



VỊ TRÍ CỦA THUỐC SINH HỌC **TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM KHỚP VẢY NẾN**

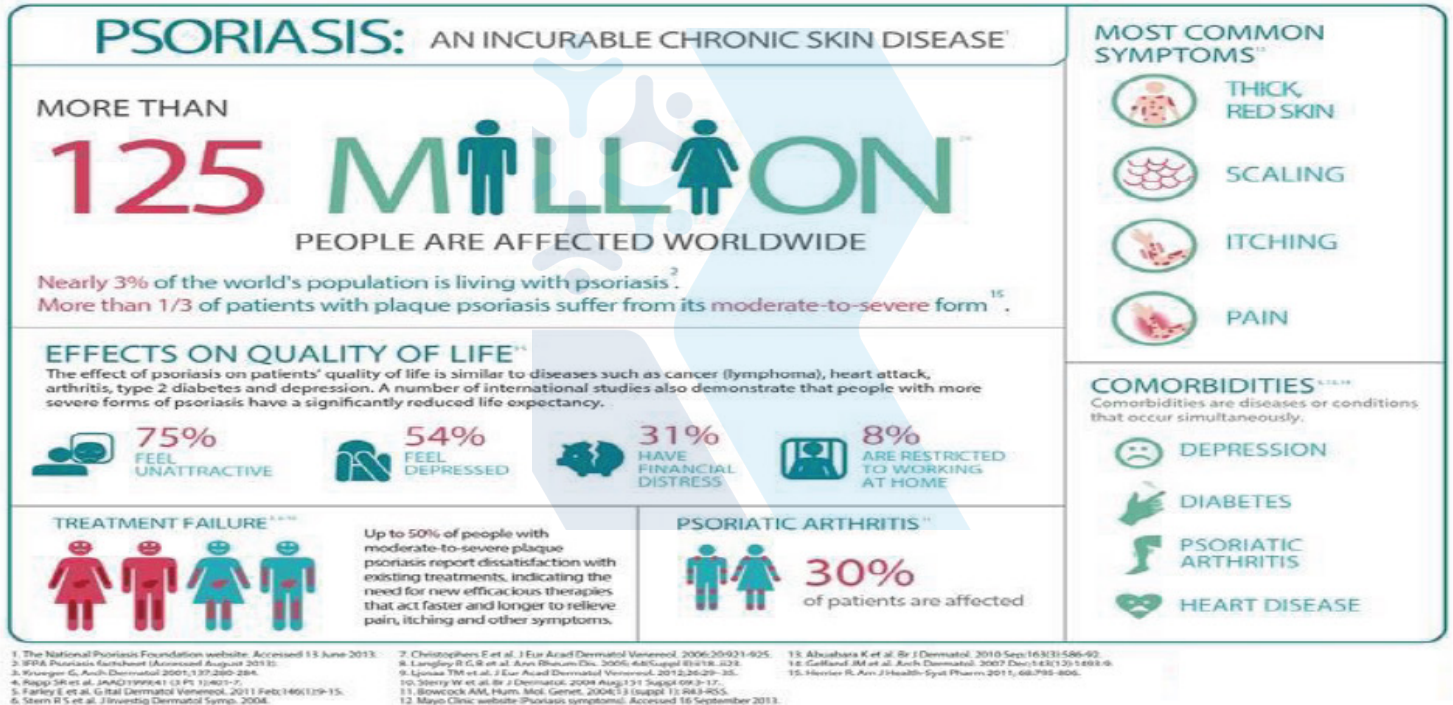
ThS. BS. Hoàng Quốc Nam
Phụ trách khoa Nội Cơ Xương Khớp
Bệnh viện Thống Nhất



