



«Περίπτωση ασθενούς με Ψωριασική Αρθρίτιδα και μεταβολικό σύνδρομο»

Καλτσονούδης Ευριπίδης
Επιμελητής Α΄ Ρευματολογίας



Ρευματολογική Κλινική Π.Ν.Ιωαννίνων

Σύγκρουση συμφερόντων

- Τιμητική αμοιβή για τη συγκεκριμένη ομιλία από την εταιρεία Pfizer
- Άλλες συνεργασίες: Abnvie, Aenorasis, Genecis & Amgen
- «Η Pfizer έχει ελέγξει το περιεχόμενο ώστε να ανταποκρίνεται στις ειδικές προδιαγραφές της αλλά δεν έχει επιβεβαιώσει ότι οι βιβλιογραφικές παραπομπές έχουν παρατεθεί ορθά»
- «Για όλα τα φαρμακευτικά προϊόντα που αναφέρονται παρακαλείσθε να συμβουλευέστε/συμβουλευτείτε τις εγκεκριμένες Περιλήψεις Χαρακτηριστικών των Προϊόντων»

Η ιστορία της Αλεξάνδρας

■ Θήλυ 38 ετών

■ Άτεκνη

■ Δικηγόρος

✓ Ψωρίαση κατά πλάκας από 5ετίας

✓ Ασύμμετρη πολυαρθρίτιδα μικρών αρθρώσεων άκρων χεριών και γονάτων

✓ Έναρξη συμπτωμάτων τουλάχιστον από 2 μήνου



Βήμα 1ο

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Αριθμός Φακέλου Κέντρου

Αρχικά Ασθενούς (Ον/Επ) A K

Ημ. Γέννησης 9 ΦΕΒ 1984

Ημ. Καταγραφής 28 ΜΑΙ 2022

☐ Άρρεν ☒ Θήλυ

ΕΡΓΑΣΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

☒ Εργαζόμενος/η ☐ Άνεργος/η ☐ Συνταξιούχος

<http://www.rheumstudygrps.gr/>

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

☐ Απόφοιτος πρωτοβάθμιας ☐ Απόφοιτος δευτεροβάθμιας ☒ Απόφοιτος τριτοβάθμιας

Παρουσίαση περιστατικού

- Καπνίστρια 20 pack years, καταναλώνει κοινωνικά αλκοόλ
- Αλλεργίες: όχι
- Έμμηνος ρύση κ.φ.
- Ατομικό ιστορικό: Υποθυρεοειδισμός, δυσλιπιδαιμία, υπέρταση υπό αγωγή και ψωρίαση από 5ετίας
- Οικογενειακό ιστορικό: Μητέρα με αξονική σπονδυλαρθρίτιδα

Παρουσίαση περιστατικού

Βήμα 5ο

ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ ΚΑΙ ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΕΣ

Βάρος (kg)

Ύψος (cm)

BMI

Αλκοόλ

☐ Καθόλου ☐ Μία ή λιγότερο φορές/μήνα ☒ 2-4 φορές/μήνα ☐ 2-3 φορές/εβδομάδα ☐ 4 ή περισσότερες φορές/εβδομάδα

Κάπνισμα (πακέτα/έτη)

☐ Ποτέ καπνιστής ☐ Πρώην καπνιστής ☒ Τωρινός καπνιστής

☐ <20 ☒ 20-39 ☐ >40

<http://www.rheumstudygrps.gr/>

Συννοσηρότητες

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ	Τρέχουσα Θεραπεία	Παράμετροι νόσου	
Υπερχοληστεριναιμία	☐ ΟΧΙ ☒ ΝΑΙ	Ολική Χοληστερόλη(mg/dl)	218
		HDL(mg/dl)	41
		LDL(mg/dl)	153
		Τριγλυκερίδια(mg/dl)	120
Στεφανιαία νόσος	☒ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	☐ Σταθερή στηθάγχη ☐ Ηκ Οξέος στεφανιαίου συνδρόμου ☐ CABG και/η αγγειοπλαστική	
Αγγειακό Εγκεφαλικό Επεισόδιο	☒ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	☐ Ισχαιμικό	☐ Αιμορραγικό
Περιφερική αγγειοπάθεια	☒ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	☐ Επέμβαση επαναιμάτωσης	
Σακχαρώδης διαβήτης	☐ ΟΧΙ ☒ ΝΑΙ	☐ Ινσουλίνη	☒ Άλλη αγωγή
Χρόνια αποφρ. πνευμονοπάθεια	☒ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	☐ Κατ'οίκον οξυγονοθεραπεία	
Αρτηριακή υπέρταση	☐ ΟΧΙ ☒ ΝΑΙ	Συστολική ΑΠ (mmHg)	145
		Διαστολική ΑΠ (mmHg)	90
Καταθλιπτική συνδρομή	☐ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ		
Οστεοπόρωση	☒ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ	Ιστορικό οστεοπορωτικού κατάγματος ☐ Ισχίο ☐ Σπονδυλική στήλη ☐ Άλλο	
Υπερουριχαιμία	☐ ΟΧΙ ☒ ΝΑΙ		
Ουρική αρθρίτιδα	☒ ΟΧΙ ☐ ΝΑΙ		

<http://www.rheumstudygrps.gr/>

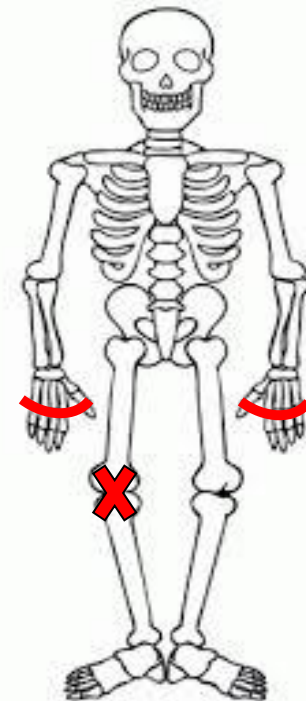
Φυσική εξέταση

- Θερμοκρασία: 36.5°C **B.Σ. 92 kg**
- 88 σφύξεις/λεπτό ΑΠ: 145/90mmHg
- Γενικά καλή όψη, κοιλιακή παχυσαρκία
- Καρδιακοί τόνοι ρυθμικοί ευκρινείς, χωρίς φυσήματα
- Αναπνευστικό: εισπνευστικός συριγμός
- Κοιλιά μαλακή, ευπίεστη ανώδυνη
- Ψωρίαση σε αγκώνες , τριχωτό κεφαλής και ονύχων

Φυσική εξέταση μυοσκελετικού

- Άλγος οίδημα (αρ) ΠΧΚ
 - Άλγος οίδημα πολλών ΜΚΦ
 - Διόγκωση – δυσκαμψία (δε) γόνατος
-
- Ενθεσίτιδα κυρίως αχίλλειων
 - Εξανθήματα : ψωρίαση κατά πλάκας (PASI: 7)
 - Οφθαλμοί: κ.φ
 - Έντερο: κ.φ

Ασύμμετρα



ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ ΟΜΑΔΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΕΡΕ-ΕΠΕΡΕ



Βήμα 2ο

ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΨΩΡΙΑΣΙΚΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΣΟΥ

Ημ/νία έναρξης μυοσκελετικών εκδηλώσεων

Ημ/νία διάγνωσης

Οικογενειακό ιστορικό ☐ Ψωρίασης ☐ Ψωριασικής Αρθρίτιδας ☒ Αξονικής ΣπΑ
☐ Φλεγμονώδους νόσου του εντέρου ☐ Κανένα

Περιφερική Αρθρίτιδα ☒ ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ

☐ Διάγνωση ☒ Πορεία νόσου

Τύπος περιφερικής αρθρίτιδας (πορεία νόσου) ☐ Μονο ☐ Ολιγο(2-4) ☒ Πολυ

Έναρξη περιφερικής αρθρίτιδας ☐ Πρό- ☐ Ταυτόχρονα της ψωρίασης ☒ Μετά την διάγνωση

RF ☐ Θετικό ☒ Αρνητικό ☐ Δεν έγινε

<http://www.rheumstudygrps.gr/>

ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΕΣ ΜΕΛΕΤΕΣ ΟΜΑΔΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΕΡΕ-ΕΠΕΡΕ



