sofia Children's Hospital, Athens, Greece, and ³Department of Nursing, University of Peloponnese, Sparta, Greece

Correspondence

Aikaterini-Evangelia Moustou, MD
"Andreas Sygros" Hospital, 5 Dragoumi Street
Athens 10671
Greece
E-mail: evimoustou@gmail.com

Conflicts of interest: The authors have no conflict of interest to declare.

doi: 10.1111/ijd.12225

Abstract

Background Childhood and adolescent psoriasis is not an uncommon disease, but epidemiological information from a large series of studies is still lacking.

Objective Our purpose was to present the demographics, clinical features, and outcome of psoriasis appearing in Greek patients from infants up to adolescents.

Methods We conducted a retrospective analysis of 842 children and adolescents who diagnosed with psoriasis over a period of twenty years.

Results The mean age of psoriasis onset was 7.33 years, and the sex distribution was equal between boys and girls. Plaque-type psoriasis was the most frequent type (82.1%), followed by perianal, inverse, and guttate. The limbs and the scalp were the main body areas affected. The affected body surface area (BSA) was more than 10% in only 1.7% of patients, and the overall disease manifestations were considered to be mild. Psoriatic nails were detected in 11.8% of patients, while psoriatic arthritis in only six (0.7%) patients. An additional autoimmune disease was present in 3.8% of patients, and 16.7% had a positive family history for first-degree relatives. The main choice of therapy was topical treatment.

Conclusion Gender distribution, type of psoriasis, and body area affection is almost the same as in adults. Most of the patients presented with mild disease of little extent, possibly indicating the favorable effect of sun in a Mediterranean country. The most often prescribed treatment for the majority of patients was topical.

	Age (years)			
	0-2, <i>n</i> (%)	2-6 <i>n</i> (%)	6-12 <i>n</i> (%)	12-18 <i>n</i> (%)
Total plaque type	42 (65.6)	212 (84.1)	319 (82.5)	78 (84.7)
Total guttate	7 (10.9)	18 (7.1)	28 (7.2)	8 (8.7)
Total napkin/genital	17 (26.5)	34 (13.6)	38 (9.8)	7 (7.6)

Table 1 Characteristics of patients and their distribution according to two periods of the year

Gender	Number of patients (%)	Mean age (SD)	Positive family history (%)
Girls	441 (52.4)	7.455 (3.811)	62 (14.1)
Boys	400 (47.6)	7.187 (3.793)	79 (19.8)
<i>P</i> -value	0.051	0.314	0.035 ^a
Season of examination			
October–April	497 (59.4)	7.250 (3.717)	
May–September	339 (40.6)	7.452 (3.925)	
<i>P</i> -value	<0.001 ^a	0.454	

^aStatistically significant.

Table 4 Body area affection according to two periods of the year

	October–April	May–September	<i>P</i> -value
Trunk	35 (7.4)	7 (2.1)	0.004 ^a
Trunk in combination	83 (17.7)	56 (17.2)	
Body areas affected except trunk	352 (74.9)	263 (80.7)	
Limbs	126 (26.8)	87 (26.7)	0.770
Limbs in combination	131 (27.9)	84 (25.8)	
Body areas affected except limbs	213 (45.3)	155 (47.5)	
Head	105 (22.3)	72 (22.1)	0.862
Head in combination	109 (23.2)	81 (24.8)	
Body areas affected except head	256 (54.5)	173 (53.1)	
Flexures	10 (2.1)	18 (5.5)	0.024 ^a
Flexures in combination	25 (5.3)	22 (6.7)	
Body areas affected except flexures	435 (92.6)	286 (87.7)	
Nails	13 (2.8)	16 (4.9)	0.284
Nails in combination	39 (8.3)	26 (8.0)	
Body areas affected except nails	418 (88.9)	284 (87.1)	

Διαφορική διάγνωση



Type of psoriasis	Differential diagnosis
Plaque psoriasis	Nummular dermatitis Tinea corporis Seborrheic dermatitis
Scalp psoriasis	Tinea capitis Atopic dermatitis Seborrheic dermatitis
Linear psoriasis	Inflammatory linear verrucous epidermal nevus
Psoriatic diaper rash	Acrodermatitis enteropathica Irritant diaper rash Candidiasis Erythrasma
Flexural psoriasis	Candidiasis Erythrasma Tinea corporis Irritant/Allergic dermatitis



Διαφορική διάγνωση

Type of psoriasis	Differential diagnosis
Guttate psoriasis	Lichen planus Pityriasis rosea Pityriasis rubra pilaris Pityriasis lichenoides chronica Secondary syphilis
Pustular psoriasis (generalized)	Acute generalized exanthematous pustulosis Staphylococcal scalded skin syndrome Subcorneal pustular dermatosis
Pustular psoriasis (annular form)	Tinea corporis Erythema annulare centrifugum Sweet syndrome
Pustular psoriasis (palmoplantar)	Tinea manuum Infected dyshidrotic dermatitis
Nail psoriasis	Tinea unguium Nail dystrophy Lichen planus

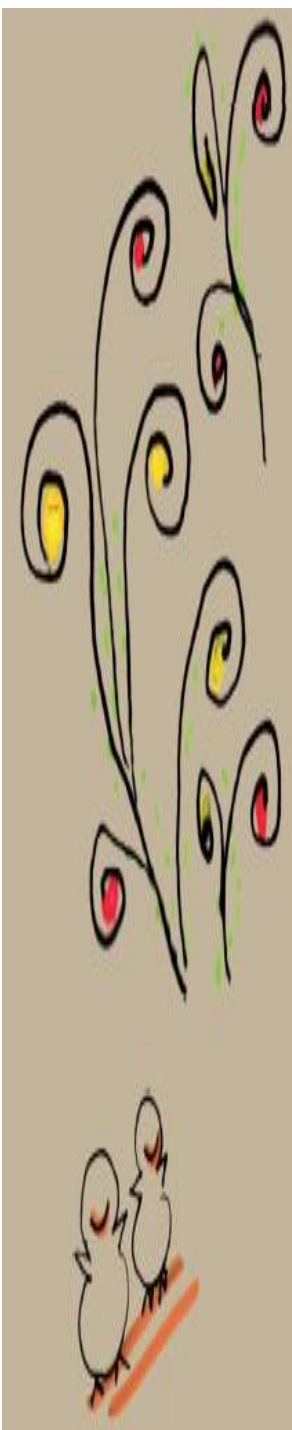
Παιδική ψωρίαση: Θεραπευτική πρόκληση



Παιδί

Γονείς

Θεραπείες



Παιδική ψωρίαση: θεραπευτική πρόκληση

Παρελθόν...