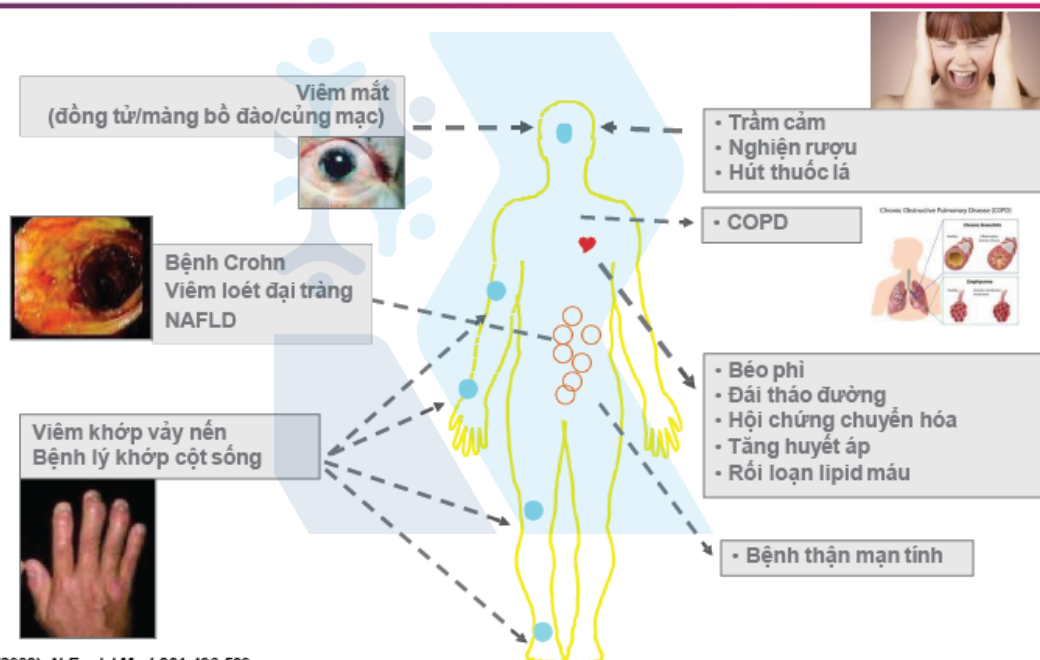
Nội dung

- 👉 Chẩn đoán và điều trị Viêm khớp vảy nến
- 👉 Thuốc sinh học trong điều trị Viêm khớp vảy nến

Đại cương vảy nến



Vảy nến là bệnh viêm hệ thống



Nestlé FO, Kaplan DH, Barker J (2009). *N Engl J Med*; 361:496-509

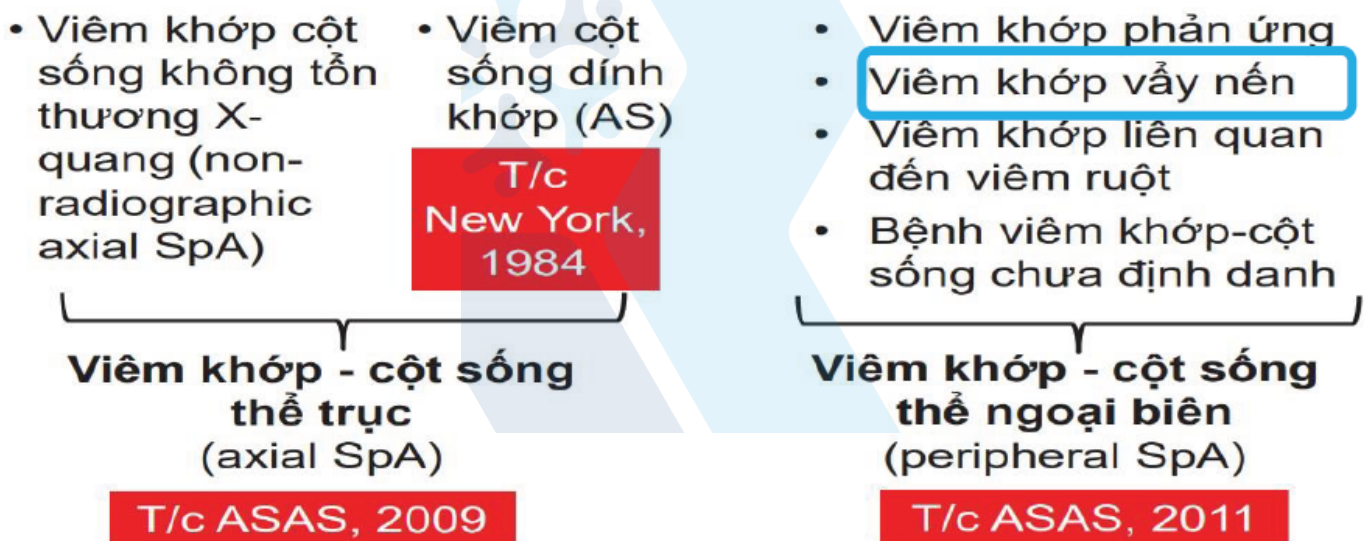
Grozdev I, Korman N, Tsankov N (2014). *Clinics in Dermatology*; 32, 343-350 Ryan C, Kirby B (2015). *Dermatol Clin*; 33: 41-55

Các bệnh viêm khớp - cột sống (SpA) (Bệnh lý cột sống huyết thanh âm tính)



Linden VD et al. Chapter 10. In: Firestein, Budd, Harris, McInnes, Ruddy and Sargent, eds. Kelley's Textbook of Rheumatology: Spondyloarthropathies. 8th ed. Saunders Elsevier; 2009: p.1170
Sieper J. Arthritis Res Ther 2009;11:208

Khái niệm mới/phân loại bệnh lý viêm khớp - cột sống (SpA)