Βήμα 2ο

ΠΟΛΥΚΕΝΤΡΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΚΑΤΑΓΡΑΦΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΨΩΡΙΑΣΙΚΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Αξονική προσβολή ☐ ΝΑΙ ☒ ΟΧΙ

Ενθεσίτιδα	☒ Διάγνωση	☐ Πορεία νόσου	☐ Τώρα	☐ ΠΟΤΕ
Δακτυλίτιδα	☐ Διάγνωση	☐ Πορεία νόσου	☐ Τώρα	☒ ΠΟΤΕ
Προσβολή ανύχων	☒ Διάγνωση	☐ Πορεία νόσου	☐ Τώρα	☐ ΠΟΤΕ
Ραγοειδίτιδα	☐ Διάγνωση	☐ Πορεία νόσου	☐ Τώρα	☒ ΠΟΤΕ
Ελκώδης κολίτιδα	☐ Διάγνωση	☐ Πορεία νόσου	☐ Τώρα	☒ ΠΟΤΕ
N.Crohn	☐ Διάγνωση	☐ Πορεία νόσου	☐ Τώρα	☒ ΠΟΤΕ
Προσβολή άνω φαλαγγικών αρθρώσεων άκρων χεριών	☒ Διάγνωση	☐ Πορεία νόσου	☐ Τώρα	☐ ΠΟΤΕ

<http://www.rheumstudygrps.gr/>

Εργαστηριακός έλεγχος

Hct	33,1	Glu	131
Hb	11,1	Ur	44
WBC	8780	Cr	1,0
MCV	88	Fe	34
τύπος	68/22	SGOT	25
PLT	385000	SGPT	34
TKE	44	γGT	67
CRP	63	ALP	97
HbsAg	(-)	Ιοί	Αρνητικοί
HCV	(-)	UA	7,1
		HbA1c	6,6
Γ. ούρων	Κ.φ	Trigl	256

Απεικονιστικά ευρήματα

- α/α θώρακος: εντός φυσιολογικών ορίων
- α/α άκρων χεριών: έκδηλο οίδημα μαλακών μορίων
- α/α γονάτων: χωρίς σαφή παθολογικά ευρήματα
- u/s μυοσκελετικού: υγρικά στοιχεία και εικόνα ενθεσίτιδας
- u/s κοιλίας: λιπώδης διήθηση του ήπατος

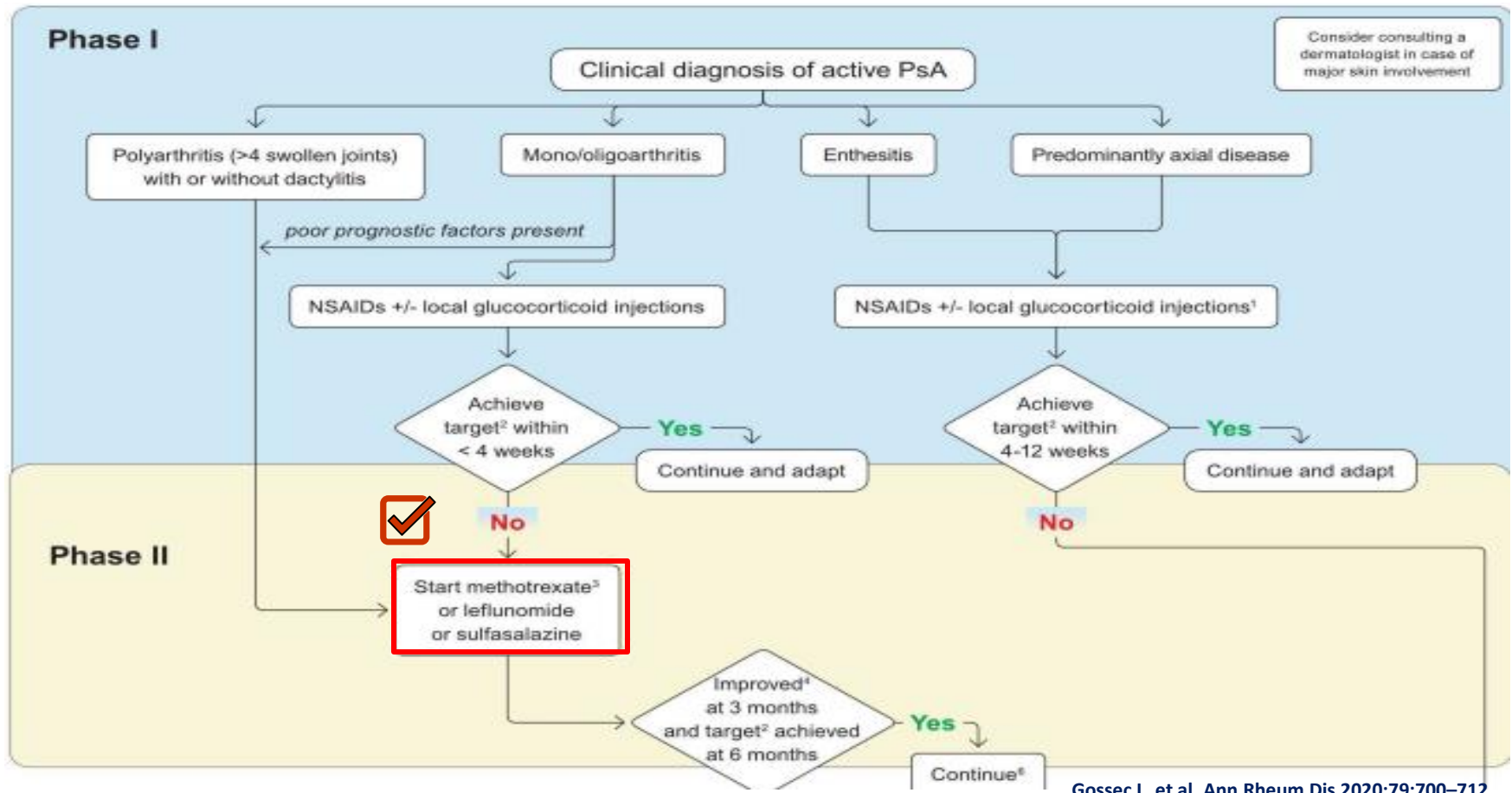
Ανοσολογικός έλεγχος

RF	(-)
Anti-CCP	00
ANA	1/160 f.sp
ENA	(-)
HLA B27	(-)



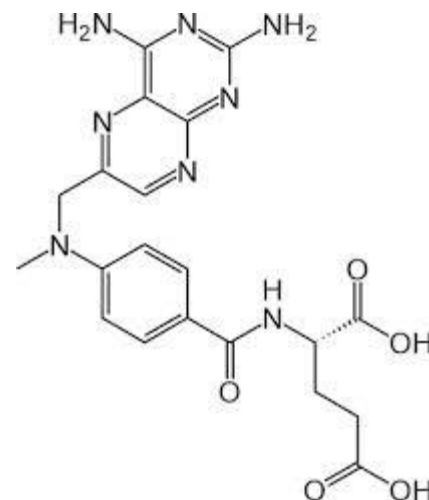
OPEN ACCESS

EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2019 update



Έναρξη θεραπείας

- Μεθοτρεξάτη: 12,5 mg/w
- Φυλλικό οξύ: 5 mg/w
- Μεθυλπρεδνιζολόνη: 8 mg/day



Πορεία νόσου

45 μέρες μετά...

- ✓ Σημαντική βελτίωση των συμπτωμάτων
- ✓ Βελτίωση των εξανθημάτων
- ✓ Μείωση των δεικτών φλεγμονής
- ✓ Μειώθηκε η πρωινή δυσκαμψία
- ✓ Παραμένουν οιδηματώδη και επώδυνα τα χέρια

Μερική
ύφεση της
νόσου

■ Θεραπευτικοί χειρισμοί ...

