



## «ΨΩΡΙΑΣΙΚΗ ΝΟΣΟΣ: Η ΨΩΡΙΑΣΗ ΣΤΟ ΕΠΙΚΕΝΤΡΟ»

Ειδικές εντοπίσεις Ψωριασικής Νόσου:  
αξιολόγηση & διαχείριση

---

**Ναταλία Ρομποτή**  
Δερματολόγος-Αφροδισιολόγος  
Διδάκτωρ Πανεπιστημίου  
Essen - Duisburg, Γερμανία

# Δήλωση σύγκρουσης συμφερόντων

---

Δεν έχω λάβει τιμητική αμοιβή για τη συγκεκριμένη ομιλία

Έχω λάβει στο παρελθόν τιμητική αμοιβή για ομιλίες και συμβουλευτικές δραστηριότητες από:  
Abbvie, Galderma, Genesis Pharma SA, Janssen, LEO Pharmaceutical Hellas S.A, Lilly  
Pharmaserve, Novartis, UCB

## Ειδικές μορφές εντόπισης

---

- Ψωρίαση του τριχωτού κεφαλής
- Ψωρίαση των δερματικών πτυχών ή ανάστροφη ψωρίαση
- Ψωρίαση παλαμών/πελμάτων
- Ψωρίαση των γεννητικών οργάνων & των βλεννογόνων
- Ψωριασική ονυχία

# Ψωρίαση και ειδικές εντοπίσεις

Η πλειονότητα των ασθενών με ψωριασική νόσο εμφανίζουν προσβολή σε τουλάχιστον 1 ειδική εντόπιση

40–90%

Τριχωτό κεφαλής

≤ 63%

Γεννητικά  
όργανα

μόνη εκδήλωση

2-5%

≤ 79%

δια βίου  
επίπτωση

Δερματικές  
πτυχές

12–16%

Παλάμες  
Πέλματα

50%

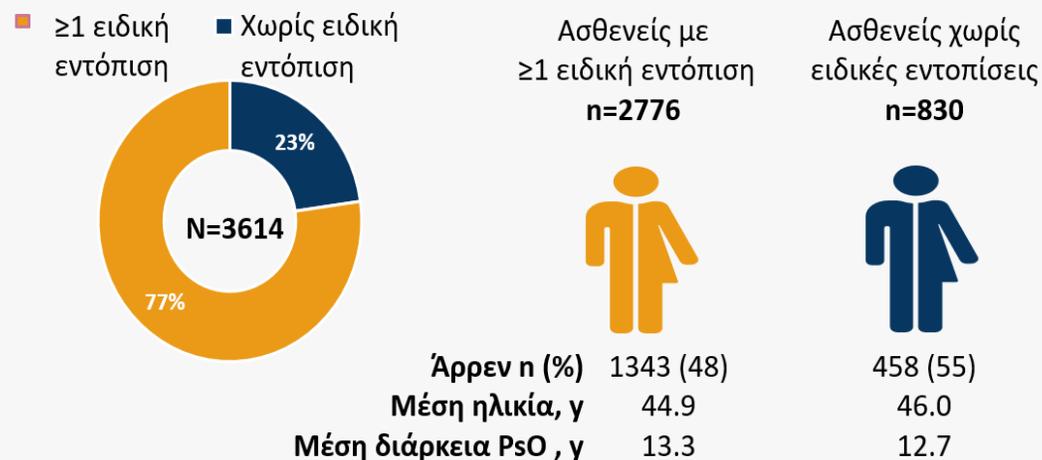
80–90%

δια βίου  
επίπτωση

Όνυχες

Αποτελέσματα από την πολυεθνική έρευνα UPLIFT (N=3614) το έτος 2020

## Χαρακτηριστικά ασθενών

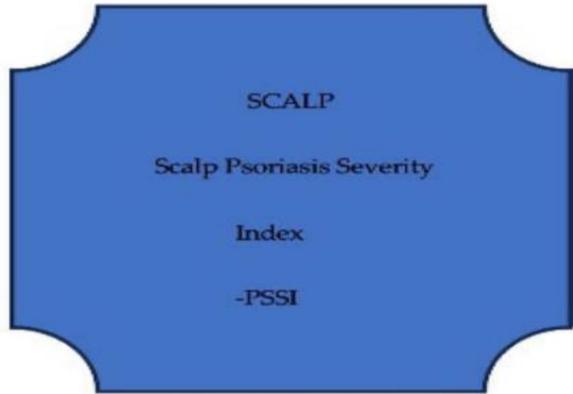


77% των ασθενών παρουσίαζαν συμπτώματα σε 1 τουλάχιστον δύσκολη ανατομικά περιοχή

PsO, psoriasis.

Langley RG, et al. Poster presented at: the American Academy of Dermatology Congress, 25–29 March 2022. Poster P33950.

# Δείκτες Αξιολόγησης ψωρίασης ειδικών εντοπίσεων



## Assessment of Extent of Scalp Psoriasis

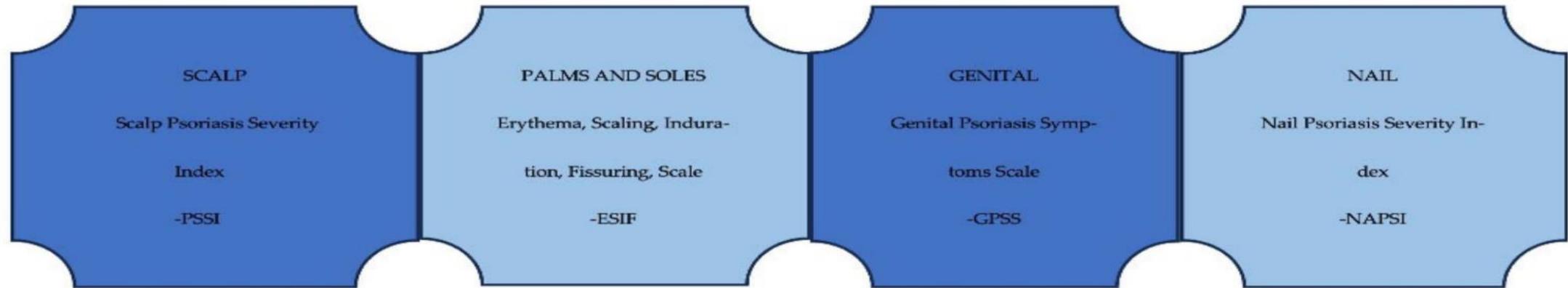
1	<10%
2	10 – 29 %
3	30 – 49%
4	50 – 69%
5	70 – 89%
6	90 – 100%

## Assessment of Clinical Symptoms (Erythema, Induration, and Desquamation)

0	Absent
1	Slight
2	Moderate
3	Severe
4	Severest possible

PSSI = Sum of scores for erythema, induration, and desquamation x involved area (range 0-72)

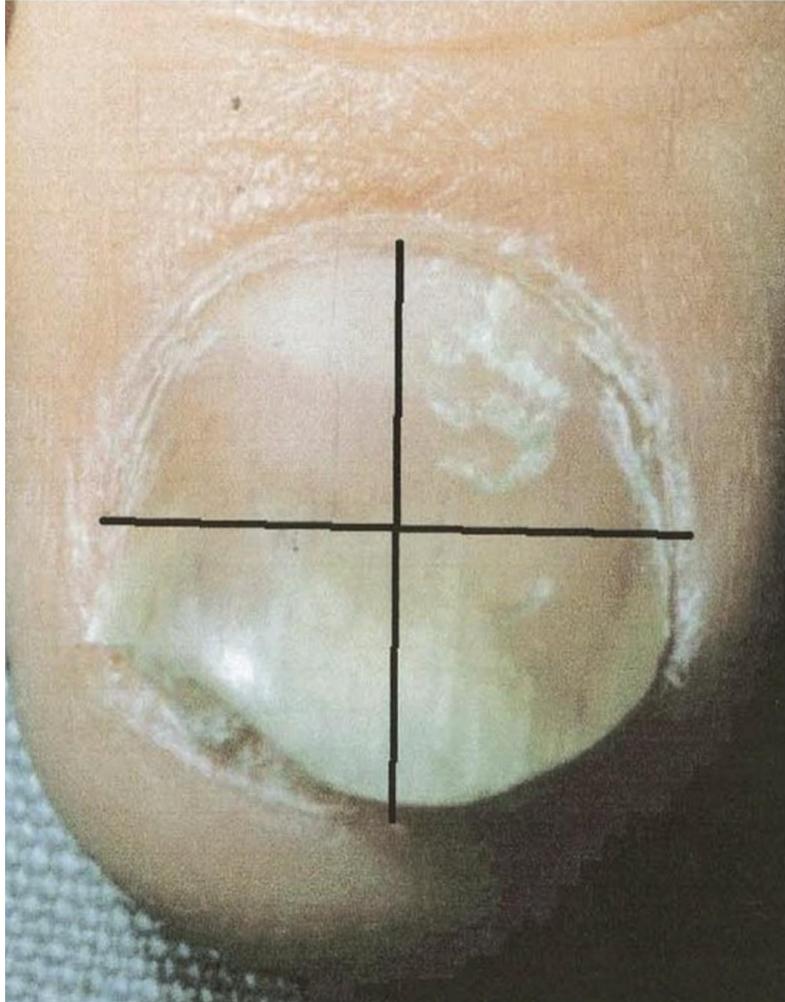
# Δείκτες Αξιολόγησης ψωρίασης ειδικών εντοπίσεων



Severity	Score	Erythema	Scaling	Induration	Fissuring
Clear	0	No sign (residual hyperpigmentation permitted)	No sign	No sign	No sign
Mild	1	Light to dark pink appearance	Fine white pattern of scaling	Slight but definitive palpable height or corny layer, approximately 0.5-mm elevation	Few fissures, superficial
Moderate	2	Red, but not dark red, appearance	Diffuse, thick; most lesions partly covered	Moderate, definitive induration, approximately 0.75-mm elevation	Multiple fissures, intermediate in depth
Severe	3	Deep red to purple appearance	Very thick coverage, all lesions covered	Noticeable height, at least approximately 1-mm	Numerous and/or deep fissures



# Δείκτες Αξιολόγησης ψωρίασης ειδικών εντοπίσεων



## **Nail Psoriasis Severity Index (NAPSI)**

The target nail is graded for nail matrix psoriasis and nail bed psoriasis. The sum of these two scores is the total score for that nail.

**Nail Matrix Psoriasis** consists of any the following: pitting, leukonychia, red spots in the lunula, and nail plate crumbling.



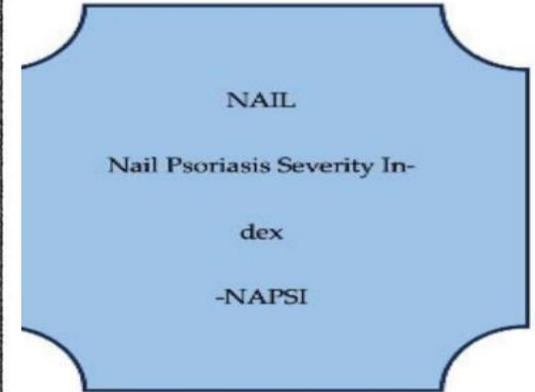
score for **matrix** psoriasis   2    
0=none  
1=present in 1/4 nail  
2=present in 2/4  
3=present in 3/4  
4=present in 4/4

**Nail Bed Psoriasis** is the presence or absence of any of the following: onycholysis, splinter hemorrhages, oil drop (salmon patch) discoloration, and nail bed hyperkeratosis.



Score for **nail bed** psoriasis   3    
0=none  
1=present in 1/4 nail  
2=present in 2/4  
3=present in 3/4  
4=present in 4/4

**Total for nail**   5   (0-8)



# When the low may still be high: the heavy burden of residual psoriasis in difficult-to-treat areas despite a low DLQI score among patients under biologics or apremilast: a 5-year, prospective, case-control study

## Ψωρίαση και ειδικές εντοπίσεις

K Bakirtzi<sup>1</sup>, E Sotiriou<sup>1</sup>, E Vakirlis<sup>1</sup>, I Papadimitriou<sup>1</sup>, A Lallas<sup>1</sup>, N Kougkas<sup>2</sup>, E Lazaridou<sup>3</sup>, D Ioannides<sup>1</sup>

Frequencies and correlation of  $\geq 1$  'very much' and 'a lot' responses on the DLQI per physical and psychosocial domain and intention to switch treatment among patients with residual psoriasis in difficult-to-treat areas and the control group after 24 weeks of treatment

	Patients with residual psoriasis in difficult-to-treat areas <i>N</i> , (%)	Control Group <i>N</i> , (%)	<i>p</i> -value	OR	95% CI
Total Number of SIRs	67 (39.0)	11 (7.5)	0.00*	3.54	1.38–4.97
Physical significant impairment	18/67 (26.9)	7 (63.6)	0.00*	2.56	0.47–4.83
Psychosocial significant impairment	49/67 (73.1)	4 (36.4)	0.00*	2.34	1.67–3.31
Number of SIRs in patients with DLQI $\leq 5$	32/56 (57.1)	1/11 (9.1)	0.01*	4.82	2.53–8.44
Intention to switch treatment	63 (36.6)	26 (17.8)	0.02*	2.09	1.86–5.37

**Conclusion: Dermatologists should go beyond strict evaluator- driven cut-offs of scoring systems**, which in such cases inaccurately downplay the burden of the disease. A better insight into the **actual needs of patients** is essential to guide dermatologists more meaningfully in **setting the right treatment goals**, optimizing psoriasis management and striking the right balance between maintenance of therapy and patients' desires.