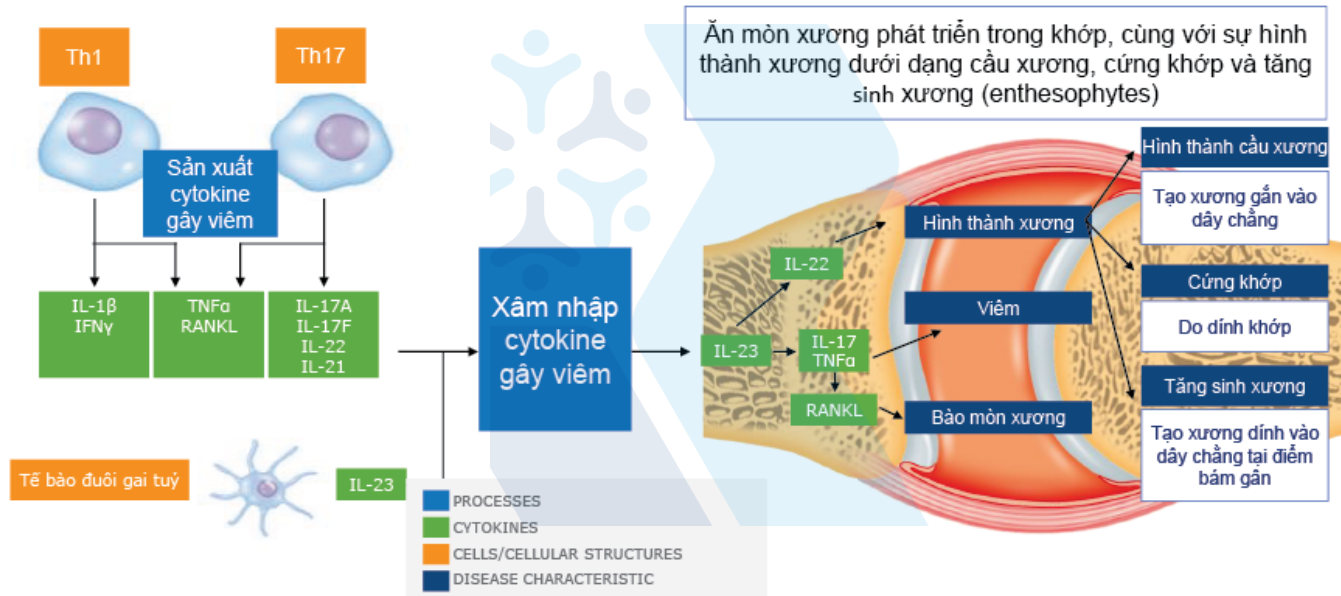


Zeidler H, Amor B. The Assessment in Spondyloarthritis International Society (ASAS) classification criteria for peripheral spondyloarthritis and for spondyloarthritis in general: the spondyloarthritis concept in progress. Ann Rheum Dis. 2011 Jan;70(1):1-3. doi: 10.1136/ard.2010.135889. PMID: 21163805.

HỘI NGHỊ THƯỜNG NIÊN NĂM 2024

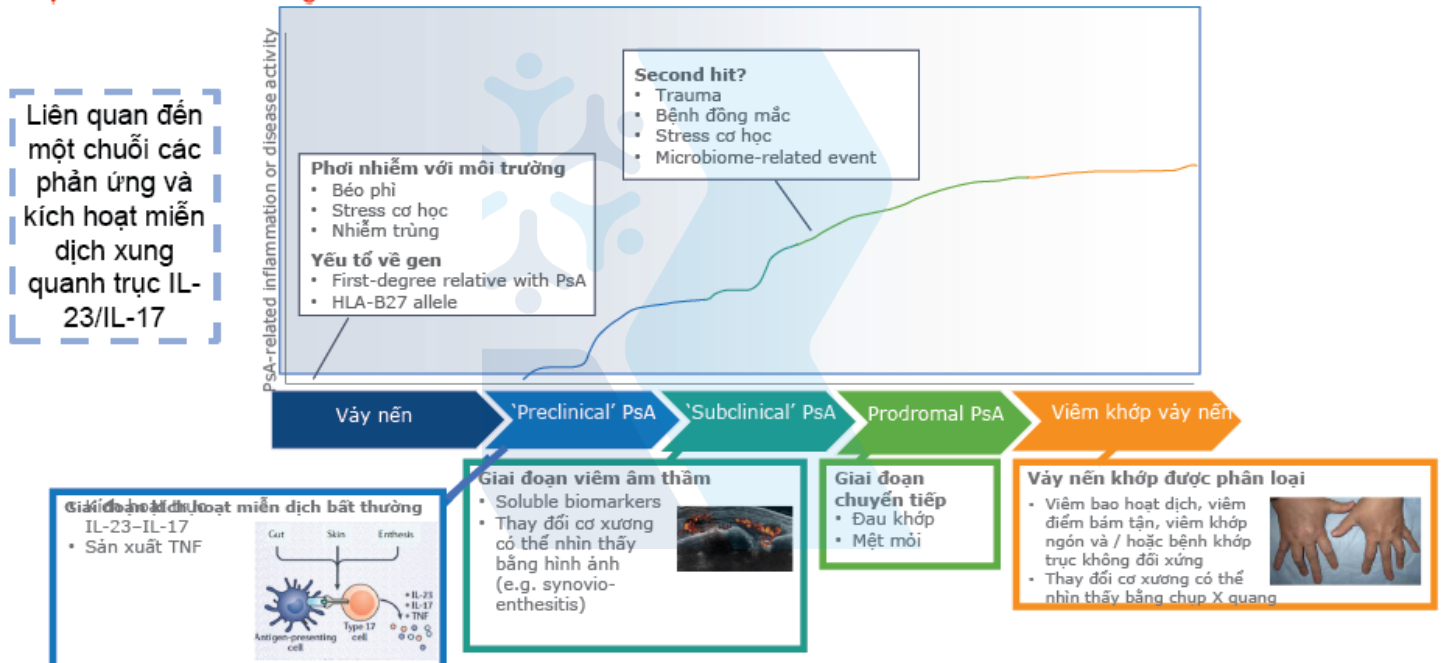
LIÊN CHI HỘI BỆNH TỰ MIỄN CƠ XƯƠNG KHỚP TP.HỒ CHÍ MINH

