



ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

**ΑΥΤΟΤΕΛΕΣ ΤΜΗΜΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ
ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΩΝ ΚΑΙ ΜΗΤΡΩΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ**

**ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ**

ΨΩΡΙΑΣΙΚΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

2024

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	2
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΩΝ.....	4
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΨΩΡΙΑΣΙΚΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ (ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΠΡΟΣΒΟΛΗ).....	5
ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ	5
ΒΗΜΑΤΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ	6
ΒΗΜΑ 1	6
ΒΗΜΑ 2	6
ΒΗΜΑ 3.....	7
ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ.....	10
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	11
ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΔΕΙΚΤΗΣ ΕΝΕΡΓΟΤΗΤΑΣ DAPSA.....	11
ΠΙΝΑΚΑΣ 2: ΚΑΤΗΓΟΡΙΟΠΟΙΗΣΗ ΕΝΕΡΓΟΤΗΤΑΣ ΝΟΣΟΥ.....	12
ΠΙΝΑΚΑΣ 3: ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΕΣ ΔΟΣΕΙΣ ΣΥΝΘΕΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ (csDMARDs).....	13
ΠΙΝΑΚΑΣ 4: ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΕΣ ΔΟΣΕΙΣ ΒΙΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ (bDMARDs).....	13
ΠΙΝΑΚΑΣ 5: ΣΥΝΙΣΤΩΜΕΝΕΣ ΔΟΣΕΙΣ ΣΤΟΧΕΥΜΕΝΩΝ ΣΥΝΘΕΤΙΚΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ (tsDMARDs).....	15
ΣΧΗΜΑ 1: ΣΧΗΜΑΤΙΚΗ ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ ΨΑ.....	16
ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	17

Επιστημονική Ομάδα Εργασίας για την ολοκλήρωση και επικαιροποίηση των Διαγνωστικών και Θεραπευτικών Πρωτοκόλλων Συνταγογράφησης για τα Ρευματολογικά Νοσήματα.

ΒΑΣΙΛΟΠΟΥΛΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ (Συντονιστής), Ρευματολόγος, Καθηγητής Παθολογίας-Ρευματολογίας, Ιατρική Σχολή Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών (Ε.Κ.Π.Α.), Διευθυντής Β΄ Πανεπιστημιακής Παθολογικής Κλινικής και Υπεύθυνος Μονάδας Κλινικής Ανοσολογίας-Ρευματολογίας, Γ.Ν.Α. «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟ».

ΚΑΡΟΚΗΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ, Ρευματολόγος, Πρόεδρος Ελληνικής Ρευματολογικής Εταιρείας και Επαγγελματικής Ένωσης Ρευματολόγων Ελλάδος.

ΣΦΗΚΑΚΗΣ ΠΕΤΡΟΣ, Ρευματολόγος, Καθηγητής Παθολογίας-Ρευματολογίας, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Διευθυντής Α΄ Προπαιδευτικής Παθολογικής Κλινικής και Μονάδας Ρευματολογίας, Γ.Ν.Α. «ΛΑΪΚΟ».

ΜΠΟΥΜΠΑΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ, Ρευματολόγος, Καθηγητής Παθολογίας-Ρευματολογίας, Ιατρική Σχολή Ε.Κ.Π.Α., Δ΄ Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική, Π.Γ.Ν. «ΑΤΤΙΚΟΝ».