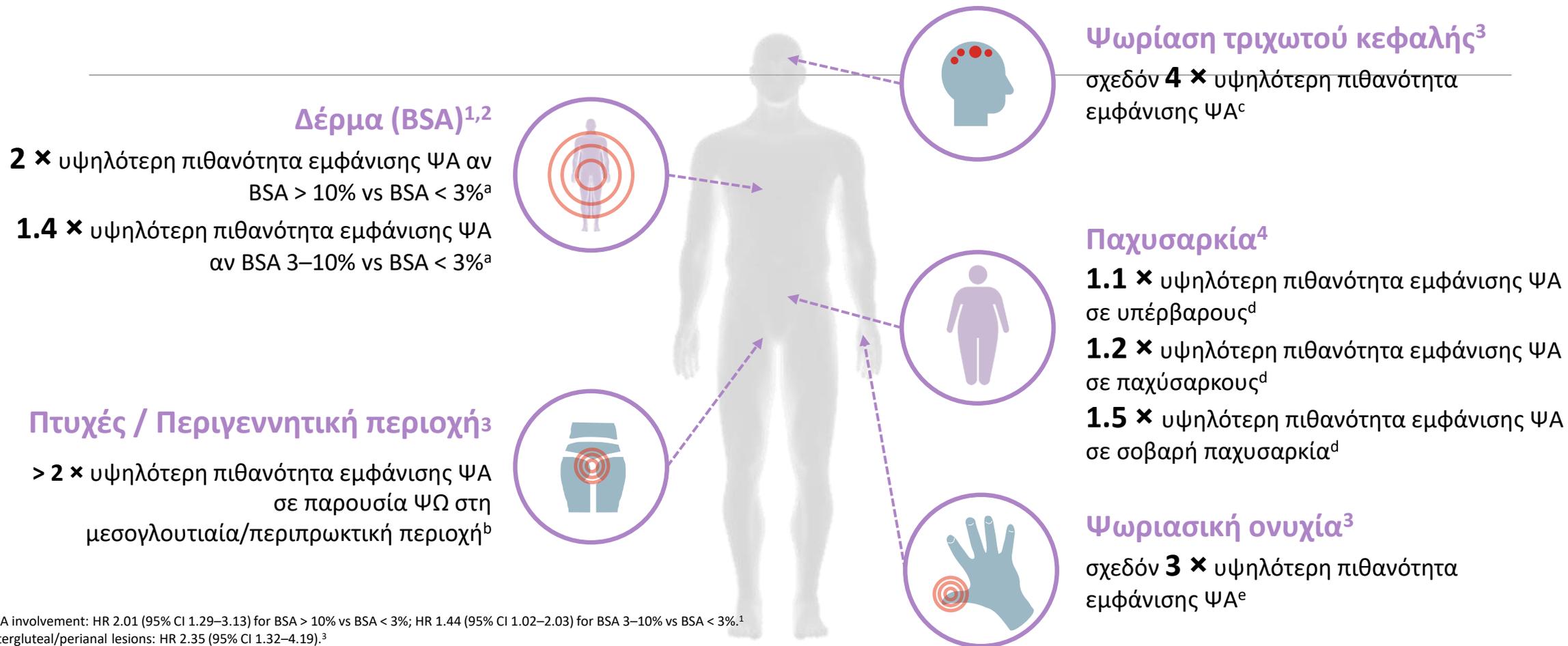
# Επανεκτίμηση της ταξινόμησης βαρύτητας της ψωρίασης ανάλογα με τη συμμετοχή σε ειδικές εντοπίσεις

Delphi consensus from the International Psoriasis Council

The final consensus statement is as follows:  
Psoriasis patients should be classified as candidates for topical therapy or candidates for systemic therapy. The latter are patients who meet at least 1 of the following criteria:

1. BSA > 10%
2. Disease involving special areas
3. Failure of topical therapy

# Προγνωστικοί παράγοντες ΨΩ για τη διάγνωση της ΨΑ



<sup>a</sup> BSA involvement: HR 2.01 (95% CI 1.29–3.13) for BSA > 10% vs BSA < 3%; HR 1.44 (95% CI 1.02–2.03) for BSA 3–10% vs BSA < 3%.<sup>1</sup>

<sup>b</sup> Intergluteal/perianal lesions: HR 2.35 (95% CI 1.32–4.19).<sup>3</sup>

<sup>c</sup> Scalp lesions: HR 3.89 (95% CI 2.18–6.94).<sup>3</sup>

<sup>d</sup> Obesity: RR 1.09 (95% CI 0.93–1.28) for BMIs of 25.0–29.9 kg/m<sup>2</sup>; RR 1.22 (95% CI 1.02–1.47) for BMIs of 30.0–34.9 kg/m<sup>2</sup>; RR 1.48 (95% CI 1.20–1.81) for BMIs ≥ 35.0 kg/m<sup>2</sup>.<sup>4</sup>

<sup>e</sup> Nail dystrophy: HR 2.93 (95% CI 1.68–5.12).<sup>3</sup>

BSA, body surface area; CI, confidence interval; HR, hazard ratio; RR, relative risk.

# Μορφές ψωρίασης ειδικών εντοπίσεων σχετιζόμενες με υψηλότερο κίνδυνο για ΨΑ



**Βλάβες τριχωτού  
κεφαλής  
HR 3.89  
95% CI (2.18-6.94)**



**Ψωριασική Ονυχία  
HR 2.93  
95% CI (1.68-5.12)**



**Βλάβες μεσογλουτιαίας ή  
περιπρωκτικής περιοχής  
HR 2.35  
95% CI (1.32-4.19)**

# Κλινικό περιστατικό I

## Φαρμακευτική αγωγή

### Επιδημιολογικά Στοιχεία

Άρρεν, γεννηθείς: 1968 (56 ετών)

Ελεύθερος επαγγελματίας

Ύψος 178 εκ, βάρος **105 Kg**

### Ατομικό ιστορικό

ΣΝ (2022)

ΣΔ τύπου II (2022)

### Δερματολογικό ιστορικό

Κοινή κατά πλάκας ψωρίαση μέτριας-σοβαρής μορφής από 2009

... 2009-2020

**Τοπική αγωγή**

(διακοπή λόγω δευτερογενούς απώλειας δράσης)

2020-2022

**MTX**

(διακοπή λόγω δευτερογενούς απώλειας δράσης)

... 2024

**προσέλευση στο**

Ιατρείο  
Ψωρίασης

Δυσλιπιδαιμία (2014)

ΑΥ (2004)

Αγχώδης διαταραχή

Συμμετοχή **ειδικών**

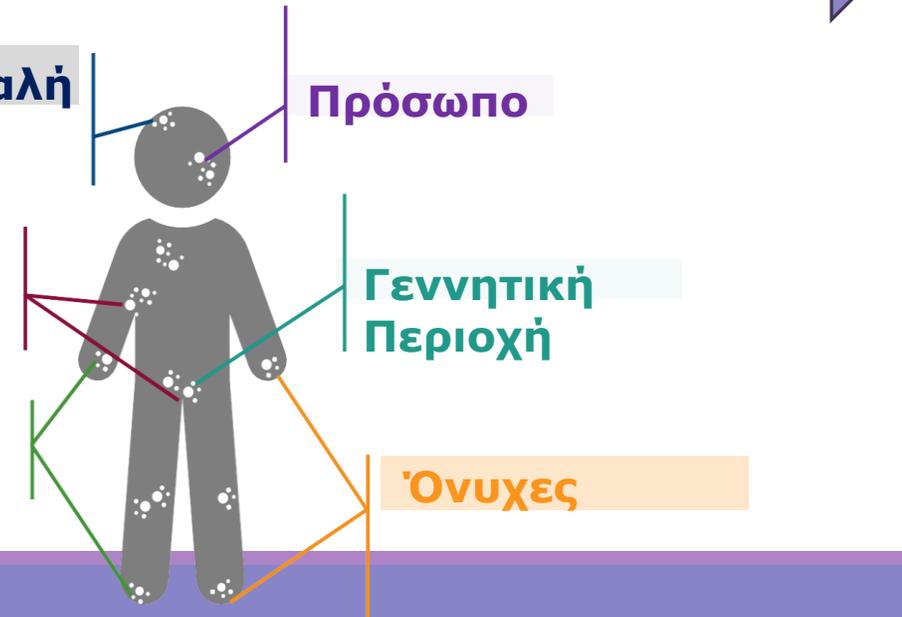
**εντοπίσεων**: ανάστροφη ψωρίαση, ψωρίαση τριχωτού κεφαλής, ψωριασική ονυχία

Κεφαλή

Πρόσωπο

Γεννητική Περιοχή

Όνυχες



# Κλινικό περιστατικό I

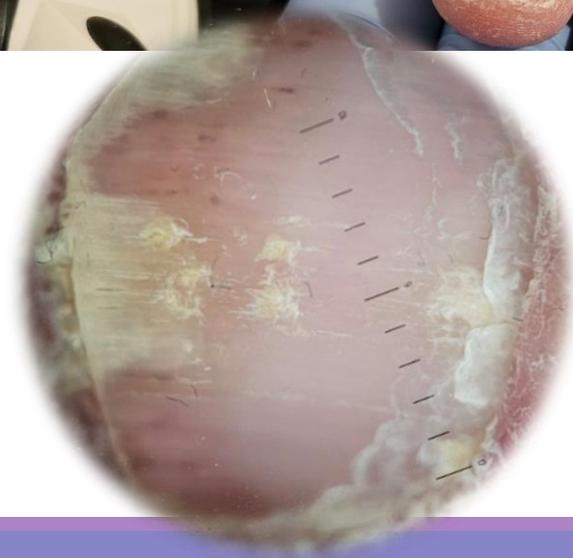
PASI 18,9  
DLQI 17  
fNAPSI 58



**2024**  
προσέλευση στο  
ιατρείο

# Κλινικό περιστατικό I

Έναρξη συστηματικής αγωγής με bimekizumab



**2024**  
προσέλευση στο  
ιατρείο

# Κλινικό περιστατικό I

8 εβδομάδες μετά  
την έναρξη συστηματικής αγωγής με  
bimekizumab

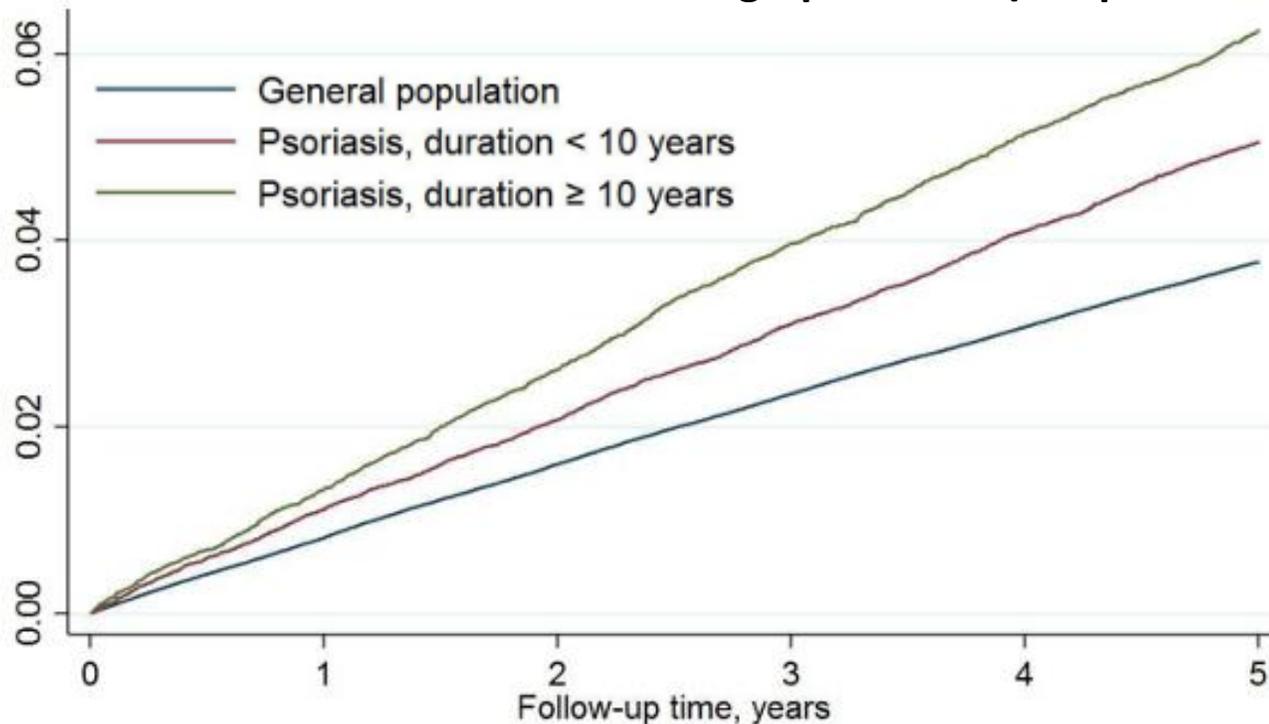


**PASI 1,2**  
**DLQI 1**  
**fNAPSI 18**

# Η διάρκεια της Ψωριασικής νόσου συνδέεται με την πιθανότητα εμφάνισης καρδιαγγειακών συμβαμάτων

Κίνδυνος για εμφάνιση MACE σε ασθενή με ψωρίαση ως προς τη διάρκεια ψωριασικής νόσου\*

Nelson-Aalen cumulative hazards graph του πληθυσμού που μελετήθηκε<sup>1</sup>



Αξιοσημείωτη επίδραση της διάρκειας της ψωριασικής νόσου στην αγγειακή φλεγμονή και την εμφάνιση MACE  
Η αθροιστική έκθεση σε βάθος χρόνου σε χρόνια συστηματική φλεγμονή ακόμα και χαμηλού βαθμού ενδεχομένως να δρα καταλυτικά στην ανάπτυξη αγγειοπάθειας και την εμφάνιση MACE  
Η διάρκεια ψωριασικής νόσου ως προς τον κίνδυνο καρδιαγγειακού συμβάματος πρέπει να αξιολογείται από τον θεράποντα ιατρό.

\*less (n=57,941) or more (n=29,220) than 10 years, compared with the general population (n=4,234,793)

# Έγκαιρη παρέμβαση και πρόληψη των καρδιαγγειακών συννοσηροτήτων

Received: 15 December 2020

Accepted: 21 December 2020

DOI: 10.1111/dth.14721

**REVIEW ARTICLE**

DERMATOLOGIC  
THERAPY WILEY

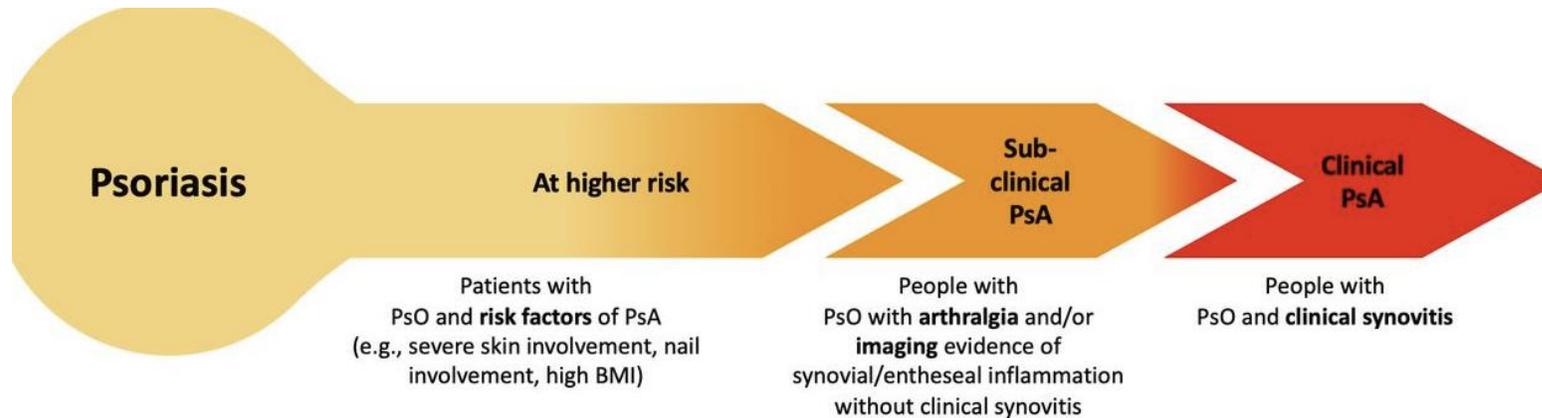
## Novel anti-inflammatory therapies to reduce cardiovascular burden of psoriasis

Éva Anna Piros<sup>1</sup>  | Bálint Szilveszter<sup>2</sup> | Borbála Vattay<sup>2</sup> |  
Pál Maurovich-Horvat<sup>2,3</sup> | Klára Szalai<sup>1</sup> | Edit Dósa<sup>4,5</sup> | Béla Merkely<sup>2</sup> |  
Péter Holló<sup>1</sup>