Viêm khớp trong viêm khớp vảy nến và hậu quả lâu dài



IFN, interferon; IL, interleukin; PsA, psoriatic arthritis; RANKL, receptor activator of nuclear factor kappa-B ligand; Th, T-helper; TNF, tumour necrosis factor. Adapted from: 1. Nogales KE et al. Nat Clin Pract Rheumatol 2009; 5: 83–91; 2. Rahimi H & Ritchlin C. Curr Rheumatol Rep 2012; 14: 349–357; 3. Lories RJ & McInnes IB. Nat Med 2012; 18: 1018–1019.

Chuyển đổi từ PsO sang PsA

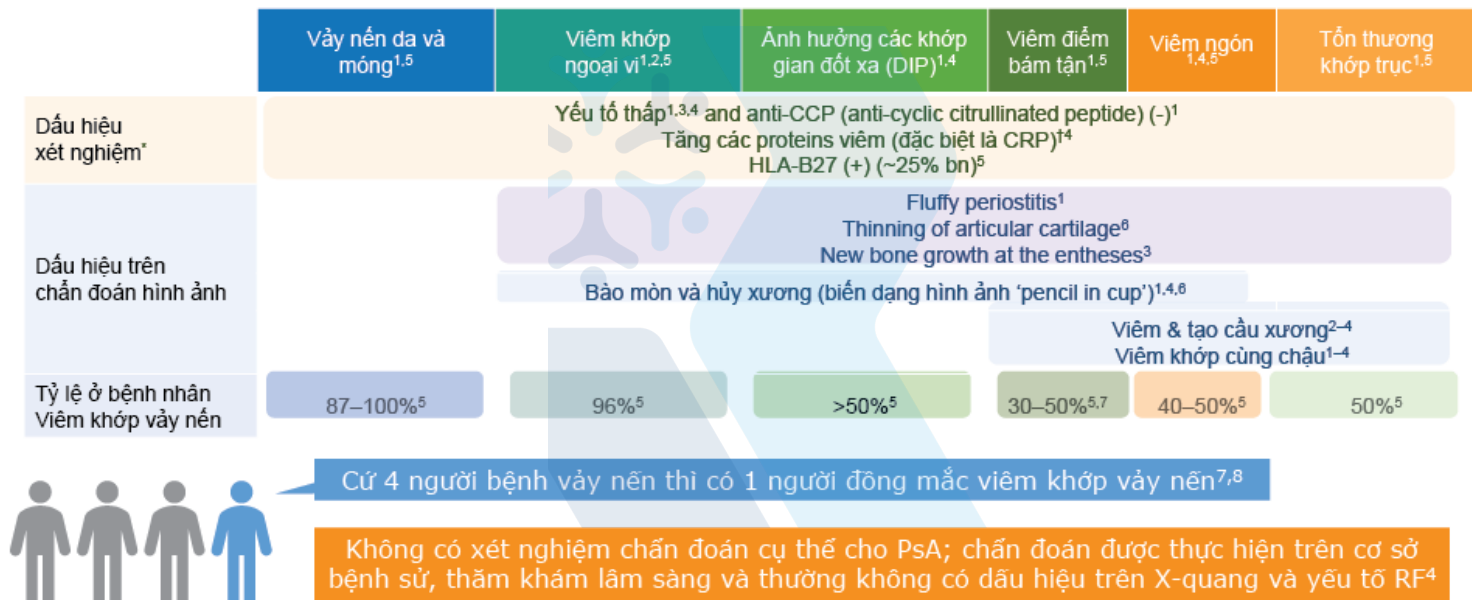


HLA, human leucocyte antigen; IL, interleukin; PsA, psoriatic arthritis; PsO, psoriasis. Adapted from Scher JU et al. Nat Rev Rheumatol 2019; 15(3): 153–166.

