

# Αξονική προσβολή στην Ψωριασική αρθρίτιδα: Διαφέρει από την αξονική προσβολή στην Αγκυλοποιητική Σπονδυλίτιδα?

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ & ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ & ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

Εαρινές ημέρες  
**Ρευματολογίας**

13-15 Μαΐου 2022

Xenia Poros Image Hotel  
**ΠΟΡΟΣ**

Global Events  
www.globalevents.gr

ΑΘΗΝΑ  
Βασιλέως 2 & Λαμπ. Α. Συγγρού 166,  
11527 Καλλιθέα.  
T 210 3250240  
E info@globalvents.gr

ΑΘΗΝΑ  
Συγγρού 50Α, 25534 Παιτήια.  
T 2310 247743, 2310 24773  
F 2310 247746  
E info@globalvents.gr  
www.globalvents.gr

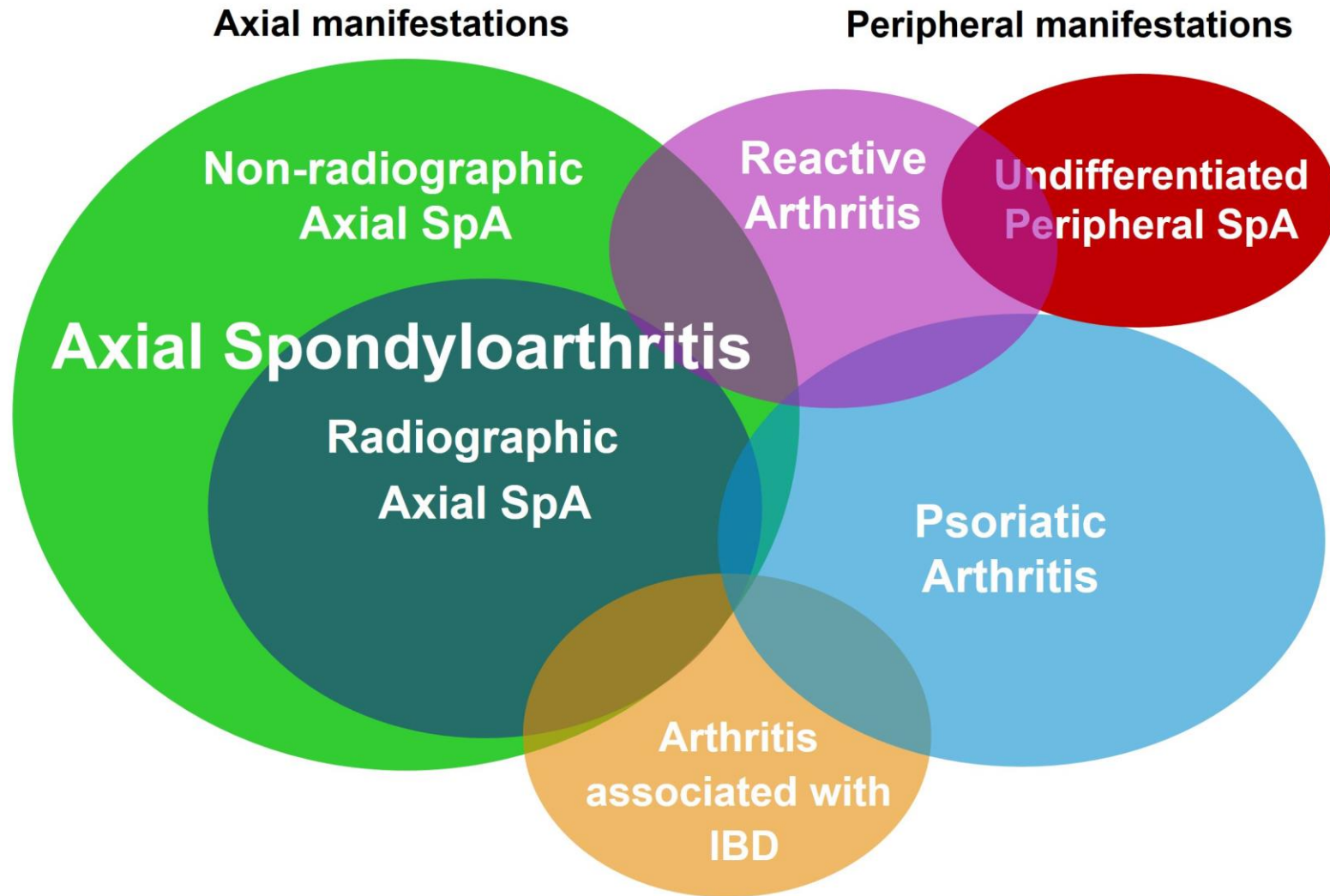
**ΜΑΡΙΑ Γ. ΚΩΝΣΤΑ**

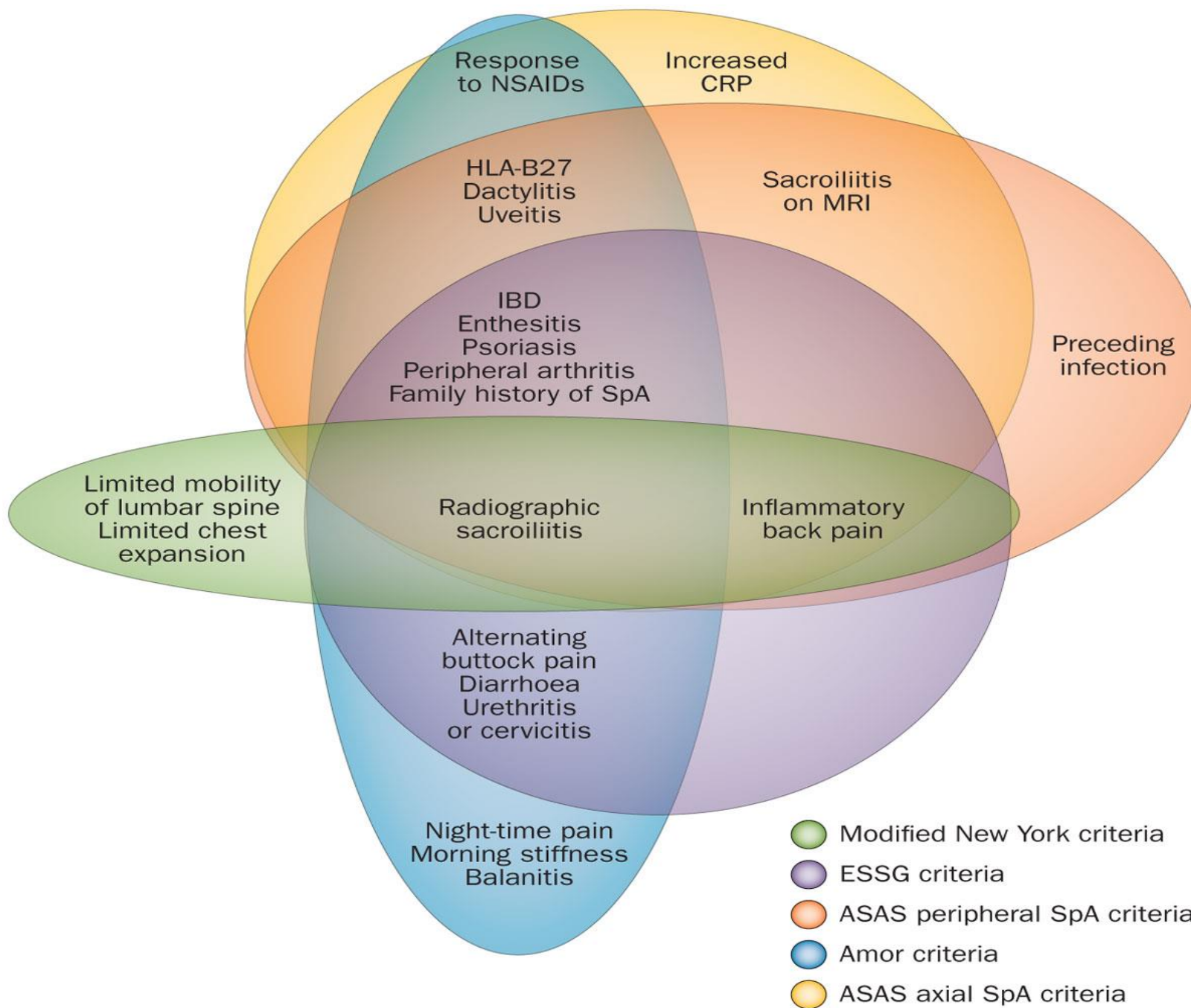
**ΕΠΙΜΕΛΗΤΡΙΑ Β' ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ-Γ.Ν.Α ΣΙΣΜΑΝΟΓΛΕΙΟ**