-  της MTX 15 mg/w και  των στεροειδών

Πορεία νόσου

- 3 μήνες μετά:
- Περαιτέρω βελτίωση σε δέρμα και αρθρώσεις
- Εμμονή αρθρίτιδας (δε) γόνατος

- **Νέο πρόβλημα:**

SGOT	88
SGPT	122
γGT	188

- U/S άνω κοιλίας : λιπώδης διήθηση ήπατος

Σύνοψη προβλημάτων

- Ασθενής 38 ετών , άτεκνη

- Ασύμμετρη πολυαρθρίτιδα

DAPSA = TJ + SJ + CRP + Activity + Pain = 26

- Ψωρίαση κατά πλάκας

Disease Activity: 0-4 Remission, 5-14 low, 15-28 moderate, >28 high
Disease Activity

- Χωρίς καλή ανοχή στη Μεθοτρεξάτη

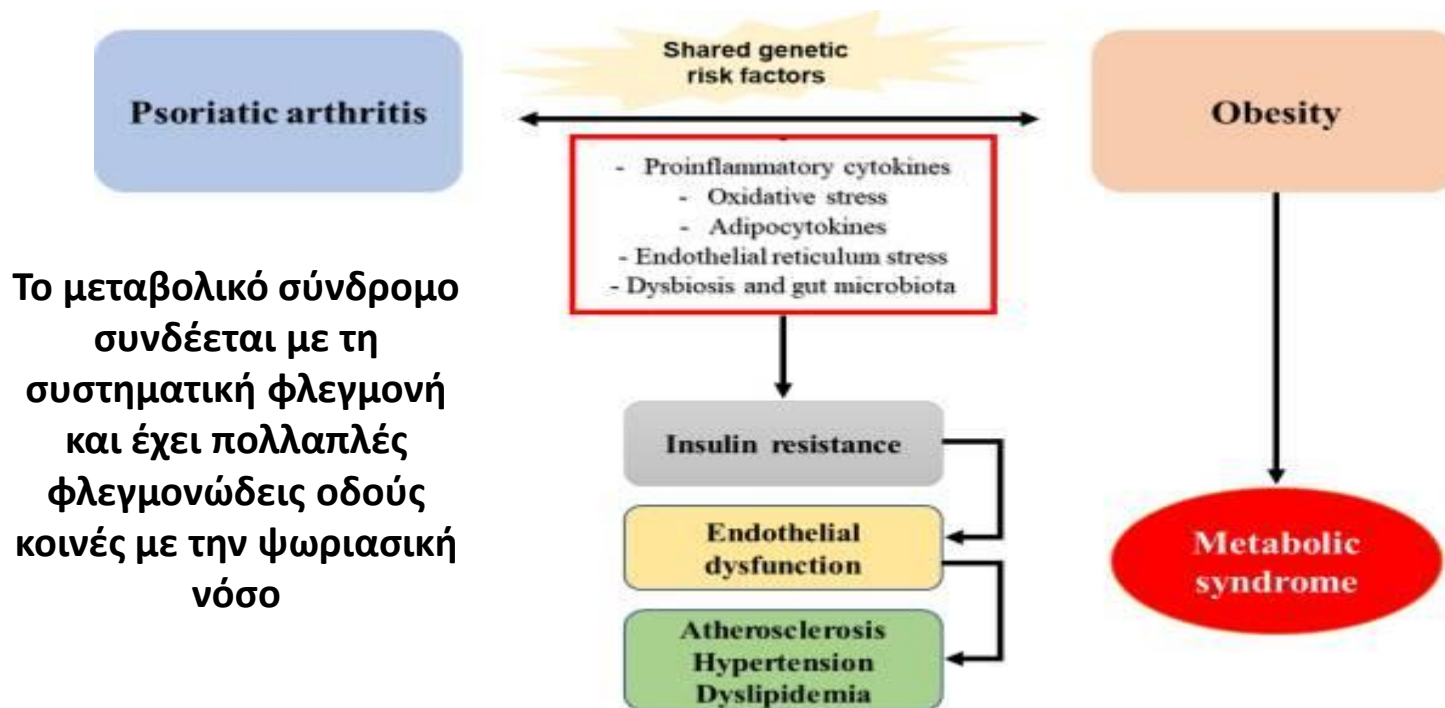
- Μεταβολικό σύνδρομο

Σύνοψη προβλημάτων

- Υπέρβαρη, κοιλιακή παχυσαρκία
- HbA1c : 6,6
- Τριγλυκερίδια νηστείας: 256
- Υπέρταση



Metabolic Syndrome and Its Components in Psoriatic Arthritis

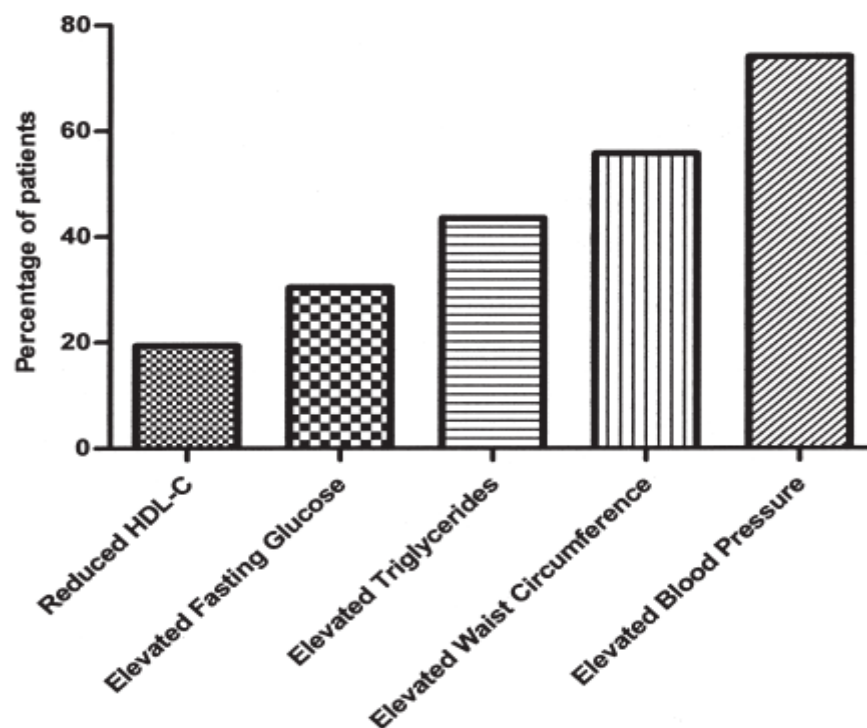


Σε ασθενείς με PsA και συννοσηρότητες, πρέπει να επιλέγεται η καταλληλότερη θεραπεία για τη διαχείριση της δραστηριότητας της νόσου

High Prevalence of Metabolic Syndrome and of Insulin Resistance in Psoriatic Arthritis Is Associated with the Severity of Underlying Disease

Μεταξύ των ασθενών με PsA,
Το MetS και η IR είναι ιδιαίτερα
διαδεδομένα

Ανεξάρτητα σχετίζεται με τη
σοβαρότητα της PsA



Prevalence of Metabolic Syndrome in Psoriatic Arthritis: Systematic Literature Review and Results From the CARMA Cohort

- Ο επιπολασμός του MetS στο PsA ποικίλλει, ανάλογα με τον ορισμό
- 23,5% έως 62,9% των ασθενών με PsA έχουν MetS
- Στην κοόρτη CARMA σχεδόν το ένα τρίτο των ασθενών με PsA έχουν MetS



ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

Best Practice & Research Clinical Rheumatology

journal homepage: www.elsevierhealth.com/berh



Unmet needs in psoriatic arthritis

Unmet Needs in Psoriatic Arthritis

Early diagnosis

1. Development of biomarkers specific to psoriatic arthritis

2. Utilisation of imaging strategies

3. Targeted screening of patients with risk factors for progression to psoriatic arthritis (cutaneous psoriasis with high body mass index)