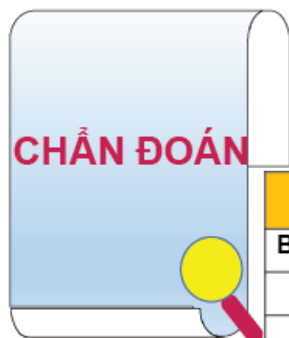
HỘI NGHỊ THƯỜNG NIÊN NĂM 2024

LIÊN CHI HỘI BỆNH TỰ MIỄN CƠ XƯƠNG KHỚP TP.HỒ CHÍ MINH

Biểu hiện lâm sàng và cách tiếp cận chẩn đoán



*No lab markers are considered specific to PsA; CRP is less elevated in PsA compared with RA.
CRP, C-reactive protein; HLA, human leukocyte antigen; PsA, psoriatic arthritis; PsO, psoriasis; RA, rheumatoid arthritis; RF, rheumatoid factor. 1. Hellwell PS & Taylor WJ. *Ann Rheum Dis* 2005; 64(Suppl II): ii3–8; 2. Gladman DD et al. *Ann Rheum Dis* 2005; 64(Suppl II): ii4–7; 3. Taylor W et al. *Arthritis Rheum* 2006; 54: 2665–2673; 4. Mease P & Goffe BS. *J Am Acad Dermatol* 2005; 52: 1–19; 5. Ritchlin CT et al. *N Engl J Med* 2017; 376: 957–970; 6. Szlachetka AJ et al. *Pol J Radiol* 2013; 78: 7–17; 7. Villani AP et al. *J Am Acad Dermatol* 2015; 73: 242–248; 8. Almaghi F et al. *J Am Acad Dermatol* 2019; 80: 251–265.



TIÊU CHUẨN CASPAR (2006)

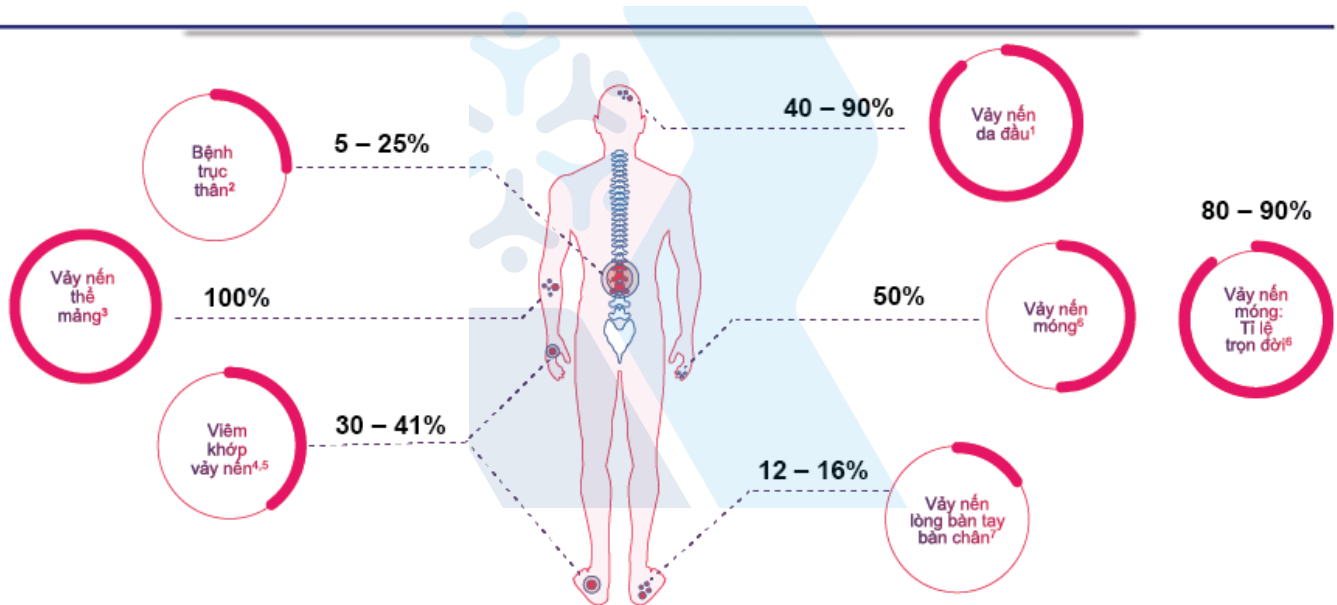
(Độ đặc hiệu 98,7%, độ nhạy 91,4%)