# Δήλωση Σύγκρουσης Συμφερόντων

- Δεν υπάρχει κάποια σύγκρουση συμφερόντων με κάποια φαρμακευτική εταιρεία που να επηρεάζει την παρουσίαση

# Spondyloarthritides (SpA)





## Αξονική ΨΑ – ΑΣ ( $\pm$ ψωρίαση)<sup>1</sup>

- ΑΣ ταυτοποιήθηκε στα τέλη του 17<sup>ου</sup> αιώνα
- 250 έτη αργότερα αναγνωρίστηκε η φλεγμονώδης οσφυαλγία ως ένα εκ των χαρακτηριστικών της ΨΑ
- 1973:περιγραφή αξονικής προσβολής στην ΨΑ<sup>2</sup>
- Μεμονωμένη σπονδυλίτιδα ► 2-5% ασθενών με ΨΑ
- Πολλοί ασθενείς με ΨΑ έχουν **παράλληλα** αξονική προσβολή & περιφερική αρθρίτιδα
- 10% ασθενών με ΑΣ έχουν ψωρίαση

1)Feld J, et. al.Nat Rev Rheumatol. 2018 Jun;14(6):363-371, 2) Moll JM, et. al. Semin Arthritis Rheum 1973;3:5578.





# Απουσία σαφούς ορισμού της Αξονικής ΨΑ<sup>1</sup>

- αρχικές μελέτες προϋπόθεταν ελάχιστα ακτινολογικά ευρήματα (ετερόπλευρη ιερολαγονίτιδα σταδίου II)
- μεταγενέστερες μελέτες: τροποποιημένα κριτήρια Νέας Υόρκης για ΑΣ ► 1) κλινικό κριτήριο 2) αυστηρότερα ακτινολογικά κριτήρια (αμφοτερόπλευρη ιερολαγονίτιδα σταδίου II ή ετερόπλευρη σταδίου >3)
- Μόνο 45% των ασθενών με Αξονική ΨΑ (ορισμένο με τα ακτινολογικά κριτήρια Νέας Υόρκης για ΑΣ ) είχε και κλινικά κριτήρια για αξονική νόσο
- Πρόσφατη μελέτη (*Jadon DR, et al. Ann Rheum Dis. 2017*) χρησιμοποίησε μόνο τα ακτινολογικά κριτήρια Νέας Υόρκης για ΑΣ ± παρουσία συνδεσμοφύτων για τη διάγνωση της Αξονικής ΨΑ
- περισσότερες μελέτες ► **συγχρονικές (cross-sectional) vs. 1** αναδρομική<sup>2</sup> & 2 προοπτικές μελέτες<sup>3,4</sup> ► καλύτερη ερμηνεία της νόσου

1)Feld J, et. al.Nat Rev Rheumatol. 2018 Jun;14(6):363-371

2)Feld J, et al. Semin Arthritis Rheum 2021 Apr;51(2):464-468

3)Chandran V, et al.J. Rheumatol. 2009; 36:2744–2750

4)Chandran V, et al. *J Rheumatol* 2010;37:809–15

# Axial Involvement in Psoriatic Arthritis cohort (AXIS)

 *Therapeutic Advances in Musculoskeletal Disease*

*Study Protocol*

## Axial Involvement in Psoriatic Arthritis cohort (AXIS): the protocol of a joint project of the Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS) and the Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis (GRAPPA)

Denis Poddubnyy , Xenofon Baraliakos, Filip Van den Bosch, Jürgen Braun, Laura C. Coates , Vinod Chandran, Torsten Diekhoff, Floris A. van Gaalen, Lianne S. Gensler, Niti Goel, Alice B. Gottlieb, Désirée van der Heijde, Philip S. Helliwell, Kay Geert A. Hermann, Deepak Jadon, Robert G. Lambert, Walter P. Maksymowych, Philip Mease, Peter Nash, Fabian Proft , Mikhail Protopopov, Joachim Sieper, Murat Torgutalp  and Dafna D. Gladman

*Abstract*

*Ther Adv Musculoskel Dis*

2021, Vol. 13: 1–11

DOI: 10.1177/  
1759720X211057975

© The Author(s), 2021.  
Article reuse guidelines:  
[sagepub.com/journals-permissions](https://sagepub.com/journals-permissions)

Correspondence to:  
**Denis Poddubnyy**  
Department of  
Gastroenterology,  
Infectious Diseases  
and Rheumatology  
(including Nutrition  
Medicine), Charité  
– Universitätsmedizin  
Berlin, Campus  
Benjamin Franklin,  
Hindenburgdamm 30,  
12203 Berlin, Germany.  
[denis.poddubnyy@charite.de](mailto:denis.poddubnyy@charite.de)

