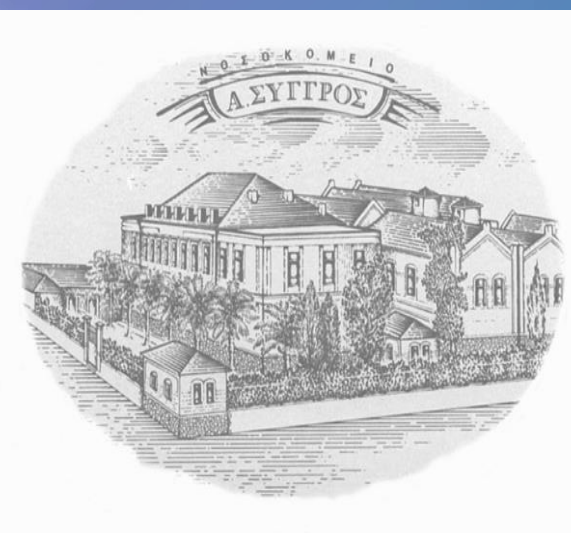




Συννοσηρότητα Ψωρίασης και Διαπυητικής Ιδρωταδενίτιδας: προγνωστικές και θεραπευτικές δυσκολίες.

Πότε να υποψιαστούμε το ‘overlap’ και πώς επηρεάζει τη διαχείριση του ασθενούς.

Έλενα Στρουμπή, ειδικευόμενη Δερματολογίας-Αφροδισιολογίας,
‘Α Δερματολογική κλινική, Νοσοκομείο Α. Συγγρός



Σύγκρουση συμφερόντων

Δεν υπάρχει.....



Παρουσίαση Περιστατικού

- ❑ Ασθενής 48 ετών, άνρρεν
- ❑ BMI 33,6 kg/m² (obese class I)
- ❑ Καπνιστής (20 pack-years)
- ❑ Ελεύθερο ατομικό αναμνηστικό

Κλινική εικόνα ασθενούς



Ιστορικό Διαπυητικής – Ιδρωταδενίτιδας και ψωρίασης

- Έναρξη: 2013
- Εντόπιση: γλουτούς, μασχαλιαία
- Στάδιο Hurley: 2
- Στάδιο IHS4: 4
- Θεραπείες: ριφαμπικίνη/κλινδαμυκίνη ros (300mg x 2/d), τοπικές αγωγές, 2 χειρουργικές επεμβάσεις
- 2019: Έξαρση και στα δύο νοσήματα, ανάγκη έναρξης συστηματικής αγωγής
- ✓ Έναρξη anti-TNF adalimumab: *Ημέρα 1^η : 160 mg/ Ημέρα 15^η : 80 mg/ Από Ημέρα 29^η : 40 mg/wk*
- ✓ Διακοπή λόγω απώλεια αποτελεσματικότητας: μη ανταπόκριση μετά από 12 εβδομάδες θεραπείας
- 2020-2021: κυκλοσπορίνη 350mg / day και τοπικά καλσιποτριόλη / βηταμεθαζόνη
- ✓ Διακοπή λόγω μη επαρκούς ανταπόκρισης
- Έναρξη: 2016
- Εντόπιση: ολιγάριθμες ερυθηματολεπιδώδεις πλάκες σε αντιβράχια
- PASI < 5
- BSA < 5
- Θεραπείες: τοπικά κορτικοστεροειδή και ανάλογα βιταμίνης D (καλσιποτριόλη/βηταμεθαζόνη)

EADV guidelines for HS/2025

Mild IHS4 1-3	Moderate IHS4 4-10	Severe IHS4 >11
Should be recommended Tetracyclines p.o.		
May be considered Clindamycin 2x300 mg/d p.o. Acitretin 0.25-0.50 mg/kg/d p.o. Hormonal antiandrogens Metformin p.o.		
1st line		
3rd line Scarring folliculitis Females with hyperandrogenism/PCOS Metabolic syndrome, diabetes mellitus		
May be considered Clindamycin 1% gel/lotion/cream Resorcinol 15% peel 2x/d Intralesional triamcinolone 10-40 mg/ml Zinc gluconate 90 mg/d p.o. PDT Dapsone 25-200 mg/d p.o.		May be considered Ertapenem 1 g/d i.v. 3rd line
Should be recommended Adalimumab 40 mg/week or 80 mg/every 2 weeks s.c. Secukinumab 300 mg every 2 or 4 weeks s.c. Bimekizumab 320 mg every 2 weeks s.c. for 16 weeks and every 4 weeks s.c. thereafter		2nd line
Could be recommended Clindamycin 2x300 mg/d / Rifampicin 2x300 mg/d p.o. Infliximab 5 mg/kg every 8 weeks i.v.		1st line 3rd line
May be considered Clindamycin 3x600 mg/d over 5 days i.v. Adalimumab biosimilars Brodalumab 210 mg/every 2 weeks s.c. Povorcitinib 15-180 mg/d p.o. Upadacitinib 15 mg/d over 4 weeks p.o. Spesolimab 1200 mg/every 2 weeks s.c. Ustekinumab 45 mg s.c. (in patients with body weight >100 kg, 90 mg s.c.) at weeks 0, 4, 16 and 28 Anakinra 100 mg/d s.c. Biologics/other agent combination Ciclosporine 2-6 mg/kg/d		1st line 3rd line Reserve