Medication choice

1. Development of biomarkers to predict treatment response and risk of adverse events

2. Understanding factors that influence drug persistence

3. Integration of precision medicine approaches in drug trials

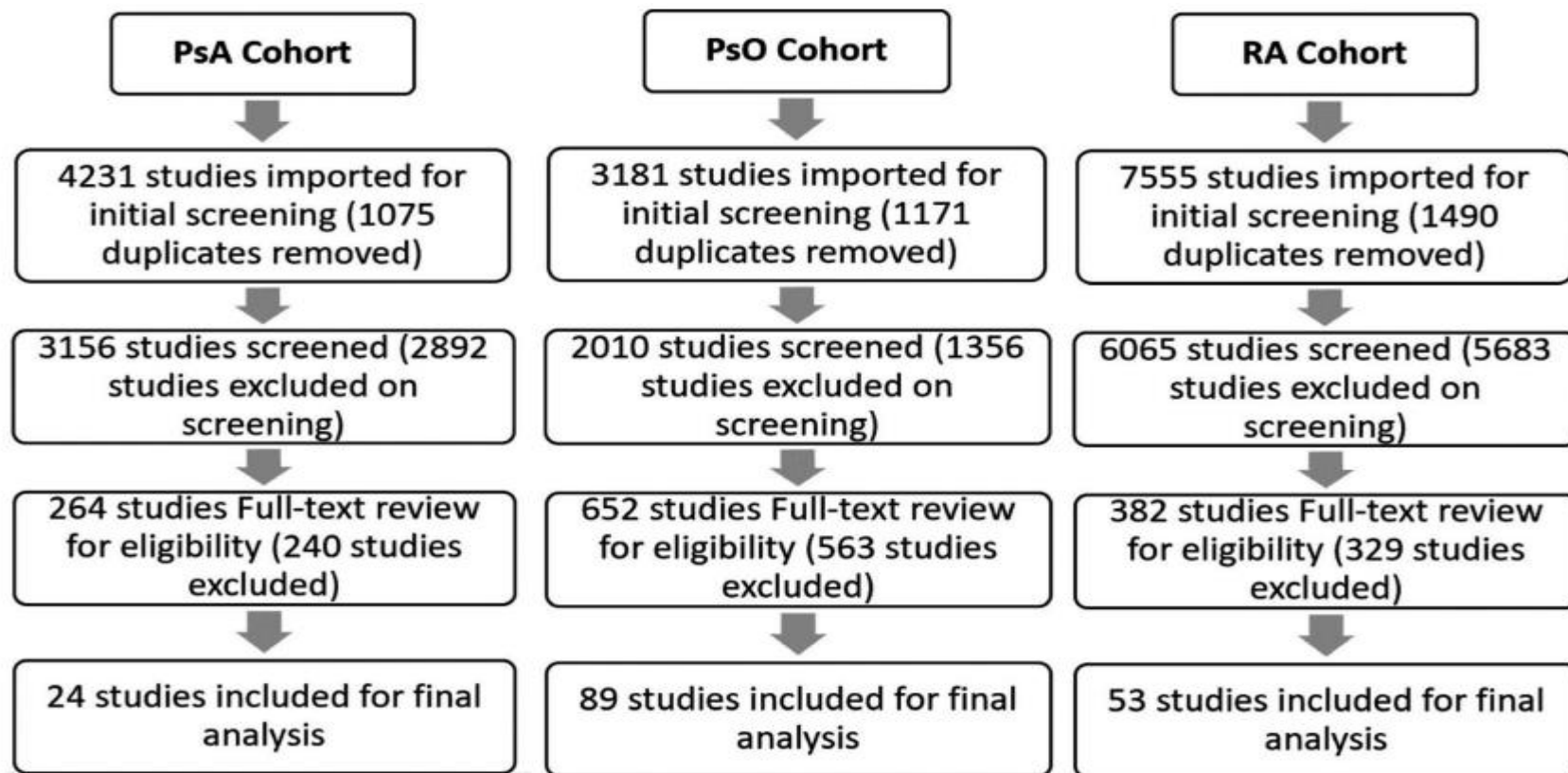
Comorbidity management

1. Addressing metabolic comorbidities through structured lifestyle interventions, thereby optimising treatment response and reducing cardiovascular risk

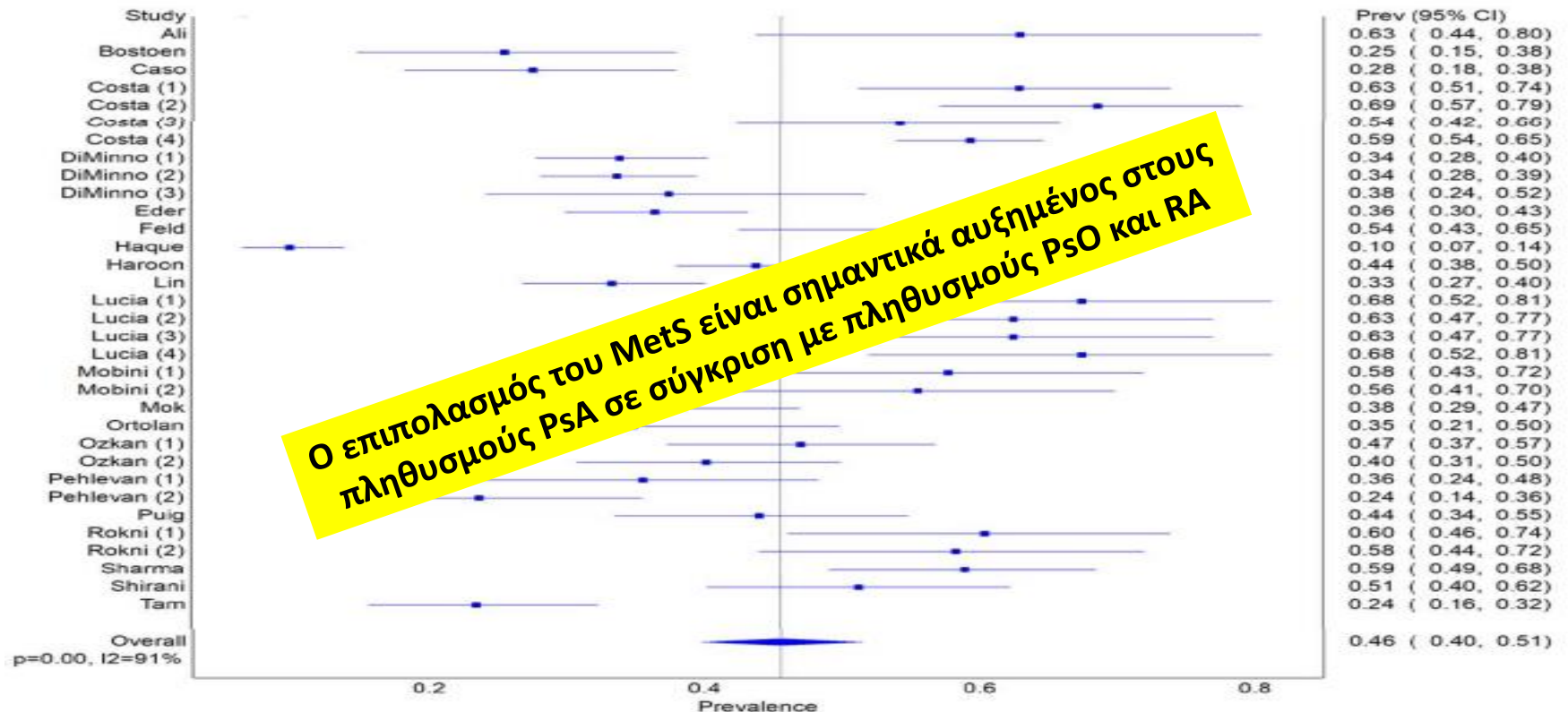


2. Integration of mental health services and resources to tackle significant burden of mental health comorbidities

Systematic review and meta-analysis on prevalence of metabolic syndrome in psoriatic arthritis, rheumatoid arthritis and psoriasis



Systematic review and meta-analysis on prevalence of metabolic syndrome in psoriatic arthritis, rheumatoid arthritis and psoriasis



Original article

Visceral adiposity in patients with psoriatic arthritis and psoriasis alone and its relationship with metabolic and cardiovascular risk