- Η συστηματική φλεγμονή προάγει τις καρδιαγγειακές συννοσηρότητες και περιορίζει σημαντικά το προσδόκιμο ζωής
- Τα πιο πρόσφατα δεδομένα υποστηρίζουν ότι η αποτελεσματική συστηματική αντιφλεγμονώδης θεραπεία βελτιώνει όχι μόνο τις δερματικές εκδηλώσεις αλλά και τη συχνότητα και τη σοβαρότητα των συννοσηροτήτων, συμπεριλαμβανομένου των καρδιαγγειακών συμβαμάτων



# Έγκαιρη παρέμβαση και αποτελεσματική αντιμετώπιση της ψωριασικής ονυχίας ως παράγοντας κινδύνου για ανάπτυξη ΨΑ



<b>Nomenclature for research and prevention/interception trials in people with PsO at risk of PsA</b>	
<i>Phase</i>	<i>Definition</i>
<b>A. At higher risk</b>	People with PsO at higher risk of PsA (i.e., severe skin involvement, nail involvement, obesity, familial history) of PsA.*
<b>B. Sub-clinical</b>	People with PsO with arthralgia and/or imaging evidence of synovial/enthesal inflammation without clinical synovitis
<b>C. Clinical</b>	People with PsO and clinical synovitis

## Ψωρίαση ονύχων

---



# Εμπλοκή του άξονα IL-23/IL-17 στην παθογένεια της ψωριασικής ουχίας

## New insight into the pathogenesis of nail psoriasis and overview of treatment strategies

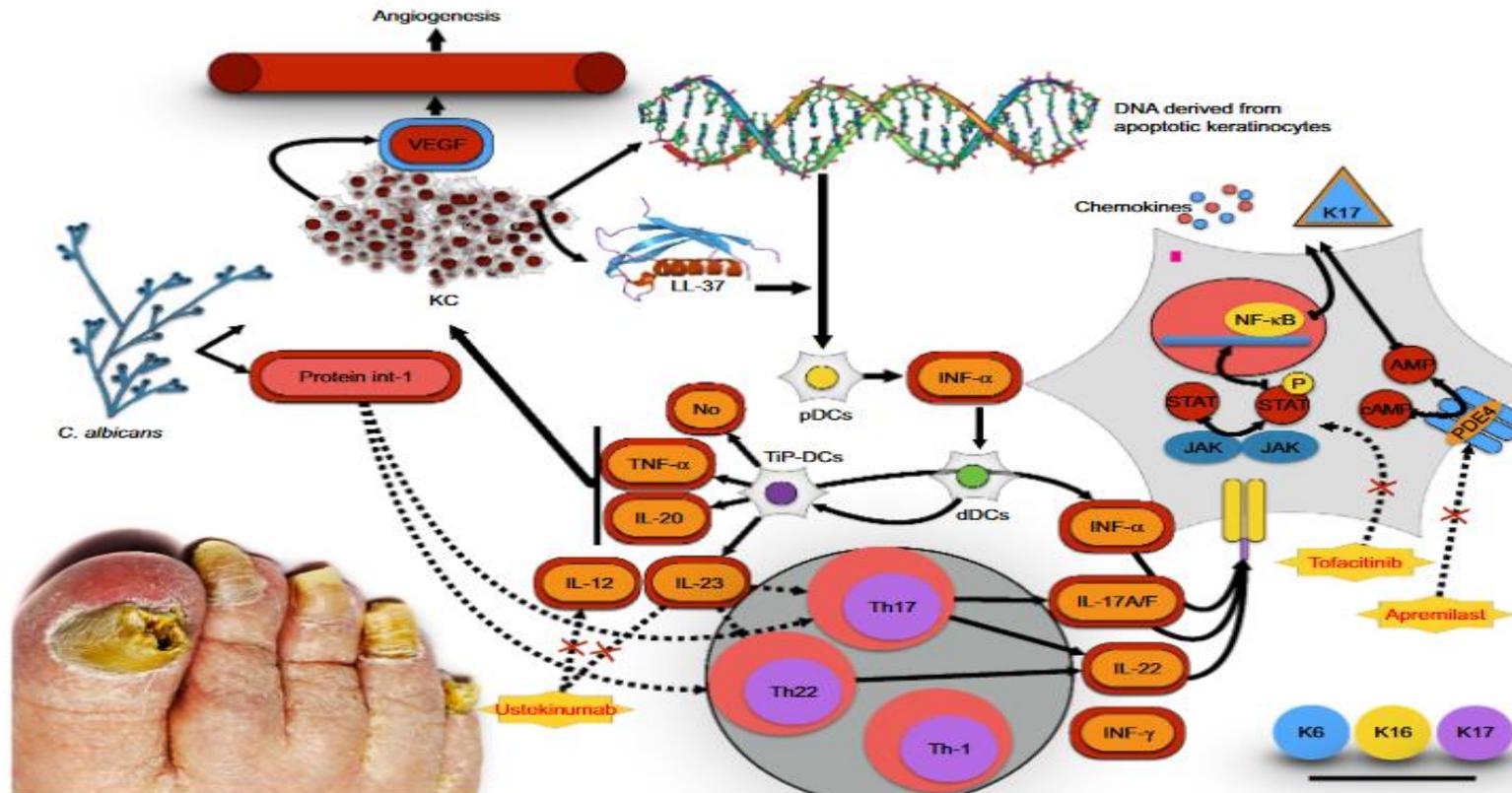
This article was published in the following Dove Press journal:  
Drug Design, Development and Therapy  
30 August 2017  
Number of times this article has been viewed

Alessandra Ventura<sup>1</sup>  
Mauro Mazzeo<sup>1</sup>  
Roberta Gaziano<sup>1</sup>  
Marco Galluzzo<sup>1</sup>  
Luca Bianchi<sup>1</sup>  
Elena Campione<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Dermatology, University of Rome "Tor Vergata", Rome, Italy; <sup>2</sup>Department of Experimental Medicine and Surgery, Rome, Italy

**Abstract:** Psoriasis is a chronic inflammatory disease affecting up to 3% of the general population. The prevalence of nail involvement in psoriasis patients varies between 15% and 79%. While the nails represent a small portion of the body surface area, psoriasis in these areas can have a disproportionate influence on a patient's physical and psychosocial activities. Differential diagnosis between onychomycosis and a psoriatic nail could be challenging; nevertheless, coexistence of onychomycosis and nail psoriasis also occurs and both are common disorders in the general population. Nail psoriasis can be difficult to treat. Treatment of nail psoriasis should consider the body surface area of skin disease, psoriatic arthritis, severity of nail disease, and the impairment in the quality of life. All patients should be tested for onychomycosis before starting a therapy. This recommendation is underlined by the fact that nail psoriasis is mostly treated by immunosuppressive drugs, like steroids, methotrexate, or biologics, which may aggravate mycotic nail infections. Conventional systemic therapy, such as use of steroids, cyclosporine, methotrexate, and retinoid in the long term, can cause organ toxicities. Currently, use of apremilast and tofacitinib favors an early healing of nail psoriasis because they act directly on the pathogenic targets, distressing the inflammatory signals associated with the initiation and maintenance of the disease activity, and as with several conventional synthetic disease modifying antirheumatic drugs, they are characterized by the convenience of oral administration. The number of treatment options has increased considerably in recent years; however, given the heterogeneity of the disease, the therapy should be personalized to individual cases.

**Keywords:** nail, psoriasis, onychomycosis



**Figure 1** The cytokines axis in psoriasis. IL-23-, IL-17-axis-related mediators are overexpressed in lesional psoriatic skin and nails.  $TNF\alpha$ -iNOS-producing dendritic cells (TIP-DCs) are activated by various cells and stimuli including *Candida albicans*. *Candida* activates Th17 and Th22 to produce IL-22 and IL-17A/F. Keratinocytes are the key-responding cells to this pathway.

**Abbreviations:** VEGF, vascular endothelial growth factor; IL, interleukin; TNF, tumor necrosis factor; iNOS, inducible nitric oxide synthase; KC, keratinocytes.

# ΕΜΑ εγκεκριμένες κλινικές μελέτες που αφορούν ειδικές εντοπίσεις

	TNF	IL-17				IL-12/23	IL-23		PDE4
	ADALIMUMAB <sup>1</sup> 2007	SECUKINUMAB <sup>2</sup> 2015	IXEKIZUMAB <sup>3</sup> 2016	BRODALUMAB <sup>4</sup> 2017	BIMEKIZUMAB <sup>5</sup> 2021	USTEKINUMAB <sup>6</sup> 2009	GUSELKUMAB <sup>7</sup> 2017	RISAKIZUMAB <sup>8</sup> 2019	APREMILAST <sup>9</sup> 2015
Κεφαλή	–	X*	X	X	X	–	X	X	X
Άνω & Κάτω Άκρα									
Παλαμών & Πελμάτων	X*	X*	X	–	X	–	X	X	–
Νύχια	X*	X*	X	X	X	X	X	X	X <sup>10,11</sup>
Γεννητική Περιοχή	–	–	X*	–	–	–	–	–	–

\*Evaluated in a separate regional PsO study, whereas in the other studies these parameters were evaluated in pivotal trials

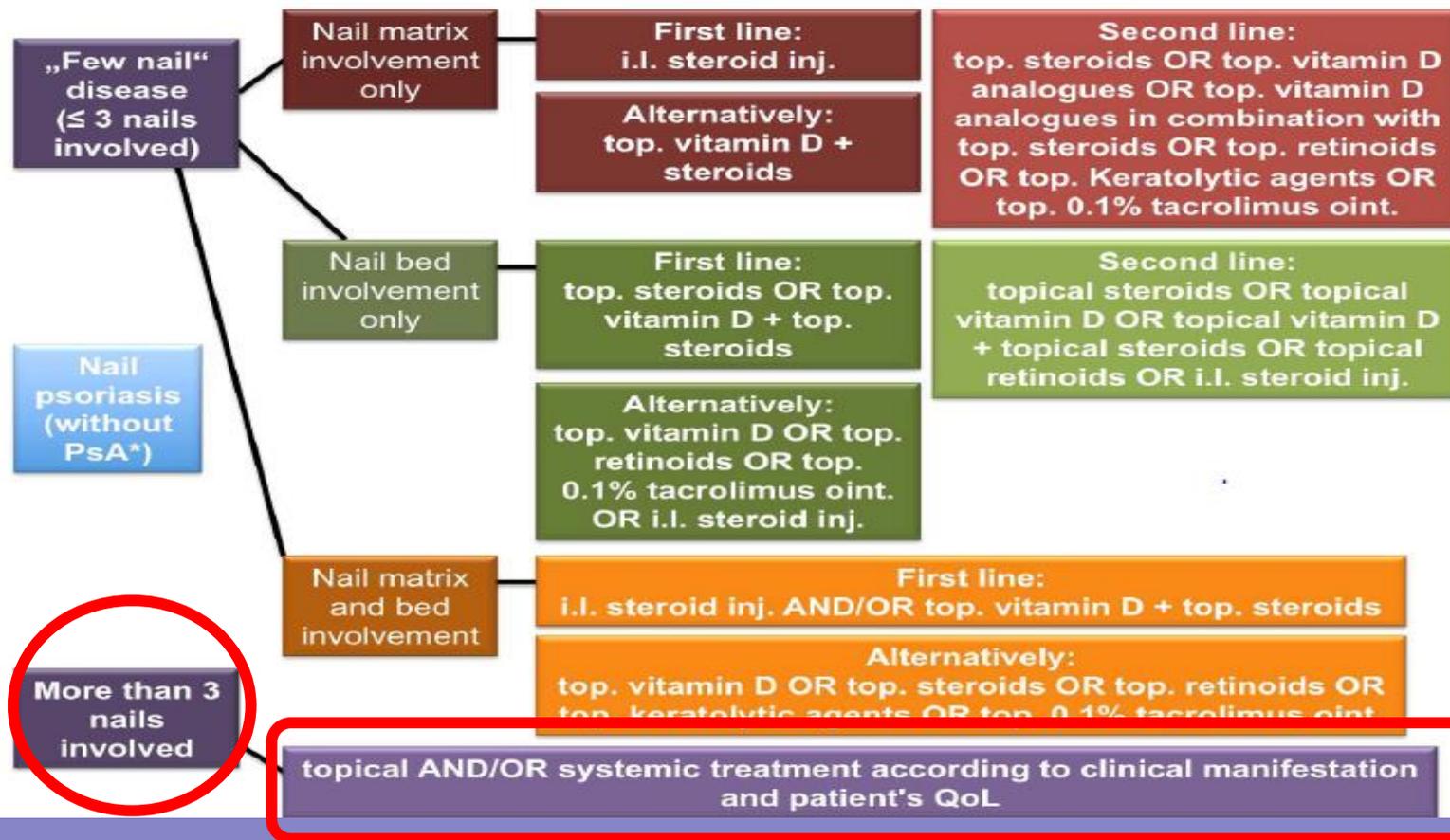
# Συστάσεις Θεραπείας για την Ψωρίαση Ονύχων

**Consensus paper**

**2019**

Recommendations for the definition, evaluation, and treatment of nail psoriasis in adult patients with no or mild skin psoriasis: a dermatologist and nail expert group consensus Accepted Date: 30 January 2019

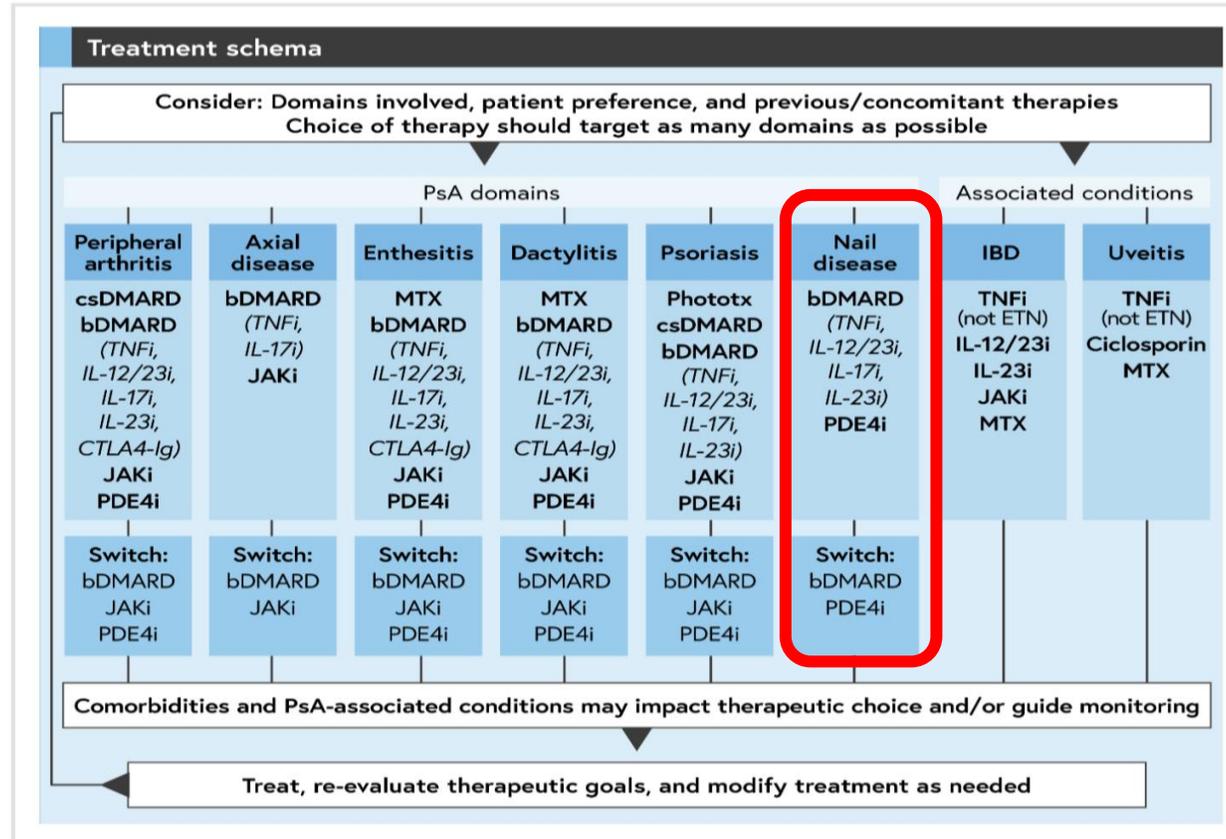
Rigopoulos D, Baran R, Chiheb S, Daniel III CR, Di Chiacchio N, Gregoriou S, Starace M, Tosti A, Triantafyllopoulou I, Zaiac M, Grover C, Haneke E, Iorizzo M, Pasch M, Piraccini BM, Rich P, Richert B, Rompoti N, Rubin AI, Singal