- Έλλειψη επαρκών κλινικών μελετών για τη χρήση τόσο τοπικών όσο και συστηματικών θεραπειών
- Έλλειψη ενιαίων θεραπευτικών κατευθύνσεων
- Εμπειρική αντιμετώπιση των παιδιατρικών περιστατικών





Θεραπευτική προσέγγιση της ψωρίασης σε παιδιά

γενικές αρχές

- Εκτίμηση νόσου (τύπος, εντόπιση, έκταση βλαβών, συνοσηρότητες)
- Προσεκτική & λεπτομερής ενημέρωση του παιδιού & των γονιών
- Ελαχιστοποίηση των επιπτώσεων της νόσου στην ψυχο-κοινωνική ανάπτυξη του παιδιού
- Ελαχιστοποίηση των επιπτώσεων της θεραπείας στην μελλοντική υγεία του παιδιού
- Προσπάθεια εξάλειψης εκλυτικών παραγόντων (στρεπτοκοκκικές λοιμώξεις, τραυματισμοί)
- Αυτοϊαση σε ~35%



Παιδική ψωρίαση: Θεραπεία



Συνήθως οι τοπικές θεραπείες είναι ικανές να ελέγξουν τη νόσο

Η μονοθεραπεία είναι αποτελεσματική για τον έλεγχο εντοπισμένων και ηπίων μορφών της νόσου

Να χορηγείται στον ασθενή το έκδοχο που προτιμά

Οι αλοιφές τείνουν να έχουν μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα

Η **συστηματική θεραπεία** χορηγείται στα παιδιά με σοβαρή μορφή της νόσου μη ανταποκρινόμενης στις τοπικές θεραπείες.

Εξάλειψη των εκλυτικών παραγόντων

Στρεπτοκοκική λοίμωξη

αντιβιοτικά

αφαίρεση αμυγδαλών

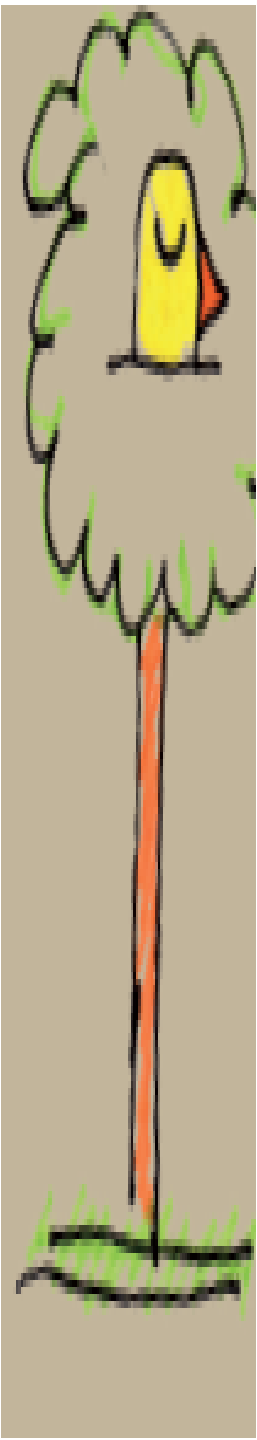
Τραυματισμοί

Πάνες

φαινόμενο του Koebner

Το ψυχολογικό στρες παίζει ακόμη μεγαλύτερο ρόλο στα παιδιά

Τα φάρμακα είναι λιγότερο σημαντικά στη παιδική ηλικία



Τοπικές
θεραπείες



Κορτικοστεροειδη

Πρώτη επιλογή για όλες τις ηλικίες

Επιλογή εκδόχου ανάλογα με τη θέση των βλαβών			Τριχωτού της κεφαλής					
			Παρατριματικές πτυχές					
			μασχάλη	Περιοχή της πάνας		Γλουτιαία σχισμή		πρόσωπο
Σκόνη	σπρεϊ	γαλάκτωμα	διάλυμα	κρέμα	αλοιφή	γέλη	τσιρότο	αφρός

Αυξημένη πιθανότητα συστηματικής απορόφησης λόγω της μικρής επιφάνειας σώματος

Χαμηλής ισχύος σε περιοχές με λεπτό δέρμα και παρατριματικές πτυχές

Υψηλής ισχύος σε παλάμες και πέλματα και σε έντονα υπερκερατωσικές βλάβες

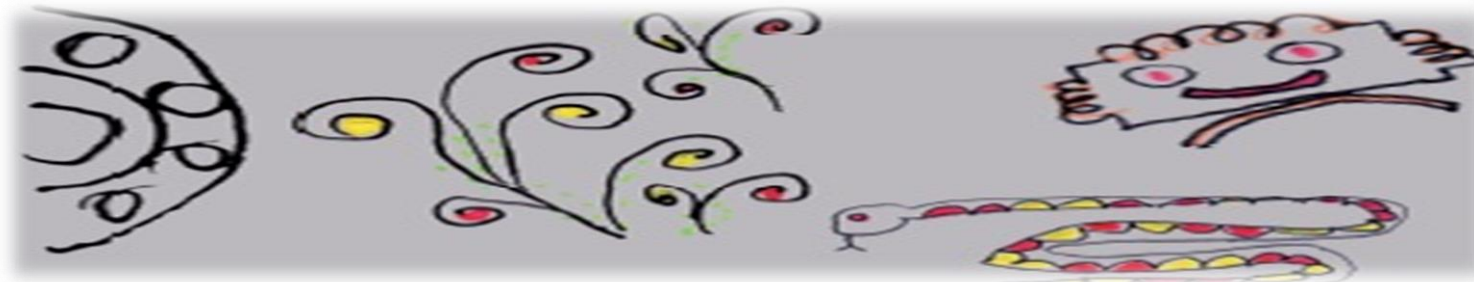
Σταδιακός τερματισμός της θεραπείας για την αποφυγή έξαρσης