Θεραπευτικές επιλογές/έγκριση EMA:

- ❑ Anti-TNF PSO: 2008 /HS: 2015
- ❑ Anti-IL17
- Secukinumab PSO: 2015 /HS: 2023
- Bimekizumab PSO: 2021 /HS: 2024

Overlap HS/PSO-Θεραπευτικό δίλημμα

- ❑ Ποιο νόσημα να στοχεύσουμε?
- ❑ Υπάρχει κίνδυνος να επιδεινώσουμε το άλλο?
- ❑ Θεραπευτικές επιλογές:
 - ❑ **Anti-TNF (adalimumab)**
 - ❑ **Anti-IL17 (secukinumab, bimekizumab)**
 - ❑ Anti-IL23 (ακόμα ανεπαρκή δεδομένα)
 - ❑ **Cyclosporine** (reserve therapy)

Θεραπευτική απόφαση και πορεία ασθενούς

Ξεκινάει η παρακολούθηση στο ιατρείο διαπυητικής ιδρωταδενίτιδας Συγγρός:

- ❑ 2022: δοξυκυκλίνη pos, τοπικά κλινδαμυκίνη/υπεροξειδίο του βενζολίου και πλήρης έλεγχος για έναρξη anti-IL17A secukinumab
- ✓ Έναρξη secukinumab ως εξής: εβδομάδες 0,1,2,3,4: 300 mg (loading) και συντήρηση: 300 mg κάθε 4 εβδομάδες ή κάθε 2 εβδομάδες (σε ασθενείς που δεν επιτυγχάνεται ικανοποιητικό **HiSCR**, ή υπάρχει μερική αλλά ανεπαρκής ανταπόκριση ή σε παχύσαρκους ασθενείς)
- ✓ Υπό secukinumab η ψωρίαση μπαίνει σε ύφεση και η διαπυητική με ελάχιστες υποτροπές που αντιμετωπίζονται συμπληρωματικά με αντιβιοτική αγωγή
- ❑ 2023-2024: πλήρη ύφεση και στα δυο νοσήματα
- ❑ 2025: διακόπτει αγωγή αυθαίρετα
- ❑ 2026: επανέρχεται με υποτροπή και στα δύο νοσήματα, αφού έχει γίνει και άλλη χειρουργική επέμβαση για περιεδρικό συρίγγιο
- ❑ Έγινε επανέναρξη secukinumab λόγω προηγούμενης καλής ανταπόκρισης

Κλινική εικόνα-HS 2026



Hurley:II

IHS4: 11

Κλινική εικόνα-PSO 2026



Meta-Analysis

> [Front Immunol. 2022 Dec 1;13:1033844. doi: 10.3389/fimmu.2022.1033844.](#)

eCollection 2022.

Risk of psoriasis in people with hidradenitis suppurativa: A systematic review and meta-analysis

Shuo-Yan Gau^{1 2}, Ivan Arni C Preclaro^{3 4}, James Cheng-Chung Wei^{5 6 7}, Chien-Ying Lee^{8 9},
Yu-Hsiang Kuan^{8 9}, Yu-Ping Hsiao^{7 10}, Sin-Ei Juang¹¹, Kevin Sheng-Kai Ma^{12 13 14}

- Ασθενείς με HS έχουν 2-3 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν PSO σε σχέση με τον υγιή πληθυσμό.
- Συχνότερες συννοσηρότητες: παχυσαρκία, ψυχιατρικές διαταραχές και ψωριασική αρθρίτιδα.

➤ [Life \(Basel\)](#). 2024 Jun 6;14(6):730. doi: 10.3390/life14060730.

