



Οι σύνθετες εκδηλώσεις της Ψωριασικής Αρθρίτιδας και οι δυσκολίες στην αντιμετώπισή τους

Αρετή Βαρνά

Ρευματολόγος

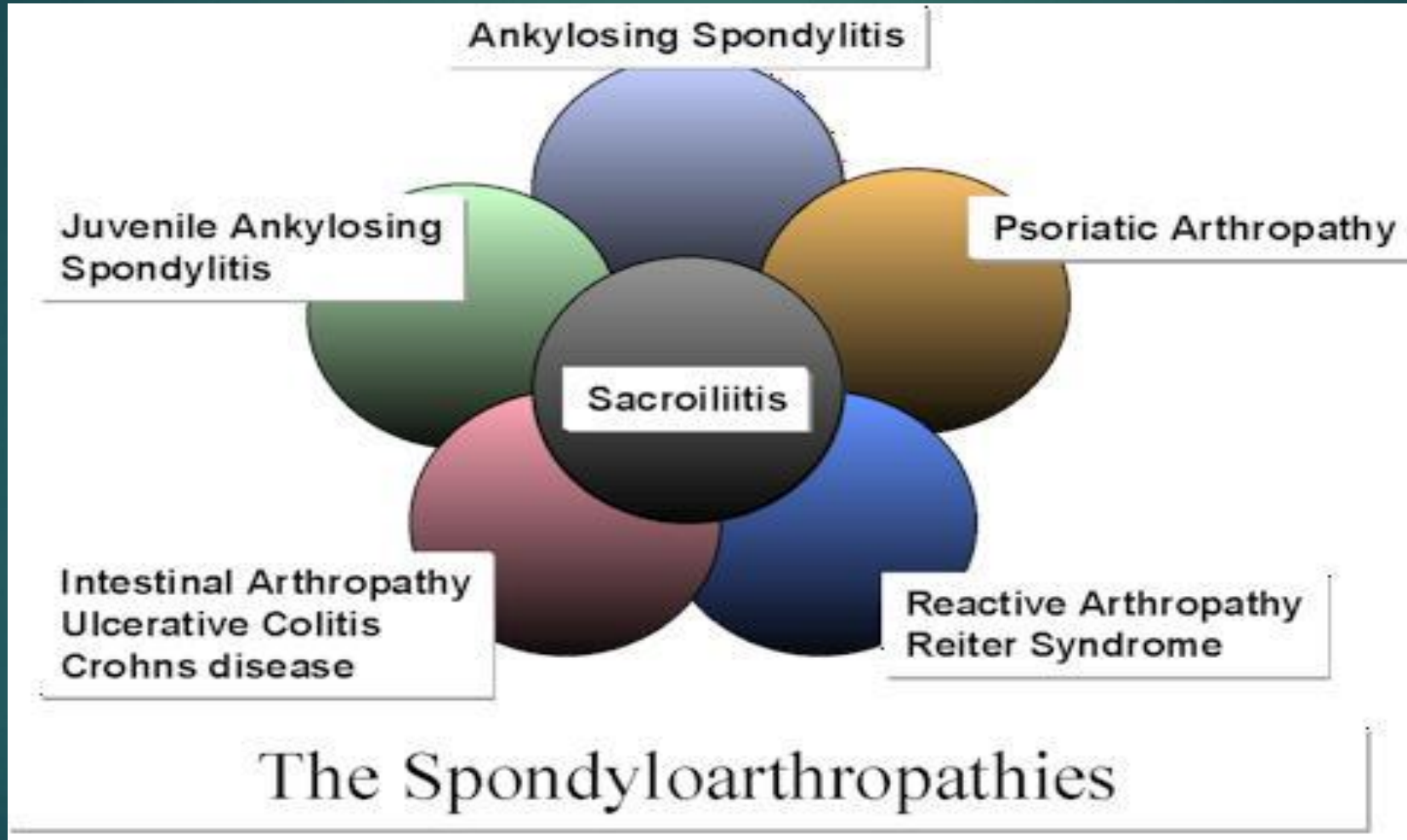
Πανεπιστημιακός Υπότροφος, Κλινική Ρευματολογίας Και Κλινικής
Ανοσολογίας Π.Γ.Ν. Λάρισας

25-27 ΝΟΕΜΒΡΙΟΥ 2016, ΚΑΡΠΕΝΗΣΙ

Δήλωση Συμφερόντων

Με την ευγενική χορηγία της
Genesis Pharma

Ψωριασική αρθρίτιδα



Ψωριασική αρθρίτιδα: Επιδημιολογία

10-40%
Των ασθενών με Ψωρίαση → **0.2-0.6%**
Γενικού πληθυσμού

ΕΛΛΑΔΑ

0.17%
~ 20,000 ασθενείς¹

A=Θ

Έναρξη νόσου: ~45 έτη

Ταξινόμηση Ψωριασικής Αρθρίτιδας

- Συμμετρική πολυαρθρίτιδα (15%)
- Ασύμμετρη oligoarthritis (70%)
- Με κύρια προσβολή ΑΦΦ (5%)
- Αξονική προσβολή (5%)
- Καταστροφική αρθρίτιδα (5%)

Συμμετρική πολυαρθρίτιδα

- ▶ >5 αρθρώσεις
- ▶ τύπου RA
- ▶ διαβρώσεις
- ▶ προσβολή ΜΚΦ
- ▶ μεγαλύτερη διάρκεια νόσου
- ▶ χειρότερη πρόγνωση



Ασύμμετρη ολιγοαρθρίτιδα

- ▶ ≤ 4 αρθρώσεις
- ▶ δακτυλίτιδα
- ▶ μονοαρθρίτιδα

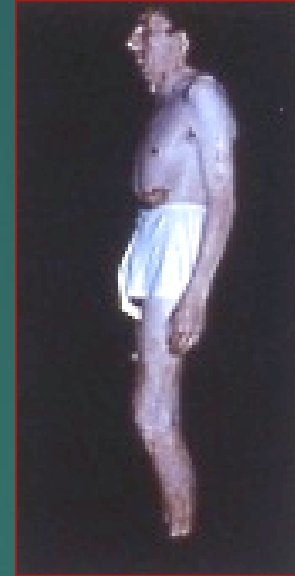


► Με κύρια προσβολή
ΑΦΦ



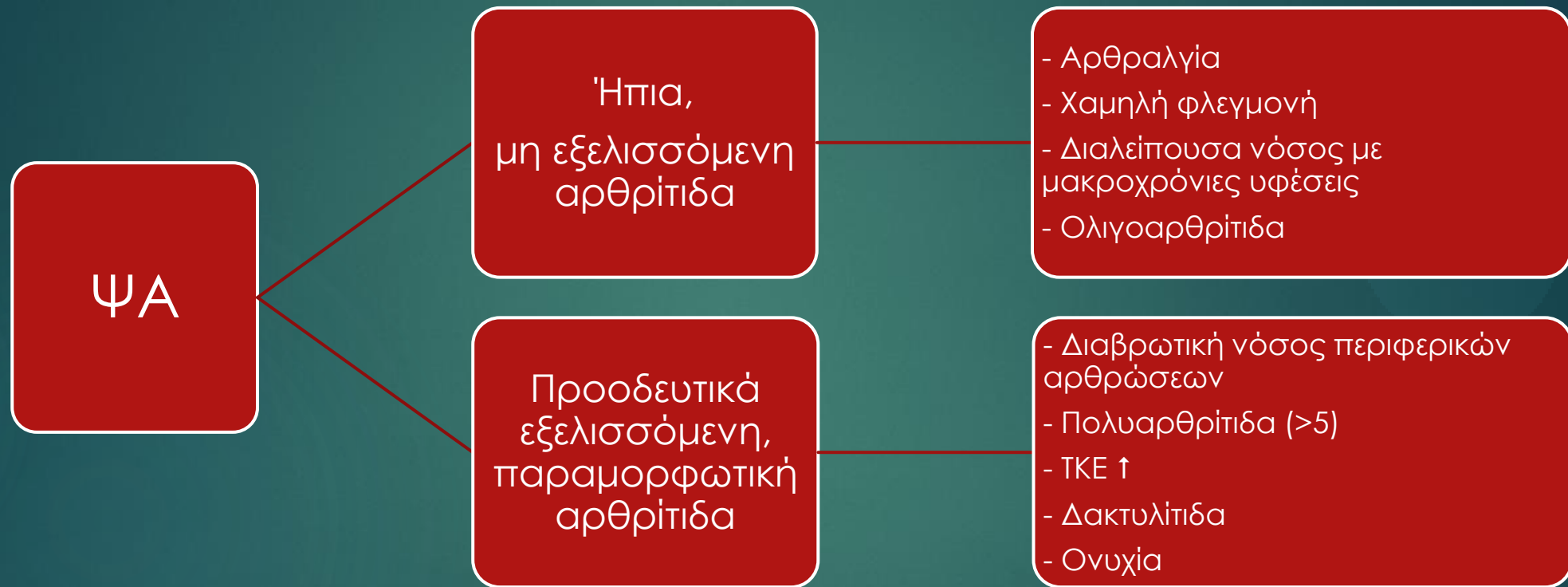
Ψωριασική ονυχία

► Αξονική προσβολή



Ιερολαγονίτιδα
+/- περιφερική αρθρίτιδα
ραγοειδίτιδα

Ψωριασική Αρθρίτιδα: Προγνωστικοί παράγοντες



Δέρμα

Ηλικία Έναρξης Δύο ηλικιακές κορυφές της επίπτωσης

ΤΥΠΟΣ Ι

- ▣ Πρώιμη έναρξη
- ▣ 16 – 22 ετών
- ▣ Οικογενειακό ιστορικό
- ▣ 85% συσχέτιση με HLA Cw6
- ▣ Βαρύτερη νόσος

ΤΥΠΟΣ ΙΙ

- ▣ Οψιμη έναρξη
- ▣ 57 – 60 ετών
- ▣ Σποραδική
- ▣ 15% συσχέτιση με HLA Cw6
- ▣ Ηπιότερη πορεία

- **ψωριασική ονυχία** εμφανίζεται στο 25-50% των ασθενών με ψωρίαση δέρματος και σχετίζεται με ψωριασική αρθρίτιδα.