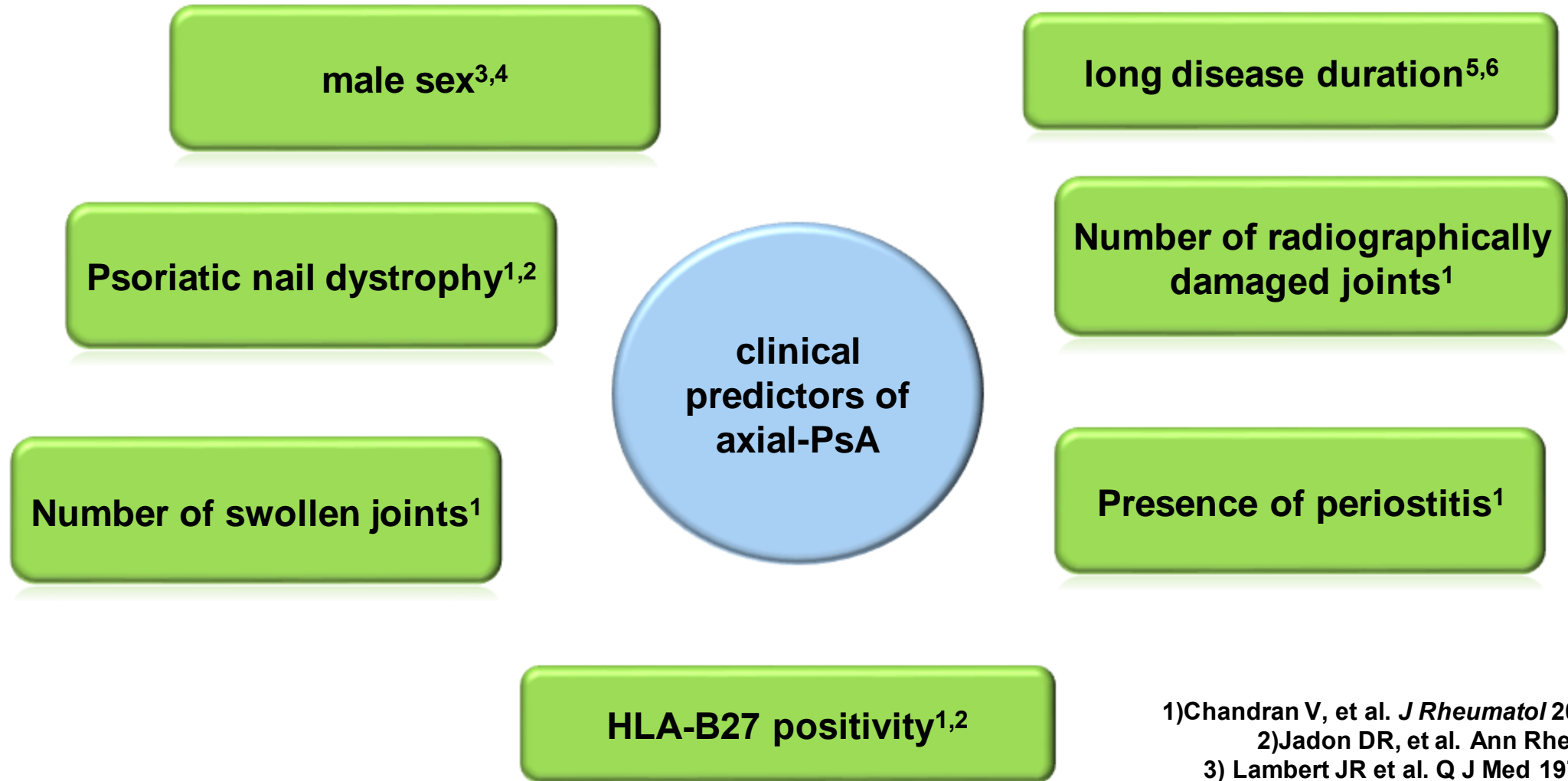


# Παράγοντες κινδύνου για πρώιμη & όψιμη Αξονική ΨΑ

- 206 ασθενείς με ΨΑ, διάμεση διάρκεια παρακολούθησης: 6.4 (εύρος:0.5-31) έτη
- 50 ασθενείς με Αξονική ΨΑ κατά την 1<sup>η</sup> επίσκεψη, **28** ασθενείς εμφάνισαν Αξονική ΨΑ μετά 10 έτη

Variable	Risk for axial PsA at baseline			Risk for development of axial PsA		
	RR	95% CI	P value	RR	95% CI	P value
Family history of PsA	0.1	0.01–0.88	0.04			
No. of swollen joints	-	-	-	0.83	0.73–0.95	<0.01
Psoriatic nail dystrophy	-	-	-	7.07	1.56–32.04	0.01
No. of radiologically damaged joints	1.12	1.07–1.17	<0.0001	1.11	1.05–1.17	<0.0001
Periostitis (radiographic)	-	-	-	5.67	2.11–15.27	<0.0001
ESR	1.02	1.01–1.04	0.003	1.03	1.01–1.05	0.001
HLA-B27	5.75	2.22–14.9	0.003	-	-	-

# Προγνωστικοί παράγοντες εκδήλωσης Αξονικής ΨΑ



- 1) Chandran V, et al. *J Rheumatol* 2010;37:809–1
- 2) Jadon DR, et al. *Ann Rheum Dis*. 2017
- 3) Lambert JR et al. *Q J Med* 1977;46:411–25
- 4) Hanly JG, et al. *Ann Rheum Dis* 1988;47:386–93
- 5) Jenkinson T, et al. *Rheumatology* 1994;33:255–9
- 6) Gladman DD, et al. *Clin Invest Med* 1992;15:371–5.

φαινοτυπικά όμοια με ΑΣ

ΑΞΟΝΙΚΗ ΨΑ<sup>1</sup>

διαφορετική με ΑΣ<sup>2</sup>

- ↓ συμπτώματα
- ↓ συμμετρική προσβολή
- ↓ συμμετοχή ιερολαγονίων
- ↑ συμμετοχή ΑΜΣΣ
- διαφορετική μορφολογία συνδεσμοφύτων
- ↓ HLA-B27(+)

# ΟΜΟΙΟΤΗΤΕΣ & ΔΙΑΦΟΡΕΣ

- ✓ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ
- ✓ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ
- ✓ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

## ΑΞΟΝΙΚΗ ΨΑ vs. ΑΣ - Κλινική εικόνα (1)

### ΑΞΟΝΙΚΗ ΨΑ

- ✓ ↓ άνδρες
- ✓ ↓ HLA-B27
- ✓ ↓ συχνότητα οσφυαλγίας φλεγμονώδους τύπου
- ✓ εκδήλωση σε μεγαλύτερη ηλικία
- ✓ ↑ συχνότητα
  - περιφερική αρθρίτιδας
  - δακτυλίτιδας
  - ενθεσίτιδας

### ΑΣ

- ✓ ↑ άνδρες
- ✓ ↑ HLA-B27
- ✓ ↑ συχνότητα οσφυαλγίας φλεγμονώδους τύπου
- ✓ εκδήλωσή σε νεαρή ηλικία
- ✓ ↓ συχνότητα
  - περιφερική αρθρίτιδας
  - δακτυλίτιδας
  - ενθεσίτιδας
- ✓ χειρότεροι δείκτες κινητικότητας ΣΣ (BASMI)

## ΑΞΟΝΙΚΗ ΨΑ vs. ΑΣ - Κλινική εικόνα (2)

- ✓ Μόνο 21-45% των ασθενών με ακτινολογικά επιβεβαιωμένη Αξονική ΨΑ έχουν οσφυαλγία φλεγμονώδους τύπου<sup>1,2</sup>
- ✓ Η Αξονική ΨΑ συνδέεται με χειρότερη μορφή περιφερικής αρθρίτιδας<sup>1</sup>
- ✓ Αξονική ΨΑ & ΑΣ εμφανίζουν παρόμοια αποτελέσματα αναφορικά στην ενεργότητα νόσου (BASDAI, ASDAS) & στους αυτοεκτιμώμενους δείκτες πόνου & ποιότητας ζωής<sup>1</sup>
- ✓ Καρδιαγγειακές συννοσηρότητες, οστεοπόρωση, κακοήθειες: παρόμοια συχνότητα<sup>3</sup>
- ✓ ↑ συχνότητα ΑΥ στην ΑΣ<sup>3</sup>
- ✓ ↑ συχνότητα κατάθλιψης στην Αξονική ΨΑ<sup>3</sup>