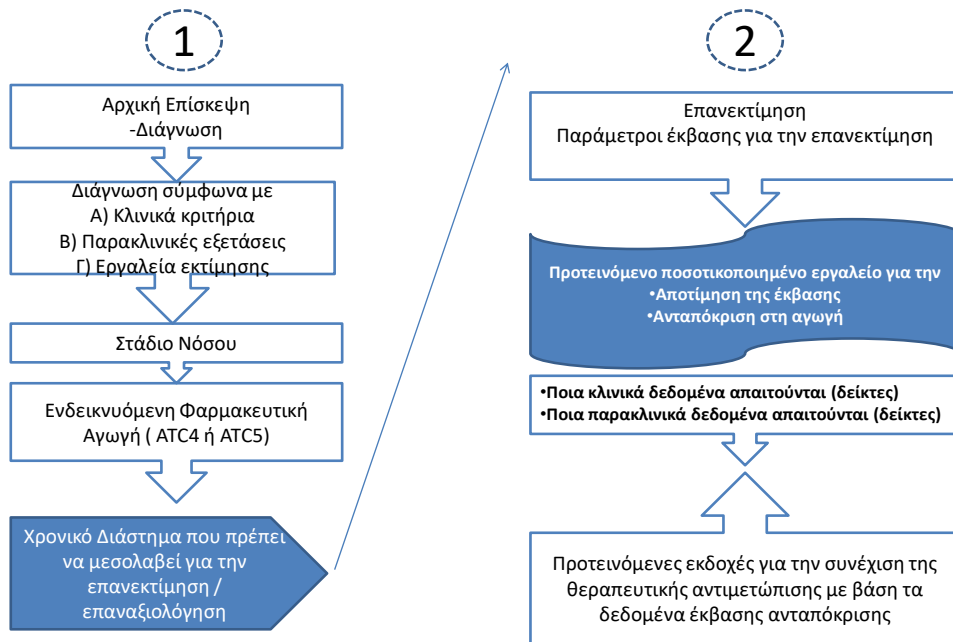
ΜΗΤΡΟΥ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ, Ειδικός Παθολόγος - Διαβητολόγος, Διδάκτωρ Πανεπιστημίου Αθηνών, Προϊσταμένη Αυτοτελούς Τμήματος Θεραπευτικών Πρωτοκόλλων και Μητρώων Ασθενών του Υπουργείου Υγείας.

ΘΗΡΑΙΟΣ ΕΛΕΥΘΕΡΙΟΣ, Γενικός/Οικογενειακός Ιατρός, Διευθυντής Ε.Σ.Υ., Κ.Υ. Βάρης, Προϊστάμενος Γενικής Διεύθυνσης ΟΔΙΠΥ Α.Ε., Γενικός Γραμματέας της Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών.

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ
ΤΣΑΠΑΡΙΚΟΥ ΔΗΜΗΤΡΑ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΩΝ

ΠΡΟΤΥΠΟ ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΥ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ



ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΨΩΡΙΑΣΙΚΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑΣ (ΠΕΡΙΦΕΡΙΚΗ ΠΡΟΣΒΟΛΗ)

Η **Ψωριασική Αρθρίτιδα (ΨΑ)** εκδηλώνεται είτε ως Αξονική Σπονδυλαρθρίτιδα (**ΑΞΣΠΑ**), είτε ως αρθρίτιδα των περιφερικών αρθρώσεων (**περιφερική προσβολή**) είτε με προσβολή και των 2 (περιφερικών αρθρώσεων και αξονικού σκελετού).

Η **ΑΞΣΠΑ** σε ασθενείς με ΨΑ αντιμετωπίζεται με βάση το θεραπευτικό πρωτόκολλο της ΑΞΣΠΑ.

ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

1. Η θεραπεία της νόσου γίνεται πάντα από τον **ρευματολόγο** σε συνεργασία και με τη σύμφωνη γνώμη του καλά ενημερωμένου **ασθενούς**.
2. Η έναρξη της θεραπείας πρέπει να γίνεται **άμεσα με τη διάγνωση της νόσου** για τη καλύτερη αποτελεσματικότητα της αρχικής θεραπευτικής αγωγής και τη πρόληψη μόνιμων βλαβών.
3. Η εκτίμηση της ενεργότητας της νόσου και της αποτελεσματικότητας της θεραπείας γίνεται με καθιερωμένους **δείκτες ενεργότητας της νόσου** όπως ο **DAPSA** (Disease Activity in Psoriatic Arthritis Score, Παράρτημα, Πίνακας 1).
4. Στόχοι της θεραπευτικής αγωγής σε ασθενείς με περιφερική προσβολή είναι η **ύφεση (DAPSA < 4)** ή **χαμηλή ενεργότητα (DAPSA < 14)** της νόσου (Παράρτημα, Πίνακας 2).
5. Για την επίτευξη των παραπάνω θεραπευτικών στόχων, απαιτείται η συχνή παρακολούθηση των ασθενών, κάθε **1-3 μήνες** (ασθενείς με μέτρια/υψηλή ενεργότητα νόσου) ή **3-6 μήνες** (ασθενείς με χαμηλή ενεργότητα/ύφεση της νόσου).
6. Η αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής αγωγής εκτιμάται **3-6 μήνες** μετά την έναρξη ή την τροποποίηση της.
7. **Κριτήριο αλλαγής ή διακοπής της θεραπείας** αποτελεί η αδυναμία επίτευξης χαμηλής ενεργότητας νόσου (**DAPSA < 14**)
8. Οι θεραπευτικές αποφάσεις λαμβάνονται πάντα με βάση την **ενεργότητα της νόσου**, τις **προτιμήσεις του ασθενούς**, την **παρουσία ή όχι μόνιμων αρθρικών βλαβών**, τη **συνύπαρξη άλλων παθήσεων** (συννοσηρότητες) και την **εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών** από τη χορηγούμενη αγωγή.