	PsA		PsA controls		<i>P</i> ^a	PsO		PsO controls		<i>P</i> ^b
	Mean	CI 95%	Mean	CI 95%		Mean	CI 95%	Mean	CI 95%	
Leptin, ng/ml	26.6	(18.2–35.0)	19.4	(14.0–24.8)	0.04	21.3	(14.8–27.8)	17.3	(11.5–23.0)	0.19
Leptin/ fat mass	0.79	(0.60–0.98)	0.65	(0.52–0.77)	0.07	0.61	(0.49–0.72)	0.56	(0.41–0.72)	0.81
Total adiponectin, µg/ml	12.1	(10.2–14.0)	9.8	(8.3–11.3)	0.03	8.2	(6.9–9.4)	8.3	(7.2–9.5)	0.91
HMW adiponectin, µg/ml	6.4	(5.3–7.6)	5.6	(4.5–6.6)	0.16	3.8	(3.1–4.6)	4.5	(3.7–5.3)	0.24
HMW/total adiponectin	0.51	(0.48–0.54)	0.54	(0.51–0.57)	0.28	0.44	(0.41–0.47)	0.52	(0.48–0.55)	0.0003
Resistin, ng/ml	9.3	(8.5–10.1)	8.5	(7.7–9.4)	0.17	8.2	(7.5–9.0)	8.7	(7.7–9.7)	0.48
RBP4, ng/ml	64.4	(59.2–69.6)	55.0	(50.7–59.3)	0.004	65.9	(61.2–70.5)	59.3	(55.1–63.4)	0.044
Ghrelin, pg/ml	735.7	(635.0–836.4)	685.1	(601.8–768.3)	0.47	592.2	(521.2–663.3)	655.6	(587.3–723.8)	0.18
Total cholesterol, mmol/l	5.2	(4.9–5.5)	5.3	(5.0–5.7)	0.52	5.0	(4.7–5.3)	5.2	(4.9–5.5)	0.41
LDL cholesterol, mmol/l	3.1	(2.8–3.4)	3.4	(3.1–3.6)	0.26	3.1	(2.8–3.4)	3.0	(2.7–3.3)	0.85
HDL cholesterol, mmol/l	1.5	(1.4–1.6)	1.5	(1.3–1.6)	0.72	1.2	(1.1–1.3)	1.4	(1.3–1.6)	0.013
Triglycerides, mmol/l	1.4	(1.2–1.6)	1.3	(1.1–1.4)	0.29	1.9	(1.5–2.3)	1.4	(1.2–1.7)	0.045
Atherogenic index (total/HDL cholesterol)	3.8	(3.3–4.3)	4.1	(3.6–4.6)	0.43	4.4	(4.0–4.8)	4.0	(3.6–4.4)	0.11
Glycaemia, mmol/l	5.0	(4.8–5.3)	5.2	(5.0–5.3)	0.43	5.3	(5.0–5.7)	5.3	(4.9–5.8)	1.00
Insulin µU/ml	57.5	(46.5–68.5)	42.5	(35.1–50.0)	0.0177	68.2	(55.6–80.9)	42.8	(36.4–49.2)	0.0006
HOMA-IR	1.8	(1.5–2.1)	1.4	(1.2–1.7)	0.058	2.4	(1.8–2.9)	1.5	(1.2–1.7)	0.0037

Original article

Visceral adiposity in patients with psoriatic arthritis and psoriasis alone and its relationship with metabolic and cardiovascular risk

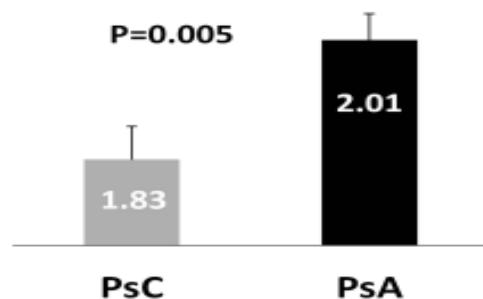
	PsA		PsA controls		<i>P</i> ^a	PsO		PsO controls		<i>P</i> ^b
	Mean	CI 95%	Mean	CI 95%		Mean	CI 95%	Mean	CI 95%	
Leptin, ng/ml	26.6	(18.2–35.0)	19.4	(14.0–24.8)	0.04	21.3	(14.8–27.8)	17.3	(11.5–23.0)	0.19
Leptin/ fat mass	0.79	(0.60–0.98)	0.65	(0.52–0.77)	0.07	0.61	(0.49–0.72)	0.56	(0.41–0.72)	0.81
Total adiponectin, µg/ml	12.1	(10.2–14.0)	9.8	(8.3–11.3)	0.03	8.2	(6.9–9.4)	8.3	(7.2–9.5)	0.93
HMW adiponectin, µg/ml	6.4	(5.3–7.6)	5.6	(4.5–6.6)	0.16	3.8	(3.1–4.6)	4.1	(3.4–4.9)	0.3
HMW/total adiponectin	0.51	(0.48–0.54)	0.54	(0.51–0.57)	0.28	0.44	(0.41–0.47)	0.49	(0.46–0.52)	0.003
Resistin, ng/ml	9.3	(8.5–10.1)	8.5	(7.7–9.4)	0.17	10.1	(9.2–11.0)	9.7	(8.8–10.6)	0.004
RBP4, ng/ml	64.4	(59.2–69.6)	55.0	(50.7–59.3)	0.004	61.1	(56.8–65.4)	57.3	(52.3–62.3)	0.18
Ghrelin, pg/ml	735.7	(635.0–836.4)	685.1	(601.1–769.1)	0.001	701.1	(601.1–801.1)	673.8	(573.8–773.8)	0.41
Total cholesterol, mmol/l	5.2	(4.9–5.5)	5.1	(4.8–5.4)	0.85	5.2	(4.9–5.5)	5.2	(4.9–5.5)	0.85
LDL cholesterol, mmol/l	3.1	(2.9–3.3)	3.0	(2.7–3.3)	0.85	3.1	(2.8–3.4)	3.0	(2.7–3.3)	0.85
HDL cholesterol, mmol/l	1.2	(1.1–1.3)	1.2	(1.1–1.3)	0.013	1.2	(1.1–1.3)	1.4	(1.3–1.6)	0.013
TG, mmol/l	1.9	(1.5–2.3)	1.4	(1.2–1.7)	0.045	1.9	(1.5–2.3)	1.4	(1.2–1.7)	0.045
Aspartate aminotransferase, U/l	4.1	(3.6–4.6)	4.1	(3.6–4.6)	0.43	4.4	(4.0–4.8)	4.0	(3.6–4.4)	0.11
Alanine aminotransferase, U/l	5.0	(4.8–5.3)	5.2	(5.0–5.3)	0.43	5.3	(5.0–5.7)	5.3	(4.9–5.8)	1.00
Glycated haemoglobin, %	5.7	(5.5–5.9)	5.7	(5.5–5.9)	0.93	5.7	(5.5–5.9)	5.7	(5.5–5.9)	0.93
Insulin µU/ml	57.5	(46.5–68.5)	42.5	(35.1–50.0)	0.0177	68.2	(55.6–80.9)	42.8	(36.4–49.2)	0.0006
HOMA-IR	1.8	(1.5–2.1)	1.4	(1.2–1.7)	0.058	2.4	(1.8–2.9)	1.5	(1.2–1.7)	0.0037

Το σπλαχνικό λίπος συσσωρεύεται περισσότερο στην PsO παρά στην PsA.
Η σπλαχνική παχυσαρκία είναι πιο πιεστική ανησυχία στην PsO σε σχέση με την PsA

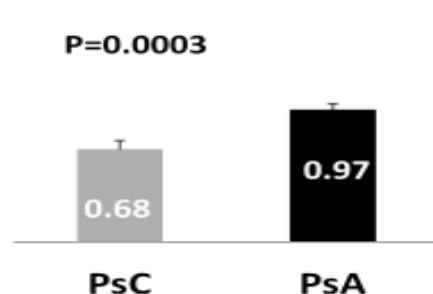
EXTENDED REPORT

Serum adipokines in patients with psoriatic arthritis and psoriasis alone and their correlation with disease activity

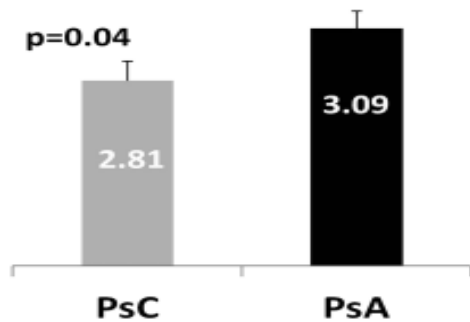
1A Adiponectin
(Log $\mu\text{g/ml}$)



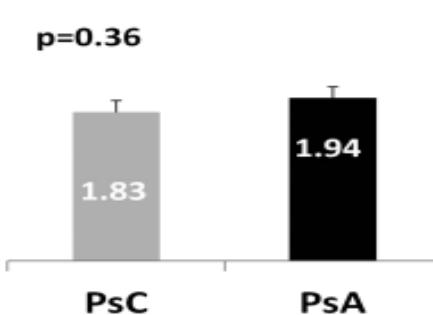
1B HOMA-IR
(Log)



1C Leptin (Female)
(Log ng/ml)



1D Leptin (Male)
(Log ng/ml)



Conclusions
MetS and related adipokines
correlated
with an increased burden of
skin and joint inflammation.