Ανάλογα της βιταμίνης D3



Ασφαλή για παιδιά	καλσιποτριόλη	τακαλσιτόλη	καλσιτριόλη
Αποτελεσματική εναλλακτική μη στεροειδής θεραπεία			
Ήπια με μέτρια κατά πλάκας ψωρίαση		< 30% της σωματικής επιφάνειας	
Να αποφεύγεται η εφαρμογή στο πρόσωπο και στις πτυχές			
Να αποφεύγεται ο συνδιασμός τους με φάρμακα που τα αποσταθεροποιούν		Σαλικυλικό οξύ	ammonium lactate hydrocortisone valerate 0.2%
Να μην υπερβαίνεται η μέγιστη ανά ηλικία δόση (50g/wk >6 yrs) (75g/wk >12 yrs)		Πιθανή επιρροή στο μεταβολισμό του ασβεστίου	
Παρενέργεια		Τοπικός ερεθισμός	
Μονοθεραπεία	Συνδιασμοί με κορτικοστεροειδή	διαδοχικά	
		Κυκλικά	
Καλύτερος συνδιασμός		Δυο φορές ημερησίως ανάλογα της D3 στη διάρκεια της εβδομάδας και κορτικοστεροειδή το σαββατοκύριακο.	



Εναλλακτικές τοπικές θεραπείες



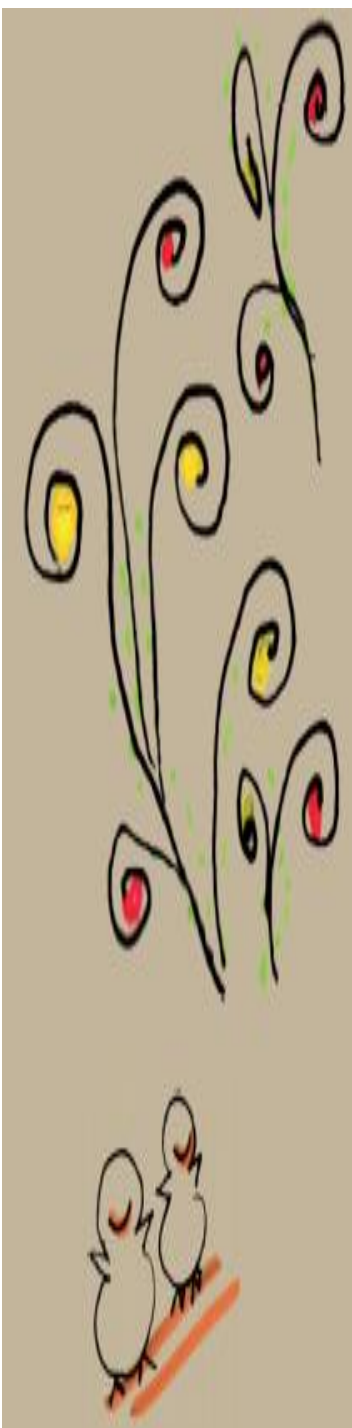
Σαλικυλικό οξύ	> 6 ετών		
	Έντονη υπερκεράτωση		
	τριχωτό	παλάμες	πέλματα
	Κίνδυνος τοξικότητας		



Αναστολείς της καλσινευρίνης	Δεν έχουν επίσημη ένδειξη για τη ψωρίαση
	Μειωμένος κίνδυνος ατροφίας
Περιοχές	Παραατριματικές πτυχές
	πρόσωπο
	Περιγενετική περιοχή
Άνω των 2 ετών	pimecrolimus
	tacrolimus 0.03%
Άνω των 15 ετών	tacrolimus 0.1%



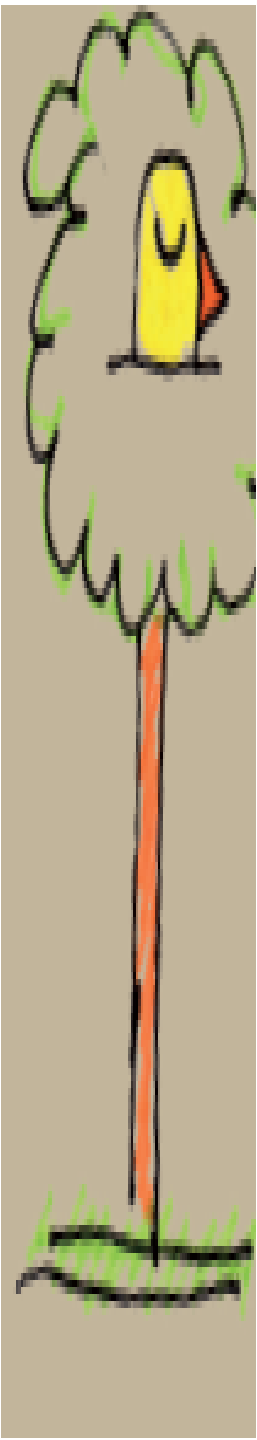
Φωτοθεραπεία



Περιορισμένη η χρήση της στη παιδική ηλικία

Έλειψη μελετών για τις επιπτώσεις της μακροχρόνιας θεραπείας στα παιδιά

Σοβαρή και εκτεταμένη νόσος	Μεγαλύτερα παιδιά	εφήβους		
Narrow-band UVB	Μέσος όρος συνεδριών: 16			
	Υψηλή αποτελεσματικότητα 92.9%			
Broad-band UVB	Μέσος όρος συνεδριών : 18.5			
	93.3%			
PUVA/bath PUVA	Μέσος όρος συνεδριών: 28			
	Καλή αποτελεσματικότητα 83.3%			
Γρηγορότερη ερυθρότητα Διάρκεια του αποτελέσματος	Nb-UVB + Ανάλογα της Vit D3			
	Nb-UVB + ανθραλίνη			
	Nb-UVB + ενυδατικά			
Βραχυπρόθεσμες αε	ερυθρότητα	κάυσος	ξηρότητα	κνησμός
Μακροπρόθεσμες αε	καρκινογένεση	Πρώιμη γήρανση		