ΒΗΜΑΤΑ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

ΒΗΜΑ 1

1. Η **αρχική θεραπευτική αγωγή** περιλαμβάνει τη χορήγηση συμβατικών συνθετικών τροποποιητικών της νόσου αντιρρευματικών φαρμάκων (**csDMARDs**) ως **μονοθεραπεία**:

A. Η 1^η επιλογή είναι η χορήγηση **μεθοτρεξάτης (MTX)**, δόση: 15-25 mg/εβδομάδα pos ή υποδορίως-SC) σε συνδυασμό με φυλλικό οξύ (5 mg/εβδομάδα pos).

B. Σε αντένδειξη χορήγησης ή δυσανεξίας/τοξικότητας της MTX, χορηγείται **λεφλουνομίδη (LEF)** ή **σουλφασαλαζίνη (SSZ)**.

ΒΗΜΑ 2

1. Επί **αποτυχίας της μονοθεραπείας με το 1^ο csDMARD**, χορηγείται:

α. 1^ο βιολογικό (b)DMARD (με ή χωρίς csDMARD)

Anti-TNFs (αλφαβητικά)

Adalimumab

Certolizumab Pegol

Etanercept

Golimumab

Infliximab

ή

Anti-IL12/23

Ustekinumab

ή

Anti-IL23

Guselkumab

Risankizumab

ή

Anti-IL17

Bimekizumab

Ixekizumab

Secukinumab

ή

Αναστολέας συνδιέγερσης

Abatacept

ή

Αντίστοιχο εγκεκριμένο βιοομοειδές

β. 1^ο Στοχευμένο συνθετικό (ts)DMARD (με ή χωρίς csDMARD)

Αναστολέας φωσφοδιεστεράσης-4

Apremilast

ή

Αναστολέας Janus Kinase (JAK)

Tofacitinib

Upadacitinib

γ. Μονοθεραπεία με 2^ο csDMARD

MTX ή
LEF ή
SSZ

2. Επί αδυναμίας χορήγησης csDMARDs, χορηγείται **μονοθεραπεία** με:

α. 1^ο bDMARD

Anti-TNFs (αλφαβητικά)

Adalimumab
Certolizumab Pegol
Etanercept
Golimumab
Infliximab

ή

Anti-IL12/23

Ustekinumab

ή

Anti-IL-23

Guselkumab
Risankizumab

ή

Anti-IL17

Bimekizumab
Ixekizumab
Secukinumab

ή

Αναστολέας συνδιέγερσης

Abatacept

ή

Αντίστοιχο εγκεκριμένο βιοομοειδές

β. 1^ο tsDMARD

Αναστολέας φωσφοδιεστεράσης-4

Apremilast

ή

Αναστολέας JAK

Tofacitinib
Upadacitinib

ΒΗΜΑ 3

1. Επί: **αποτυχίας του 1^{ου} bDMARD**, χορηγείται:

α. 2^ο bDMARD (με ή χωρίς csDMARD)

Anti-TNFs (αλφαβητικά)

Adalimumab
Certolizumab Pegol
Etanercept

Golimumab
Infliximab
ή
Anti-IL12/23
Ustekinumab
ή
Anti-IL23
Guselkumab
Risankizumab
ή
Anti-IL17
Bimekizumab
Ixekezumab
Secukinumab
ή
Αναστολέας συνδιέγερσης
Abatacept
ή
Αντίστοιχο εγκεκριμένο βιοομοειδές

β. 1^ο tsDMARD

Αναστολέας φωσφοδιεστεράσης-4
Apremilast
ή
Αναστολέας JAK
Tofacitinib
Upadacitinib

2. Επί: **αποτυχίας του 1^{ου} tsDMARD**, χορηγείται:

α. 1^ο bDMARD:

Anti-TNFs (αλφαβητικά)
Adalimumab
Certolizumab Pegol
Etanercept
Golimumab
Infliximab
ή
Anti-IL12/23
Ustekinumab
ή
Anti-IL-23
Guselkumab
Risankizumab
ή
Anti-IL17
Bimekizumab
Ixekezumab
Secukinumab
ή