New-Onset Hidradenitis Suppurativa in Psoriasis Patients: A Multi-Center, Retrospective Cohort Study

Chen-Pi Li ¹, Shao-Wei Lo ², Ru-Yin Tsai ^{3 4}, Hui-Chin Chang ^{5 6 7}, Shuo-Yan Gau ^{7 8 9}

- Ασθενείς με PSO έχουν αυξημένο ($\approx 1,4-1,8$) κίνδυνο εμφάνισης HS σε σχέση με υγιή πληθυσμό.
- Κοινά ανοσολογικά μονοπάτια σε PSO και HS.
- Κοινοί παράγοντες κινδύνου: παχυσαρκία, κάπνισμα, μεταβολικό σύνδρομο.
- Ασθενείς με σοβαρή, καλά εδραιωμένη ψωρίαση έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν HS.
- Ίδιος κίνδυνος και στα δύο φύλα.
- Πιο πιθανό για ηλικίες 18-64.
- Η τοπική χρήση κορτικοστεροειδών σχετίζεται με αυξημένη εμφάνιση HS (x2), πιθανά λόγω της μεταβολής της ανοσολογικής απόκρισης του δέρματος και καταστροφής του θυλακικού σχηματισμού.

Εκκίνηση της φλεγμονής

Η Ψωρίαση και η Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα δεν είναι απλώς δύο «παρόμοιες» παθήσεις · φαίνεται ότι μοιράζονται έναν **κοινό φλεγμονώδη ανοσολογικό άξονα**.

Ψωρίαση

- ❑ Εκλυτικοί παράγοντες: τραύμα, λοιμώξεις, stress
- ❑ Ενεργοποίηση:
 - ❑ Δενδριτικών κυττάρων
- ❑ Παραγωγή:
 - ❑ TNF- α
 - ❑ IL-23
 - ❑ IL-17

Διαπυητική Ιδρωταδενίτιδα (HS)

- ❑ Υπερκεράτωση/υπερπλασία και απόφραξη τριχοσμηγματογόνου θυλάκου
- ❑ Διαστολή και ρήξη θυλάκου → απελευθέρωση:
 - ❑ Κερατίνης
 - ❑ Βακτηριακών προϊόντων
- ❑ Ενεργοποίηση:
 - ❑ Μακροφάγα
 - ❑ Ουδετερόφιλα
- ❑ Παραγωγή:
 - ❑ IL-1 β
 - ❑ TNF- α
 - ❑ IL-17

Κοινός Άξονας IL-23 / Th17

Κεντρικός μηχανισμός και στις 2 νόσους

- Άξονας IL-23 → ενεργοποίηση Th17
- Th17 παράγουν:
 - IL-17A / IL-17F
 - IL-22

Ψωρίαση

- Υπερπολλαπλασιασμός κερατινοκυττάρων
- Πάχυνση επιδερμίδας
- Πλάκες

Φαύλος κύκλος

- Ενεργοποίηση ανοσίας
- Κυτταροκίνες
- Προσέλκυση κυττάρων
- Νέα παραγωγή κυτταροκινών
- Χρόνια, αυτοτροφοδοτούμενη φλεγμονή

Βασικές κυτταροκίνες

- TNF-α
- IL-17
- IL-8
- IL-6
- IL-1α/β

HS

- Χρόνια φλεγμονή
- Αποστήματα
- Καταστροφή ιστού & συρίγγια



ORIGINAL ARTICLE · Volume 92, Issue 6, P1303-1311, June 2025 · [Open Access](#)

Patients with PSOriasis and Suppurative Hidradenitis (PSO-SH) share genetic risk factors and are at risk of increased morbidity

[Antonia Wiala, MD^a](#) · [Kareem G. Elhage, MD^b](#) · [Andrea Leung, BA, MPH^b](#) · [Albert T. Young, MD, MAS^c](#) · [Mark Gregory, MS^c](#) · [Indra Adrianto, PhD^{c,d,e,f,g}](#) · [Li Zhou, MD, MS^{c,e,f,g}](#) · [Qing-Sheng Mi, MD, PhD^{c,e,f,g}](#) · [Sugandh Kumar, PhD^b](#) · [Faye Orcales, BS^b](#) · [Samuel Yeroushalmi, MD^b](#) · [Kathryn Haran, BS^b](#) · [Jared Liu, PhD^b](#) · [Haley B. Naik, MD^b](#) · [Wilson Liao, MD^b](#) · [Christian Posch, MD, PhD^{a,h,i,j}](#)  

- ❑ Ασθενείς με HS και PSO είχαν περισσότερες συννοσηρότητες (συμπεριλαμβανομένου παχυσαρκίας, καρδιαγγειακού κινδύνου και νόσου Crohn) και χειρότερη φυσική κατάσταση σε σχέση με ασθενείς μόνο με HS ή PSO.
- ❑ Εκτός από κοινά ανοσολογικά μονοπάτια, η HS και PSO μοιράζονται και γενετικούς παράγοντες κινδύνου σε non-HLA alleles.