Δέρμα

- ▶ Κατά πλάκας ψωρίαση (80%)
- ▶ Σταγονοειδής ψωρίαση (<10%)
- ▶ Ανάστροφη ψωρίαση
- ▶ Ψωρίαση των γεννητικών οργάνων
- ▶ Φλυκταινώδης ψωρίαση
- ▶ Ερυθροδερμική ψωρίαση

Ψωρίαση & Ψωριασική αρθρίτιδα

70% ψωρίαση πολλά έτη (5-10) προ της εμφάνισης αρθρίτιδας

15% ταυτόχρονη εμφάνιση ψωρίασης και αρθρίτιδας

15% η αρθρίτιδα προηγείται του εξανθήματος (συχνότερα στα παιδιά)

Υψηλό κίνδυνο για PsA

Ψωρίαση τριχωτού



HR 3.89

95% CI (2.18-6.94)

Ψωριασική ονυχία



HR 2.93

95% CI (1.68-5.12)

Ανάστροφη ψωρίαση



HR 2.35

95% CI (1.32-4.19)

Δακτυλίτιδα



- ▶ 53% των ασθενών με ΨΑ
- ▶ κυρίως καμπτική τενοντοελυτρίτις, οίδημα μαλακών μορίων γύρω από τον τένοντα, ενθεσίτις, και, λιγότερο συχνά, υμενίτις
- ▶ MRI - το οίδημα μαλακών μορίων μπορεί να είναι περιμετρικό
- ▶ X-ray: περιοστίτιδα
- ▶ πιο συχνή μόνο στα πόδια παρά μόνο στα χέρια
- ▶ 50% των ασθενών σε περισσότερα του ενός δάκτυλα ταυτόχρονα
- ▶ μπορεί να είναι η μοναδική εκδήλωση της ΨΑ για μήνες έως έτη
- ▶ επιβαρυντικός παράγοντας της ΨΑ για την ακτινογραφική επιδείνωση των αρθρώσεων των δακτύλων

Ενθεσίτιδα

- ▶ 20%-40% των ασθενών με ΨΑ
- ▶ Άλγος, διόγκωση και ευαισθησία στην πίεση στο σημείο της ένθεσης
- ▶ Συνήθεις εντοπίσεις: αχίλλειο τένοντα, πελματιαία απονεύρωση, έσω μηριαίοι κόνδυλοι, έξω κόνδυλος του βραχιονίου
- ▶ DDx με ινομυαλγία

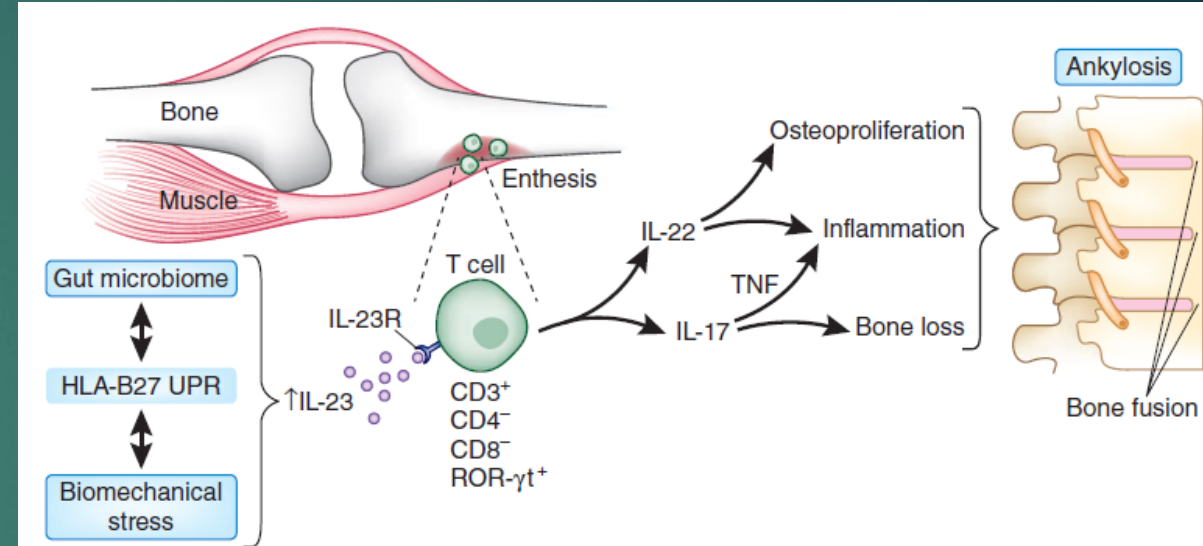


Figure 1 IL-23 and enthesal-resident T cells in the pathogenesis of spondyloarthritis. Various pathways may lead to elevated IL-23 expression, and Sherlock *et al.*⁷ now show that IL-23 can activate resident T cells within the enthesis, the region in which tendons and ligaments insert into bone. These activated T cells can then promote local inflammation and bone remodeling through a variety of effector mediators, including IL-17 and IL-22. The net result of these actions is the typical ankylosed appearance of the spine. TNF, tumor necrosis factor; UPR, unfolded protein response.

Πρόσθια Ραγοειδίτιδα



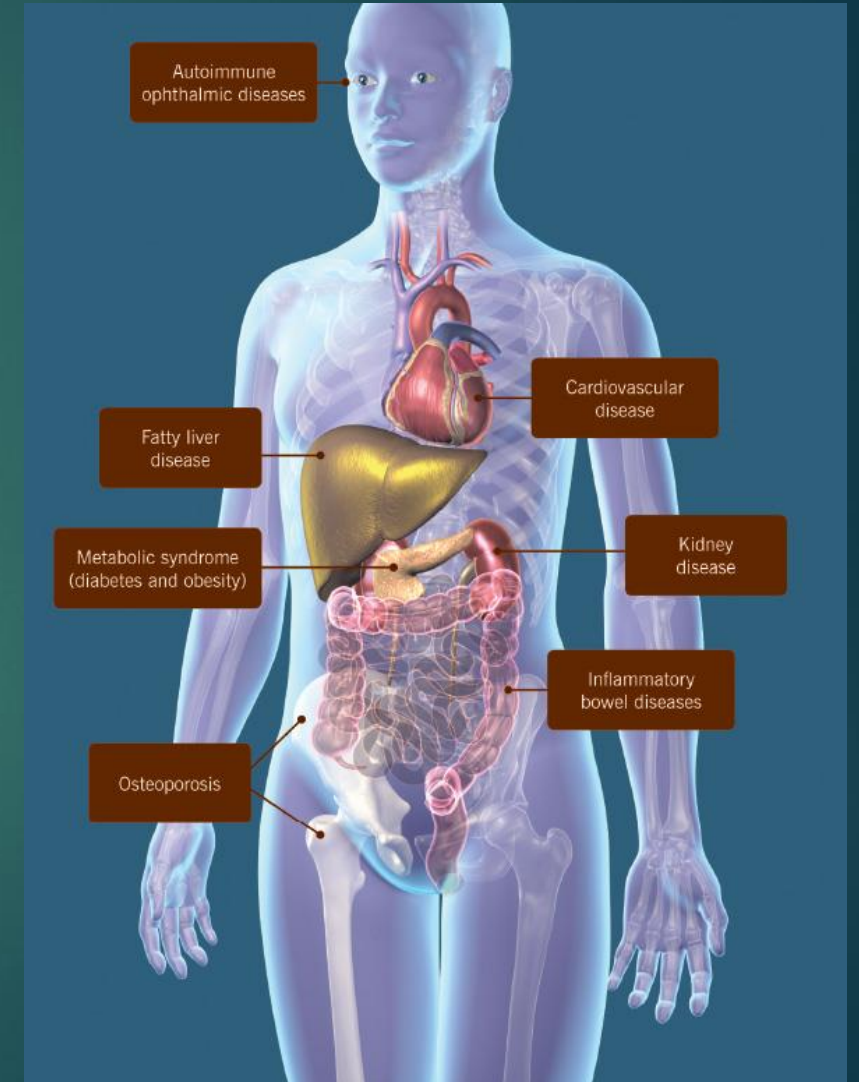
- ▶ 2%-25% των ασθενών με ΨΑ
- ▶ συχνότερη στην αξονική προσβολή και τους HLA-B27 +
- ▶ Ερυθρότητα, φωτοφοβία, άλγος και διαταραχές όρασης
- ▶ Αμφοτερόπλευρη, εναλλάξ
- ▶ Επιπλοκές: γλαύκωμα, καταρράκτης, οίδημα της ωχράς κηλίδας

Εξωαρθρικές εκδηλώσεις

- Ουρηθρίτιδα
- Φλεγμονώδης νόσος του εντέρου

Ψωριασική αρθρίτιδα: Συννοσηρότητες

- Υπέρταση (21,9%)
- Παχυσαρκία (20,4%)
- Σακχαρώδης Διαβήτης (10%)
- Συμφορητική Καρδιακή Ανεπάρκεια (1,2%)
- ΙΦΝΕ (1,2%)
- Στηθάγχη (0,8%)
- Ραγοειδίτις (0,5%)



Ψωριασική αρθρίτιδα: Συννοσηρότητες

ORIGINAL ARTICLE

Prevalence of psoriatic arthritis and its correlates among patients with psoriasis in Greece: results from a large retrospective study

E. Papadavid,^{1,*} P. Katsimbri,² I. Kapniari,¹ D. Koumaki,¹ A. Karamparpa,¹ M. Dalamaga,³ K. Tzannis,⁴ D. Boumpas,² D. Rigopoulos¹

JEADV. 21 March 2016

Table 1 Clinical characteristics of psoriatic patients with PsA group A (*N* = 85) and psoriatic patients without PSA group B (*N* = 193)

Variables	All patients <i>N</i> = 278	Group A <i>N</i> = 85	Group B <i>N</i> = 193	<i>P</i> -value
Age (years), mean (SD)	51.41 (15.43)	53.63 (14.49)	50.54 (15.75)	0.137
Gender (<i>N</i> , %)				0.568
Male	144 (52%)	42 (49%)	102 (53%)	
Female	134 (48%)	43 (51%)	91 (47%)	
Nail involvement (<i>N</i> , %)	121 (43.5%)	43 (51%)	78 (41%)	0.123
Scalp involvement	175 (63%)	53 (62%)	122 (64%)	0.850
Comorbidities				
Hypertension (<i>N</i> , %)	68 (24.4%)	35 (41%)	33 (17%)	0.001
Dyslipidaemia (<i>N</i> , %)	72 (25.9%)	35 (41%)	37 (19%)	0.004
Diabetes (<i>N</i> , %)	32 (11.5%)	17 (20%)	15 (8%)	0.021
Cardiovascular disease (<i>N</i> , %)	26 (9.35%)	13 (17%)	13 (9%)	0.074
Age of psoriasis beginning, mean (SD)	34.52 (17.97)	32.62 (17.11)	35.41 (18.38)	0.333
Presence of arthritis (<i>N</i> , %)	85 (30%)		–	–

Data are expressed as number (percentage) or mean ± standard deviation; SD, standard deviation; in boldface statistically significant results when *P* < 0.05.