Αναστολέας συνδιέγερσης
Abatacept
ή
Αντίστοιχο εγκεκριμένο βιοομοειδές

β. 2^ο tsDMARD

Αναστολέας φωσφοδιεστεράσης-4
Apremilast
ή
Αναστολέας JAK
Tofacitinib
Upadacitinib

3. Επί: **αποτυχίας του 2^{ου} csDMARD**, χορηγείται:

α. 1^ο bDMARD

Anti-TNFs (αλφαβητικά)
Adalimumab
Certolizumab Pegol
Etanercept
Golimumab
Infliximab
ή
Anti-IL12/23
Ustekinumab
ή
Anti-IL-23
Guselkumab
Risankizumab
ή
Anti-IL17
Bimekizumab
Ixekizumab
Secukinumab
ή
Αναστολέας συνδιέγερσης
Abatacept
ή
Αντίστοιχο εγκεκριμένο βιοομοειδές

β. 1^ο tsDMARD

Αναστολέας φωσφοδιεστεράσης-4
Apremilast
ή
Αναστολέας JAK
Tofacitinib
Upadacitinib

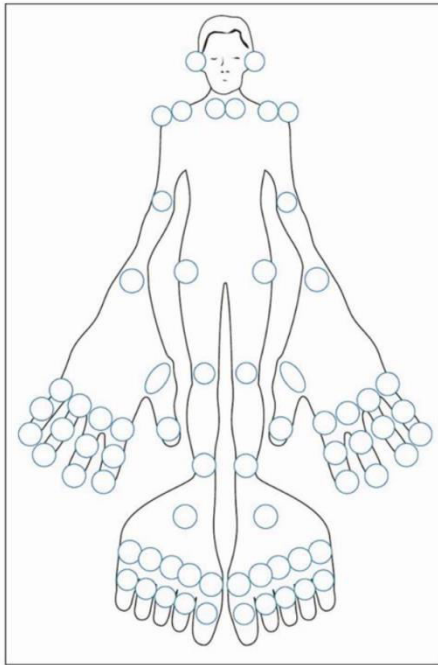
ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

1. Η **μεθοτρεξάτη** και η **σουλφασαλαζίνη** δεν έχουν επίσημη ένδειξη για τη θεραπεία της ΨΑ (η μεθοτρεξάτη έχει μόνο για την ψωρίαση) αλλά υπάρχουν κλινικά δεδομένα για τη δράση τους στην ΨΑ και συνιστάται η χορήγησή τους.
2. Η δόση της **μεθοτρεξάτης** πρέπει να αυξάνεται σταδιακά έως τα 20-25 mg/εβδομάδα (σε απουσία τοξικότητας) για την επίτευξη του θεραπευτικού στόχου. Σε δόσεις μεγαλύτερες των 15 mg, προτιμάται η υποδόρια χορήγηση του φαρμάκου.
3. Σε ασθενείς με **ήπια αρθρίτιδα**, μπορεί να χορηγηθούν αρχικά Μη Στεροειδή Αντιφλεγμονώδη Φάρμακα (ΜΣΑΦ) για συμπτωματική ανακούφιση ή/και τοπικές εγχύσεις κορτικοειδών.
4. Σε ασθενείς με συνυπάρχουσα **συμπτωματική ενθεσίτιδα**, που δεν ανταποκρίνεται σε χορήγηση ΜΣΑΦ ή τοπική έγχυση κορτικοστεροειδών, χορηγούνται **bDMARDs** ή **tsDMARDs**, χωρίς να απαιτείται η χορήγηση csDMARDs (Βήμα 1).
5. Σε ασθενείς με συνυπάρχουσα **μέτρια έως σημαντική Ψωρίαση** συνιστάται η συνεργασία με Δερματολόγο για την χρησιμοποίηση των βιολογικών παραγόντων (bDMARDs) στις δόσεις και σχήματα που χρησιμοποιούνται στην Ψωρίαση.
6. Η χορήγηση του αναστολέα συνδιέγερσης **Abatacept** ενδείκνυται μόνο για ασθενείς με ΨΑ και προηγούμενη αποτυχία στην μεθοτρεξάτη, για τους οποίους δεν απαιτείται πρόσθετη συστηματική θεραπεία για την ψωρίαση.
7. Σε **αποτυχία** του **βιολογικού φαρμάκου αναφοράς (bDMARD)**, δεν συνιστάται η αλλαγή στο αντίστοιχο βιοομοειδές (και αντιστρόφως).
8. Σε ασθενείς με **παρατεινόμενη ύφεση/ανενεργό νόσο**, μπορεί να επιχειρηθεί σταδιακή μείωση της δόσης ή αύξησης του μεσοδιαστήματος χορήγησης των **bDMARDs** ή **tsDMARDs**.
9. Τα μέχρι τώρα δεδομένα **δεν υποστηρίζουν τη πλήρη διακοπή των bDMARDs ή tsDMARDs**.