**Προσοχή!**  
 Όταν συνυπάρχει Ψωριασική Αρθρίτιδα, πρέπει να επιλέγεται συστηματική θεραπεία με ένδειξη ΨΑ, ακόμη και σε περιπτώσεις με ήπια-ελάχιστη ψωρίαση ονύχων

# Συστάσεις Θεραπείας για την Ψωρίαση Ονύχων

Οι κατευθυντήριες γραμμές της GRAPPA **συστήνουν την έγκαιρη χρήση βιολογικών παραγόντων στην 1<sup>η</sup> γραμμή θεραπείας** σε ασθενείς με παθήσεις ονύχων, όπως ψωρίαση



\*Adapted from Coates, *et al.*<sup>6</sup>

# Διαχείριση ψωριασικής ονυχίας

## Παράγοντες που επηρεάζουν τη θεραπευτική προσέγγιση στην κλινική πρακτική

### ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΑΣΘΕΝΗ



- Ηλικία
- Συννοσηρότητες
- Βαθμός αρνητικής επίδρασης της ΨΟ στην **ποιότητα ζωής**
- Συμμόρφωση ασθενή
- Προσωπικές **προτιμήσεις**

### ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΨΩΡΙΑΣΙΚΗΣ ΟΝΥΧΙΑΣ



- Βαρύτητα της ψωριασικής νόσου στο **δέρμα**
- Παρουσία, τύπος και βαρύτητα ψωριασικής **αρθρίτιδας**
- Αριθμός ονύχων** που προσβάλλονται από ΨΟ
- Βαρύτητα και **εντόπιση των βλαβών** στο νύχι (κοίτη ή/και μήτρα όνυχος)
- Ανταπόκριση** σε προηγούμενη τοπική ή/και συστηματική θεραπεία

### ΛΟΙΠΟΙ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ



- Ασφαλιστική ικανότητα** του ασθενή
- Πρόσβαση** σε τοπικές ή συστηματικές θεραπείες
- Οικονομική κατάσταση** του ασθενή

# Ψωρίαση ονύχων – Θεραπευτική προσέγγιση στην κλινική πρακτική

- Αποφυγή φαινομένου Koebner
- Αντιμετώπιση πιθανής συνυπάρχουσας ονυχομυκητίασης
- Χρήση όπου ενδείκνυται βαμβακερών γαντιών
- Ενυδάτωση και προσεκτική περιποίηση ονύχων και περιονυχίου
- Αποφυγή τραυματισμών, συμπεριλαμβανομένης της απομάκρυνσης περίσσειας δέρματος στο περιονύχιο ή κοπής των ονύχων πολύ κοντά

Γενικά μέτρα	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ενδείκνυται για όλες τις μορφές ΨΟ</li><li>• Για εφαρμογή κατά τη διάρκεια και μετά από οποια θεραπευτική προσέγγιση</li></ul>
Τοπική θεραπεία	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ενδείκνυται για περιορισμένη νόσο (<math>\leq 3</math> πάσχοντα νύχια)</li><li>• χωρίς συνυπάρχουσα ΨΑ</li><li>• χωρίς μέτριας-σοβαρής μορφής ψωρίαση στο δέρμα</li><li>• χωρίς σημαντική επιβάρυνση στην ποιότητα ζωής</li><li>• Διαφορετική προσέγγιση ανάλογα με την εντόπιση των βλαβών στο νύχι (μήτρα ή και κοίτη όνυχος)</li></ul>
Συστηματική θεραπεία	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ενδείκνυται όταν<ul style="list-style-type: none"><li>• υπάρχει συμμετοχή σε πάνω από 3 νύχια ή</li><li>• συνυπάρχει μέτρια-σοβαρή μορφή ψωρίασης ή</li><li>• συνυπάρχει ΨΑ ή</li><li>• υπάρχει σημαντική επιβάρυνση της ποιότητας ζωής των ασθενών ΚΑΙ αποτυχία σε προηγούμενη τοπική θεραπεία</li></ul></li><li>• Εξατομικευμένη προσέγγιση ανάλογα με τα χαρακτηριστικά του ασθενή και της ψωριασικής νόσου</li></ul>

# Ψωρίαση ονύχων – Θεραπευτική προσέγγιση στην κλινική πρακτική

## Τοπική θεραπεία

- Τοπικά κορτικοστεροειδή
- Τοπικά κορτικοστεροειδή σε συνδυασμό με ανάλογα βιταμίνης D3
- Ανάλογα βιταμίνης D3
- Ενδοβλαβικές εγχύσεις κορτικοστεροειδών
- Ταζαροτένη
- Τοπικοί αναστολείς καλσινευρίνης
- ανθραλίνη
- 5-FU
- ...

## Μη φαρμακευτική θεραπεία

- Laser
- Φωτοθεραπεία: τοπική φωτοθεραπεία, συστηματική φωτοθεραπεία, φωτοδυναμική θεραπεία
- Ακτινοθεραπεία

## Κλασική συστηματική θεραπεία

- CyA
- MTX
- Ασιτρετίνη
- Εστέρες φουμαρικού οξέος
- Σουλφασαλαζίνη
- Λεφλουνομίδη

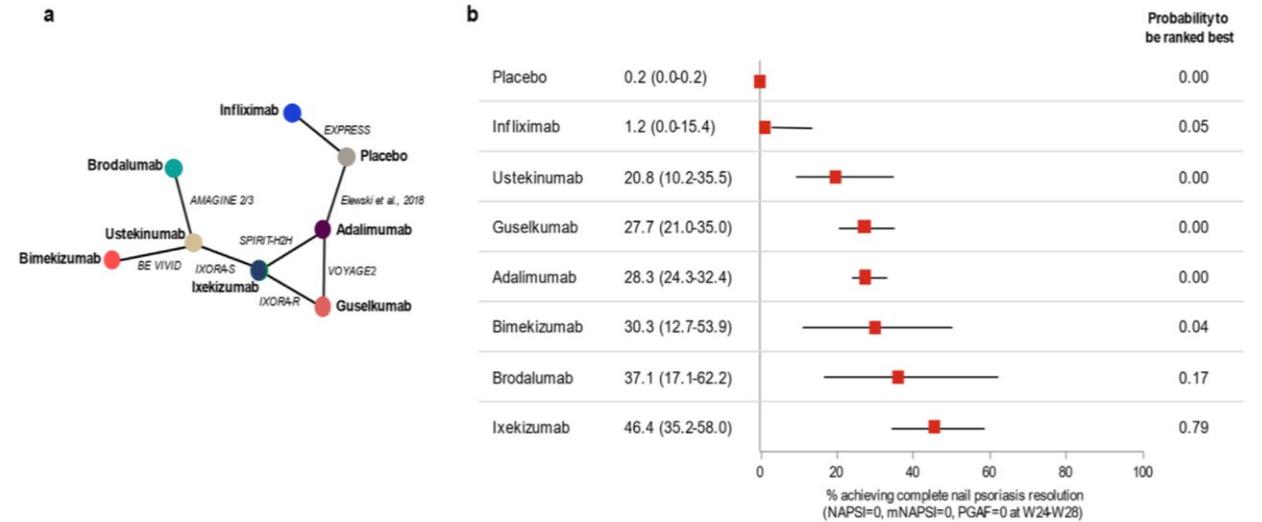
## Βιολογική θεραπεία / μικρά μόρια

- Anti-TNFα
- IL-17 A/R αναστολείς
- IL12/23- αναστολείς
- IL 23- αναστολείς
- Απρεμιλάστη
- Αναστολείς JAK κινάσης

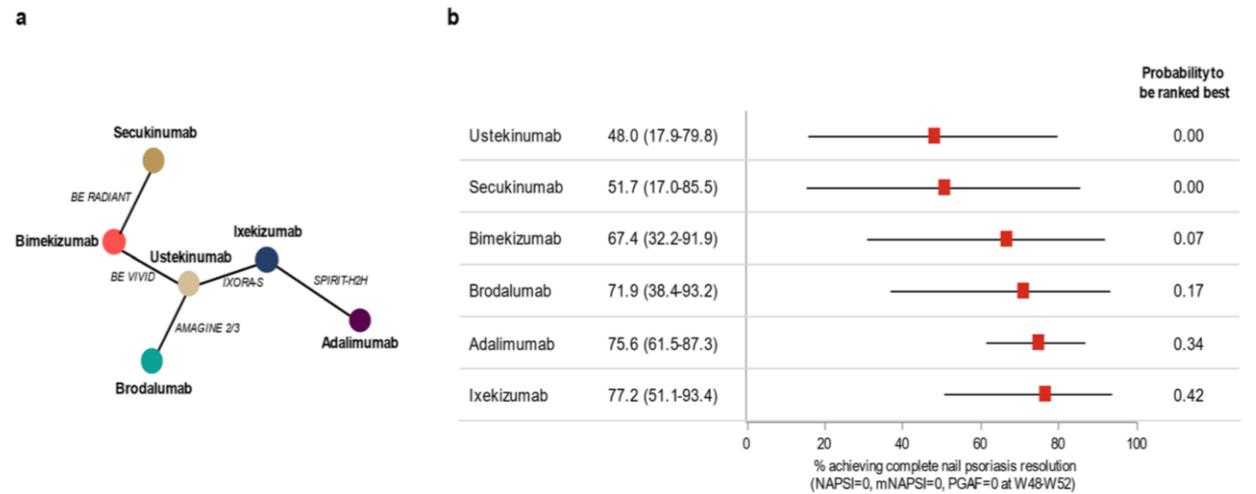
## Network meta-analyses comparing the efficacy of biologic treatments for achieving complete resolution of nail psoriasis at 24–28 and 48–52 weeks

Alexander Egeberg<sup>a,b</sup> , Lars Erik Kristensen<sup>c</sup> , Luis Puig<sup>d</sup> , Phoebe Rich<sup>e</sup>, Saxon D. Smith<sup>f,g</sup> , Alyssa Garrelts<sup>h</sup>, Kyoungah See<sup>h</sup>, Thorsten Holzkaemper<sup>h</sup>, Konstantinos Fotiou<sup>h</sup> and Christopher Schuster<sup>h,i</sup>

<sup>a</sup>Department of Dermatology, Bispebjerg University Hospital, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark; <sup>b</sup>Department of Clinical Medicine, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark; <sup>c</sup>The Parker Institute, University of Copenhagen & Bispebjerg University Hospital, Copenhagen, Denmark; <sup>d</sup>Department of Dermatology, Hospital de la Santa Creu I Sant Pau, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, Spain; <sup>e</sup>Oregon Dermatology and Research Center, Portland, Oregon, USA; <sup>f</sup>The Dermatology and Skin Cancer Centre, Sydney, New South Wales, Australia; <sup>g</sup>The Sydney Adventist Hospital Clinical School, ANU Medical School, ANU College of Health and Medicine, The Australian National University, Canberra, Australian Capital Territory, Australia; <sup>h</sup>Eli Lilly and Company, Indianapolis, Indiana, USA; <sup>i</sup>Department of Dermatology, Medical University of Vienna, Vienna, Austria



**Figure 1.** Network diagram (a) and forest plot of absolute treatment effects (with 95% credibility intervals) (b) for complete resolution of nail psoriasis at weeks 24–28. mNAPSI, modified NAPSI; NAPSI, Nail Psoriasis Severity Index; PGA-F, Physician's Global Assessment of Fingernail Psoriasis.



**Figure 2.** Network diagram (a) and forest plot of absolute treatment effects (with 95% credibility intervals) (b) for complete resolution of nail psoriasis at weeks 48–52. mNAPSI, modified NAPSI; NAPSI, Nail Psoriasis Severity Index; PGA-F, Physician's Global Assessment of Fingernail Psoriasis.