Ψωριασική Αρθρίτιδα: Ποιότητα Ζωής

Is the health-related quality of life and functional status of patients with psoriatic arthritis worse than that of patients with psoriasis alone?

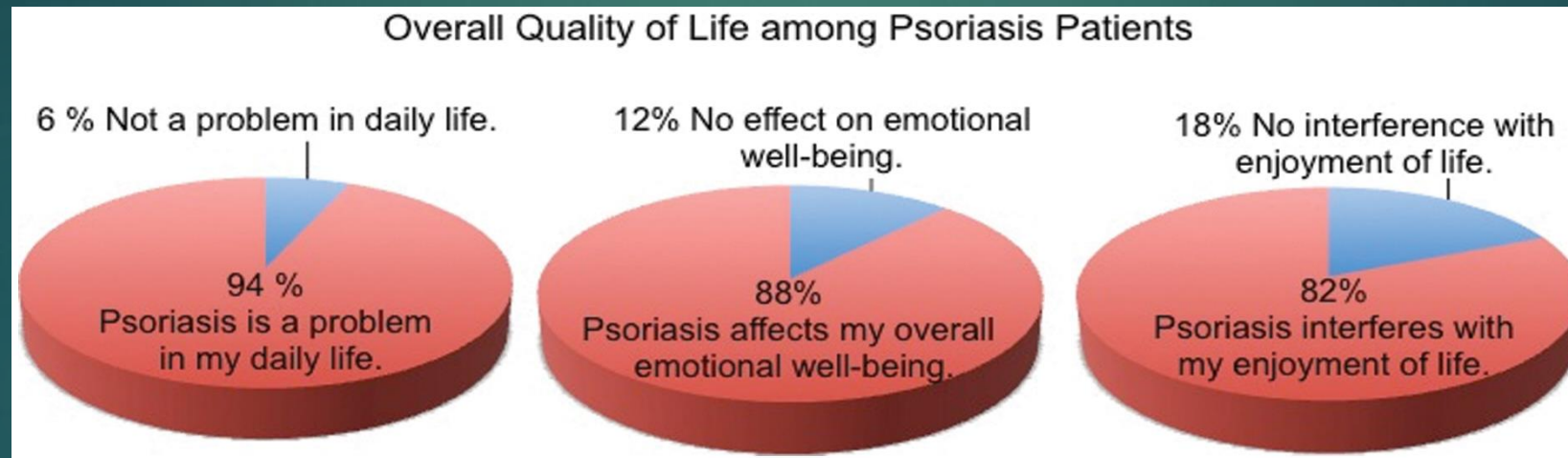
Nihal TEZEL,¹ Ozlem YILMAZ TASDELEN,¹ Hatice BODUR,¹ Ulker GUL,² Seray KULCU CAKMAK,² Isil Deniz OGUZ² and Erdem KARABULUT³

¹Departments of Physical Medicine and Rehabilitation, Ankara Numune Education and Research Hospital, ²Dermatology, Ankara Numune Education and Research Hospital, and ³Department of Biostatistics, Hacettepe University, Ankara, Turkey

	PsA (1)	Ps (2)	Control (3)	P
VAS-pain	2.34 ± 2.71	0.95 ± 2.02		1-2 < 0.05
PASI	3.54 ± 4.37	4.70 ± 4.95	0	1-2 n.s.
PSAQoL	6.85 ± 5.37	6.99 ± 5.88	3.29 ± 4.23	1-2 n.s. 1-3 < 0.05 2-3 < 0.05
HAQ-S	0.49 ± 0.5	0.23 ± 0.46	0.12 ± 0.26	1-2 < 0.05 1-3 < 0.05 2-3 n.s.
DAREA	4.1 ± 6.39			
DAS28	2.47 ± 2.48			
BASDAI	0.95 ± 1.29			
ASDAS-CRP	0.29 ± 0.13			
ESR (mm/h)	15.17 ± 17.04	9.24 ± 10.36	10.61 ± 8.62	1-2 n.s. 1-3 n.s. 2-3 n.s.
CRP (mg/dL)	1.10 ± 1.29	0.67 ± 0.34	0.59 ± 0.23	1-2 n.s. 1-3 < 0.05 2-3 n.s.
MASES	0.76 ± 1.78	0.02 ± 0.15	0	1-2 < 0.05. 1-3 < 0.05. 2-3 n.s.

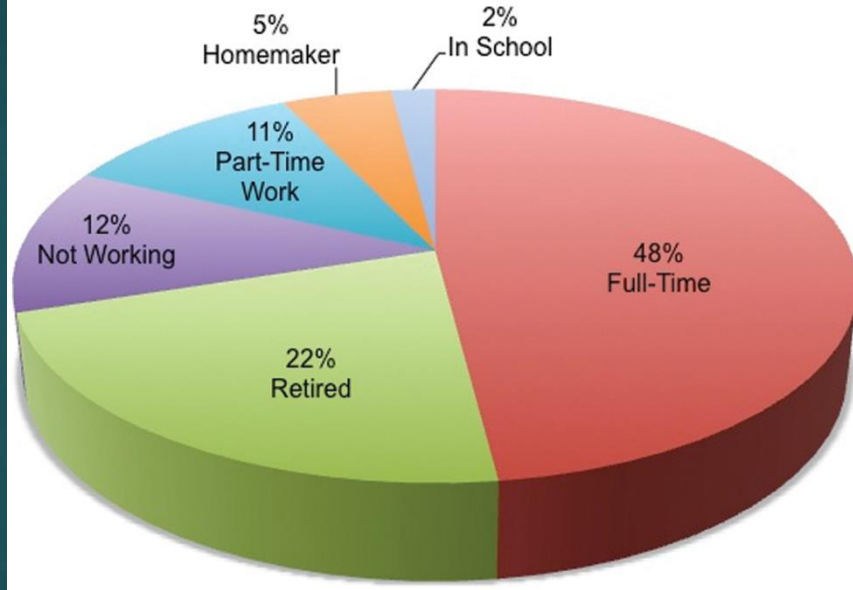
Conclusion: Patients with Ps and PsA had worse quality of life and patients with PsA had worse functional status than healthy individuals. Although Ps patients with arthritis had a worse functional status than the ones without arthritis, quality of life according to PSAQoL was found to be similar between them.

Quality of Life and Work Productivity Impairment among Psoriasis Patients: Findings from the National Psoriasis Foundation Survey Data 2003–2011

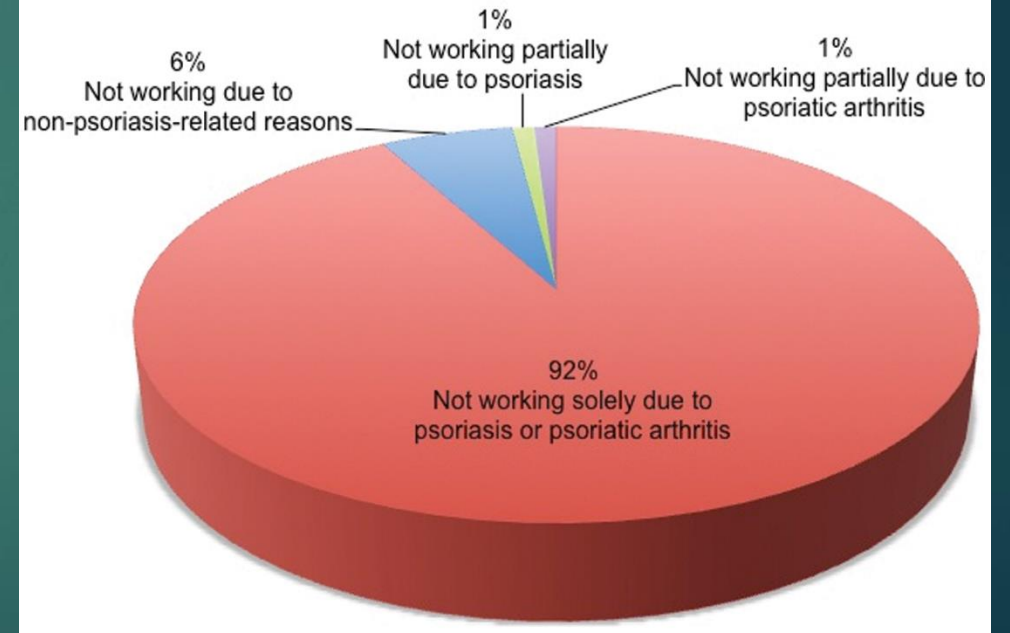


Quality of Life and Work Productivity Impairment among Psoriasis Patients: Findings from the National Psoriasis Foundation Survey Data 2003–2011