Σύνοψη προβλημάτων

- Ασθενής 38 ετών , άτεκνη
- Ασύμμετρη πολυαρθρίτιδα
- Ψωρίαση κατά πλάκας
- Μεταβολικό σύνδρομο
- Χωρίς καλή ανοχή στη Μεθοτρεξάτη

Προσαρμογή Θεραπείας

- Ρύθμιση υπολιπιδαιμικής αγωγής ($LDL < 100$)
- Έναρξη αντιδιαβητικής αγωγής
- Διατήρηση της αντιυπερτασικής αγωγής
- Σύσταση – οδηγίες για απώλεια βάρους
- Σύσταση για άσκηση

Προσαρμογή Θεραπείας

- Μείωση της Μεθοτρεξάτης 10 mg/week
- Τοπικές θεραπείες
- Σημαντική ενεργότητα νόσου
- Ανάγκη πρόσθετης θεραπείας

Πορεία νόσου

■ Στους 6 μήνες...

■ Σημαντική ενεργότητα νόσου

■ Οριακά αυξημένα ηπατικά ένζυμα

Μη επίτευξη
του στόχου

DAPSA: 40,00

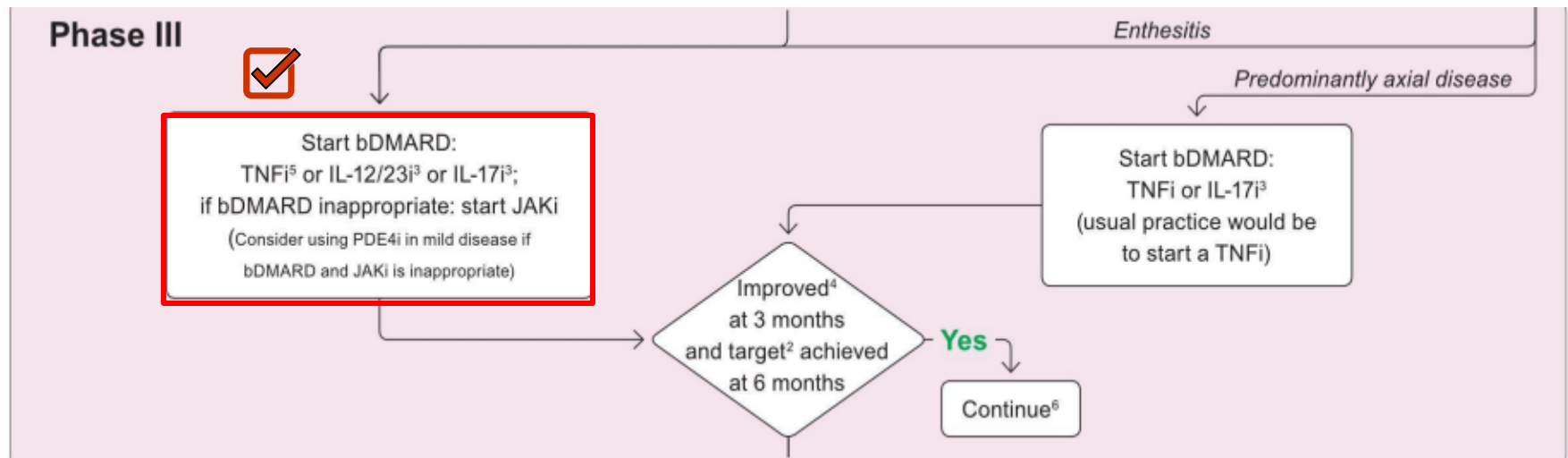
Παράμετρος	Προηγούμενη τιμή	Τιμή Παραμέτρου	Στοιχεία διενεργήσαντος τον έλεγχο ιατρού		Ημερ. Μέτρησης	Μονάδα Μέτρησης / Όρια Τιμών
			ΑΜΚΑ	Ονοματεπώνυμο		
Μόνο Αξονική Προσβολή	—	—				
Ασθενής υπό αγωγή με βιολογικό παράγοντα σε Νοσοκομείο	—	—				
Ασθενής με συνυπάρχουσα συμπτωματική ενθεσίτιδα, που δεν ανταποκρίνεται σε χορήγηση ΜΣΑΦ ή τοπική έγχυση κορτικοστεροειδών	—	✓				
Πλήθος διογκωμένων αρθρώσεων		6				(0-66)
Πλήθος ευαίσθητων αρθρώσεων		12				(0-68)
Συνολική εκτίμηση ασθενούς για την ενεργότητα της νόσου (τελευταία εβδομάδα)		5				(0-10)
Εκτίμηση ασθενούς για το επίπεδο του αρθρικού πόνου (τελευταία εβδομάδα)		5				(0-10)
C-αντιδρώσα πρωτεΐνη (CRP σε mg/dL)		12				(0-300)
Δείκτης DAPSA		40,00				

Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση e-prescription.gr
<https://www.e-prescription.gr>



OPEN ACCESS

EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2019 update



Επιλογή Βήματος

Επιλογή Πρωτοκόλλου Διαγνώσεις Επιλογή Βήματος Καθορισμός Παραμέτρων Καθορισμός Παραμέτρων (συνέχεια) **Νέο Βήμα** Επιλογή Δραστικών Ουσιών Ολοκλήρωση Διαδικασίας

Θεραπευτικό Πρωτόκολλο **Ρευματολογικά ΘΠΣ-Ψωριασική Αρθρίτιδα (Περιφερική προσβολή)**

* Βήμα ☐ Αγωγή 1ου Βήματος
Αγωγής ☒ Αγωγή 2ου Βήματος (*)

Κωδικός ATC	Περιγραφή	Περιεκτικότητα
L04AD01	CICLOSPORIN	(25 & 50 & 100 MG/TAB) & (
L04AA13	LEFLUNOMIDE	
L01BA01	METHOTREXATE DISODIUM (ΥΔ)	
L04AX03	METHOTREXATE SODIUM (per-os)	
A07EC01	SULFASALAZINE	

Κωδικός ATC	Περιγραφή	Περιεκτικότητα
L04AA24	ABATACEPT	
L04AB04	ADALIMUMAB	
L04AA32	APREMILAST	
L04AB05	CERTOLIZUMAB PEGOL	
L04AB01	ETANERCEPT	
L04AB06	GOLIMUMAB	
L04AB02	INFLIXIMAB	
L04AC13	IXEKIZUMAB	
L04AC10	SECUKINUMAB	
L04AA29	TOFACITINIB	
L04AA44	UPADACITINIB	
L04AC05	USTEKINUMAB	

Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση [e-prescription.gr](https://www.e-prescription.gr)
<https://www.e-prescription.gr>

Αντιμετώπιση...

- Ασθενής 38 ετών αναπαραγωγικής ηλικίας
- Μεταβολικό σύνδρομο
- Σημαντική ενεργότητα της νόσου

Προβλήματα

Θεραπεία...

ΕΠΙΛΟΓΕΣ : ένας anti-TNF



Προσθήκη Θεραπείας

Κωδικός ATC	Περιγραφή	Περιεκτικότητα
L04AA24	ABATACEPT	
L04AB04	ADALIMUMAB	
L04AA32	APREMILAST	
L04AB05	CERTOLIZUMAB PEGOL	
L04AB06	GOLIMUMAB	
L04AB02	INFLIXIMAB	
L04AC13	TYKETUMAB	



Κωδικός ATC	Περιγραφή	Περιεκτικότητα
L04AX03	METHOTREXATE SODIUM (per-os)	
L04AB01	ETANERCEPT	