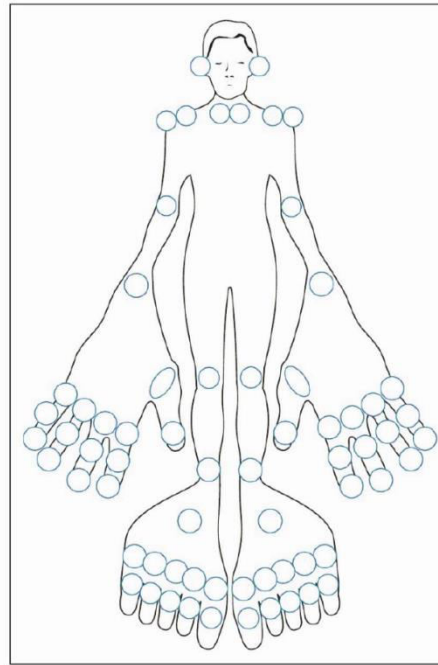
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Πίνακας 1: Δείκτης ενεργότητας DAPSA

(Disease Activity in PSoriatic Arthritis score)



Αριθμός ευαίσθητων αρθρώσεων
(TJC: 0-68)



Αριθμός διογκωμένων αρθρώσεων
(SJC: 0-66)

Παράμετροι	
Αριθμός ευαίσθητων αρθρώσεων (0-68)	
Αριθμός διογκωμένων αρθρώσεων (0-66)	
Συνολική εκτίμηση ασθενούς για την ενεργότητα της νόσου (0-10) (τελευταία εβδομάδα)	
Εκτίμηση ασθενούς για το επίπεδο του αρθρικού πόνου (0-10) (τελευταία εβδομάδα)	
CRP (mg/dL) (0-10)	
Σύνολο	

Πίνακας 2: Κατηγοριοποίηση ενεργότητας νόσου

(με βάση τον δείκτη DAPSA)

Με βάση το δείκτη DAPSA, η νόσος κατηγοριοποιείται ότι βρίσκεται σε:

0	4	14	28
Υφεση	Χαμηλή ενεργότητα	Μέτρια ενεργότητα	Υψηλή ενεργότητα

Πίνακας 3: Συνιστώμενες δόσεις συνθετικών παραγόντων (csDMARDs)

- **Methotrexate** 7.5-25 mg pos ή SC ανά εβδομάδα
(σε συνδυασμό με φυλλικό οξύ, 5 mg/εβδομάδα pos)
- **Leflunomide** 10-20 mg/ημέρα pos
- **Sulfasalazine** 2-3 gm/ημέρα pos

Πίνακας 4: Συνιστώμενες δόσεις βιολογικών παραγόντων (bDMARDs)

A. Anti-TNFs

- **Adalimumab (ADA)** 40 mg SC κάθε 2 εβδομάδες
- **Certolizumab Pegol (CZP)** 400 mg SC τις εβδομάδες 0, 2 και 4 (φόρτιση) και ακολούθως 200 mg SC κάθε 2 εβδομάδες ή 400 mg κάθε 4 εβδομάδες
- **Etanercept (ETN)** 50 mg SC κάθε εβδομάδα
- **Golimumab (GOL)** Σωματικό βάρος (ΣΒ) < 100 Kg: 50 mg SC κάθε μήνα
ΣΒ > 100 Kg: Ασθενείς που δεν επιτυγχάνουν επαρκή κλινική ανταπόκριση μετά από 3 ή 4 δόσεις με 50 mg SC κάθε μήνα, μπορεί να αυξήσουν τη δόση σε 100 mg μία φορά το μήνα
- **Infliximab (INFL)** **Ενδοφλέβια μορφή**
5 mg/Kg ενδοφλεβίως (IV) τις εβδομάδες 0, 2 και 6 (φόρτιση) και ακολούθως κάθε 8 εβδομάδες