Συστηματικές
θεραπείες



Συστηματικές Θεραπείες

Κυκλοσπορίνη	Μεθοτρεξάτη	Ασιπρετίνη	Βιολογικά
Έλειψη κλινικών μελετών για τη παιδική ψωρίαση (εξαίρεση αποτελούν τα βιολογικά)			
Σοβάρη ψωρίαση	Φλυκταινώδης		
	Ερυθροδερμική		
	Αρθροπαθητική		
	Διάχυτη		
	Ανθεκτική		



Κυκλοσπορίνη

Εγκεκριμένη η χρήση της σε μεταμοσχευμένα παιδιά > 6 μηνών			
Δόση όσο το δυνατόν χαμηλότερη	Νεφρική τοξικότητα	υπέρταση	Ανοσοκαταστολή
Τα παιδιά μπορεί να χρειαστούν υψηλότερες δόσεις από τους ενήλικες		έντονη ανοσογονικότητα	
		Μειωμένη αποροφητικότητα	
		Γρηγορότερος καθαρισμός	
		Μεγαλύτερος όγκος κατανομής	
Σταθερή μείωση της δόσης	Φαινόμενο «rebound» πιο συχνό από τους ενήλικες		
Η διάρκεια της θεραπείας δε πρέπει να ξεπερνά τα 1 – 2 χρόνια			



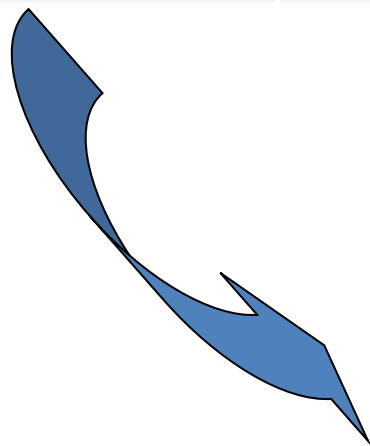
Μεθοτρεξάτη

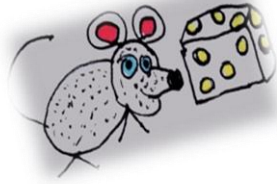
Δοσολογία 0.2-0.4 mg/kg μία φορά την εβδομάδα	Συγχορήγηση φύλικου οξέος			
Έλεγχος	5.1 εβδομάδες			
Μέση διάρκεια της θεραπείας	4.97 μήνες			
Σταδιακή μείωση	2.5 mg εβδομάδα			
Ανεπιθύμητες ενέργειες	Λιγότερες συνοσηρότητες Έλειψη άλλων παράλληλων θεραπειών			
Ναυτία	εμετός	Απώλεια της όρεξης	Τοξικότητα στο μυελό	Ηπατική τοξικότητα



Ασιτρετίνη

0.2 με 0.6 mg/kg	μονοθεραπεία	Συνδιασμός θεραπειών	διαδοχική	κυκλική
Εμπειρία από άλλες νόσους διαταραχής της κερατινοποίησης				
Ερυθροδερμική ψωρίαση		Φλυκταινώδης ψωρίαση		
Τα παιδιά μοιάζει να ανέχονται καλύτερα αυτή τη θεραπεία				
Ξηρότητα	χειλίτιδα	ρινορραγία	βλεφαροεπιπεφυκίτιδα	Ξηρότητα οφθαλμών
Ηπατική τοξικότητα	Αύξηση των ηπατικών ενζύμων και των λιπιδίων			τερατογόνος
Οστική τοξικότητα	Πρώιμο κλείσιμο των επιφύσεων		Αναστολή οστικής ανάπτυξης	