Tiêu chuẩn	Diễn giải	Điểm
Bằng chứng của vảy nến		
+ Đang có vảy nến	Xác định bởi BS khớp hoặc da liễu	2
+ Tiền sử bị vảy nến	Theo ghi nhận của BN hoặc thầy thuốc	1
+ Tiền sử gia đình	Tiền sử vảy nến ở người thân thế hệ 1, 2	1
Loạn dưỡng móng	Loạn dưỡng móng điển hình quan sát khi thăm khám	1
RF âm tính	Dựa trên ngưỡng kết quả của phòng xét nghiệm	1
Viêm ngón		
+ Đang có	Sưng toàn bộ ngón qua thăm khám	1
+ Tiền sử có	Theo một bác sĩ chuyên khoa khớp	1
Bằng chứng X quang tân tạo xương mới cạnh khớp	Cốt hóa không đều gần rìa khớp (loại trừ gai xương) trên X quang	1

Chẩn đoán VKVN khi có viêm khớp kèm theo có ít nhất 3 điểm

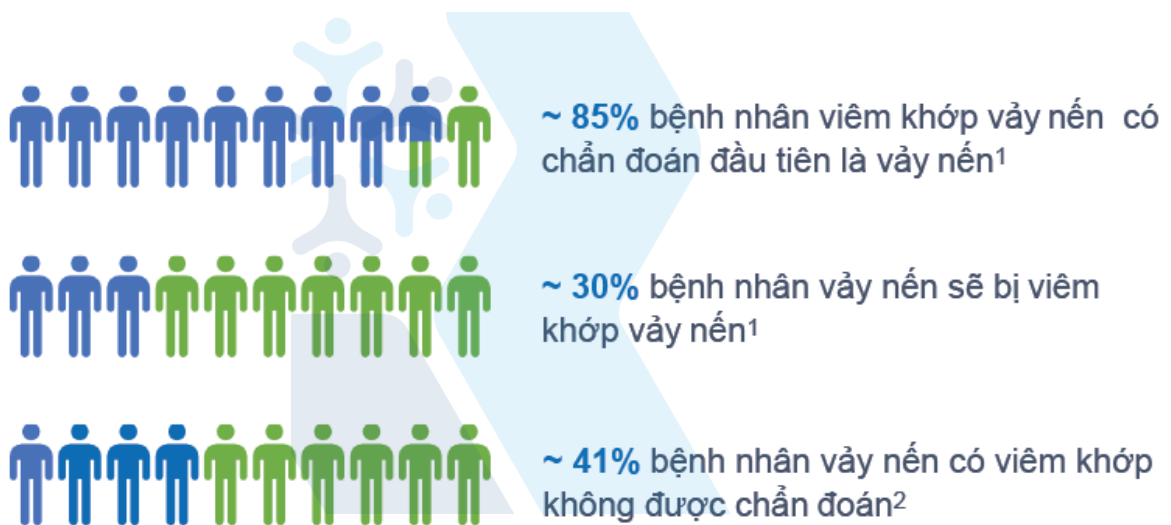
CASPAR=Classification Criteria for Psoriatic Arthritis; Taylor W et al. *Arthritis Rheum*. 2006;54(8):2665-2673; Ritchlin CT et al. *N Engl J Med*. 2017;376(10):957-970.

Các biểu hiện lâm sàng của VKVN



1. Crowley J. J Drugs Dermatol 2010;9:912; 2. Richette P, và cs. Ann Rheum Dis 2013;72:566; 3. Duffin KC, và cs. Poster presented at SDEP 19th Annual Las Vegas Dermatology Seminar 2018; 4. Reich K, và cs. Br J Dermatol 2009;160:1040; 5. Mease PJ, và cs. J Am Acad Dermatol 2013;69:729; 6. Baran R. Dermatology 2010;221(Suppl. 1):1; 7. Merola JF, và cs. Dermatol Ther 2018;31:e12589

Vảy nến và viêm khớp vảy nến



1. National Psoriasis Foundation. Available at: <https://www.psoriasis.org/about-psoriatic-arthritis> (accessed November 2018);

2. Mease et al. J Am Acad Dermatol 2013;69:729-35

Viêm khớp vảy nến (VKVN)

- ✓ Thuộc nhóm bệnh lý viêm khớp - cột sống
- ✓ Nam và nữ tương tự nhau
- ✓ Nguyên nhân đa yếu tố
- ✓ Ảnh hưởng tới 6-42% bệnh nhân vảy nến
- ✓ Bệnh cảnh lâm sàng đa dạng, phức tạp
- ✓ Triệu chứng thường xuất hiện độ tuổi 30-50
- ✓ Kiểu xuất hiện:
 - Trên 80% biểu hiện da 10–12 năm trước CXK
 - Viêm khớp có trước vảy nến: 3%–18%
 - Triệu chứng da & khớp xuất hiện đồng thời: ~13%

1. Boehncke WH et al. *Br J Dermatol*. 2014;170(4):772-786;
2. Barnas JL, Ritchlin CT. *Rheum Dis Clin North Am*. 2015;41(4):643-663;
3. Liu JT et al. *World J Orthop*. 2014;5(4):537-543.; 4. Gottlieb AB et al. *J Am Acad Dermatol*. 2008;58(5):851-864.