Υποδόρια μορφή
Φόρτιση με 5 mg/Kg IV τις εβδομάδες 0 και 2 και από την εβδομάδα 6 και μετά, χορήγηση 120 mg SC κάθε 2 εβδομάδες

B. Anti-IL12/23

- **Ustekinumab (UST):** ΣΒ ≤ 100 Kg:
45 mg SC (1^η δόση) και μετά 4 εβδομάδες (2^η δόση).
Στη συνέχεια, 45 mg κάθε 12 εβδομάδες

ΣΒ > 100 Kg:
90 mg SC (1^η δόση) και μετά 4 εβδομάδες (2^η δόση).
Στη συνέχεια, 90 mg κάθε 12 εβδομάδες

Γ. Anti-IL23

- **Guselkumab (GUS)** 100 mg SC τις εβδομάδες 0 και 4 και στη συνέχεια κάθε 8 εβδομάδες

Για τους ασθενείς που διατρέχουν υψηλό κίνδυνο αρθρικής βλάβης σύμφωνα με την κλινική κρίση, μπορεί να εξεταστεί το ενδεχόμενο χορήγησης δόσης 100 mg κάθε 4 εβδομάδες

- **Risankizumab (RIS)** 150 mg SC τις εβδομάδες 0 και 4 και στη συνέχεια κάθε 12 εβδομάδες.

Δ. Anti-IL17

- **Bimekizumab (BKZ)** 160 mg SC κάθε 4 εβδομάδες

Σε ασθενείς με: - **Μέτρια-σοβαρή ψωρίαση**

320 mg SC (2 ενέσεις των 160 mg) κάθε 4 εβδομάδες έως την Εβδομάδα 16 (Εβδομάδα: 0, 4, 8, 12, 16) και στη συνέχεια κάθε 8 εβδομάδες.

Μετά από 16 εβδομάδες, σε μη επαρκή κλινική ανταπόκριση της αρθρίτιδας, μπορεί να εξεταστεί το ενδεχόμενο αλλαγής στη δόση των 160 mg κάθε 4 εβδομάδες.

- **Ixekizumab (IXE)** 160 mg SC (2 ενέσεις των 80 mg) την Εβδομάδα 0 και στη συνέχεια 80 mg SC κάθε 4 εβδομάδες

Σε ασθενείς με - **Μέτρια-σοβαρή ψωρίαση**

160 mg SC (2 ενέσεις των 80 mg) την Εβδομάδα 0,
80 mg SC τις Εβδομάδες 2, 4, 6, 8, 10 και 12 και στη συνέχεια
80 mg SC κάθε 4 εβδομάδες

- **Secukinumab (SEC)**: 150 mg SC κάθε εβδομάδα για τις εβδομάδες 0, 1, 2, 3 και 4 (5 ενέσεις) και μετά κάθε 4 εβδομάδες

Με βάση την κλινική ανταπόκριση, η δόση μπορεί να αυξηθεί στα 300 mg SC κάθε 4 εβδομάδες

Σε ασθενείς με: - **Προηγούμενη αποτυχία σε anti-TNFs**

- **Μέτρια-σοβαρή ψωρίαση**

300 mg SC κάθε εβδομάδα για τις εβδομάδες 0, 1, 2, 3 και 4 (5 ενέσεις) και μετά κάθε 4 εβδομάδες

Ε. Αναστολέας συνδιέγερσης

- **Abatacept (ABA)** < 60 Kg: 500 mg IV,
≥60 - ≤100 Kg: 750 mg IV,
> 100 Kg: 1000 mg IV
κάθε 4 εβδομάδες
ή
125 mg SC κάθε εβδομάδα

Η χορήγηση του αναστολέα συνδιέγερσης **Abatacept** ενδείκνυται μόνο για ασθενείς με ΨΑ και προηγούμενη αποτυχία στην μεθοτρεξάτη, για τους οποίους δεν απαιτείται πρόσθετη συστηματική θεραπεία για την ψωρίαση.

Τα αντίστοιχα βιοομοειδή χορηγούνται με την ίδια δόση με τα βιολογικά φάρμακα αναφοράς.