Παραδοσιακές θεραπείες: θετικά και αρνητικά



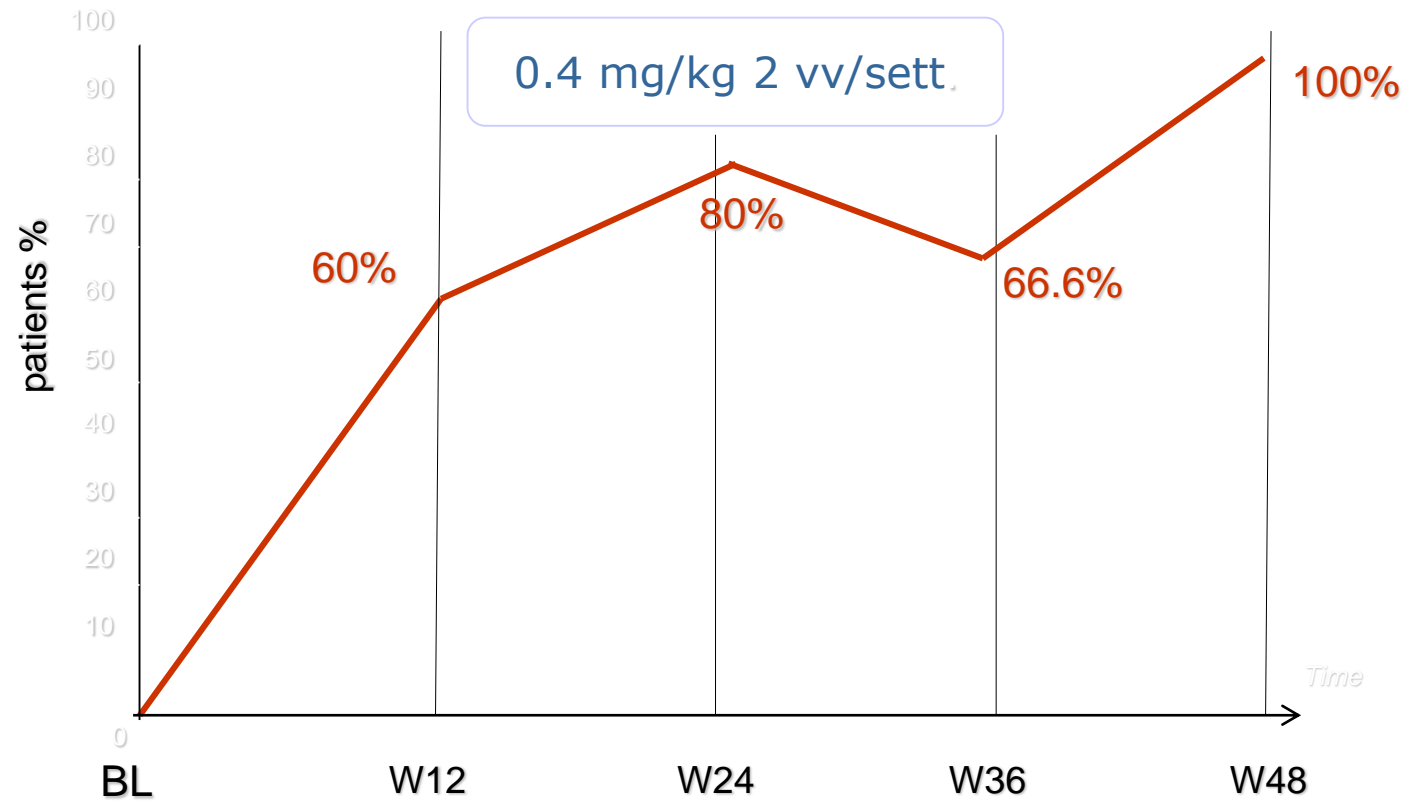
Μεθοτρεξάτη	θετικά	Μακράς διάρκειας χρήση αρθρίτιδα φθηνή
	αρνητικά	Τοξικότητα μυελού και ήπατος ναυτία τερατογόνος
Κυκλοσπορίνη	θετικά	γρήγορη Υψηλή αποτελεσματικότητα
	αρνητικά	Νεφρική τοξικότητα υπέρταση Διακοπτόμενη χρήση
Ασιτρετίνη	θετικά	Μακράς διάρκειας χρήση
	αρνητικά	τερατογόνος τοξικότητα Μέτρια αποτελεσματικότητα

Etanercept for the treatment of severe childhood psoriasis

Department of Dermatology,
University of Rome 'Tor Vergata',
Viale Oxford 81,
00133 Rome, Italy