Các thể lâm sàng chính của VKVN

1. Viêm vài khớp không đối xứng (~30% [12-70%])¹⁻⁴
 2. Viêm đa khớp (~45%) [15-65%])¹⁻⁴
 3. Tổn thương khớp ngón xa (~5%)¹
 4. Thể trục (HLA-B27) (~5%)^{1,3}
 5. Viêm khớp phá hủy (Arthritis Mutilans) (<5%)^{1,3}
- Bệnh cảnh lâm sàng có thể thay đổi theo thời gian⁵

¹Moll JMH, Wright V. *Semin A&R*. 1973;3:55-78
²Gladman DD et al. *Q J Med*. 1987;62(238):127-41

³Torre Alonso JC et al. *Br J Rheumatol*. 1991;30(4):245-50
⁴Helliwell PS & Taylor WJ. *Ann Rheum Dis*. 2005;64:3-8
⁵Gladman et al. *Derm therapy* 2009;22:40-55

Thời gian mắc vẩy nến càng lâu, nguy cơ viêm khớp vẩy nến càng tăng



Chẩn đoán viêm khớp vẩy nến sau chẩn đoán vẩy nến trung bình là 12 năm⁴

Nguy cơ tổn thương khớp hằng định theo thời gian¹⁻³

Cần phải chủ động tầm soát và tầm soát liên tục những bệnh nhân vẩy nến

1. Eder L et al. Arthritis Care Res (Hoboken) 2011;63:619-22; 2. Wilson FC et al. Arthritis Rheum 2009;61:233-9;
3. Christophers E et al. J Eur Acad Dermatol Venereol 2010;24:548-54; 4. Gottlieb AB et al. J Dermatolog Treat 2006;17:279-87

Incidence and Clinical Predictors of Psoriatic Arthritis in Patients With Psoriasis: A Population-Based Study

FLORANNE C. WILSON, MURAT ICEN, CYNTHIA S. CROWSON, MARIAN T. McEVOY, SHERINE E. GABRIEL, AND HILAL MARADIT KREMER

The psoriasis incidence cohort comprised 1,633 subjects.
(psoriasis diagnosed between January 1, 1970 and December 31, 1999)



Table 2. Predictors of psoriatic arthritis within the incidence cohort of psoriasis subjects*

	Univariate	Multivariate
Age, years†	0.91 (0.77–1.07)	0.92 (0.78–1.09)
Men (vs. women)	1.53 (0.90–2.59)	1.35 (0.78–2.33)
Calendar year†	0.78 (0.56–1.09)	0.76 (0.54–1.08)
Type of psoriasis		
Plaque	1.72 (0.81–3.63)	
Guttate	0.36 (0.09–1.48)	
Sebopsoriasis	1.96 (0.78–4.93)	
Pustular	—	
Unknown	0.82 (0.26–2.63)	
Site of psoriasis		
Scalp	3.89 (2.18–6.94)	3.75 (2.09–6.71)
Extremities	0.83 (0.47–1.45)	
Trunk	0.80 (0.40–1.58)	
Intergluteal/perianal	2.35 (1.32–4.19)	1.95 (1.07–3.56)
Face	1.15 (0.52–2.53)	
Palms and/or soles	0.20 (0.03–1.47)	
Axilla/groin	1.40 (0.44–4.48)	
Unknown	0.88 (0.32–2.44)	
No. of affected sites‡		
Unknown	1.06 (0.36–3.07)	
2 sites	0.77 (0.37–1.64)	
≥3 sites	2.24 (1.23–4.08)	
Nail dystrophy	2.93 (1.68–5.12)	2.24 (1.26–3.98)

Các yếu tố tiên đoán Viêm khớp vảy nến

Bệnh móng^{1,2}

- 46% trong Vảy nến so với 84% trong VKVN¹

Vảy nến khu trú ở²

- Quanh hậu môn
- Kẽ móng
- Da đầu và vùng sau vành tai

Thời gian từ khi chẩn đoán vảy nến³

Yếu tố lối sống⁴

- Béo phì⁵
- Hút thuốc⁶

References: 1. Gladmann DD, và cs. *J Rheumatol* 1986;13:586–92. 2. Wilson FC, và cs. *J Rheumatol* 2009; 36:3617. 3. Gottlieb A, và cs. *J Am Acad Dermatol*. 2008;58(5):851–864. 4. Horreau và cs. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2013 Aug;27 Suppl 3:12–29. 5. Love TJ và cs. *Ann Rheum Dis*. 2012 Aug; 71(8):1273–1277. 6. Tillett W và cs. *Ann Rheum Dis*. 2013 Aug;72(8):1358–1361.