1)Feld J, et al. *Rheumatology* 2020;59:1340–6,

2) Chandran, et al. *J. Rheumatol.* 2009, 36:2744–2750

3)Fragoulis GE, et al. *Clin Exp Rheumatol.* 2021



## Αξονική ΨΑ vs. Περιφερική ΨΑ

- σχετικά νεώτεροι ασθενείς (50.4 vs 54.4 έτη)
- σημαντική επίπτωση στο QOL
- μειωμένη παραγωγικότητα στην εργασία
- χειρότερα κλινική και αυτοεκτιμούμενη έκβαση (outcome)
- εκτεταμένη δερματική βλάβη
- σοβαρή περιφερική αρθρίτιδα (↑ arthritis mutilans)
- συχνότερη εμφάνιση ενθεσίτιδας
- αυξημένη ενεργότητα νόσου
- ↑ ραγοειδίτιδα/ιριδοκυκλίτιδα, ΙΦΝΕ (*SpA-like phenotype*)
- ↑ HLA-B27 (χειρότερη πρόγνωση & ακτινολογική βλάβη)
- ακτινολογικά επιβεβαιωμένη ιερολαγονίτιδα συνδέεται με νεώτερη ηλικία εκδήλωσης ΨΑ

## Απουσία ειδικής κλινικής «μετρολογίας»

- απουσία ειδικών δεικτών εκτίμησης ενεργότητας νόσου & λειτουργικότητας
- BASDAI, ASDAS, BASFI: «δανεικά» από αξονική ΣΠΑ
- **mBASDAI**: BASDAI πλην ερώτησης για «περιφερική αρθρίτιδα»

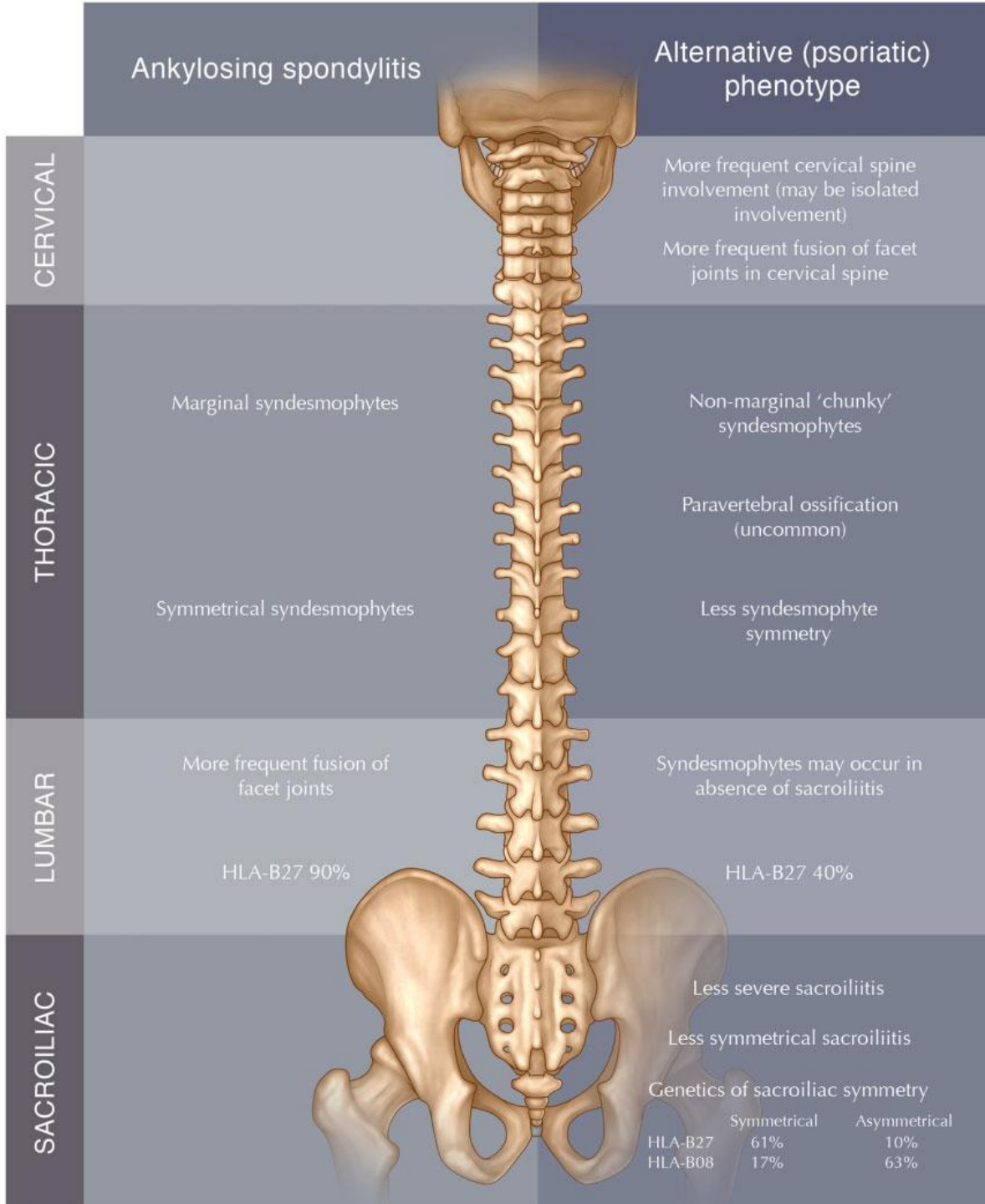
## ΑΞΟΝΙΚΗ ΨΑ vs. ΑΣ - Ακτινολογική εικόνα

- Ιερολαγονίτιδα στην ΑΣ : συνήθως αμφοτερόπλευρα (και στα αρχικά στάδια της νόσου)
- Ιερολαγονίτιδα στην Αξονική ΨΑ: λιγότερο σοβαρή και λιγότερο συμμετρική
- Συνδεσμοφύτα: **ΑΣ** ▷ συμμετρικά & στο όριο του σπονδύλου **vs.** **Αξονική ΨΑ** ▷ ακανόνιστη κατανομή στην ΣΣ, «παχιά», όχι πάντα στο όριο του σπονδύλου
- Χειρότερη ακτινολογική εικόνα σε ΑΣ vs. Αξονική ΨΑ (BASRI-score & αριθμός συνδεσμοφύτων) ▷ ↑ συχνότητα συνδεσμοφύτων & πλήρους αγκύλωσης ιερολαγονίων
- Στην Αξονική ΨΑ παρατηρούνται συχνά περιπτώσεις **σπονδυλίτιδας, χωρίς ιερολαγονίτιδα** ▷ λιγότερα συμπτώματα
- 70–75% στην Αξονική ΨΑ έχουν εκτεταμένες ακτινολογικές αλλοιώσεις στην ΑΜΣΣ συμβατές με φλεγμονώδη νόσο

1) Jadon DR, et al. Ann Rheum Dis. 2017

2) Lambert JR et al. Q J Med 1977;46:411–25

3) Hanly JG, et al. Ann Rheum Dis 1988;47:386–93



## ΑΞΟΝΙΚΗ ΨΑ - Ακτινολογική εκτίμηση

- ✓ Τα τροποποιημένα ακτινολογικά κριτήρια της Νέας Υόρκης για την ΑΣ ▷ κατάλληλα για τον απεικονιστικό ορισμό της Αξονικής ΨΑ
- ✓ Περιορισμοί:
  - αργός ρυθμός ακτινολογικής εξέλιξης
  - μεγάλη ηλικία ασθενών με ΑΣ ▷ δυσχερής ΔΔ μεταξύ φλεγμονωδών & εκφυλιστικών ακτινολογικών αλλοιώσεων
- ✓ Ακτινολογικοί δείκτες εκτίμησης στην ΣπΑ:
  - BASRI
  - SASSS)
  - mSASSS
  - **Psoriatic Arthritis Spondylitis Radiology Index (PASRI)**
- ✓ **PASRI**: συνδυασμός BASRI, SASSS & mSASSS **συν** σκορ από οπίσθιες (facet) αρθρώσεις της ΑΜΣΣ & ΟΜΣΣ

# Psoriatic Spondylitis Radiology Index (PASRI)

Table 2. The PASRI (Psoriatic Arthritis Spondylitis Radiology Index) score.