M. PAPOUTSAKI
A. COSTANZO
A. MAZZOTTA
T. GRAMICCIA
R. SODA
S. CHIMENTI

Etanercept





T0



T4

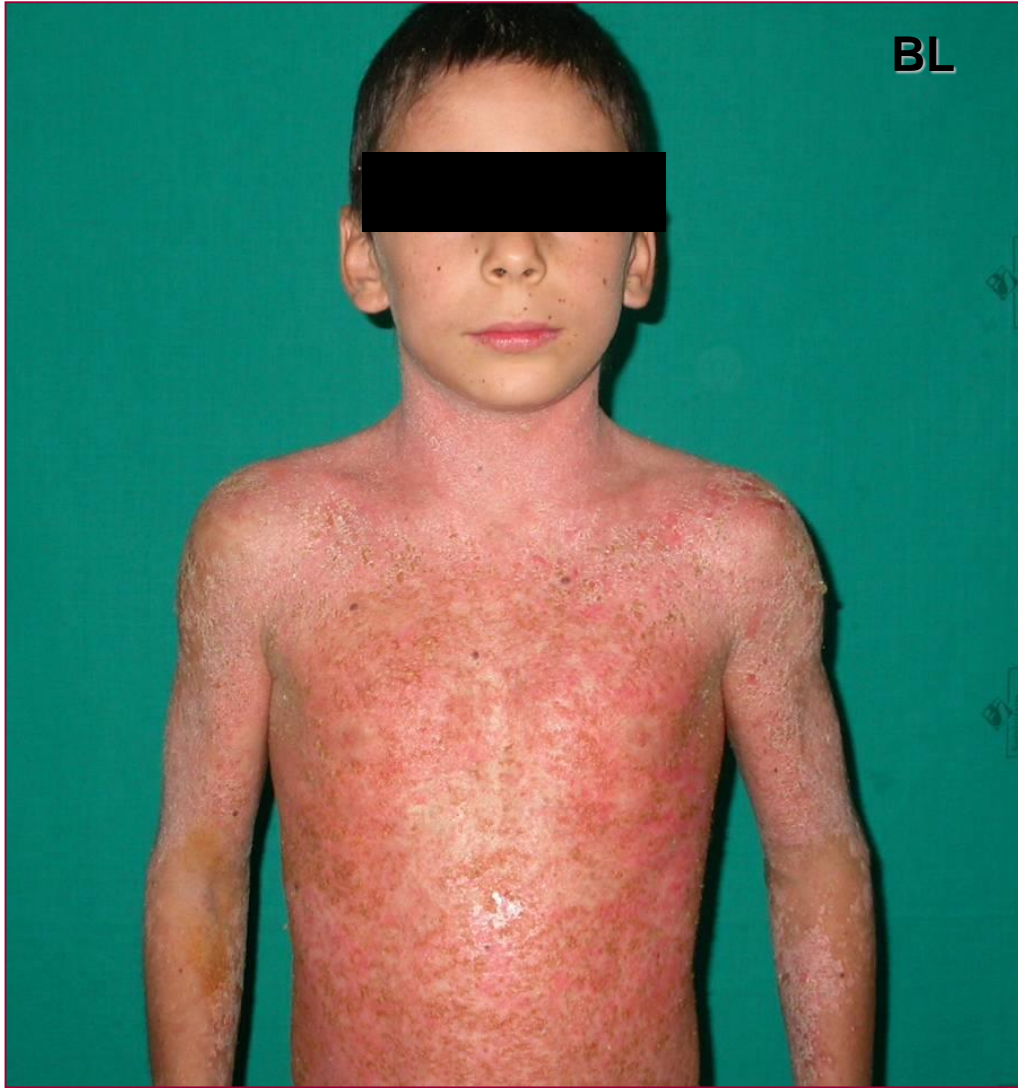
T0



T24







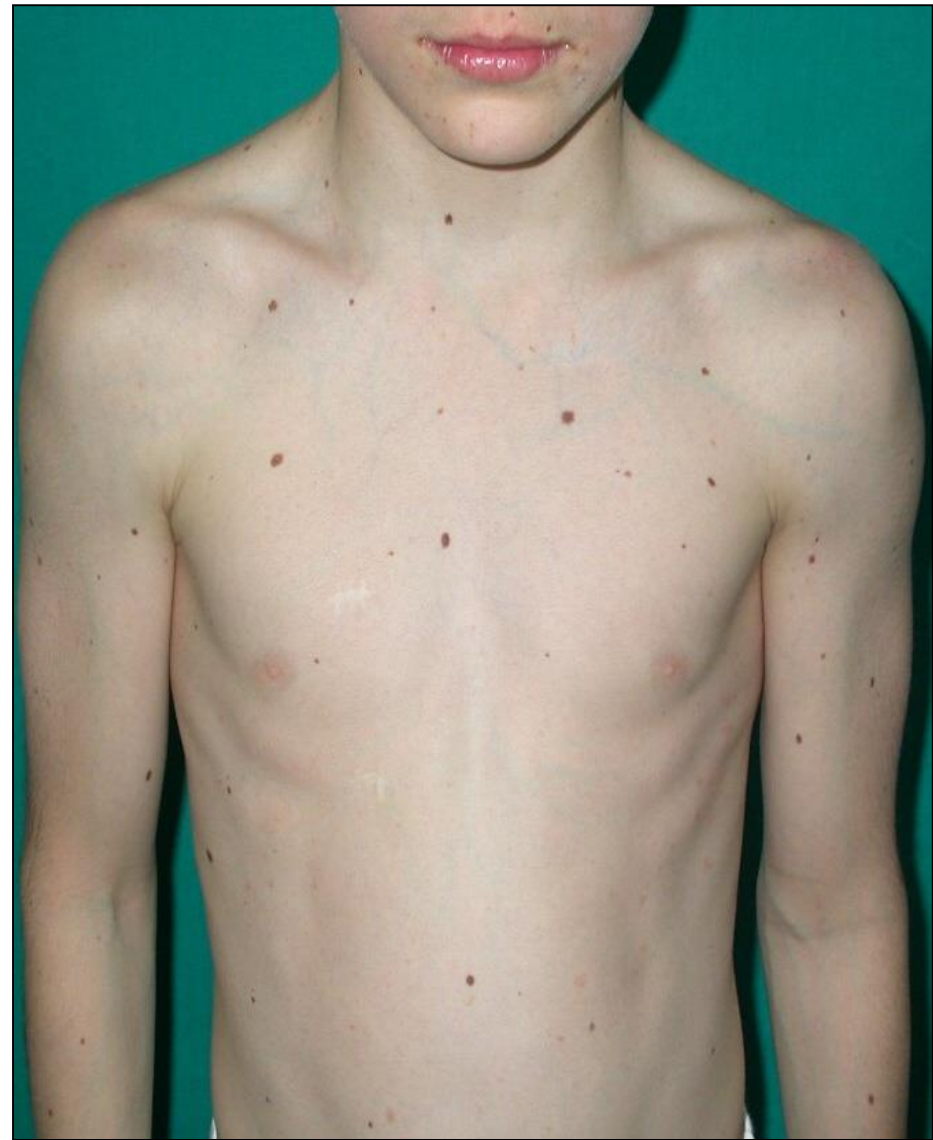








BL



T 198 week



T 288 weeks.

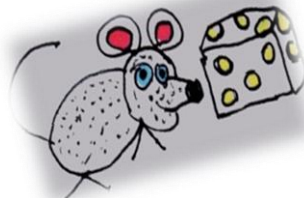


The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Etanercept Treatment for Children and Adolescents with Plaque Psoriasis

Amy S. Paller, M.D., Elaine C. Siegfried, M.D., Richard G. Langley, M.D.,
Alice B. Gottlieb, M.D., Ph.D., David Pariser, M.D., Ian Landells, M.D.,
Adelaide A. Hebert, M.D., Lawrence F. Eichenfield, M.D.,
Vaishali Patel, Pharm.D., M.S., Kara Creamer, M.S.,
and Angelika Jahreis, M.D., Ph.D.,
for the Etanercept Pediatric Psoriasis Study Group*





Βιολογικοί παράγοντες στην θεραπεία της παιδικής ψωρίασης



Etanercept

- Επίσημη έγκριση για την θεραπεία της μέτριας-σοβαρής ψωρίασης κατα πλάκας σε παιδιά & εφήβους (**6-17 ετών**)
- Δόση 0,8mg/kg/week (maximum 50mg) μέχρι για 24 εβδομάδες

Adalimumab

- Έγκριση για την θεραπεία της σοβαρής ψωρίασης κατα πλάκας σε παιδιά & εφήβους (**> 4 ετών**) οι οποίοι εμφάνισαν ανεπαρκή ανταπόκριση ή είναι ακατάλληλοι για τοπική θεραπεία
- Δόση **0,8mg/kg (maximum 40mg)** εβδομαδιαίως για τις πρώτες δύο εβδομάδες και στην συνέχεια κάθε δεύτερη εβδομάδα



Βιολογικοί παράγοντες στην θεραπεία της παιδικής ψωρίασης



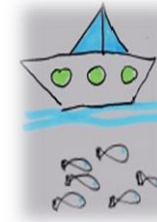
Ustekinumab

Έγκριση για τη θεραπεία της μέτριας ως σοβαρής ψωρίασης κατά πλάκας σε **έφηβους ασθενείς από την ηλικία των 12 ετών και άνω**, οι οποίοι δεν ελέγχονται επαρκώς με, ή έχουν δυσανεξία σε άλλες συστηματικές θεραπείες ή φωτοθεραπείες.