# Μορφές ψωρίασης ειδικών εντοπίσεων σχετιζόμενες με υψηλότερο κίνδυνο για ΨΑ



**Βλάβες τριχωτού  
κεφαλής**  
**HR 3.89**  
95% CI (2.18-6.94)



**Ψωριασική Ονυχία**  
**HR 2.93**  
95% CI (1.68-5.12)



**Βλάβες μεσογλουτιαίας ή  
περιπρωκτικής περιοχής**  
**HR 2.35**  
95% CI (1.32-4.19)

# Κλινικό περιστατικό II

## Φαρμακευτική αγωγή

### Επιδημιολογικά Στοιχεία

Άρρεν, γεννηθείς: 1982

Ιδιωτικός Υπάλληλος

Άγαμος

Ύψος 192 εκ, βάρος **120 Kg**

### Δερματολογικό ιστορικό

Κοινή κατά πλάκας ψωρίαση μέτριας-σοβαρής μορφής από το **1997**

Συμμετοχή ειδικών εντοπίσεων:

παλάμες-πέλματα, ανάστροφη ψωρίαση, ψωρίαση τριχωτού κεφαλής  
Αναφέρει **πρωινή δυσκαμψία**

... 2008-2009

**ασιτρетίνη**  
(διακοπή λόγω δευτερογενούς απώλειας δράσης)

... 2011

**ετανερσέπτη**  
(διακοπή λόγω πρωτογενούς απουσίας δράσης)

... 2014-2015

**ανταλιμουμάμπη**  
(διακοπή λόγω δευτερογενούς απώλειας δράσης)

... 2022

**προσέλευση**  
στο Ιατρείο Ψωρίασης



**PASI 13,9**  
**DLQI 15**

## Κλινικό περιστατικό II



**2022**  
**προσέλευση στο**  
**Ιατρείο**  
**Ψωρίασης**

**PASI 13,9**  
**DLQI 15**

**2022**  
προσέλευση στο  
Ιατρείο  
Ψωρίασης

## Κλινικό περιστατικό II



## Κλινικό περιστατικό II

Έναρξη συστηματικής αγωγής με guselkumab



06.04.2022

**PASI 13,9**  
**DLQI 15**



15.06.2022

**PASI90**  
**DLQI 1**



16.11.2022

**Super  
responder**

**PASI100**  
**DLQI 0**

## Κλινικό περιστατικό II

Έναρξη συστηματικής αγωγής με guselkumab



06.04.2022

**PASI 13,9  
DLQI 15**



15.06.2022

**PASI90  
DLQI 1**



16.11.2022

**PASI100  
DLQI 0**

## Κλινικό περιστατικό II

Έναρξη συστηματικής αγωγής με guselkumab



06.04.2022

**PASI 13,9**  
**DLQI 15**



16.11.2022

**PASI100**  
**DLQI 0**

02/2025

**PASI100**  
**DLQI 0**

## Ψωρίαση τριχωτού κεφαλής

---

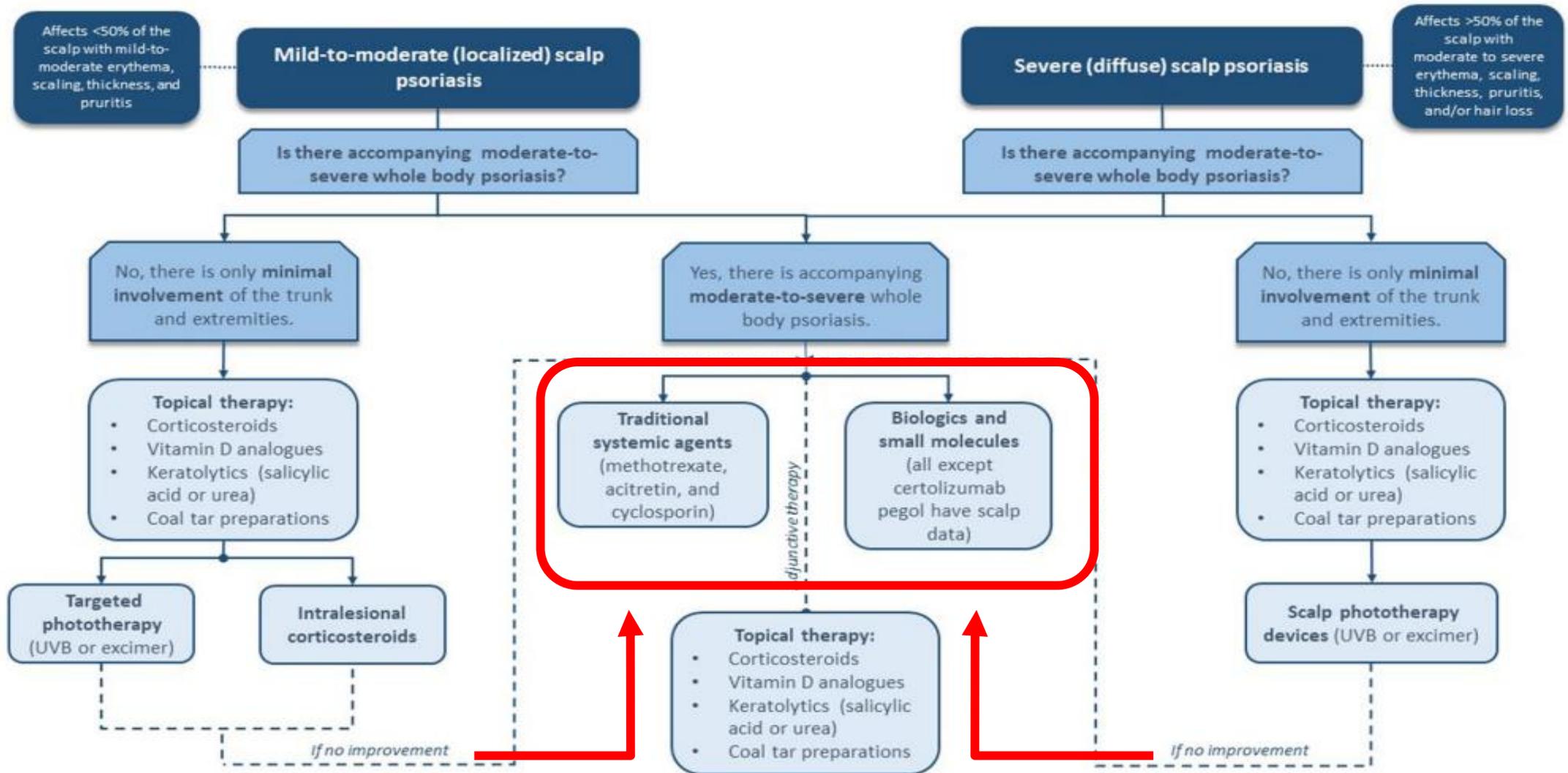


# ΕΜΑ εγκεκριμένες κλινικές μελέτες που αφορούν ειδικές εντοπίσεις

	TNF	IL-17				IL-12/23	IL-23		PDE4
	ADALIMUMAB <sup>1</sup> 2007	SECUKINUMAB <sup>2</sup> 2015	IXEKIZUMAB <sup>3</sup> 2016	BRODALUMAB <sup>4</sup> 2017	BIMEKIZUMAB <sup>5</sup> 2021	USTEKINUMAB <sup>6</sup> 2009	GUSELKUMAB <sup>7</sup> 2017	RISAKIZUMAB <sup>8</sup> 2019	APREMILAST <sup>9</sup> 2015
Κεφαλή	–	X*	X	X	X	–	X	X	X
Άνω & Κάτω Άκρα Παλαμών & Πελμάτων	X*	X*	X	–	X	–	X	X	–
Νύχια	X*	X*	X	X	X	X	X	X	X <sup>10,11</sup>
Γεννητική Περιοχή	–	–	X*	–	–	–	–	–	–

\*Evaluated in a separate regional PsO study, whereas in the other studies these parameters were evaluated in pivotal trials

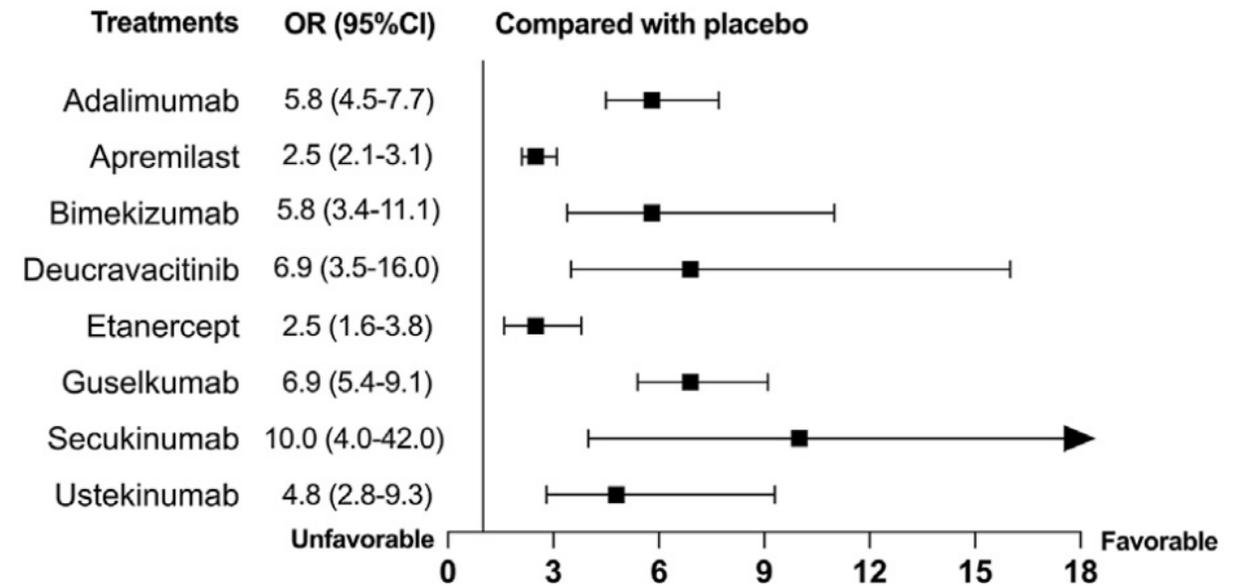
# Συστάσεις Θεραπείας για την Ψωρίαση του Τριχωτού Κεφαλής



## Systemic therapy in treating palmoplantar and scalp psoriasis: A systematic review and network meta-analysis



J AM ACAD DERMATOL  
VOLUME 90, NUMBER 3  
MARCH 2024



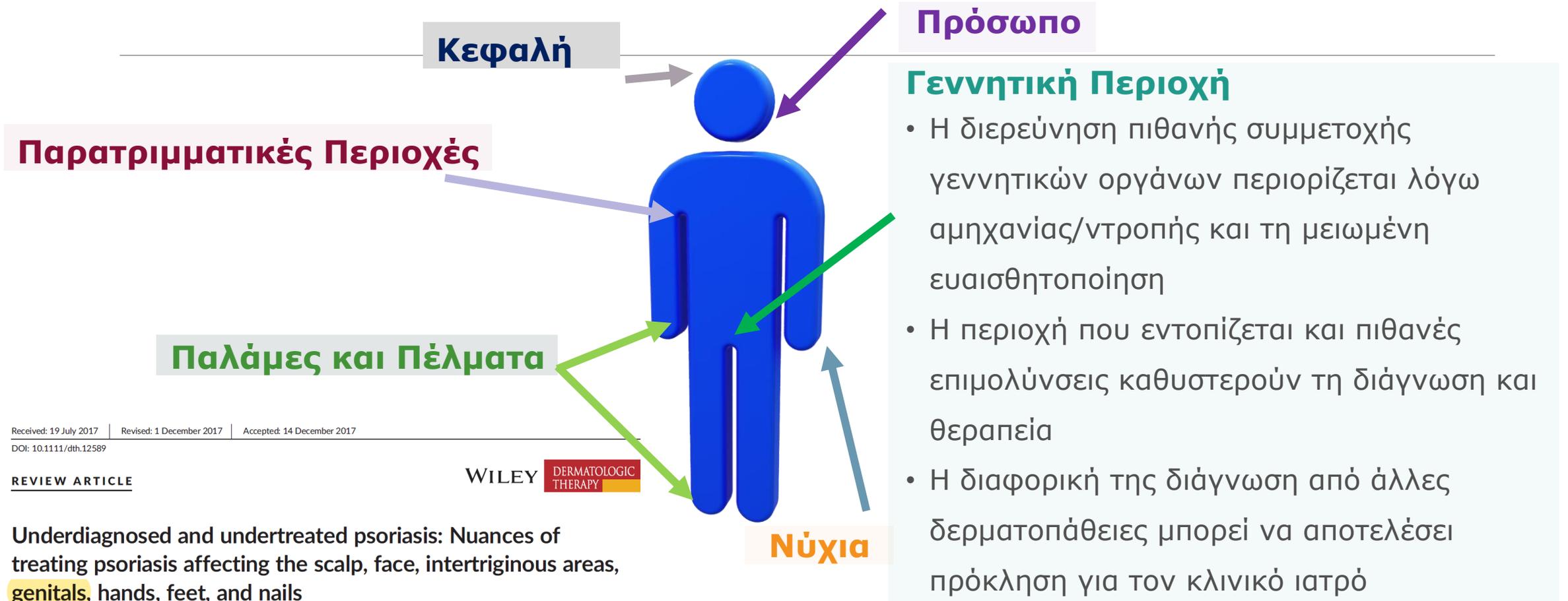
**Fig 1.** Forest plot of the network meta-analysis of efficacy (Scalp Physician's Global Assessment Score of Cleared/Minimal [0/1]) in scalp psoriasis treatment at 12 to 16 weeks. *CI*, Confidence interval; *OR*, odds ratio.

## Ψωρίαση γεννητικών οργάνων

---



# Η ψωρίαση γεννητικών οργάνων είναι συχνά δύσκολη στη διάγνωση, αξιολόγηση και αντιμετώπιση της



Received: 19 July 2017 | Revised: 1 December 2017 | Accepted: 14 December 2017  
DOI: 10.1111/dth.12589

REVIEW ARTICLE

Underdiagnosed and undertreated psoriasis: Nuances of treating psoriasis affecting the scalp, face, intertriginous areas, **genitals**, hands, feet, and nails

Joseph F. Merola<sup>1</sup> | Abrar Qureshi<sup>2</sup> | M. Elaine Husni<sup>3</sup>

WILEY DERMATOLOGIC THERAPY

# Ψωρίαση γεννητικών οργάνων ή κάτι άλλο...



[www.uptodate.com](http://www.uptodate.com); Reproduced with permission from John L Aeling, MD.

1. Ψωρίαση
2. Δερματοφυτία
3. Καντιντίαση
4. Ερύθρασμα
5. Δερματίτιδα εξ επαφής
6. Άλλο



<https://www.fruugo.gr/woods-lamp-skin-analyzer-portable-magnifying-analyzer-facial-woods-lamp-with-shade-cloth-for-skin/p-185>



<https://www.huidziekten.nl/afbeeldingen/erythrasma-woods-2.jpg>

## Ψωρίαση γεννητικών οργάνων ή κάτι άλλο...



1. Ψωρίαση
2. Καντιντίαση
3. Δερματίτιδα εξ επαφής
4. Χρόνιος απλός λειχήνας
5. Σκληροατροφικός λειχήνας



# Ψωρίαση γεννητικών οργάνων ή κάτι άλλο...



1. Ψωρίαση
2. Δερματοφυτία
3. Καντιντίαση
4. Ερύθρσμα
5. Δερματίτιδα εξ επαφής
6. Άλλο

**N. Paget**

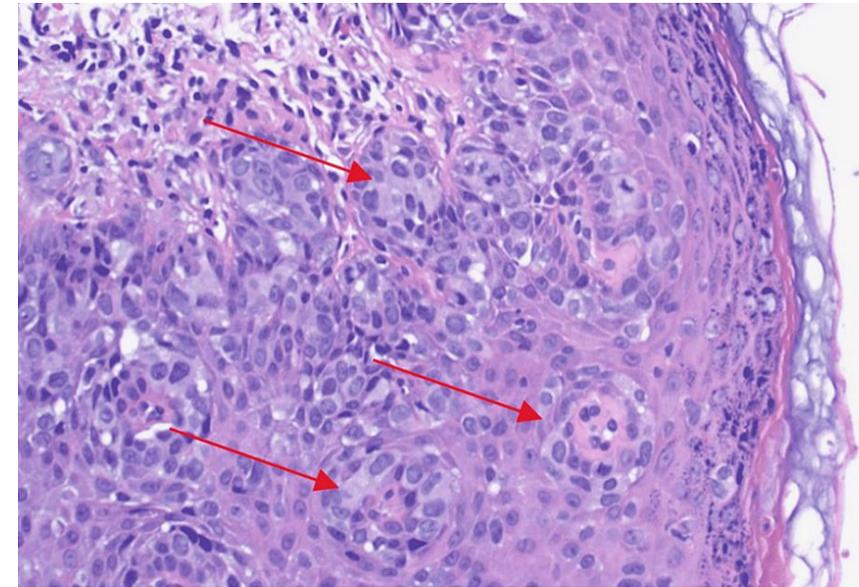


Figure 2: Punch biopsy of the scrotal lesion, showing classic pagetoid cells with pale, vacuolated cytoplasm arranged in clusters above the basal layer of the epidermis. Red arrows: clustered pagetoid cells.