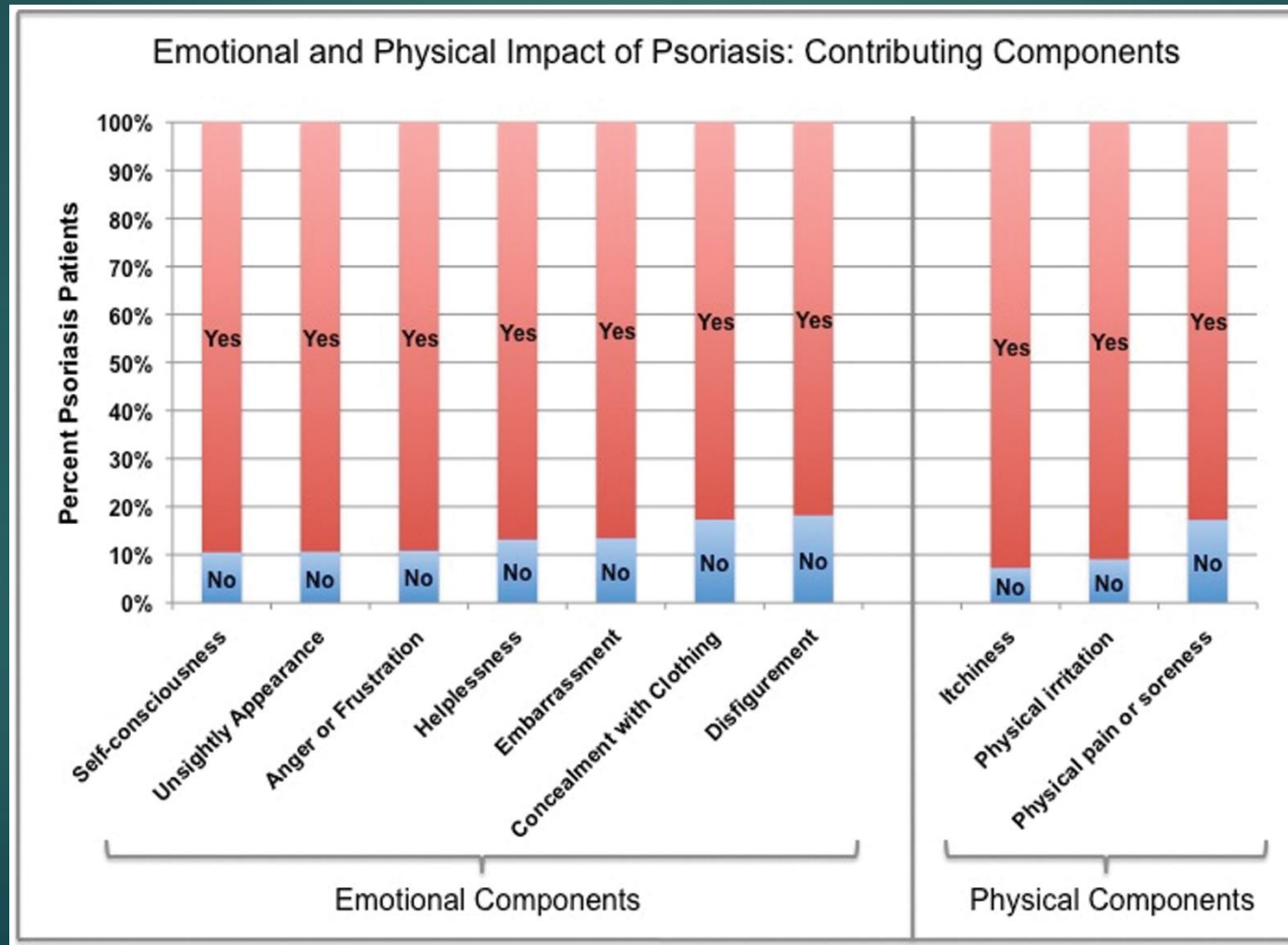
Work Status among Psoriasis Patients



Reasons for Not Working among Psoriasis Patients



Quality of Life and Work Productivity Impairment among Psoriasis Patients: Findings from the National Psoriasis Foundation Survey Data 2003–2011





The Multinational Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis (MAPP)

Patient perspectives in the management of psoriasis: Results from the population-based Multinational Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis Survey

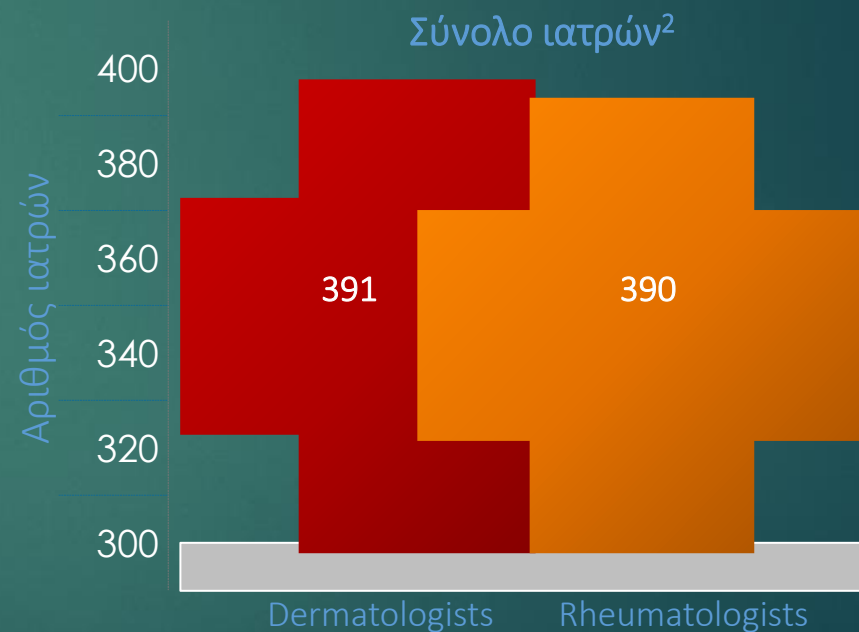
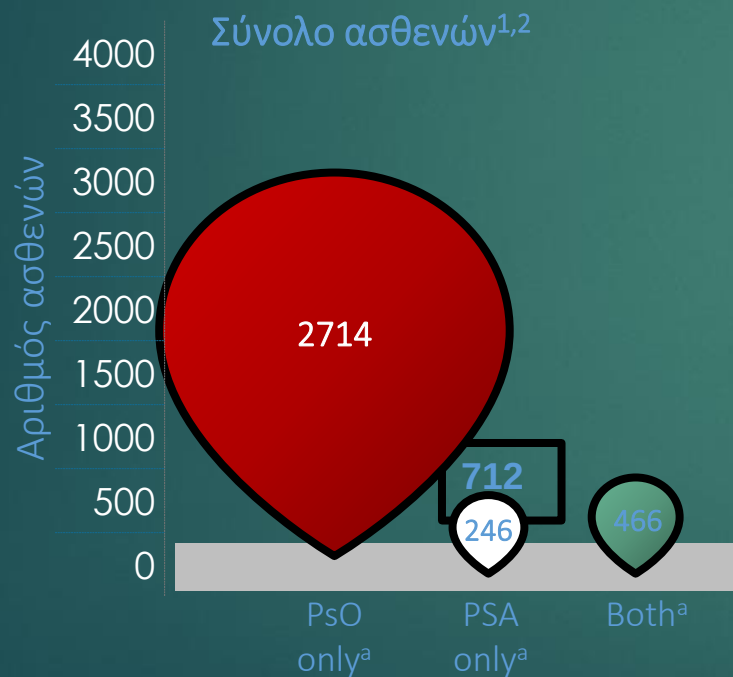
Mark G. Lebwohl, MD,^a Hervé Bachelez, MD, PhD,^b Jonathan Barker, MD, FRCP, FRCPath,^c
Giampiero Girolomoni, MD,^d Arthur Kavanaugh, MD,^e Richard G. Langley, MD, FRCPC, FACP,^f
Carle F. Paul, MD, PhD,^g Lluís Puig, MD, PhD,^h Kristian Reich, MD,ⁱ and Peter C. M. van de Kerkhof, MD, PhD^j
*New York, New York; Paris and Toulouse, France; London, United Kingdom; Verona, Italy; La Jolla,
California; Halifax, Nova Scotia, Canada; Barcelona, Spain; Hamburg, Germany; and Nijmegen,
The Netherlands*

Σχεδιασμός της έρευνας MAPP



The Multinational Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis (MAPP)

- Τηλεφωνική έρευνα με 140.000 κλήσεις
- 2.714 από τους ερωτηθέντες απάντησαν ότι ήταν διαγνωσμένοι με Ψωρίαση
- Μεταξύ αυτών που ερωτήθηκαν, 712 ανέφεραν ότι είχαν διαγνωστεί με Ψωριασική Αρθρίτιδα με ή χωρίς ταυτόχρονη ψωρίαση PsA



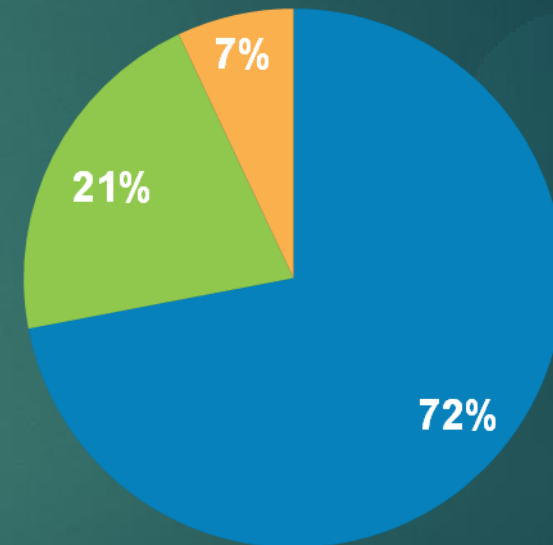
1. Lebwohl et al. *J Am Acad Dermatol*. 2014;70:871.
2. van de Kerkhof et al *JEADV* 2015 April 16 E-pub

PsO-psoriasis; PsA-psoriatic arthritis.
^aReflects patients' self-reported diagnoses.