Φάρμακα

Προσθήκη Φαρμάκου

Δραστική Ουσία ETANERCEPT

Προτεινόμενη Θεραπεία IN.SO.P.F.P 50MG/ML BTx4 PF PEN x1ML

Σχόλια

* Ποσότητα 1

* % 0

* Ποσό 1

Μονάδα
Δόσης
ΕΝΕΣΗ
ΔΙΑΛ
ΦΥΣΙΓΓΕΣ

* Συχνότητα 1 φορά την εβδομάδα

* Ημέρες 4 ημέρες

Διαγνώσεις

☐ Προτείνεται η χορήγηση γενόσημου σκευάσματος

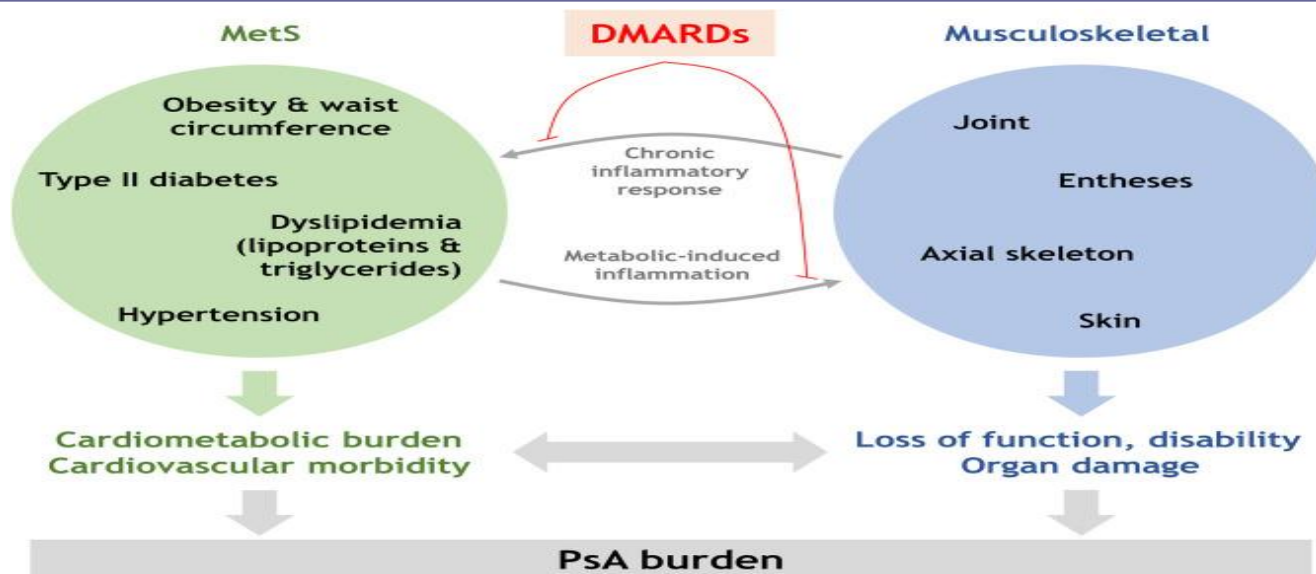
Διαγραφή
Εκτελεσμένες/Εκκρεμείς συνταγές

■ Διατήρηση Θεραπείας

Μεθοτρεξάτη 10 mg/w
Filicine 5 mg/w

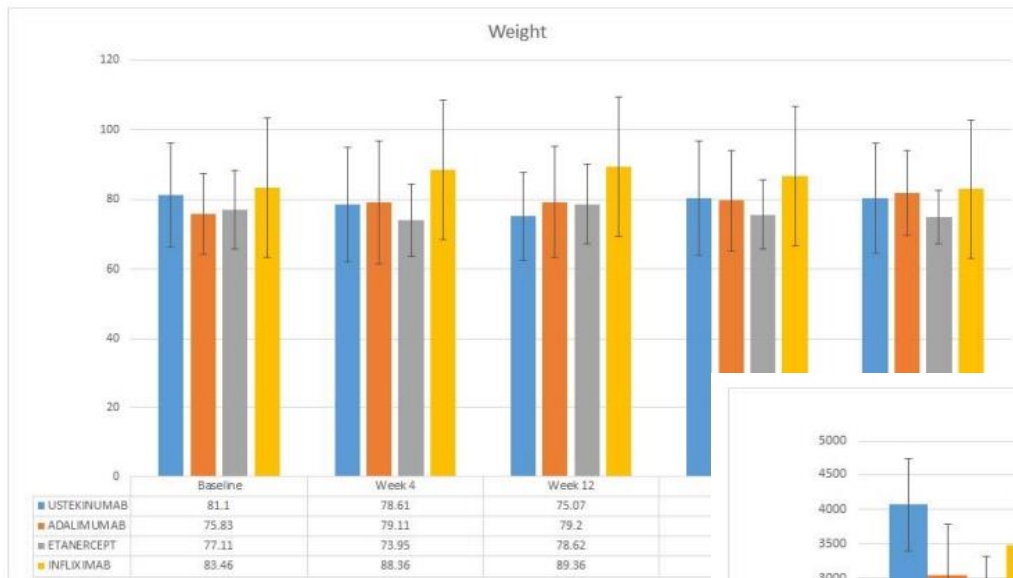
Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση [e-prescription.gr](https://www.e-prescription.gr)
<https://www.e-prescription.gr>

Psoriatic Arthritis and Metabolic Syndrome: Is There a Role for Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs?



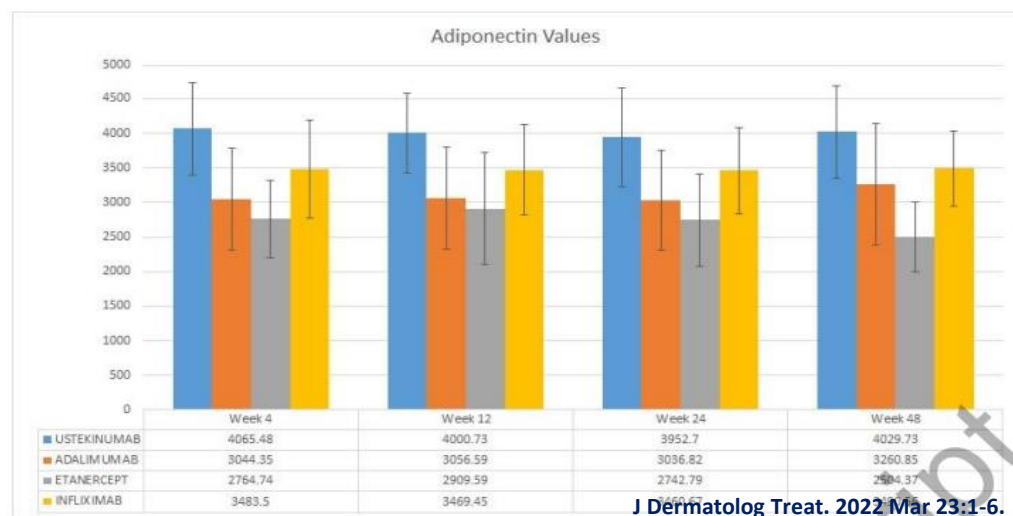
Ευεργετική επίδραση ορισμένων DMARDs όπως η μεθοτρεξάτη, TNFi και ορισμένων μικρών μορίων είναι ξεκάθαρη
Χωρίς δημοσιευμένες μελέτες head to head
Δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία για άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις όπως οι αναστολείς IL-23 ή IL-17

Effects of TNF inhibitors and an IL12/23 inhibitor on changes in body weight and adipokine levels in psoriasis patients: A 48-week comparative study



Σε αντίθεση με τους αναστολείς TNF, το Ustekinumab δεν προκαλεί σημαντικές αλλαγές βάρους. Τα επίπεδα αδιποκίνης αυξάνονται περισσότερο από τους αναστολείς TNF

Τα επίπεδα αδιποκίνης φαίνεται να σχετίζονται με την απάντηση στη θεραπεία



Δικαίωση της επιλογής...