## Sacroiliac joint

- score each sacroiliac joint individually from 0–4 (using the New York criteria) and sum the score
- score range 0–8

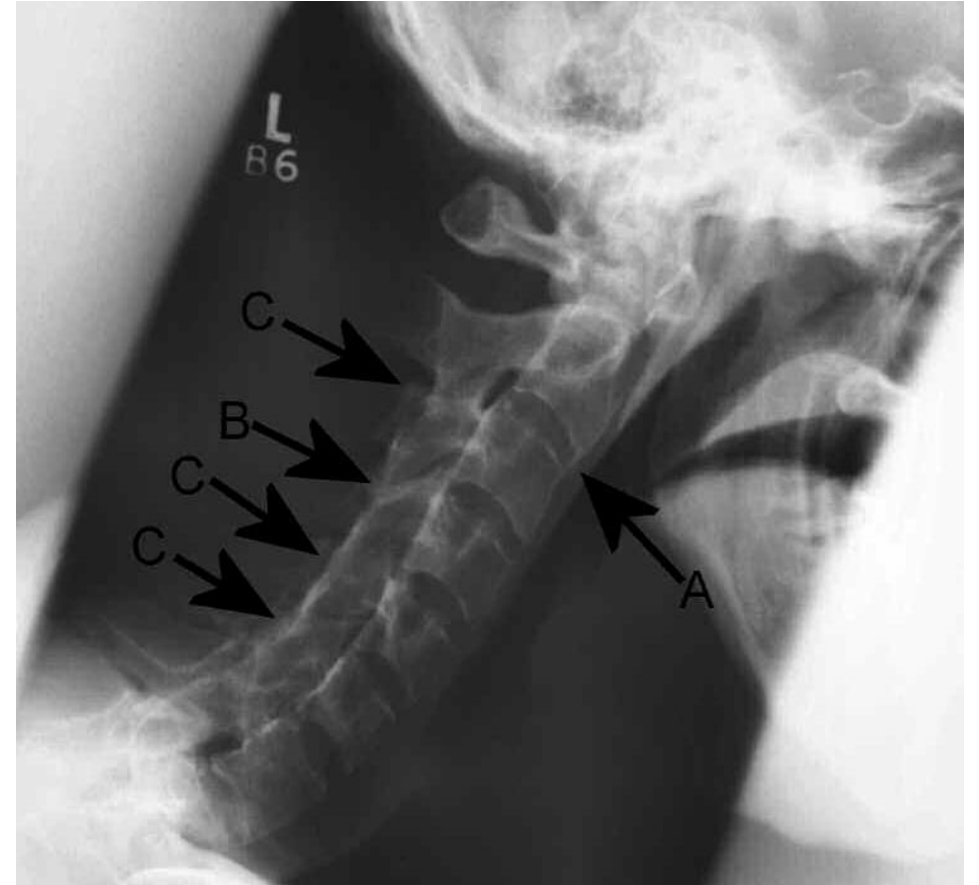
## Lumbar spine:

- score the lower border of T12 to the upper boarder of S1
- use both antero-posterior and lateral views
- use the mSASSS grading: 0–3 (0 normal; 1 erosion, sclerosis, squaring; 2 syndesmophyte non-bridging; 3 bridging syndesmophyte)
- score range 0–36

## Cervical spine

- score the lower border of C2 to the upper border of C6
- use only lateral views
- use the mSASSS grading: 0–3 (0 normal, 1 erosion, sclerosis, squaring; 2 syndesmophyte non-bridging; 3 bridging syndesmophyte)
- add 1 point for every level fused posteriorly (C2/C3, C3/C4, C4/C5, C5/C6)
- score range 0–28