Αναφέρθηκε σημαντική καθυστέρηση από την έναρξη των συμπτωμάτων ως τη διάγνωση ψωρίασης και ψωριασικής αρθρίτιδας

- ▶ Συνολικά, **79%** των ασθενών είχε διάγνωση ψωρίασης, ενώ **21%** είχε διάγνωση ΨΑ με ή χωρίς ψωρίαση
- ▶ Η μέση καθυστέρηση από την εμφάνιση των συμπτωμάτων ως τη διάγνωση της ψωρίασης ήταν **2 έτη**
 - ▶ Η μέση ηλικία διάγνωσης ήταν τα **34 έτη**
- ▶ Για τους ασθενείς με ΨΑ, η μέση καθυστέρηση από την εμφάνιση των συμπτωμάτων ως τη διάγνωση της ψωρίασης ήταν **5 έτη**
 - ▶ Η μέση ηλικία διάγνωσης της ΨΑ ήταν τα **44 έτη**

Ασθενείς με ταυτόχρονη διάγνωση ψωρίασης και Ψωριασικής Αρθρίτιδας



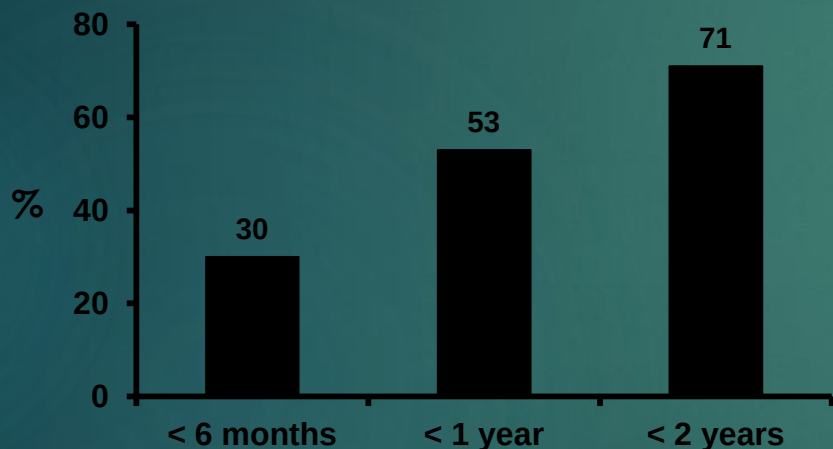
- Εμφάνιση πρώτων συμπτωμάτων στο δέρμα
- Εμφάνιση πρώτων συμπτωμάτων στις αρθρώσεις
- Ταυτόχρονη εμφάνισης συμπτωμάτων από το δέρμα και τις αρθρώσεις

Καθυστέρηση στην διάγνωση της ΨΑ

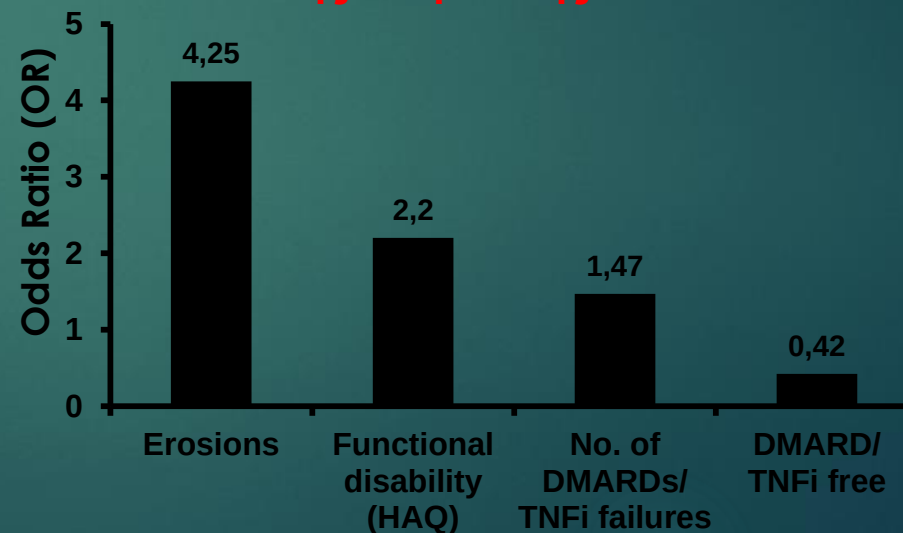
Καθυστέρηση από την εμφάνιση των συμπτωμάτων, μέχρι την διάγνωση της ΨΑ από Ρευματολόγο:

1 έτος

**Ασθενείς με ΨΑ
που επισκέφθηκαν Ρευματολόγο, πριν:**

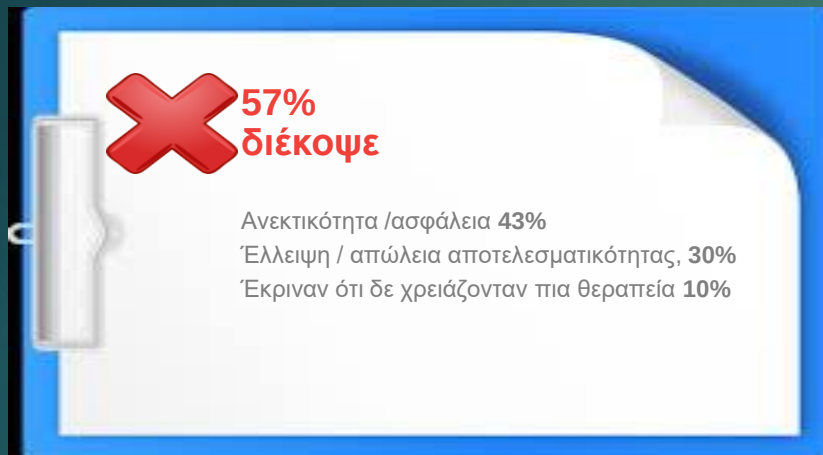


**Επιπτώσεις από την καθυστέρηση
της διάγνωσης > 6 months**

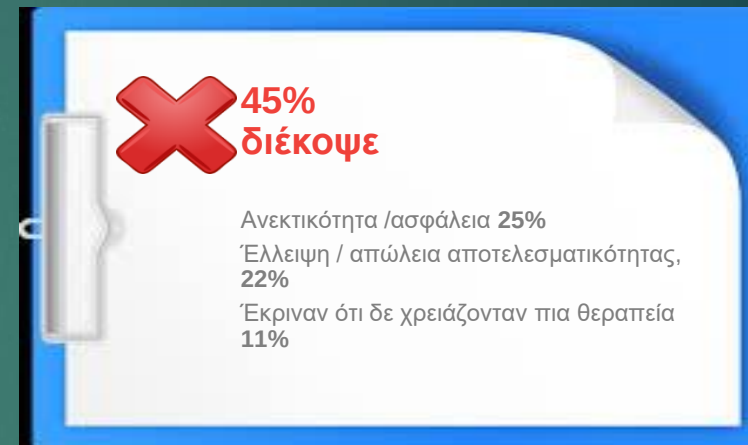


Οι πιο συχνοί λόγοι διακοπής της θεραπείας σχετίζονταν με ζητήματα για την ασφάλεια ή με την απώλεια αποτελεσματικότητας

► cDMARDs



► bDMARDs



50% των ασθενών ανέφερε πως τόσο οι κλασσικές συστηματικές όσο και οι βιολογικές θεραπείες ήταν δύσκολες και κουραστικές:

- Από του στόματος: ΑΕ, μη πρακτικές θεραπείες με ανάγκη για συνεχή εργαστηριακό έλεγχο
- Βιολογικά: προβληματισμός/φόβος για τις ενέσεις, δυσκολία στην προετοιμασία των ενέσεων†, ΑΕ

46% των ασθενών δήλωσε πως η χρήση των διαθέσιμων θεραπειών έχει βαρύτερο φορτίο για αυτούς από ότι η ίδια η νόσος

- 50% εξέφρασε ανησυχία για τη μακρόχρονη ασφάλεια όλων των θεραπειών

Drugs in PsA

NSAIDs

cDMARDs

- ▶ Methotrexate
- ▶ Leflunomide
- ▶ Sulfasalazine
- ▶ Cyclosporine

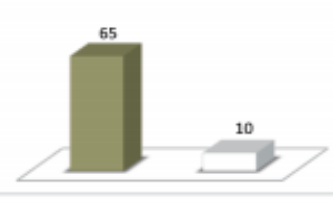
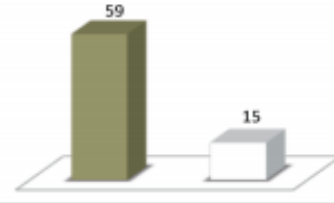
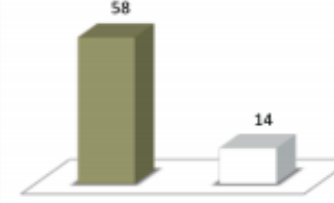
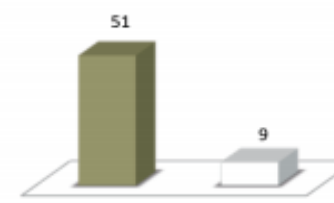
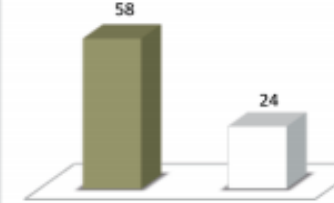
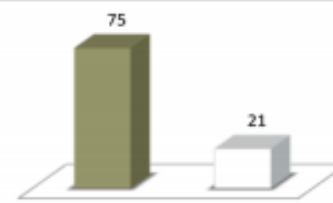
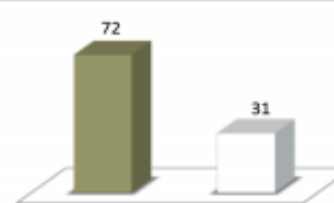
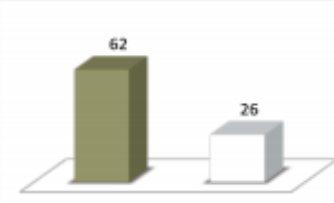
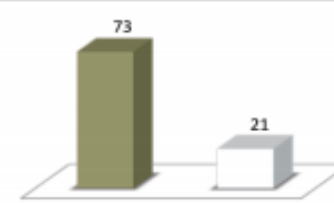
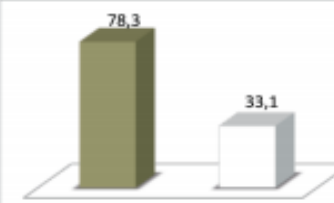
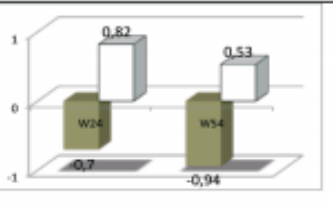
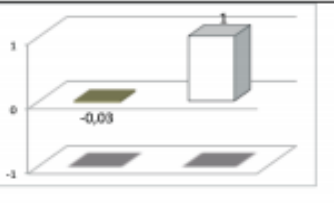
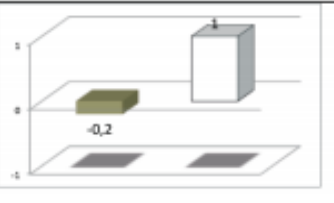
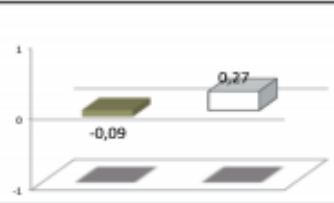
tDMARDs