Πίνακας 5: Συνιστώμενες δόσεις στοχευμένων συνθετικών παραγόντων (tsDMARDs)

A. Αναστολείς φωσφοδιεστεράσης-4

- Apremilast (APRE) 30 mg pos 2 φορές την ημέρα, μετά από ειδικό δοσολογικό σχήμα τιτλοποίησης 6 ημερών

Δοσολογικό σχήμα τιτλοποίησης

Ημέρα 1	Ημέρα 2	Ημέρα 3	Ημέρα 4	Ημέρα 5	Ημέρα 6 & στη συνέχεια
10 mg (πρωί)	10 mg (πρωί) 10 mg (βράδυ)	10 mg (πρωί) 20 mg (βράδυ)	20 mg (πρωί) 20 mg (βράδυ)	20 mg (πρωί) 30 mg (βράδυ)	30 mg (πρωί) 30 mg (βράδυ)

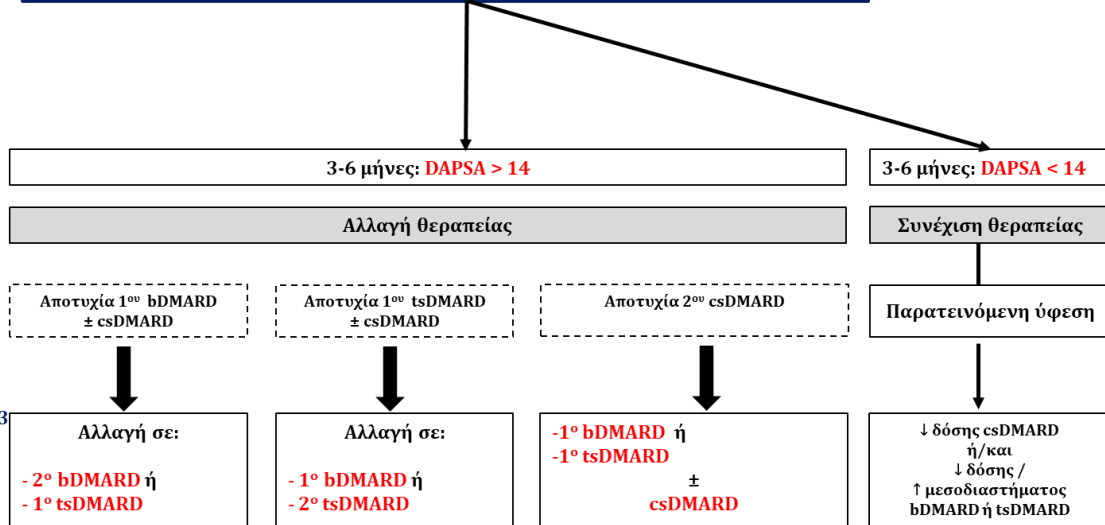
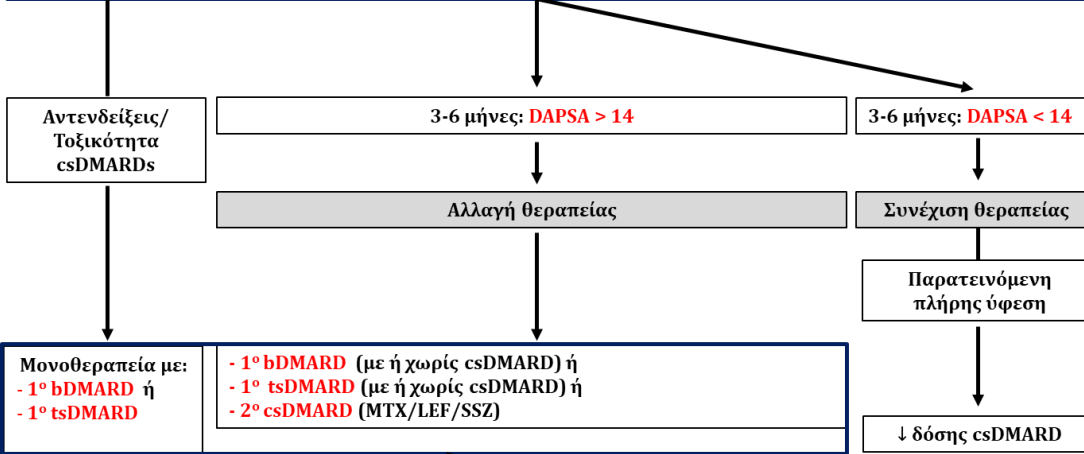
B. Αναστολείς JAK

- Tofacitinib 5 mg 2 φορές την ημέρα pos (TAB) ή 11 mg 1 φορά την ημέρα pos (PR. TAB)