Χαρακτηριστικά ασθενών με overlap

Οι ασθενείς που εμφανίζουν ταυτόχρονα ψωρίαση και HS:

- ❑ είναι **νεότερης ηλικίας** (18-64)
- ❑ έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να είναι **καπνιστές**
- ❑ έχουν συνήθως **BMI $\geq$ 30**
- ❑ **HS** σε μη τυπικές περιοχές
- ❑ **PSO** σοβαρή
- ❑ αυξημένη πιθανότητα για **νόσο Crohn's**
- ❑ αυξημένο κίνδυνο για **άγχος** και **κατάθλιψη**

Anti-TNFα induced paradoxical psoriasis

- ❑ 2-5% ασθενών που λαμβάνουν anti-TNF εμφανίζουν ψωριασιόμορφες βλάβες: παράδοξη ψωρίαση.
- ❑ Συνήθως παλαμοπελματιαία ακροφυκταίνωση, πιο σπάνια σταγονοειδής.
- ❑ Βλάβες από ασθενείς έχουν υπερέκφραση τύπου 1 ινερφερόνης, αυξημένη συγκέντρωση δενδριτικών κυττάρων (pCD) και μειωμένο αριθμό T κυττάρων σε σχέση με την κλασική ψωρίαση.
- ❑ Η παράδοξη ψωρίαση οφείλεται σε υπερδραστηριότητα της φυσικής ανοσίας (pCD-derived type 1 interferon) και δεν οδηγεί σε T κυτταρική αυτοανοσία.
- ❑ Θεραπευτική αντιμετώπιση: βιολογικοί παράγοντες που στοχεύουν IL-17/IL-23.

Take Home Messages

- ❑ Το overlap δεν είναι τόσο σπάνιο.
- ❑ Διαφοροποίηση από παράδοξη ψωρίαση σε ασθενείς με HS μετά την έναρξη anti-TNF.
- ❑ Επί ανθεκτικής/άτυπης νόσου: επανεκτίμηση.
- ❑ Επιλογή θεραπείας που να καλύπτει και τα δύο νοσήματα: αναστολείς TNF-α, αναστολείς ιντερλευκίνης IL-17 και σαν τελευταία επιλογή κυκλοσπορίνη.

Βιβλιογραφία

1. Wiala A, Elhage KG, Leung A, *et al.* **Patients with psoriasis and suppurative hidradenitis (PSO-SH) share genetic risk factors and are at risk of increased morbidity.** *J Am Acad Dermatol.* 2025;92(6):1303–1311.
2. Zouboulis CC, Bechara FG, Benhadou F, Bettoli V, Bukvić Mokos Z, Del Marmol V, *et al.* **European S2k guidelines for hidradenitis suppurativa/acne inversa part 2: treatment.** *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2025;39(5):899–941. doi:10.1111/jdv.20472
3. Li CP, Lo SW, Tsai RY, Chang HC, Gau SY. **New-onset hidradenitis suppurativa in psoriasis patients: a multi-center, retrospective cohort study.** *Life (Basel).* 2024;14(6):730. doi:10.3390/life14060730
4. Kridin K, Shani M, Schonmann Y, Fisher S, Shalom G, Comaneshter D, Batat E, Cohen AD. **Psoriasis and hidradenitis suppurativa: a large-scale population-based study.** *J Am Acad Dermatol.* 2023;88(5):e231–e236.
5. Macca L, Li Pomi F, Ingrasciotta Y, Morrone P, Trifirò G, Guarneri C. **Hidradenitis suppurativa and psoriasis: the odd couple.** *Front Med (Lausanne).* 2023;10:1208817. doi:10.3389/fmed.2023.1208817
6. Gau SY, Preclaro IAC, Wei JC, Lee CY, Kuan YH, Hsiao YP, Juang SE, Ma KS. **Risk of psoriasis in people with hidradenitis suppurativa: a systematic review and meta-analysis.** *Front Immunol.* 2022;13:1033844. doi:10.3389/fimmu.2022.1033844. PMID:36532043; PMCID:PMC9752046
7. Conrad C, Di Domizio J, Mylonas A, *et al.* **TNF blockade induces a dysregulated type I interferon response without autoimmunity in paradoxical psoriasis.** *Nat Commun.* 2018;9:25. doi:10.1038/s41467-017-02466-4

Ευχαριστώ για την προσοχή σας