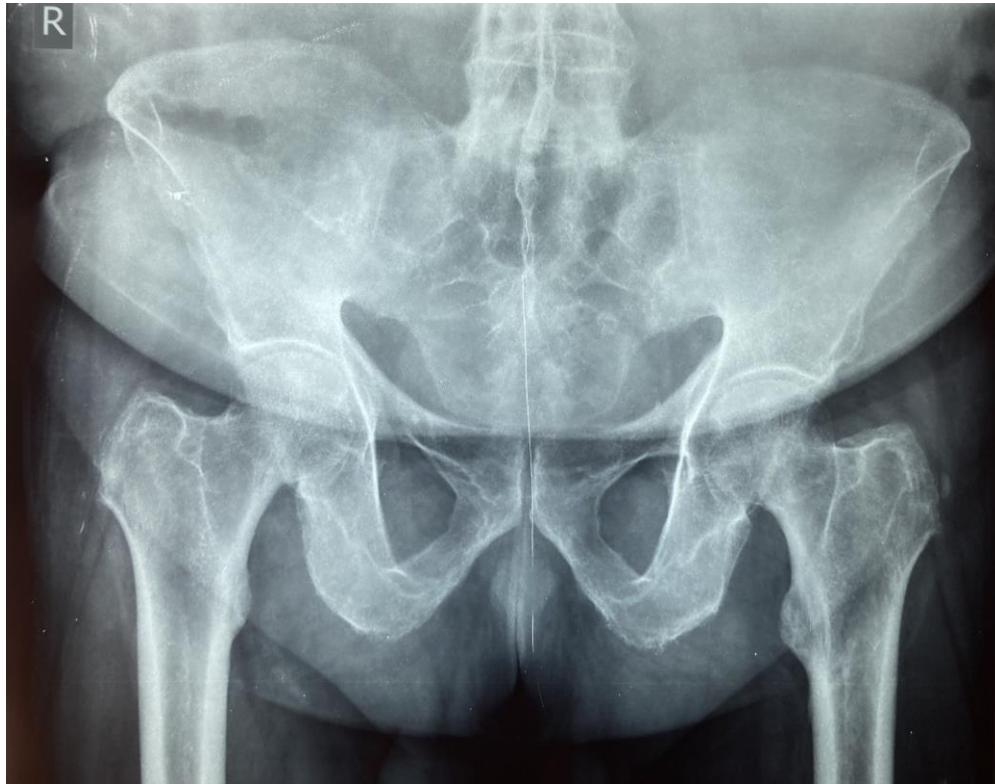
Total score range: 0–72





# Α/Α ΛΕΚΑΝΗΣ-ΙΣΧΙΩΝ

ΑΣ, άρρεν, 40 ετών



ΑΞΟΝΙΚΗ ΨΑ, άρρεν, 67 ετών

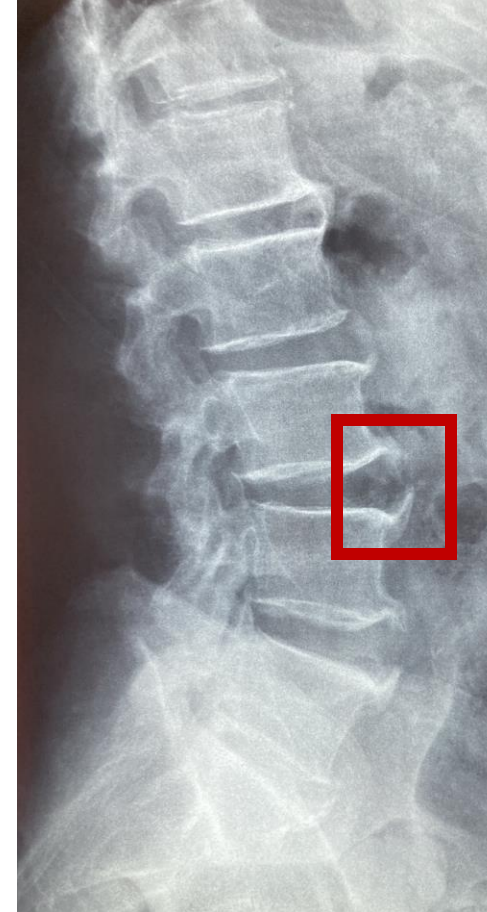


# Α/Α ΟΜΣΣ

ΑΣ, άρρεν, 40 ετών

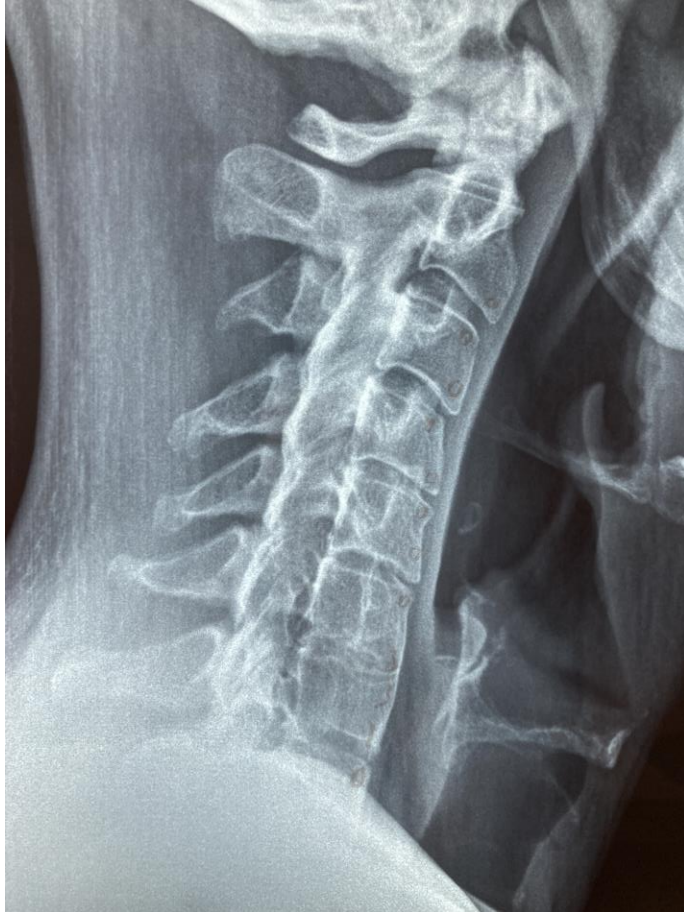


ΑΞΟΝΙΚΗ ΨΑ, άρρεν, 67 ετών



# Α/Α ΑΜΣΣ

ΑΣ, άρρεν, 40 ετών



ΑΞΟΝΙΚΗ ΨΑ άρρεν, 67 ετών



# ΜΑΓΝΗΤΙΚΗ ΤΟΜΟΓΡΑΦΙΑ ΣΣ<sup>1</sup>

- αναγνώριση δομικών βλαβών & ενεργών φλεγμονωδών αλλοιώσεων (οστικό οίδημα, οίδημα σε: συνδέσμους, αρθρικό θύλακο, ενθέσεις)
- Αρκετά ευαίσθητη μέθοδος για ανίχνευση ιερολαγονίτιδας & σπονδυλίτιδας σε Αξονική ΨΑ
- Ιερολαγονίτιδα παρούσα σε 38% MRI ασθενών με Αξονική ΨΑ<sup>2</sup>
- Οι κλινικές εκδηλώσεις στην Αξονική ΨΑ είναι ασθενώς σχετιζόμενες με την ιερολαγονίτιδα στην MRI
- Σε ασθενείς με συμπτωματική Αξονική ΨΑ , οι φλεγμονώδεις βλαβες στην MRI σχετίζονται με τη θετικότητα στο HLA- B27 (όπως ΑΣ)!!!

1)Feld J, et. al.Nat Rev Rheumatol. 2018 Jun;14(6):363-371

2)Williamson, L. et al. Rheumatology 43, 85–88 (2004).



# Θεραπεία

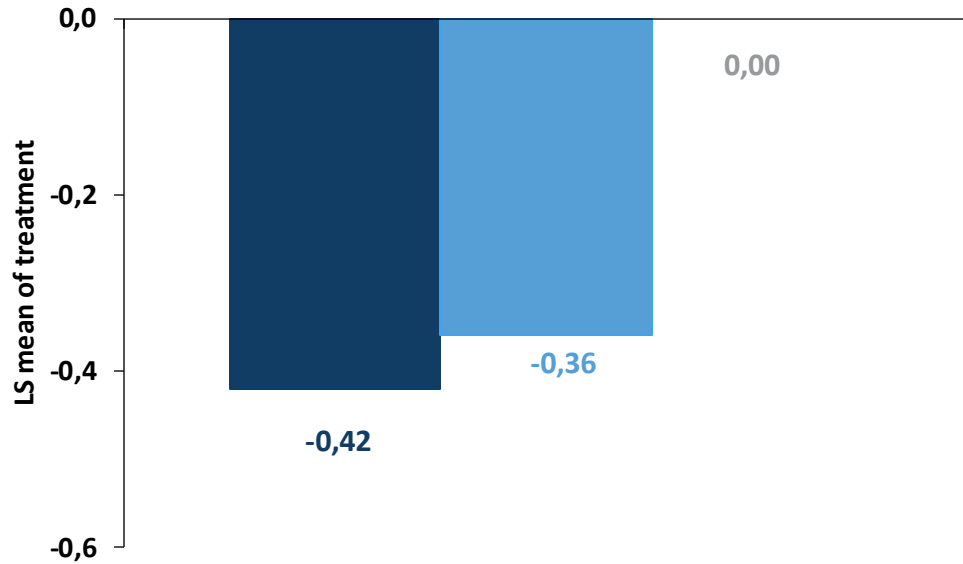
- παθογένεια της Αξονικής ΨΑ όχι πλήρως κατανοητή ► IL23/17 μονοπάτι σημαντικός επαγωγέας της φλεγμονής.
- IL23 ► επαγωγή IL-17, IL-22, TNF-α ► παραγωγή άλλων κυτταροκινών, φλεγμονή, οστική ανακατασκευή
- ενθεσίτιδα: χαρακτηριστικό της αξονικής προσβολής
- Οι θεραπευτικές οδηγίες μέχρι πρόσφατα προέρχονταν από τις αντίστοιχες στην αξονική ΣπΑ
- ΑΣ & Αξονική ΨΑ: ΜΣΑΦ (1<sup>ης</sup> γραμμής θεραπεία), φυσικοθεραπεία & TNFi
- (σχετική) αντένδειξη μακροχρόνιας, συστηματικής χορήγησης κορτικοστεροειδών