# Ψωρίαση γεννητικών οργάνων - ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ-

- Σκληροατροφικός λειχήνας
- Καντιντίαση περιοχής γεννητικών οργάνων και λοιπές μυκητιάσεις
- Ερύθρασμα
- Δερματίτιδα εξ επαφής
- Χρόνιος απλός λειχήνας
- Πλασματοκυτταρική βαλανοποσθίτιδα Zoon
- Ερυθροπλασία Queyrat
- Καρκίνωμα Bowen
- N. Paget
- Νόσος Hailey – Hailey
- Φαρμακευτικό εξάνθημα



# Ψωρίαση γεννητικών οργάνων



**Κοινή κατά πλάκας**



**Φλυκταινώδης**



**Ανάστροφη**

- Η συνηθέστερη μορφή ψωρίασης στη γεννητική περιοχή

**ΨΩΡΙΑΣΗ ΓΕΝΝΗΤΙΚΩΝ ΟΡΓΑΝΩΝ**

# Ψωρίαση γεννητικών οργάνων

## Επιπολασμός ψωρίασης γεννητικών οργάνων σε κλινικές μελέτες

Reference	Study type	Patients (n)	Genital involvement
Mahajan et al. 2015 (7) <sup>a</sup>	Prospective study	852	11.7% prevalence
Ryan et al. 2015 (1) <sup>a</sup>	Prospective study	354	38% prevalence
Meeuwis et al. 2011 (26) <sup>a</sup>	Prospective study	487	35.3% current disease
Meeuwis et al. 2010 (14) <sup>a</sup>	Prospective study	1,963	35.1% current disease 45% disease at some point
Lysell et al. 2015 (11) <sup>a</sup>	Prospective study	109	41%
Larsabal et al. 2019 (12) <sup>a</sup>	Prospective study	776	43.1% prevalence at the time of reporting
Fourere et al. 2005 (13) <sup>a</sup>	Prospective study	1,281	32% prevalence
Van de Kerkhof et al. 2000 (15) <sup>a</sup>	Prospective study	839	29% prevalence
Meeuwis et al. 2011 (8) <sup>a</sup>	Systematic review (59 articles)	9,983	29–40% prevalence 2–5% genital psoriasis only; no psoriasis elsewhere
Meeuwis et al. 2018 (9) <sup>a</sup>	Systematic review (18 articles)	22,116	7–42% prevalence at time of reporting 33–63% at any time during course of psoriasis

<sup>a</sup> Reference number in Kelly A, Ryan C. Am J Clin Dermatol. 2019;20:639-46.

# Ψωρίαση γεννητικών οργάνων

Η ψωρίαση των γεννητικών οργάνων είναι μια ιδιαίτερη μορφή ψωρίασης:

- Σοβαρές επιπτώσεις στη σεξουαλική ζωή και κοινωνικοποίηση του ατόμου
- Σοβαρή επίδραση στην ποιότητα ζωής σε σχέση με ασθενείς χωρίς προσβολή της γεννητικής περιοχής
- Συχνά παραμένει αδιάγνωστη με αποτέλεσμα:
  - η βαρύτητα της νόσου να μην αξιολογείται πλήρως και
  - η θεραπευτική προσέγγιση να είναι ενδεχομένως ελλιπής
- Λόγω ευαισθησίας του δέρματος στη γεννητική περιοχή αρκετές κλασικές τοπικές θεραπείες έχουν αντένδειξη ή δεν είναι καλά ανεκτές



Σε μια μελέτη, το 45,8% των ασθενών δεν συζήτησε την προσβολή της γεννητικής περιοχής με τον κλινικό ιατρό του

# EMA εγκεκριμένες κλινικές μελέτες που αφορούν ειδικές εντοπίσεις

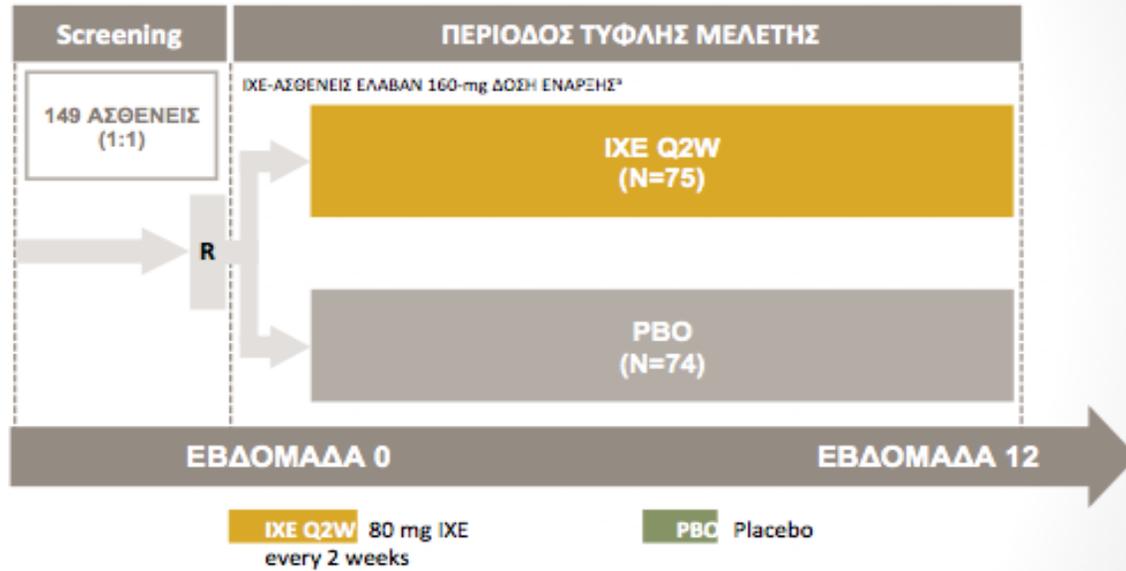
	TNF	IL-17				IL-12/23	IL-23		PDE4
	ADALIMUMAB <sup>1</sup> 2007	SECUKINUMAB <sup>2</sup> 2015	IXEKIZUMAB <sup>3</sup> 2016	BRODALUMAB <sup>4</sup> 2017	BIMEKIZUMAB <sup>5</sup> 2021	USTEKINUMAB <sup>6</sup> 2009	GUSELKUMAB <sup>7</sup> 2017	RISAKIZUMAB <sup>8</sup> 2019	APREMILAST <sup>9</sup> 2015
Κεφαλή	–	X*	X	X	X	–	X	X	X
Άνω & Κάτω Άκρα Παλαμών & Πελμάτων	X*	X*	X	–	X	–	X	X	–
Νύχια	X*	X*	X	X	X	X	X	X	X <sup>10,11</sup>
Γεννητική Περιοχή	–	–	X*	–	–	–	–	–	–

\*Evaluated in a separate regional PsO study, whereas in the other studies these parameters were evaluated in pivotal trials

# Ψωρίαση γεννητικών οργάνων

## Ιξεκιζουμάμπη - IXORA-Q μελέτη

- 7/10 ασθενείς πέτυχαν sPGA genitalia 0/1 την εβδομάδα 12 και 8/10 τη εβδομάδα 52



## Απρεμιλάστη - DISCREET μελέτη

Ενεργή φάσης III κλινική μελέτη για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και ασφάλειας της απρεμιλάστης σε ασθενείς με μέτρια-σοβαρή ψωρίαση γεννητικών οργάνων

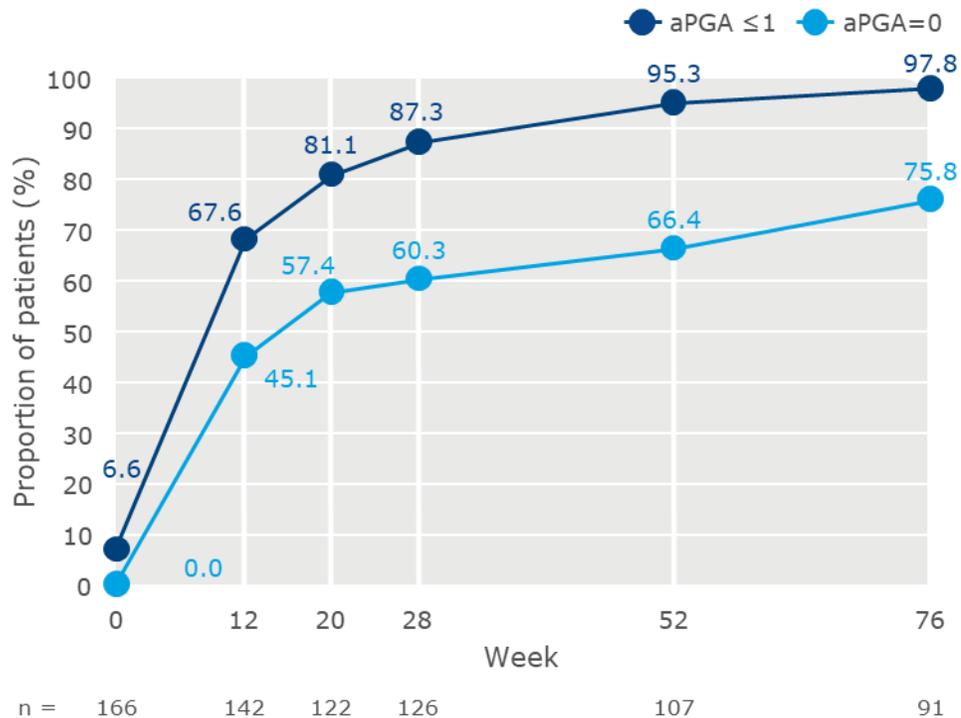
## Γκουσελκουμάμπη - GULLIVER μελέτη

Ενεργή φάσης III κλινική μελέτη για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και ασφάλειας την γκουσελκουμάμπης σε μέτριας μορφής ψωρίαση προσώπου και γεννητικών οργάνων

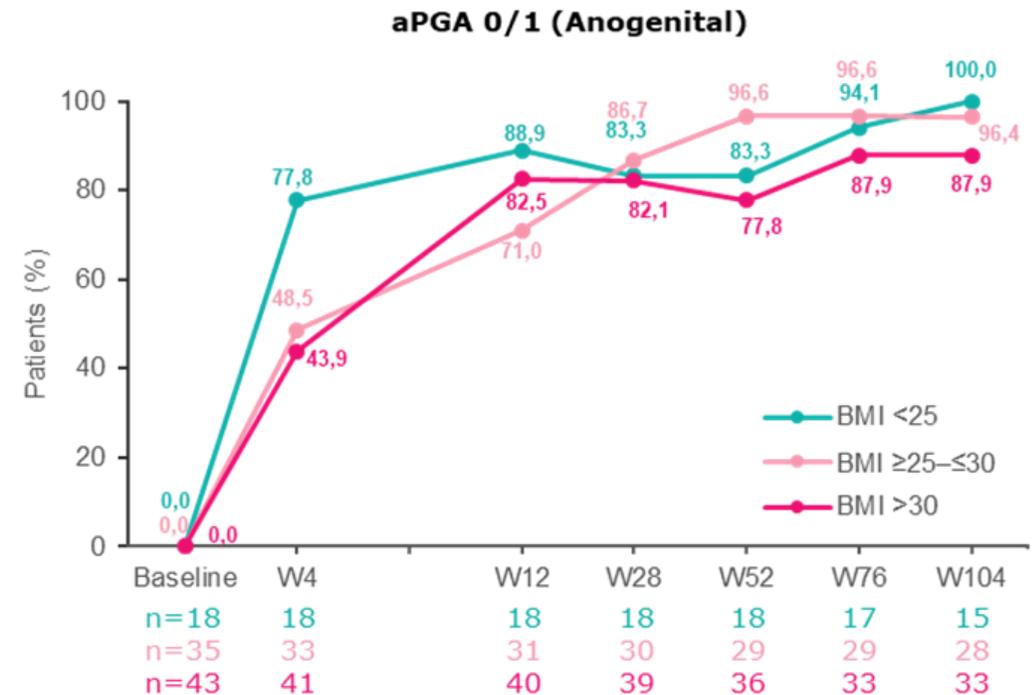
# Η αποτελεσματικότητα του Guselkumab στις ειδικές εντοπίσεις σε ασθενείς με Ψωρίαση: Πρωκτογεννητική περιοχή

**Πάνω από το 75% των ασθενών παρουσίασαν πλήρη κάθαρση δέρματος την εβδ.76**

**G-EPOSS: aPGA=0 ή ≤1 υπό GUS<sup>1\*</sup>**

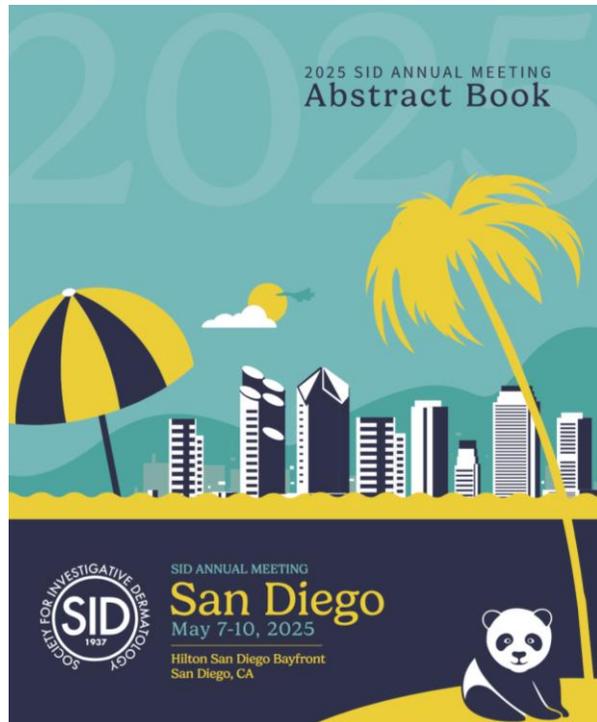


**PERSIST: aPGA 0/1 την εβδομάδα 104 (σε ασθενείς με PGA ≥2 στο baseline)<sup>2</sup>**



\*Patients with aPGA score ≥1 at baseline. As observed data.<sup>1,2</sup>  
aPGA, Anogenital Physician's Global Assessment; BMI, body mass index; PGA, Physician's Global Assessment; pPGA, Palmoplantar Physician's Global Assessment; sPGA, Scalp Physician's Global Assessment; W, Week.  
1. Gerdes S, et al. Presented at AAD, San Diego, CA, US, 8-12 March 2024. P53723. 2. Gerdes S, et al. Presented at AAD, San Diego, CA, US, 8-12<sup>th</sup> March 2024. P51791

# Η αποτελεσματικότητα του Risankizumab στις ειδικές εντοπίσεις σε ασθενείς με Ψωρίαση: γεννητική περιοχή



## LB1149

### Safety and efficacy of risankizumab in genital and scalp psoriasis in the UnlIMMited phase 4 randomized clinical trial at week 16

E. J. Song<sup>1</sup>, L. Ackerman<sup>2</sup>, T. Anschutz<sup>3</sup>, B. Bialik<sup>3</sup>, C. Duan<sup>3</sup>, A. Setty<sup>3</sup>, G. St. John<sup>3</sup>, D. Ashley<sup>3</sup>, B. Ehst<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Frontier Dermatology, Mill Creek, Washington, United States, <sup>2</sup>Medical Dermatology Specialists, Phoenix, Arizona, United States, <sup>3</sup>AbbVie Inc, North Chicago, Illinois, United States, <sup>4</sup>Oregon Medical Research Center, Portland, Oregon, United States

**Introduction:** Scalp and genital psoriasis (PsO) are high impact PsO areas associated with increased patient burden and impact on quality of life. Risankizumab (RZB), an IL-23 inhibitor, is approved for the treatment of moderate to severe PsO. Here we present the first data for treatment of PsO in the genital region and scalp with RZB from dedicated studies. **Methods:** UnlIMMited (NCT05969223) is a Phase 4, multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled study for adult patients with moderate to severe genital or scalp PsO. Patients were randomized within either Study-G (genital PsO) or Study-S (scalp PsO) at 1:1 to receive either 150 mg RZB or placebo (PBO) at weeks 0 and 4. Efficacy was assessed at week 16 and reported using non-responder imputation. Efficacy was assessed for patients in Study-G by static Physician's Global Assessment-Genital (sPGA-G) and scalp Investigators Global Assessment (scalp IGA) for patients in Study-S. Safety and additional efficacy endpoints for symptoms and quality of life were also assessed. **Results:** At week 16, a significantly higher proportion of patients with genital PsO receiving RZB, versus patients receiving PBO achieved sPGA-G 0/1 (69.1% [38/55] vs 13.0% [7/54];  $p < 0.0001$ ). For patients with scalp PsO, a significantly higher proportion of patients receiving RZB achieved scalp IGA 0/1 versus those receiving PBO (60.8% [31/51] vs 13.0% [7/54];  $p < 0.0001$ ) at week 16. No new safety signals were reported. **Conclusions:** A significantly higher proportion of patients in Study-G with genital PsO achieved the primary endpoint of sPGA-G 0/1 treated with RZB, compared to PBO. Similarly, a significantly higher proportion of patients in Study-S with scalp PsO treated with RZB, compared to PBO, achieved the primary endpoint of scalp IGA 0/1. No new safety signals were identified.