5 mg 1 φορά την ημέρα pos, σε ειδικές ομάδες ασθενών:
 - κάθαρση κρεατινίνης: <30 mL/min
 - ασθενείς με μέτρια ηπατική δυσλειτουργία/Child-Pugh B
 - ασθενείς υπό αγωγή με αναστολείς του κυτοχρώματος P450 (π.χ. κετοконаζόλη, φλουκοναζόλη)
- Upadacitinib (UPA) 15 mg 1 φορά την ημέρα pos

Σχήμα 1: Σχηματική απεικόνιση θεραπευτικού πρωτοκόλλου ΨΑ

ΒΗΜΑ 1



bDMARDs

Anti-TNFs (ADA, CZP, ETN, GOL, INFL)
Anti-IL12/23 (UST)
Anti-IL23 (GUS, RIS)
Anti-IL17 (BKZ, IXE, SEC)
Αναστολέας συνδιέγερσης (ABA)
Αντίστοιχο εγκεκριμένο βιοομοειδές

tsDMARDs

Αναστολέας φωσφοδιεστεράσης-4 (APRE)
Αναστολείς JAK (TOFA, UPA)

csDMARDs: Συμβατικά συνθετικά τροποποιητικά της νόσου αντιρευματικά φάρμακα

bDMARDs: Βιολογικά τροποποιητικά της νόσου αντιρευματικά φάρμακα

Anti-TNFs: Αναστολείς παράγοντα νέκρωσης όγκων, ADA: Adalimumab, CZP: Certolizumab pegol, ETN: Etanercept, GOL: Golimumab, INFL: Infliximab
Anti-IL12/23: Αναστολείς ιντερλευκίνης 12/23, UST: Ustekinumab
Anti-IL23: Αναστολείς ιντερλευκίνης 23, GUS: Guselkumab, RIS: Risankizumab
Anti-IL17: Αναστολείς ιντερλευκίνης 17, BKZ: Bimekizumab, IXE: Ixekizumab, SEC: Secukinumab
Αναστολέας συνδιέγερσης: ABA: Abatacept
Αντίστοιχο εγκεκριμένο βιοομοειδές

tsDMARDs: Στοχευμένα συνθετικά τροποποιητικά της νόσου αντιρευματικά φάρμακα

Αναστολέας φωσφοδιεστεράσης-4: APRE: Apremilast
Αναστολείς JAK (Janus Kinase): TOFA: Tofacitinib, UPA: Upadacitinib

ΕΠΙΛΕΓΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Σιδηρόπουλος Π. Επικαιροποίηση των συστάσεων της Ελληνικής Ρευματολογικής Εταιρείας για τη χρήση των βιολογικών παραγόντων στη ρευματοειδή αρθρίτιδα και τις σπονδυλαρθρίτιδες (2012). *Ελληνική Ρευματολογία* 2013;24(2):76-83.
2. Smolen JS, Schols M, Braun J et al. Treating axial spondyloarthritis and peripheral spondyloarthritis, especially psoriatic arthritis, to target: 2017 update of recommendations by an international task force. *Ann Rheum Dis* 2018; 77:3-17.
3. Gossec L, Smolen JS, Ramiro S et al. European League against Rheumatism (EULAR) recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2015 update. *Ann Rheum Dis* 2016; 75:499-510.
4. Coates LC, Kavanaugh A, Mease PJ et al. Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis 2015 Treatment Recommendations for Psoriatic Arthritis. *Arthritis Rheumatol* 2016; 68:1060-71.
5. Vassilopoulos D., Aslanidis S., Boumpas D. et al. Updated Greek Rheumatology Society Guidelines for the Management of Rheumatoid Arthritis. *Mediterr J Rheumatol* 2020; 31(Supp 1):163-71
6. Singh JA, Guyatt G, Ogdie A et al. 2018 American College of Rheumatology/National Psoriasis Foundation Guideline for the Treatment of Psoriatic Arthritis. *Arthritis Rheumatol* 2019; 71:5-32.
7. Gossec L, Baraliakos X, Kerschbaumer A et al. EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2019 update. *Ann Rheum Dis* 2020; 79:700-12.
8. Coates LC, Soriano ER, Corp N et al. Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis (GRAPPA): updated treatment recommendations for psoriatic arthritis 2021. *Nature Rev Rheumatol* 2022;18:465-79.
9. Gossec L, Kerschbaumer A, Ferreira RJO et al. EULAR recommendations for the management of psoriatic arthritis with pharmacological therapies: 2023 update. *Ann Rheum Dis* 2024; 83:706-19.