Σωματικό βάρος κατά την χορήγηση	Συνιστώμενη δόση
< 60kg	0,75 mg / kg
> 60 < 100 kg	45 mg
> 100 kg	90 mg

Εβδομάδες χορήγησης 0 και 4 και στην συνέχεια κάθε 12 εβδομάδες

Θεραπευτική προσέγγιση της ψωρίασης σε παιδιά



1^η γραμμή

Ενυδατικά – Μαλακτικά
Τοπικά Κορτικοστεροειδη
Τοπικά ανάλογα Vit D3
Αναστολείς
καλσινευρίνης

2^η γραμμή

Φωτοθεραπεία
Nb-UVB ή bb-UVB

3^η γραμμή

Etanercept
Adalimumab
Ustekinumab
Κυκλοσπορίνη
Μεθοτρεξάτη
Ρετινοειδή

- Secukinumab & Apremilast : έλλειψη δημοσιευμένων δεδομένων

Epidemiology and comorbidity of psoriasis in children

BACKGROUND: Psoriasis is a common disease affecting all age groups. In contrast to adult psoriasis, only few studies on the epidemiology of childhood psoriasis have been published.

OBJECTIVES: Assessment of prevalence and comorbidities of juvenile psoriasis in Germany based on health insurance data.

METHODS: Data were collected from a database of about 1.3 million nonselected individuals from a German statutory health insurance organization which covers all geographical regions. Individuals with psoriasis were identified by ICD-10 codes applied to all outpatient and inpatient visits. The present analysis consists of all patients who were enlisted throughout the year 2005. The diagnosis of psoriasis was registered whenever there was at least one documented patient contact using code L40.* and subcodes. Comorbidities were also evaluated by ICD-10 diagnoses.

RESULTS: In total, 33 981 patients with the diagnosis of psoriasis were identified. The prevalence in 2005 was 2.5%. The total rate of psoriasis in children younger than 18 years was 0.71%. The prevalence rates increased in an approximately linear manner from 0.12% at the age of 1 year to 1.2% at the age of 18 years. The overall rate of comorbidity in subjects with psoriasis aged under 20 years was twice as high as in subjects without psoriasis. Juvenile psoriasis was associated with increased rates of hyperlipidaemia, obesity, hypertension, diabetes mellitus, rheumatoid arthritis and Crohn disease.

CONCLUSIONS: Psoriasis is a common disease in children. Like in adults, it is associated with significant comorbidity. Increased attention should be paid to the early detection and treatment of patients affected.

Prevalence of psoriasis in childhood

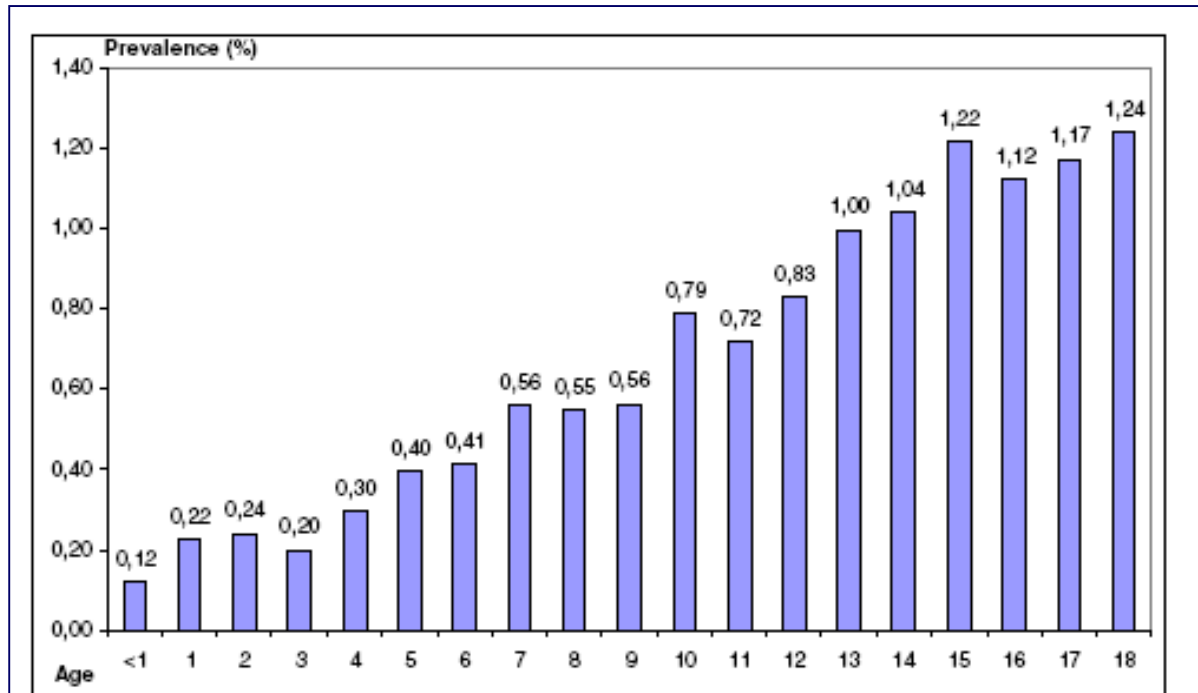


Figure 1: Prevalence of juvenile psoriasis according to age groups (n= 306,020 persons). Physician-recorded ICD-10 codes were computed from a database comprising 1.3 million persons. Persons identified as psoriasis patients (n=2,549) were studied. There is an almost linear increase in prevalence rates over age.