**69,1%** των ασθενών με μέτρια-σοβαρή ψωρίαση γεννητικών οργάνων πέτυχε **sPGA-G 0/1** την **εβδομάδα 16**

# Ψωρίαση γεννητικών οργάνων

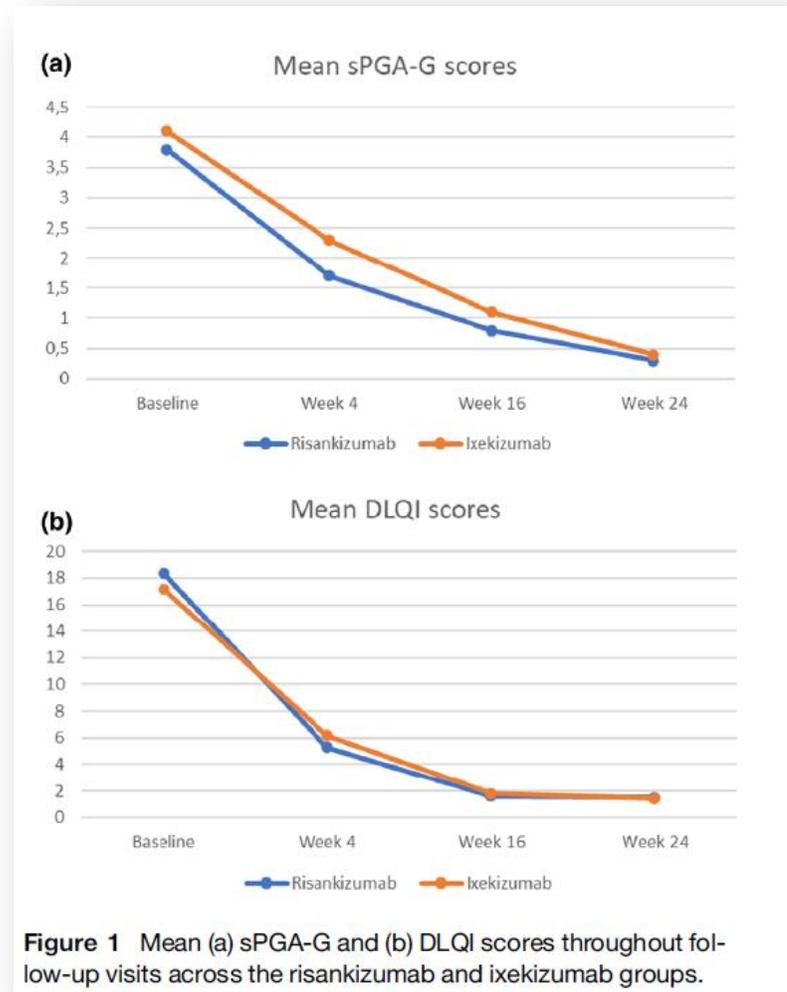
## Δεδομένα καθημερινής κλινικής πρακτικής

> J Eur Acad Dermatol Venereol. 2021 Dec 19. doi: 10.1111/jdv.17880. Online ahead of print.

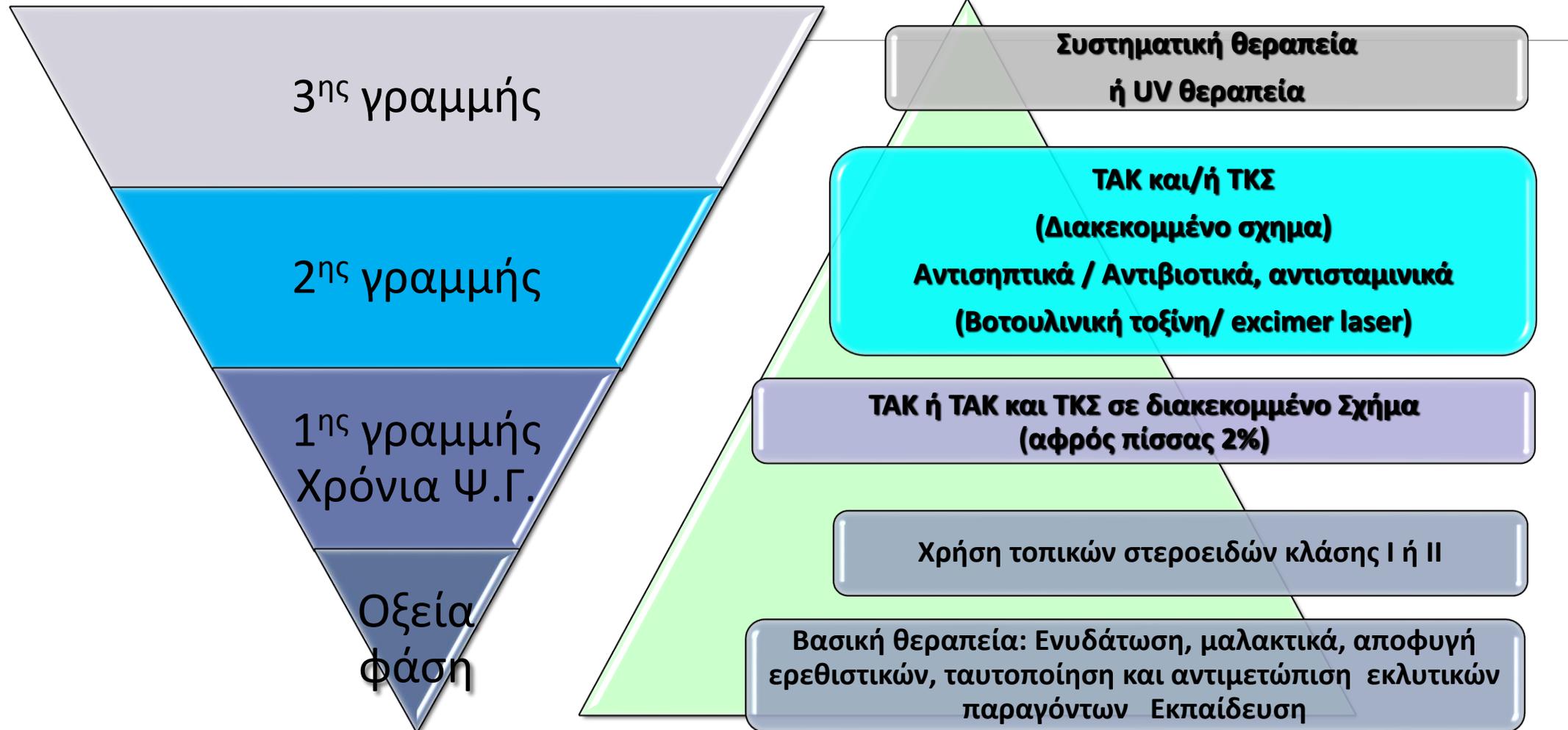
### A head-to-head comparison of risankizumab and ixekizumab for genital psoriasis: a real-life, 24-week, prospective study

E Sotiriou<sup>1</sup>, K Bakirtzi<sup>1</sup>, I Papadimitriou<sup>1</sup>, A Tsentemidou<sup>1</sup>, P Eftychidou<sup>1</sup>, V Eleftheriadis<sup>1</sup>, A Lallas<sup>1</sup>, D Ioannides<sup>1</sup>, E Vakirlis<sup>1</sup>

Σε συνθήκες καθημερινής κλινικής πρακτικής το **Risankizumab** ήταν **εφάμιλλο** με το **Ixekizumab** όσον αφορά την **αποτελεσματικότητα και ασφάλεια** σε ασθενείς με **σοβαρή ψωρίαση γεννητικών οργάνων**



# Ψωρίαση γεννητικών οργάνων – Θεραπευτικός αλγόριθμος



# Ψωρίαση γεννητικών οργάνων – Θεραπευτικός αλγόριθμος

Genital and inverse psoriasis  
without moderate-to-severe total body plaque psoriasis

Topical  
corticosteroids

Genital and inverse psoriasis  
with moderate-to-severe total body plaque psoriasis

IL-17 inhibitors  
(ixekizumab)

Other psoriasis  
biologics

Other psoriasis systemic therapies  
(methotrexate, cyclosporine,  
apremilast)

## Κρισμπολόλη (crisaborole 2% ointment)

- PDE-4 αναστολέας που έχει ήδη λάβει έγκριση για την τοπική θεραπεία στην ήπια-μέτρια ατοπική δερματίτιδα
- Κλινική μελέτη
  - 21 ασθενείς με ψωρίαση σε **πρόσωπο, την πρωκτογεννητική περιοχή ή και ανάστροφη** ψωρίαση
  - 66% βελτίωση των ψωριασικών βλαβών μετά από 4 εβδομάδες
  - **81% βελτίωση μετά από 8 εβδομάδες εφαρμογής**

## Ψωρίαση παλαμών πελμάτων (κοινή κατά πλάκας)

---



# EMA εγκεκριμένες κλινικές μελέτες που αφορούν ειδικές εντοπίσεις

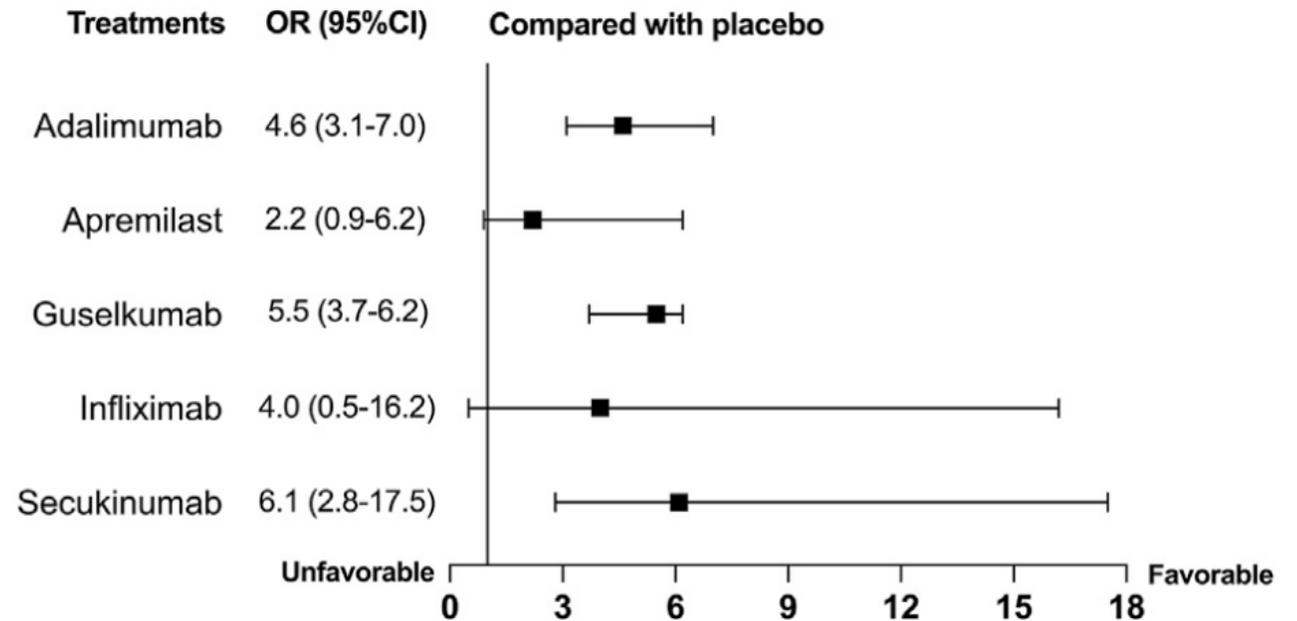
	TNF	IL-17				IL-12/23	IL-23		PDE4
	ADALIMUMAB <sup>1</sup> 2007	SECUKINUMAB <sup>2</sup> 2015	IXEKIZUMAB <sup>3</sup> 2016	BRODALUMAB <sup>4</sup> 2017	BIMEKIZUMAB <sup>5</sup> 2021	USTEKINUMAB <sup>6</sup> 2009	GUSELKUMAB <sup>7</sup> 2017	RISAKIZUMAB <sup>8</sup> 2019	APREMILAST <sup>9</sup> 2015
Κεφαλή	–	X*	X	X	X	–	X	X	X
Άνω & Κάτω Άκρα Παλαμών & Πελμάτων	X*	X*	X	–	X	–	X	X	–
Νύχια	X*	X*	X	X	X	X	X	X	X <sup>10,11</sup>
Γεννητική Περιοχή	–	–	X*	–	–	–	–	–	–

\*Evaluated in a separate regional PsO study, whereas in the other studies these parameters were evaluated in pivotal trials

## Systemic therapy in treating palmoplantar and scalp psoriasis: A systematic review and network meta-analysis



J AM ACAD DERMATOL  
VOLUME 90, NUMBER 3  
MARCH 2024



**Fig 2.** Forest plot of the network meta-analysis of efficacy (Hands and/or Feet Physician’s Global Assessment Score of Cleared/Minimal [0/1]) in palmoplantar psoriasis treatment at 12 to 16 weeks. *CI*, Confidence interval; *OR*, odds ratio.

Meta-Analysis > Am J Clin Dermatol. 2024 May;25(3):347-358. doi: 10.1007/s40257-024-00849-0.