**Table 2**  
**Studies evaluating treatment response in axial psoriatic arthritis**

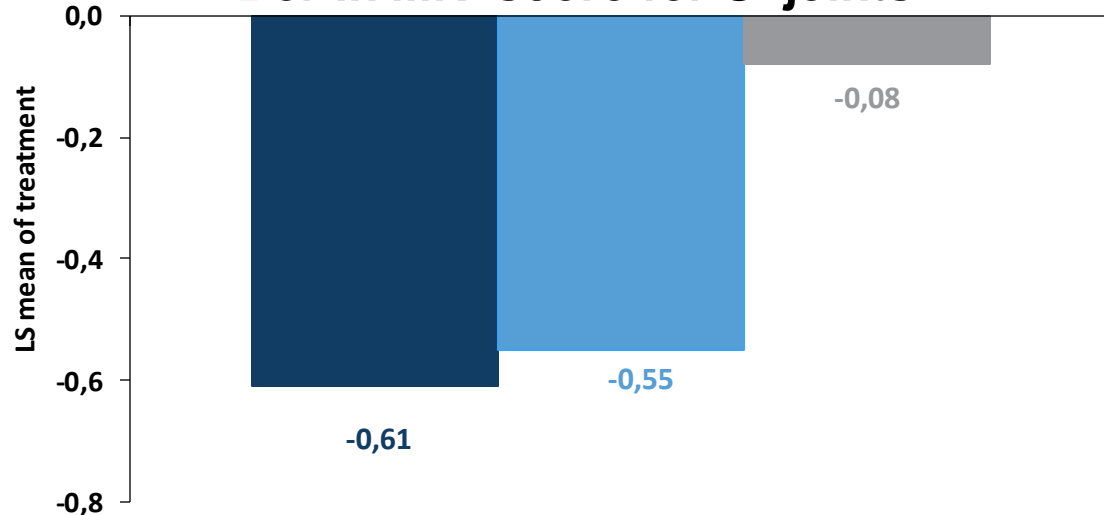
	Lubrano et al, <sup>78</sup> 2011	Lubrano et al, <sup>79</sup> 2016	Haroon et al, <sup>80</sup> 2018	MAXIMISE Trial (NCT02721966) Primary Results
Design	Multicenter observational study	Single-center observational study	Single-center open-label controlled trial	Multicenter RDBCT phase 3 trial
Inclusion criteria	CASPAR criteria IBP AND/or radiological axial involvement Eligible for TNFi according to local guidelines	CASPAR criteria IBP AND/or radiological axial involvement Eligible for TNFi according to local guidelines	CASPAR criteria OR mNY criteria IBP with spinal VAS score $\geq 4$ and BASDAI $\geq 4$ MRI-proven SIJ BMO Naive to biologics	CASPAR criteria IBP with spinal VAS score $\geq 4$ and BASDAI $\geq 4$ Inadequate response to 2 NSAIDs Naive to biologics
Sample size	32	58	15 axPsA, 15 AS, 10 controls (chronic LBP)	503
Primary outcome	BASDAI 50 response at week 52	BASDAI 50 response at week 52	Mean change in ASDAS at week 2	ASAS20 response with SEC 300 mg at week 12
Intervention	Etanercept 50 mg s.c. w	Adalimumab 40 mg eow OR Etanercept 50 mg w OR Golimumab 50 mg mo	Triamcinolone acetonide 80 mg i.m depot	Arm 1: SEC 300 mg Arm 2: SEC 150 mg Arm 3: placebo
Results	72% patients achieved BASDAI 50	Percentages of patients achieving: BASDAI 50 31.2% CPDAI <4 35.4% DAPSA $\leq 3.3$ 22.9% PR 22.9% MDA 50%	Mean change in ASDAS: axPsA: $1.43 \pm 0.39$ AS: $1.03 \pm 0.30$ Controls: $0.81 \pm 0.26$	63.1% responders with SEC 300 mg vs 31.3% with placebo with an OR 3.81 ( $P < .0001$ )



## Berlin MRI score for entire spine



## Berlin MRI score for SI joints



- **MAXIMIZE (Managing AXIal Manifestations in psoriatic arthritis with SEcukinumab)** : τυχαιοποιημένη μελέτη
- ορισμός Αξονικής ΨΑ: κλινικά κριτήρια, BASDAI > 4, μη ανταπόκριση σε ΜΣΑΦ
- ↓ Berlin MRI score για σύνολο σπονδυλικής στήλης & ιερολαγόνιες w12 & w52
- ASAS20 σε w12: 63.1% & 66.3% υπό secukinumab 300 mg & 150 mg vs. 31.3% placebo

# Συστάσεις EULAR 2020 για Αξονική ΨΑ

	Recommendations	Level of evidence	Grade of recommendation	Level of agreement, mean (SD)
1	Treatment should be aimed at reaching the target of remission or, alternatively, low disease activity, by regular disease activity assessment and appropriate adjustment of therapy.	1b	A	9.4 (1.0)
2	Non-steroidal anti-inflammatory drugs may be used to relieve musculoskeletal signs and symptoms.	1b	A	9.6 (0.8)
3	Local injections of glucocorticoids should be considered as adjunctive therapy in psoriatic arthritis*; systemic glucocorticoids may be used with caution at the lowest effective dose†.	3b* 4†	C	9.5 (1.1)
4	In patients with polyarthritis, a csDMARD should be initiated* rapidly†, with methotrexate preferred in those with relevant skin involvement*.	1b* 5†	B	9.5 (0.8)
5	In patients with monoarthritis or oligoarthritis, particularly with poor prognostic factors such as structural damage, high erythrocyte sedimentation rate/C reactive protein, dactylitis or nail involvement, a csDMARD should be considered.	4	C	9.3 (1.0)
6	In patients with peripheral arthritis and an inadequate response to at least one csDMARD, therapy with a bDMARD should be commenced; when there is relevant skin involvement, an IL-17 inhibitor or IL-12/23 inhibitor may be preferred.	1b	B	9.4 (1.1)
7	In patients with peripheral arthritis and an inadequate response to at least one csDMARD and at least one bDMARD, or when a bDMARD is not appropriate, a JAK inhibitor may be considered.	1b	B	9.2 (1.3)
8	In patients with mild disease* and an inadequate response to at least one csDMARD†, in whom neither a bDMARD nor a JAK inhibitor is appropriate*, a PDE4 inhibitor may be considered.	5* 1b†	B	8.5 (1.9)
9	In patients with unequivocal enthesitis and insufficient response to NSAIDs or local glucocorticoid injections, therapy with a bDMARD should be considered.	1b	B	9.3 (0.9)
10	In patients with predominantly axial disease which is active and has insufficient response to NSAIDs, therapy with a bDMARD should be considered, which according to current practice is a TNF inhibitor; when there is relevant skin involvement, IL-17 inhibitor may be preferred.	1b	B	9.7 (0.6)
11	In patients who fail to respond adequately to, or are intolerant of a bDMARD, switching to another bDMARD or tsDMARD should be considered*, including one switch within a class†.	1b* 4†	C	9.5 (1.2)
12	In patients in sustained remission, cautious tapering of DMARDs may be considered.	4	C	9.5 (0.9)

PsA, psoriatic arthritis; EULAR, European League Against Rheumatism.

Gossec L, et al. *Ann Rheum Dis* 2020; 79(6): 700-12.

# Συστάσεις EULAR 2020 για Αξονική ΨΑ

In 2015, predominant (or highly significant) axial involvement was dealt with in recommendation 9. The phrasing of the current recommendation was partly aligned with the Assessment of Spondyloarthritis International Society (ASAS)/EULAR management recommendations for axial spondyloarthritis (axSpA),<sup>35</sup> with the exception that these do not yet account for the use of IL-17is. It also reflects that in the situation of predominantly axial disease, TNFi would still represent the first bDMARD by usual practice. The taskforce discussed that secukinumab has demonstrated efficacy in axSpA, and recently has demonstrated efficacy in patients considered to have predominant axial PsA.<sup>86</sup> However, the experience with IL-17 inhibition in terms of long-term efficacy and safety in axSpA and axial PsA is limited.