Apremilast

bDMARDs

- ▶ Adalimumab
- ▶ Certolizumab Pegol
- ▶ Etanercept
- ▶ Golimumab
- ▶ Infliximab (biosimilar)
- ▶ Ustekinumab
- ▶ Secukinumab

Anti-TNFi

	Infliximab (IMPACT ⁴¹)	Etanercept (Mease et al. ⁴⁴ , PRESTA ⁴⁶)	Adalimumab (ADEPT ⁴⁷)	Golimumab (Go-Reveal ⁵⁰)	Certolizumab (RAPID-PsA ⁵¹)
ACR20 response [%]	 Week 16	 Week 12	 Week 12	 Week 14	 Week 12
PsARC response [%]	 Week 16	 Week 12	 Week 12	 Week 14	 Week 24
Radiographic Progression	 Weeks 24 and 54 Modified TTS	 Week 12 Total Sharp Score (TTS)	 Week 24 Modified Total Sharp Score (TTS)	 Week 14 Modified Total Sharp Score (TTS)	No progression in mTTS more common than in placebo group p<0,001 Week 24 Modified Total Sharp Score (mTSS)
Enthesitis	Infliximab: 22% (W14), 20% (W24) Placebo: 34% (W14), 37% (W24) % of patients with enthesitis	Etanercept (PRESTA): 73.7% (week 12) IMPACT Index % improvement to Baseline	ADEPT: improvement in ADA-group but no significant changes IMPACT Index	Golimumab (50mg, week 14): 50% Placebo: 0% Modified MASES Median change from baseline	Certolizumab (200mg): -2 (week 24) vs Placebo: -1.1 LEEDS Enthesitis Index LEI mean change from baseline
Dactylitis	Infliximab: 18% (W14), 12% (W24) Placebo: 30% (W14), 34% (W24) No of patients with ≥ 1 dactylitis digit (%)	Etanercept (PRESTA) 74.3% (weeks 12) scored 0-3 % improvement to baseline	ADEPT: n.s. Gladman et al.: significant change % of dactylitis in ≥4 digits of hand and feet	Golimumab (50mg, week 14): 76% Placebo: 0% No of patients with dactylitis/no assessed (%); median change from BL	Certolizumab (200mg): -40.7 (week 24) Placebo: -22 LEEDS DACTYLITIS INDEX Mean change from baseline
Skin PASI75	Infliximab (week 16): 86% Placebo: 12%	Etanercept (week 12): 23% Placebo: 3%	Adalimumab (week 24): 59% Placebo: 1%	Golimumab (50mg): 40% (week 14) Golimumab (100mg): 58% (week 14) Placebo: 3%	Certolizumab (200mg): 62.2% (week 24) Placebo: 15.1%

Anti-TNF switching

- ▶ Six of seven studies testing between lines found significant differences in effectiveness between earlier and subsequent lines of anti-TNF therapy
- ▶ Danish registry patients were less likely to respond (American College of Rheumatology 20 % or 50 % response) to a second anti-TNF course if safety, rather than lack of effect, caused them to switch (odds ratio [OR] 0.04; $p = 0.003$ and OR 0.05; $p = 0.03$, respectively).

Ustekinumab Secukinumab

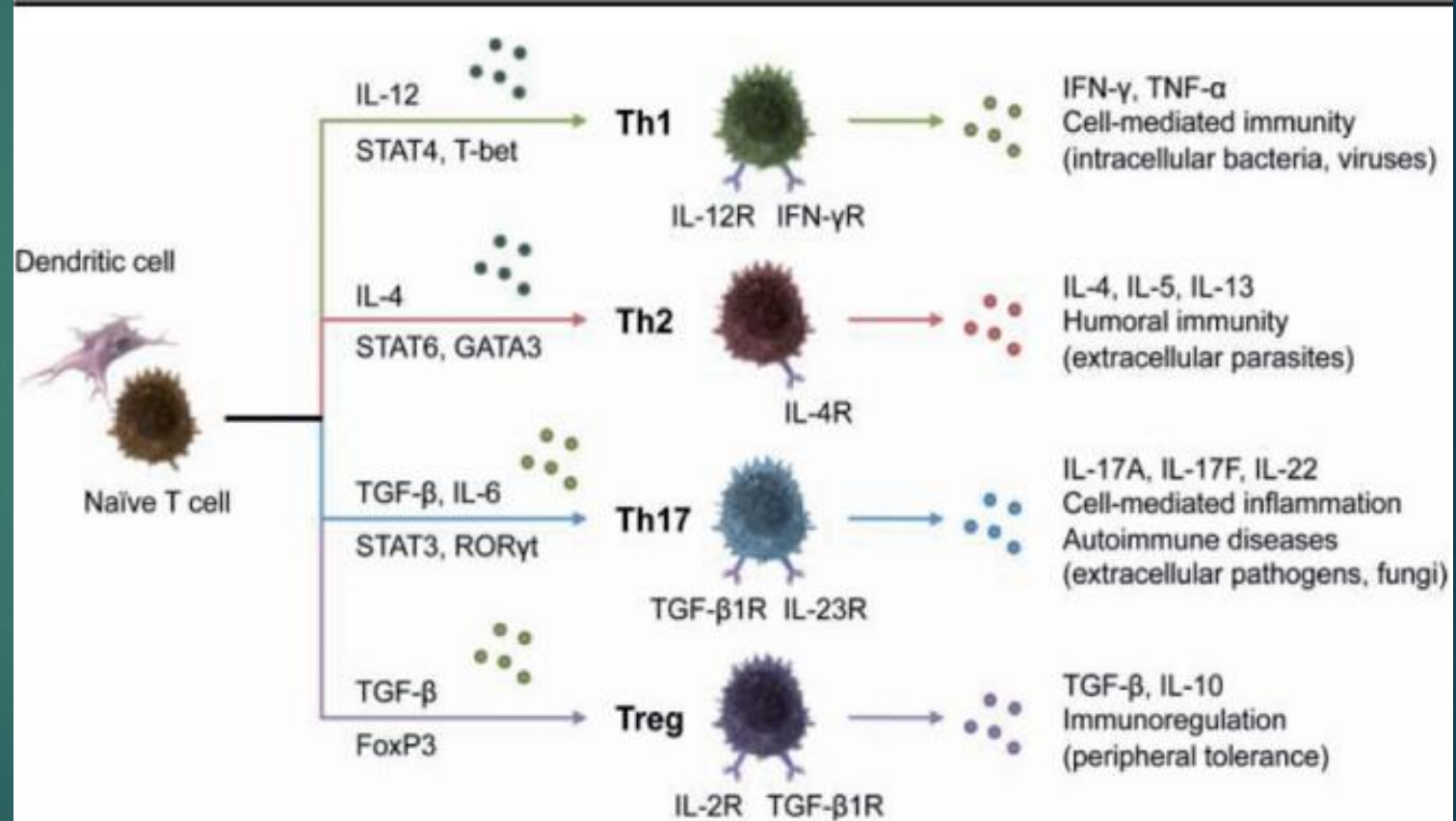
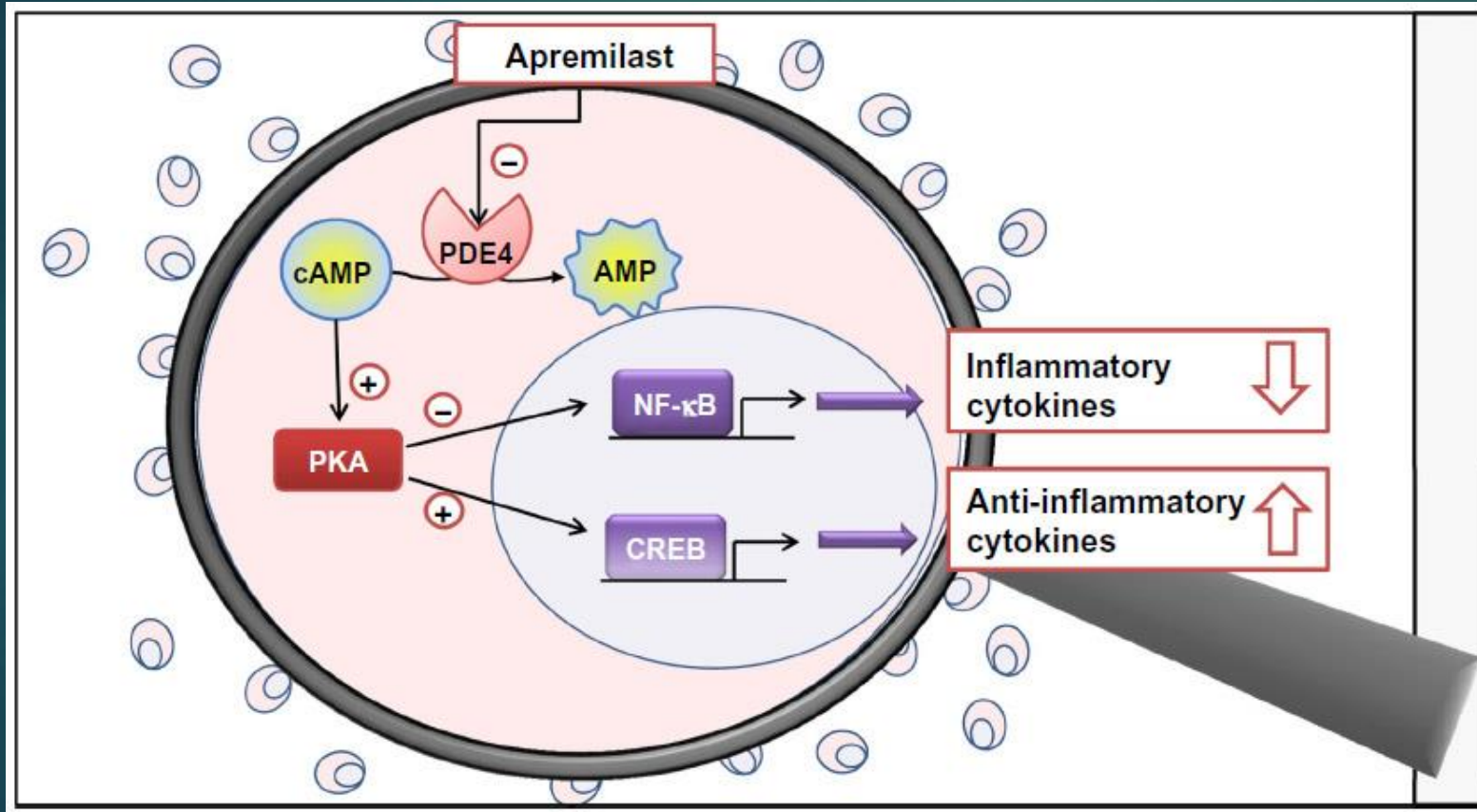


Fig. 1. T Cell differentiation pathways (19).