High percentage of co-morbidities in children suffering from psoriasis

Table 1: Prevalence of comorbidities (%) in persons at an age range 0 to 20 years with psoriasis (n=2,549) and without psoriasis (n=331,758 persons).

Diagnosis	ICD-10 code(s)	%	%	Prevalence Rate (95% confidence interval)
		without Psoriasis	with Psoriasis	
Crohn's disease	K50.*	0.14	0.51	3.69 (2.15-6.35)
Hyperlipidemia	E78.*	0.99	2.12	2.15 (1.65-2.80)
Diabetes mellitus	E11.*, E13.*, E14.*	0.43	0.86	2.01 (1.32-3.04)
Arterial hypertension	I10.* ... I13.*	0.83	1.65	1.89 (1.47-2.67)
Rheumatoid arthritis	M05.*	4.90	8.40	5.21 (1.40-19.44)
Obesity	E66.*	4.90	8.40	1.70 (1.49-1.93)
Ischemic heart disease	I20.* ... I25.*	0.49	0.75	1.52 (0.97-2.38)
Ulcerative colitis	K51.*	0.10	0.12	1.13 (0.38-3.33)
All comorbidities (at least 1)		7.20	14.40	2.00 (1.82-2.20)

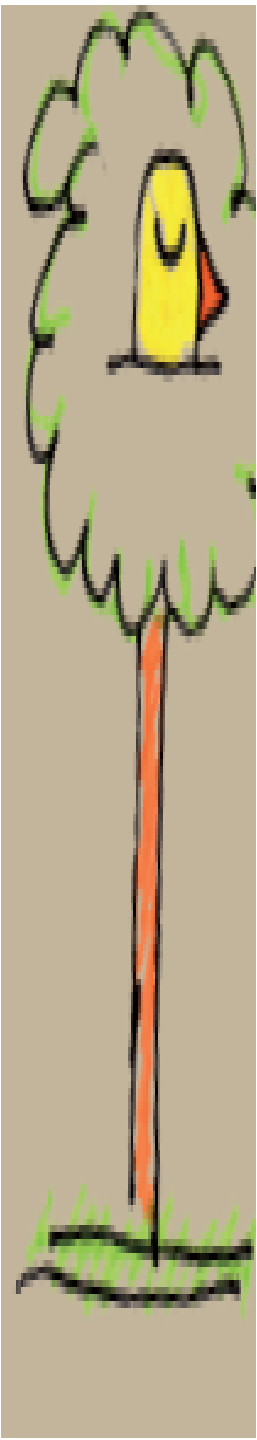
Report

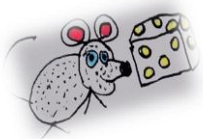
Childhood and adolescent psoriasis in Greece: a retrospective analysis of 842 patients

Aikaterini-Evangelia Moustou¹, MD, Talia Kakourou², PhD, Sofia Masouri¹, MD, Alexis Alexopoulos², MD, Athanasios Sachlas³, PhD, and Christina Antoniou¹, PhD

Table 5 Frequency of autoimmune diseases among the 842 psoriatic patients

Autoimmune diseases	No. of patients
Alopecia areata	15
Vitiligo	6
Thyroiditis	4
Vasculitis	4
Morphea	2
Rheumatoid arthritis	2
Diabetes	2
Lupus erythematosus	1

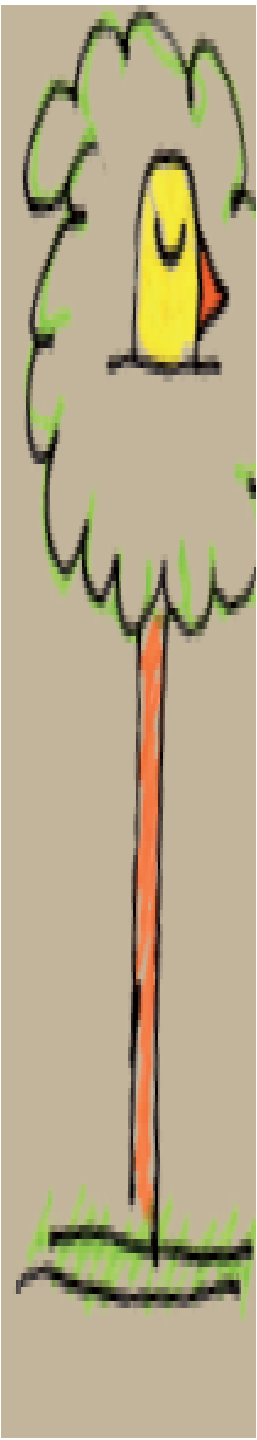




Συμπεράσματα



- ✓ Η ψωρίαση τόσο στα παιδιά όσο και στους εφήβους έχει σημαντική επίπτωση στην ποιότητα ζωής τους
- ✓ Η θεραπευτική αντιμετώπιση στα παιδιά έχει σημαντικές προκλήσεις και απαιτεί υψηλή συμμόρφωση
- ✓ Η κακή συμμόρφωση είναι συχνή, ειδικά στις τοπικές θεραπείες
- ✓ Εκτίμηση νόσου (τύπος, εντόπιση, έκταση βλαβών, συνοσηρότητες)
- ✓ Προσεκτική & λεπτομερής ενημέρωση του παιδιού & των γονιών
- ✓ Ελαχιστοποίηση των επιπτώσεων της νόσου στην ψυχο-κοινωνική ανάπτυξη του παιδιού
- ✓ Ελαχιστοποίηση των επιπτώσεων της θεραπείας στην μελλοντική υγεία του παιδιού λαμβάνοντας υπόψη την συνύπαρξη των συνοσηροτήτων, ήδη από την παιδική ηλικία
- ✓ Προσπάθεια εξάλειψης εκλυτικών παραγόντων (στρεπτοκοκκικές λοιμώξεις, τραυματισμοί)



Σας
ευχαριστώ!