Epub 2024 Mar 4.

## Small-Molecule Inhibitors and Biologics for Palmoplantar Psoriasis and Palmoplantar Pustulosis: A Systematic Review and Network Meta-Analysis

I-Hsin Huang<sup>1 2</sup>, Po-Chien Wu<sup>1 2</sup>, Hsien-Yi Chiu<sup>3 4 5 6</sup>, Yu-Huei Huang<sup>7 8</sup>

Affiliations + expand

PMID: 38438782 DOI: 10.1007/s40257-024-00849-0

**Background:** The comparative efficacy of biologics and small-molecule inhibitors in treating palmoplantar psoriasis (PP) and palmoplantar pustulosis (PPP) remains uncertain.

**Objective:** The aim was to perform a systematic review and network meta-analysis (NMA) to compare the efficacy of biologics and small-molecule inhibitors for the treatment of PP and PPP.

**Methods:** MEDLINE, Embase, and Cochrane Central Register of Controlled Trials were searched for eligible studies from inception to May 13, 2023. This NMA was conducted and reported following the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses Extension Statement for Network Meta-Analyses guidelines. Frequentist random-effects models NMA was performed with the surface under the cumulative ranking curve calculated for ranking. Our primary outcome was the proportion of patients achieving a clear/minimal Palmoplantar Psoriasis/Pustulosis Physician Global Assessment score (PPPGA 0/1 or PPPPGA 0/1) response at 12-16 weeks. Secondary outcomes consisted of the percentage of overall improvement in palmoplantar score and of improvement  $\geq$  75%, at 12-16 weeks.

**Results:** The study comprised a total of 29 randomized controlled trials (RCTs), involving 4798 psoriasis patients with palmoplantar diseases. For PP, 16 RCTs with nine different treatments, including adalimumab, apremilast, bimekizumab, etanercept, guselkumab, infliximab, ixekizumab, secukinumab, and ustekinumab were included for the analysis. In the NMA of PP, secukinumab 300 mg ranked highest (odds ratio [OR] 33.50, 95% confidence interval [CI] 4.37-256.86) in achieving PPPGA 0/1, followed by guselkumab 100 mg (OR 18.68, 95% CI 10.07-34.65). In the case of PPP, seven RCTs with six treatments, including apremilast, etanercept, guselkumab, imsidolimab, spesolimab, and ustekinumab, were included for the analysis. In the NMA of PPP, although no treatment demonstrated a significant difference compared to placebo in achieving PPPPGA 0/1, guselkumab 100 mg showed the greatest statistically significant improvement in the palmoplantar score (weighted mean difference 31.73, 95% CI 19.89-43.57) as a secondary outcome.

**Conclusion:** Among all available biologics and small-molecule inhibitors, secukinumab 300 mg and guselkumab 100 mg had the most favorable efficacy in treating PP and PPP, respectively.

## Ψωρίαση παλαμών πελμάτων (φλυκταινώδη)

---



# Φλυκταινώδης ψωρίαση – PPP

## Θεραπευτικές προσεγγίσεις

Τοπική θεραπεία		Συστηματική θεραπεία	
Τοπική αγωγή	Φωτοθεραπεία	Κλασική	Βιολογικοί παράγοντες
Τοπικά κορτικοστεροειδή	UVA1	Ρετινοειδή	Anti-TNFα
Παράγωγα βιταμίνης D	Narrowband UVB	Acitretin	
Τοπικά ρετινοειδή	Τοπική PUVA	Alitretinoin	
Αναστολείς καλσινευρίνης (τακρόλιμους,	Excimer light	MTX	Tocilizumab
		Cyclosporine	
		Fumaric acid esters	
		Oral PUVA	Secukinumab
		<b>Μικρά μόρια</b>	Ustekinumab
		Απρεμιλάστη	Guselkumab
			Risankizumab

1<sup>η</sup> γραμμής  
θεραπεία  
για PPP

Το **guselkumab** (αναστολέας IL23) έχει πάρει έγκριση για τη θεραπεία της PPP στην Ιαπωνία και την Κορέα

Το **secukinumab** (αναστολέας IL17A) έχει πάρει έγκριση για τη θεραπεία της PPP στην Ιαπωνία

# Φλυκταινώδης ψωρίαση παλαμών πελμάτων – PPP Νέες θεραπευτικές προσεγγίσεις - Spesolimab

Dermatol Ther (Heidelb) (2023) 13:2279–2297  
https://doi.org/10.1007/s13555-023-01002-1



ORIGINAL RESEARCH

## Spesolimab Efficacy and Safety in Patients with Moderate-to-Severe Palmoplantar Pustulosis: A Multicentre, Double-Blind, Randomised, Placebo-Controlled, Phase IIb, Dose-Finding Study

A. David Burden · Robert Bissonnette · Alexander A. Navarini · Masamoto Murakami · Akimichi Morita · Thomas Haeufel · Binqi Ye · Frank Baehner · Tadashi Terui

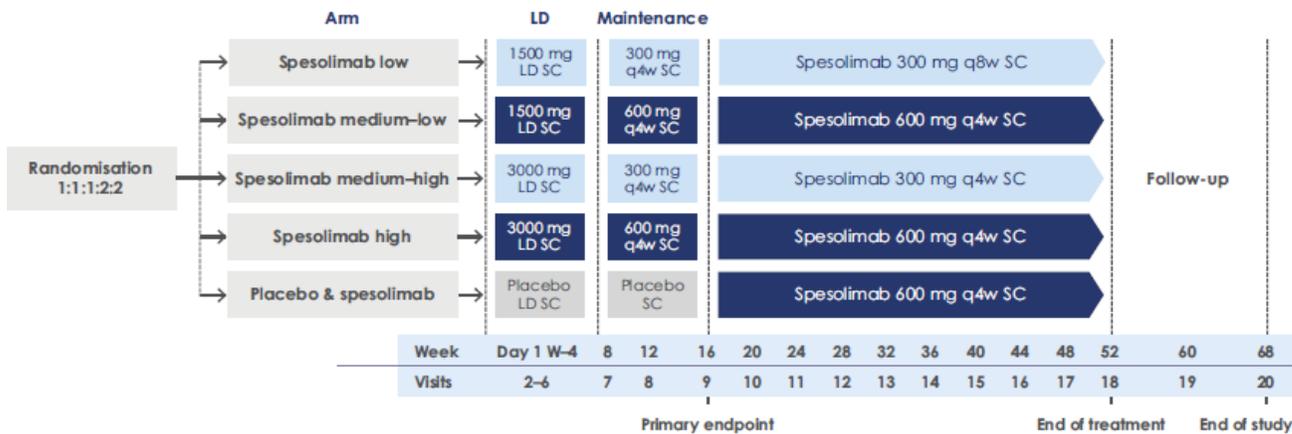
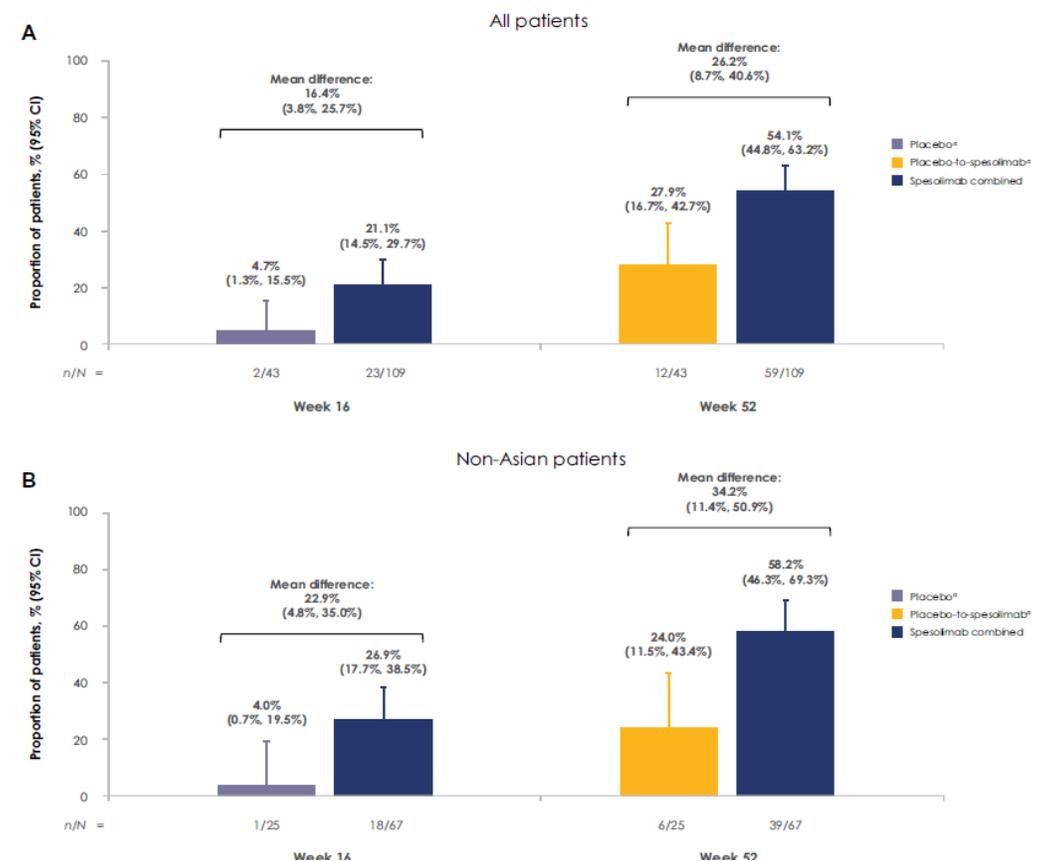


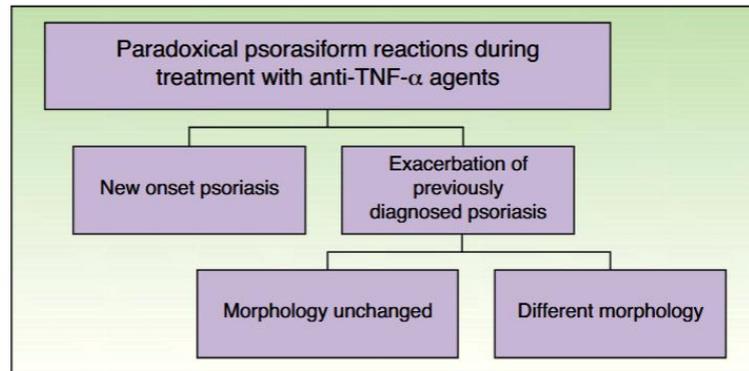
Fig. 1 Study design. LD loading dose, q4w every 4 weeks, q8w every 8 weeks, SC subcutaneous, W week

## Ποσοστό ασθενών που πέτυχαν PPP PGA of 0/1



# Φλυκταινώδης ψωρίαση παλαμών πελμάτων – PPP ως παράδοξη αντίδραση σε βιολογική θεραπεία

TYPE Brief Research Report  
PUBLISHED 17 April 2024  
DOI 10.3389/fmed.2024.1364127



**Figure 1** Classification of paradoxical psoriasiform reactions.

**Table 5** General Treatment of Paradoxical Psoriasiform Reactions.

Treatment Sequence
1. Add topical therapy (high-strength corticosteroids, vitamin D analogs, or combinations of the two)
2. Substitute the implicated drug (preferably by one with a different mechanism of action)
3. Combined therapy with another systemic treatment: In mild or moderate cases: phototherapy and/or acitretin In severe cases: ciclosporin or methotrexate

> *Curr Probl Dermatol*. 2018;53:49-63. doi: 10.1159/000479475. Epub 2017 Nov 7.

## Paradoxical Reactions: Anti-Tumor Necrosis Factor Alpha Agents, Ustekinumab, Secukinumab, Ixekizumab, and Others

Lluís Puig<sup>1</sup>

## Paradoxical reaction to IL-17A inhibitor: a case report and literature review

Jingyu Ren, Linjun Deng, Shuping Guo and Hongye Liu\*  
Department of Dermatology, The First Hospital of Shanxi Medical University, Taiyuan, China

**Table 2** Most Relevant Revisions Published in the Literature.

Reference	Type of Reaction	Underlying Disease	Total No. of Patients	Percentage of Cases With the Different Anti-TNF-α Agents
Collamer et al. (2008) <sup>26</sup>	New onset psoriasis and exacerbations with/without morphological changes	Rheumatologic, gastrointestinal, and psoriatic	104	Infliximab, 53; Etanercept, 29; Adalimumab, 18
Wollina et al. (2008) <sup>9</sup>	New onset psoriasis and exacerbations with/without morphological changes	Rheumatologic, gastrointestinal, and psoriatic	120	Infliximab, 52.5; Etanercept, 30.8; Adalimumab, 21.7
Ko et al. (2009) <sup>37</sup>	New onset psoriasis and exacerbations with/without morphological changes	Rheumatologic, gastrointestinal, and psoriatic	127	Infliximab, 55.1; Etanercept, 27.6; Adalimumab, 17.3
Collamer et al. (2010) <sup>25</sup>	New onset psoriasis and exacerbations with/without morphological changes	Rheumatologic, gastrointestinal, and psoriatic	207	Infliximab, 59; Etanercept, 19; Adalimumab, 22
Cullen et al. (2011) <sup>27</sup>	New onset psoriasis	Gastrointestinal	120	Infliximab, 79; Adalimumab, 17; Certolizumab, 4
Denadai et al. (2012) <sup>28</sup>	New onset psoriasis	Gastrointestinal	222	Infliximab, 69.4; Adalimumab, 22.5; Certolizumab, 2.7; Not specified, 5.4

Abbreviation: TNF, tumor necrosis factor.

## Συμπερασματικά...

---

- Η αποτελεσματική θεραπεία της ψωριασικής νόσου στις ειδικές εντοπίσεις αυτές είναι **καθοριστική** για τον έλεγχο του νοσήματος και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενή μας
- Η **εξατομικευμένη προσέγγιση** για την αντιμετώπιση της ψωρίασης στις ειδικές εντοπίσεις είναι ιδιαίτερα σημαντική
- Η χορήγηση **τοπικών σκευασμάτων** σε περιορισμένη νόσο είναι θεραπεία 1<sup>ης</sup> γραμμής
- Επί αποτυχίας της τοπικής θεραπείας (ως προς την αποτελεσματικότητα ή το προφίλ ασφάλειας) συστήνεται να **αξιολογείται η ανάγκη για έναρξη συστηματικής αγωγής**
- Οι **βιολογικές θεραπείες** φαίνεται να σχετίζονται με πολύ υψηλά ποσοστά επίτευξης πλήρους ή σχεδόν πλήρους κλινικής ύφεσης στις ειδικές εντοπίσεις, καλό προφίλ ασφάλειας και μακροχρόνια διατήρηση του θεραπευτικού αποτελέσματος



ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ  
ΕΝΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗ  
ΜΥΟΣΚΕΛΕΤΙΚΗ  
ΥΓΕΙΑ

5<sup>ο</sup>

# Πανελλήνιο Θερινό Συμπόσιο Μυοσκελετικής Υγείας

**Διαδραστική συζήτηση  
περιστατικών**

*Με φυσική παρουσία και  
διαδικτυακή παρακολούθηση*

Σας ευχαριστώ πολύ