Apremilast

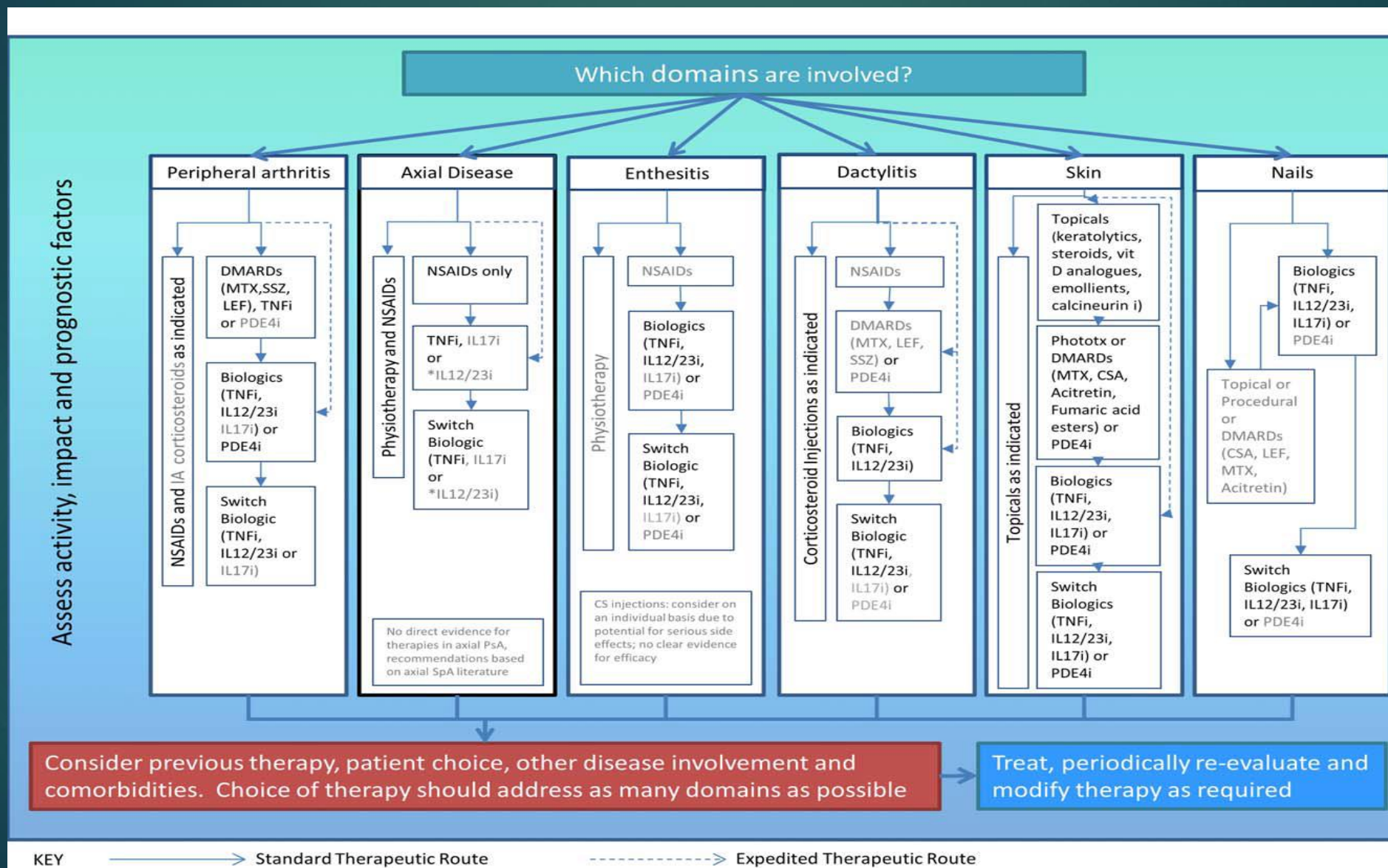


- ✓ small molecule inhibitor of PDE4
- ✓ reduced production of pro-inflammatory mediators like TNF, IFN- γ , IL-12/23p40, IL-23p19, IL-17A, and IL-22
- ✓ increased production of IL-6 and IL-10.

EULAR recommendations – 2015 update

Overarching principles		Level of agreement (mean±SD)
A.	PsA is a heterogeneous and potentially severe disease, which may require multidisciplinary treatment	9.6±1.1
B.	Treatment of patients with PsA should aim at the best care and must be based on a shared decision between the patient and the rheumatologist, considering efficacy, safety and costs	9.2±1.7
C.	Rheumatologists are the specialists who should primarily care for the musculoskeletal manifestations of patients with PsA; in the presence of clinically significant skin involvement a rheumatologist and a dermatologist should collaborate in diagnosis and management	9.5±0.8
D.	The primary goal of treating patients with PsA is to maximise health-related quality of life, through control of symptoms, prevention of structural damage, normalisation of function and social participation; abrogation of inflammation is an important component to achieve these goals	9.6±1.0
E.	When managing patients with PsA, extra-articular manifestations, metabolic syndrome, cardiovascular disease and other comorbidities should be taken into account	9.5±1.0

GRAPPA Recommendations



GRAPPA Recommendations

Table 3. Considerations for treatment of patients with psoriatic arthritis and concomitant comorbidities*

	NSAIDs	CS	HCQ	SSZ	MTX	LEF	CSA	Etan.	Adali- mumab	Inflix- imab	CZP	Goli- mumab	Uste- kinumab	Apremi- last
Cardiovascular disease	C	?	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI
Congestive heart failure	C	C	NI	NI	NI	NI	NI	C	C	C	C	C	NI	NI
Obesity	NI	NI	NI	NI	C	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI
Metabolic syndrome	NI	C	NI	NI	C	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI
Diabetes	NI	C	NI	NI	C	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI
Ulcerative colitis	?	NI	NI	A	NI	NI	OL	NI	A	A	NI	A	NI	NI
Crohn's disease	?	NI	NI	A	OL	NI	NI	NI	A	A	A	NI	NI	NI
Uveitis	NI	P†	NI	NI	NI	NI	NI	?	P	P	NI	NI	NI	NI
Osteoporosis	NI	C	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI
Malignancy	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	C	C	C	C	C	?	NI
Fatty liver disease	C	NI	NI	C	C	C	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI
Chronic kidney disease	C	NI	NI	NI	C	?	SM	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI
Depression	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	?
Chronic hepatitis B‡	C	NI	NI	NI	C	C	NI	SM	SM	SM	SM	SM	?	NI
Chronic hepatitis C‡	C	NI	NI	NI	C	C	NI	?/P	?	?	?	?	?	NI
HIV	NI	NI	NI	NI	NI	NI	NI	SM	SM	SM	SM	SM	?	NI

Φάρμακα που επάγουν:

Ψωρίαση

Table 2
Drug-provoked psoriasis: Reported agents

MOST COMMONLY ASSOCIATED AGENTS

Beta blockers^{4,11-26}

Lithium^{4,27,29,31,35-50}

Antimalarials^{4,51-55,57}

OTHER ASSOCIATED AGENTS

Antibiotics^{4,58-66}

Nonsteroidal anti-inflammatory agents^{4,11,67-69}

Angiotensin-converting enzyme inhibitors^{64,70}

Interferons⁶⁹

Terbinafine^{64,69}

Benzodiazepines⁶⁹

LESS COMMONLY REPORTED AGENTS

Enoxacin¹¹

11

➤ Κορτικοστεροειδή

➤ anti-TNF

- ✓ παράδοξο φαινόμενο
- ✓ infliximab
- ✓ επανεμφάνιση του φαινομένου μετά από switching

Αρθρίτιδα

- ✓ Neotigason

ΨΑ: Φορτίο της νόσου

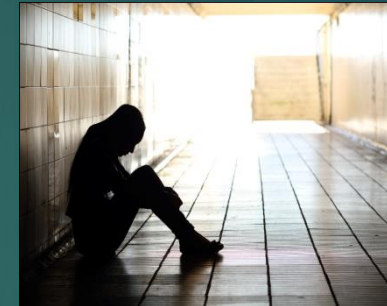
Φυσική λειτουργία



Παραγωγικότητα



Κοινωνική λειτουργία



Επίδραση της ΨΑ στις καθημερινές δραστηριότητες με σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής

PsA patients* reported the greatest difficulties in these everyday tasks...