In predominantly axial PsA, in the presence of relevant skin involvement (as defined in the text below recommendation 4), an IL-17i would be preferred over a TNFi, given the greater efficacy of IL-17i in skin.<sup>57</sup> Importantly, however, in case of concomitant inflammatory bowel disease or uveitis, a TNFi (monoclonal antibody) would be preferred.

## IL-23 αναστολείς

- ✓ μη αποτελεσματικά για την αξονική ΣπΑ (αστοχία ustekinumab)
- ✓ DISCOVER-1 & DISCOVER- 2 φάσης III μελέτη (n=1120 ασθενείς)
  - ασθενείς με Αξονική ΨΑ (κατά τη γνώμη του ερευνητή, απεικονιστικά επιβεβαιωμένα-A/A  $\pm$  MRI, BASDAI>4)
  - χορήγηση **guselkumab** ► βελτίωση σε: BASDAI, mBASDAI; and ASDAS-CRP vs. placebo στην 24<sup>η</sup> εβδομάδα
  - Όχι διενέργεια επαναληπτικής MRI

# Patients with axial involvement in Phase III- Upadacitinib

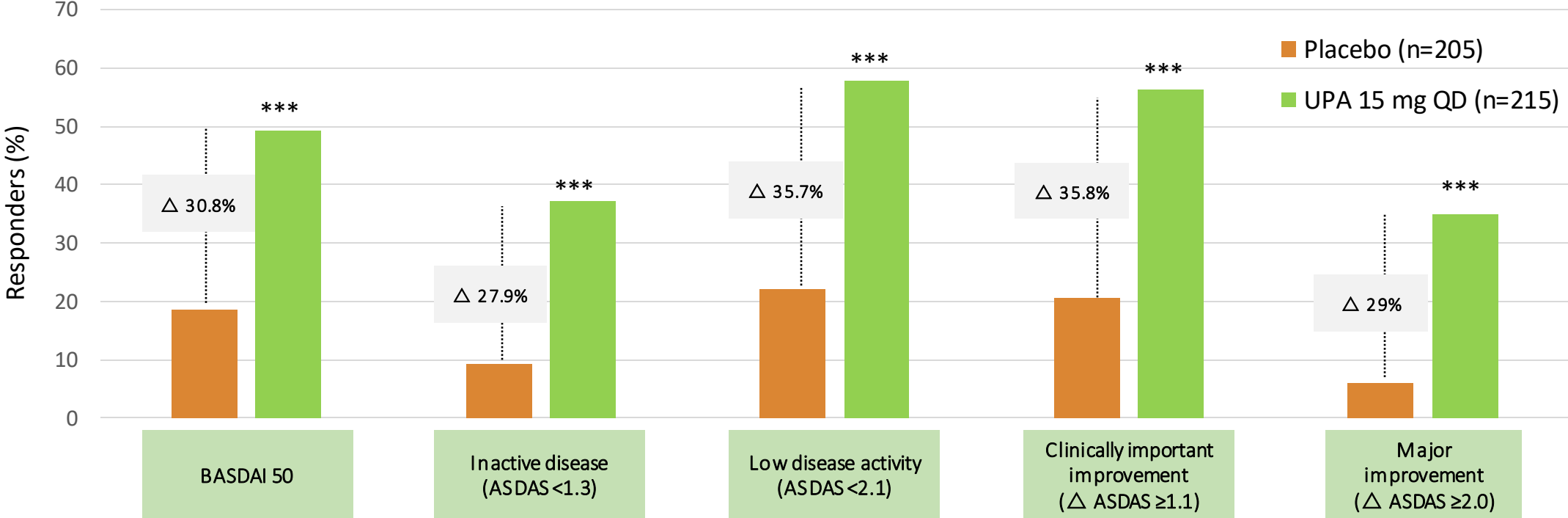
SELECT-PsA 1 Non-bDMARD-IR	SELECT-PsA 2 bDMARD-IR
31% with psoriatic spondylitis* at baseline (534/1704)	34% with psoriatic spondylitis* at baseline (219/640)
Non-clinical baseline demographics† were balanced across treatment arms for patients with and without axial involvement in the two studies	

## Objectives:

- Characterize patients with and without psoriatic spondylitis\* at baseline in each study
- Compare efficacy of UPA versus PBO in patients with psoriatic spondylitis (integrated data from SELECT-PsA 1 and 2)


\*As assessed by the rheumatologist investigator, including factors such as duration and character of back pain, previous imaging, and age of onset;

# Patients achieving stringent disease control targets at Week 24



Deodhar A et al. Poster 1372, Presented at the ACR Convergence 2020: the American College of Rheumatology's All-Virtual Annual Meeting, November 5–9, 2020.



<b>AxSpA</b>		<b>Axial PsA</b>	
<b>Demographic</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• More frequently male</li> <li>• Younger age at onset</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Similar frequency in males and females</li> <li>• Older age at onset</li> </ul>
<b>Clinical</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Back pain has inflammatory character in the majority of patients</li> <li>• Peripheral involvement in approximately 15%-30% of patients</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inflammatory back pain is less frequent than in axSpA</li> <li>• Peripheral involvement in most patients</li> <li>• Can be asymptomatic</li> </ul>
<b>Imaging</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Symmetrical sacroiliitis</li> <li>• Classical symmetrical and marginal syndesmophytes</li> <li>• More frequent fusion of lumbar facet joints</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• More frequent involvement of cervical spine</li> <li>• More frequent fusion of facet joints in cervical spine</li> <li>• Less severe sacroiliitis and frequently asymmetrical</li> <li>• Non-marginal syndesmophytes and paravertebral ossifications</li> <li>• Less syndesmophyte symmetry</li> </ul>
<b>Genetic</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Higher proportion of HLA-B27–positive patients (90%)</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Only 14% to 44% of patients are HLA-B27 positive</li> <li>• More frequently associated with HLA-B08 and HLA-B38</li> </ul>
<b>Treatment Response</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NSAIDs, TNFis, and IL-17 inhibitors are effective treatment options; lack of efficacy of IL-23 inhibitors</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Positive data from one randomized controlled trial with an IL-17 inhibitor (secukinumab)</li> <li>• Data from post hoc analyses of IL-23 inhibitor (guselkumab) and IL-12/23 inhibitor (ustekinumab)</li> <li>• Efficacy of NSAIDs and TNFis is assumed based on axSpA data</li> </ul>

# Συμπεράσματα

- Απουσία ομόφωνου ορισμού της «Αξονικής ΨΑ»
- Μελέτη καθοδόν από GRAPPA & ASAS για τον ορισμό της «Αξονικής ΨΑ»
- Αναγκαιότητα για προοπτικές ή αναδρομικές μελέτες με μεγάλες κοόρτεις ασθενών επικεντρωμένες στις αλλοιώσεις στις ιερολαγόνιες & στην ΣΣ
- Η Αξονική ΨΑ διαφέρει δημογραφικά από την ΑΣ ± Ψωρίαση
- Η Αξονική ΨΑ δεν συνδέεται (συνήθως) με οσφυαλγία φλεγμονώδους τύπου
- Αναποτελεσματικότητα αναστολέων IL-23 στην ΑΣ **vs.** Θετικά αποτελέσματα στην Αξονική ΨΑ
- **Η Αξονική ΨΑ και η ΑΣ φαίνεται να είναι δύο διαφορετικές νόσοι**