- 3 μήνες αργότερα
- Ασυμπτωματική [καμία επώδυνη ή διογκωμένη άρθρωση]
- Μικρής έκτασης εξανθήματα σε φάση αποδρομής
- Εργαστηριακά: χωρίς αξιόλογα παθολογικά ευρήματα

Αναπαραγωγή

- Θήλυ 38 ετών, με ψωριασική αρθρίτιδα σε ύφεση
- Αναπαραγωγικής ηλικίας
- Επιθυμία κύησης

Clinical reviews in allergy and immunology

Safety of anti-TNF agents in pregnancy



Kara M. De Felice, MD,^a and Sunanda Kane, MD, MSPH^b *New Orleans, La; and Rochester, Minn*

Safety of anti-TNF agents in pregnancy



Kara M. De Felice, MD,^a and Sunanda Kane, MD, MSPH^b *New Orleans, La; and Rochester, Minn*

TABLE I. Safety of anti-TNF agents during pregnancy

Anti-TNF agent	Pregnancy outcome	Infections	Lactation	Vaccines	Milestones
Infliximab (IFX) Adalimumab (ADA) Certolizumab (CZP) Golimumab (GOL)	No adverse outcomes ^{23,48-59,64-78}	No increase in infant infections ^{23,48,81,83}	Compatible ^{64,65,79,80,85-89}	Avoid live vaccines in the first 12 mo (except for CZP) ^{64,65,74,79,80,91}	Normal development ^{23,92}
Etanercept (ETA)	No adverse outcomes ⁶⁶⁻⁷⁴	No increase in infant infections ⁸³	Compatible ^{21,47,74,88}	Avoid live vaccines in the first 12 mo ⁷⁴	No data



• Έκθεση σε αντι-TNF παράγοντα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης σε γυναίκες με IBD, ΡΑ, ΑΣ, ΨΑ και η ψωρίαση δεν σχετίζονται με αυξημένες δυσμενείς συνέπειες για τη μητέρα ή το βρέφος

• Είναι συμβατό με τη γαλουχία και δεν έχει αρνητικό αντίκτυπο στη μεταγεννητική ανάπτυξη

The EULAR points to consider for use of antirheumatic drugs before pregnancy, and during pregnancy and lactation

Drug	Pregnancy			Breast feeding		
	Statement on compatibility of drug with pregnancy based on evidence	Percentage of agreement with statement	Expert opinion on use of drug in clinical practice (%)*	Statement on compatibility of drug with breast feeding based on evidence	Percentage of agreement with statement	Expert opinion on breast feeding and medication (%)†
Infliximab	Current evidence indicates no increased rate of congenital malformations; infliximab can be continued up to gestational week 20; if indicated, it can be used throughout pregnancy	100		Infliximab is compatible with breast feeding	100	
Adalimumab	Current evidence indicates no increased rate of congenital malformations; adalimumab can be continued up to gestational week 20; if indicated, it can be used throughout pregnancy	100		Adalimumab is compatible with breast feeding	100	
Golimumab	Current evidence does not indicate an increased rate of congenital malformations; because of limited evidence, alternative medications should be considered for treatment throughout pregnancy	100		Golimumab is compatible with breast feeding	94	
Etanercept	Current evidence indicates no increased rate of congenital malformations; etanercept can be continued up to gestational week 30–32; if indicated, it can be used throughout pregnancy	100		Etanercept is compatible with breast feeding	100	
Certolizumab	Current evidence indicates no increased rate of congenital malformations; certolizumab can be continued throughout pregnancy	100		Certolizumab is compatible with breast feeding	94	

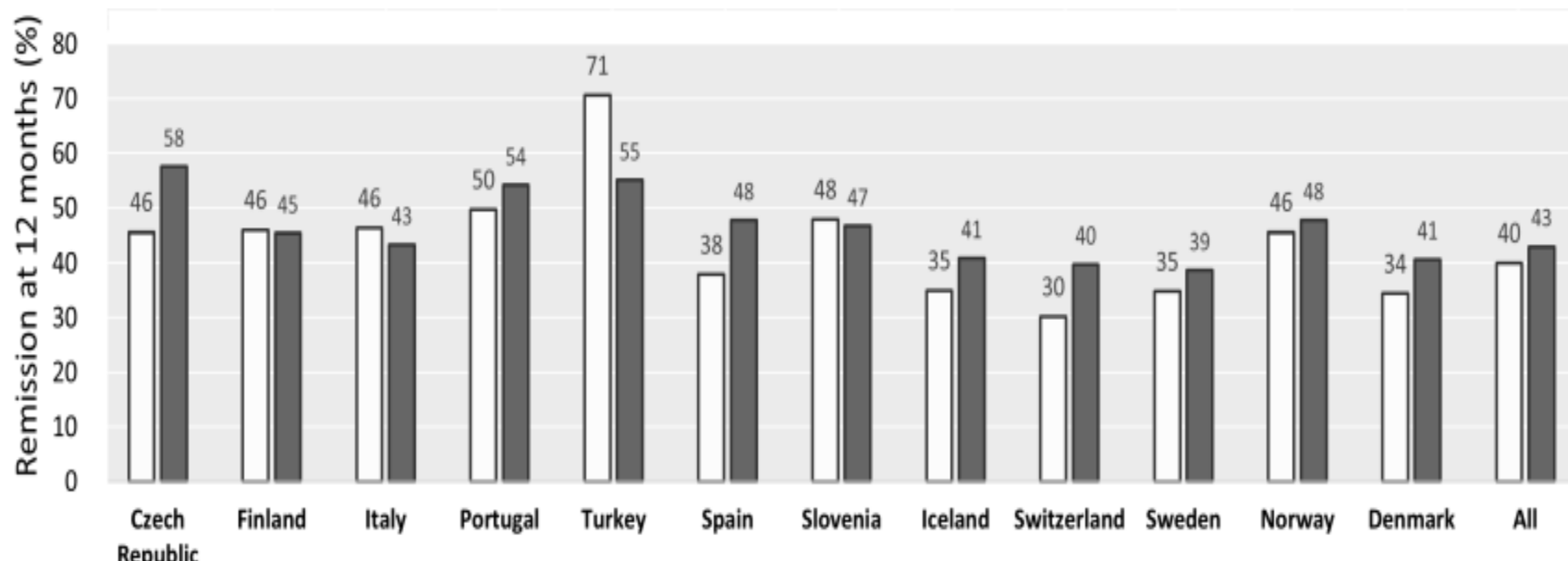
Götestam Skorpen C, et al. Ann Rheum Dis 2016;0:1–16.

Μακροχρόνια επίτευξη του στόχου





Effectiveness and treatment retention of TNF inhibitors when used as monotherapy versus comedication with csDMARDs in 15 332 patients with psoriatic arthritis. Data from the EuroSpA collaboration

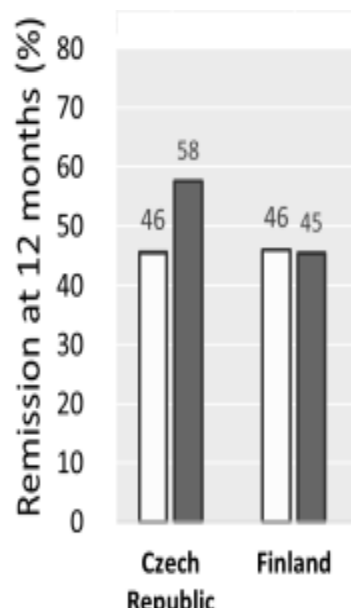




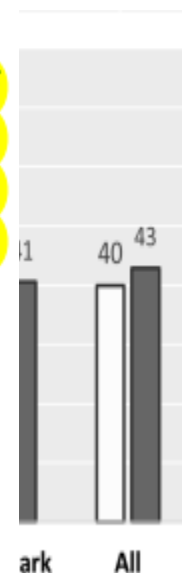
OPEN ACCESS

EPIDEMIOLOGICAL SCIENCE

Effectiveness and treatment retention of TNF inhibitors when used as monotherapy versus comedication with csDMARDs in 15 332 patients with psoriatic arthritis. Data from the EuroSpA collaboration



In conclusion, we found improved clinical response rates when combining TNFi with a csDMARD. More specifically, the rate of clinical remission for infliximab and adalimumab increased when combined with methotrexate, and the retention of infliximab was improved. For etanercept, the remission and retention rates did not differ between comedication and monotherapy—and were in line with the rates observed for adalimumab comedication. Our findings support the prevailing strategy, in a situation of incomplete response, to continue methotrexate therapy when commencing treatment with infliximab or adalimumab, while for etanercept methotrexate may be discontinued.



Στο διάστημα αυτό...

- ❖ Διεκόπη η Μεθοτρεξάτη λόγω επιθυμίας κύησης
- ❖ Η ασθενής παρέμεινε σε ύφεση με μονοθεραπεία με Etanercept
- ❖ Έγινε σύλληψη και τελεσφόρησε υγιές άρρεν τέκνο σήμερα 2 ετών
- ❖ Ο μικρός χρόνος ημιζωής του φαρμάκου απέτρεψε την έκθεση
- ❖ Οι μικρές ανάγκες για αποδεκτό έλεγχο της νόσου καλύφθηκαν με μικρή δόση στεροειδών
- ❖ Η επανέναρξη του φαρμάκου επανέφερε τη νόσο σε πλήρη ύφεση

Ευχαριστώ !

ΕΥΡΙΠΙΔΗΣ ΚΑΛΤΣΟΝΟΥΔΗΣ
ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΣ Α΄
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ Π.Ν.ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