26%
Bending down to
pick up clothing



18%
Walking outdoors on
flat ground



15%
Dressing
themselves



15%
Getting in and out
of bed/the car



...although other everyday tasks were also problematic*

12%
Washing and drying
their body



8%
Turning taps
on and off



7%
Lifting a full cup or
glass to their mouth



Impact of PsA on patient quality of life increased with number of affected joints

Η διατμηματική διαχείριση της ψωρίασης και της ΨΑ σε κοινό δερματολογικό/ρευματολογικό ιατρείο

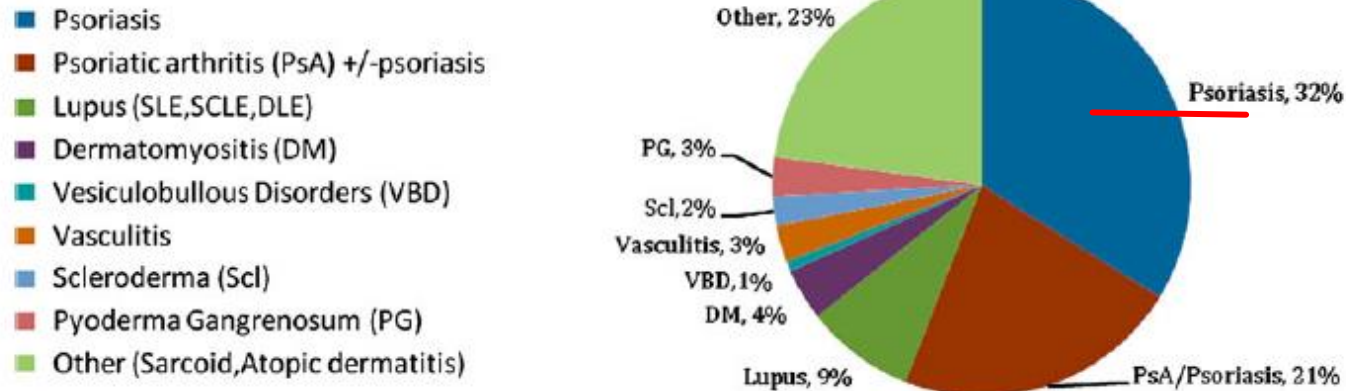


Fig. 2 Percentage of patients with the following diagnoses over a six-year period. The most common diagnoses were psoriasis and psoriatic arthritis (PsA)

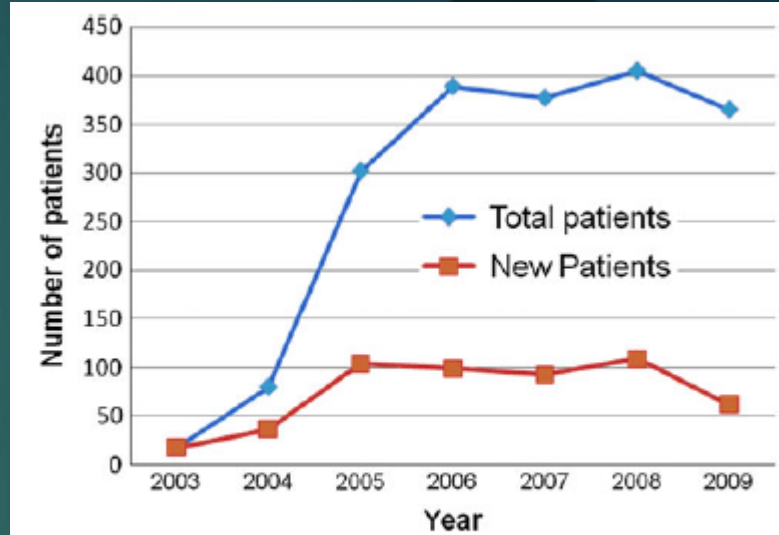


Fig. 1 Growth of the multidisciplinary clinic over a six-year period. Number of new and total patients seen each year between 2003–2009

- Visit in a multidisciplinary clinic resulted in a revised diagnosis that differed from the previous diagnosis at outside clinics in **46%** of cases.
- Multidisciplinary care may facilitate the diagnosis of joint disease and offers a more comprehensive treatment approach for patients with both psoriasis and PsA.

Evaluation in a combined dermatology and rheumatology clinic allows for a unique blend of expertise and experience that may provide comprehensive care for these high-risk patients.

Βελτίωση της διάγνωσης της Ψωριασικής Αρθρίτιδας

- Πρώιμη παραπομπή σε Ρευματολόγο
- Εφαρμογή screening ερωτηματολογίων
- Εφαρμογή βελτιωμένων διαγνωστικών τεχνικών (US, MRI)

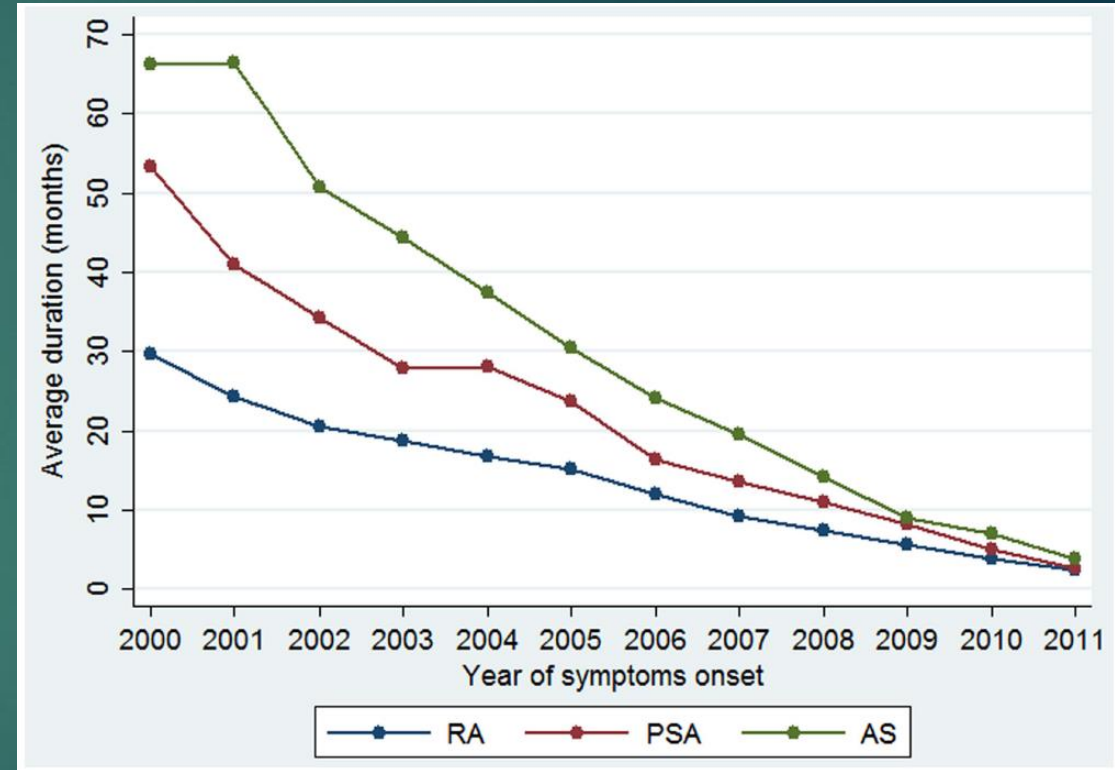
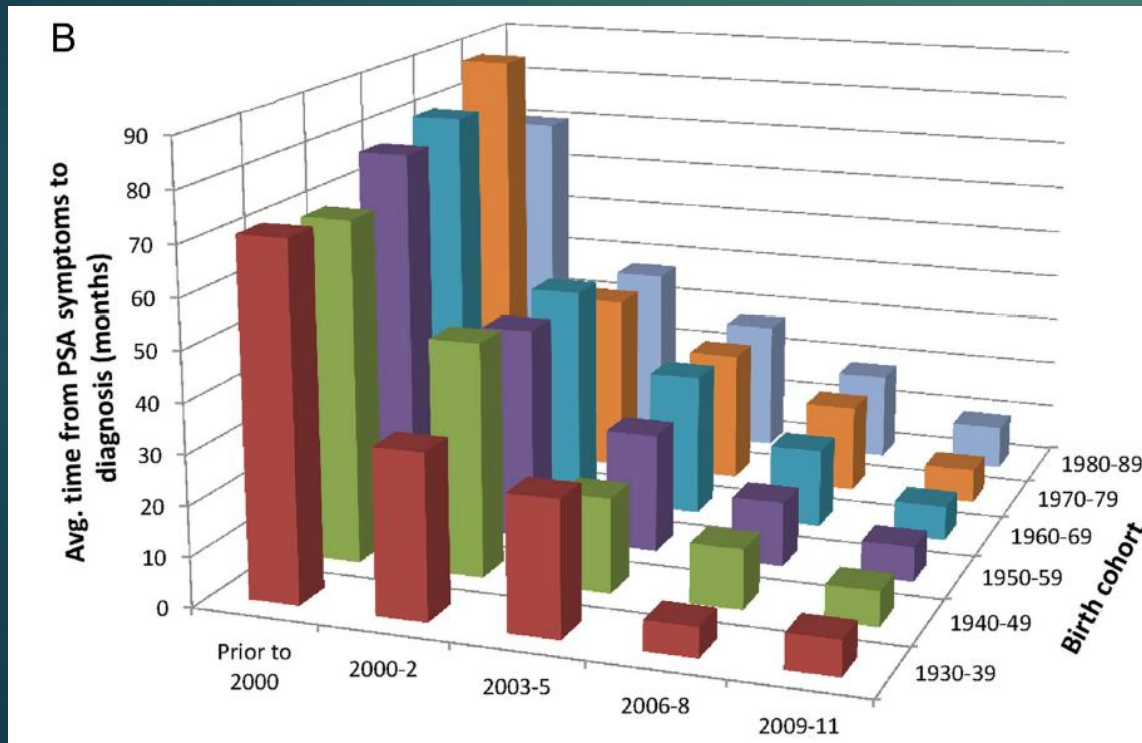


Figure 4 Time from symptom onset to diagnosis from the year 2000 to the year 2011 in 10 416 patients with rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis and ankylosing spondylitis adjusted for gender, birth year and year of entry into DANBIO.

Συμπερασματικά...

Ψωριασική αρθρίτιδα

- ✓ Υψηλό φορτίο της νόσου
- ✓ Συχνή εμφάνιση συννοσηροτήτων
- ✓ Πολλαπλές κυτοκίνες εμπλέκονται στην παθοφυσιολογία της νόσου
- ✓ Μεγάλη ετερογένεια των εκδηλώσεων και των συμπτωμάτων
- ✓ Σημαντική επίδραση στην καθημερινότητα και στην ποιότητα ζωής
- ✓ Η συνεργασία διαφορετικών ειδικοτήτων μπορεί να βελτιώσει σημαντικά την διάγνωση και τη διαχείριση της νόσου
- ✓ Υψηλό φορτίο από τις υπάρχουσες θεραπείες



© National Psoriasis Foundation

ευχαριστώ