Đồng mắc vảy nến và viêm khớp vảy nến có thể ảnh hưởng đáng kể đến cuộc sống của bệnh nhân

So sánh vảy nến đơn thuần, đồng mắc viêm khớp vảy nến, tăng tỷ lệ:

Đái tháo đường type 2¹

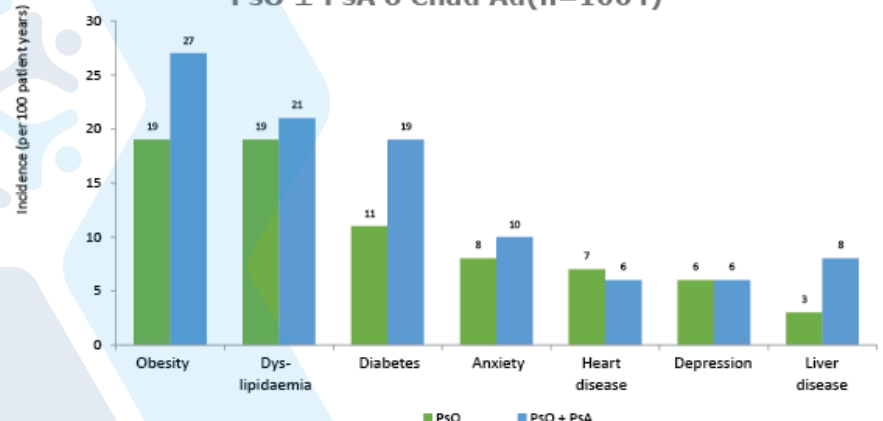
Bệnh lý gan^{1,2}

Rối loạn lo âu¹

Béo phì¹

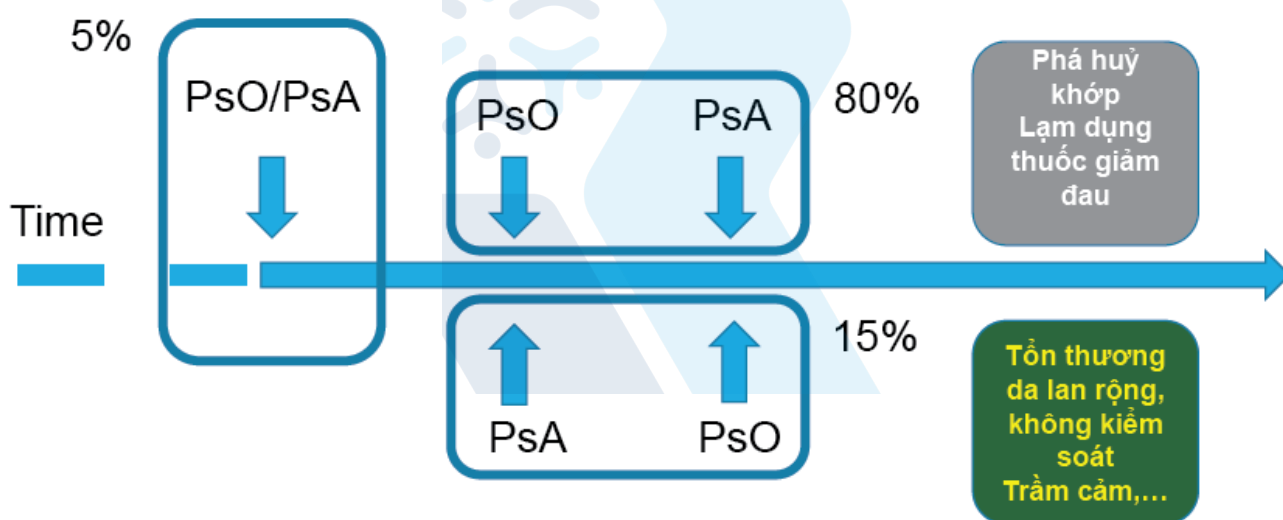
Rối loạn lipid máu¹

Tỷ lệ mắc các bệnh đi kèm phổ biến ở bệnh nhân PsO ± PsA ở Châu Âu (n=1064)¹



Mắc đồng thời PsO và PsA làm tăng nguy cơ mắc các bệnh đi kèm so với PsO đơn thuần;^{1,2} bệnh nhân có PsO và PsA nên được quản lý chặt chẽ hơn so với bệnh nhân chỉ mắc PsO²

PHÁT HIỆN SỚM – ĐIỀU TRỊ SỚM – TIỀN LƯỢNG TỐT



VẤN ĐỀ?



Tiếp cận ban đầu và chẩn đoán sớm?



Tiếp cận điều trị và lựa chọn dùng thuốc sinh học ?



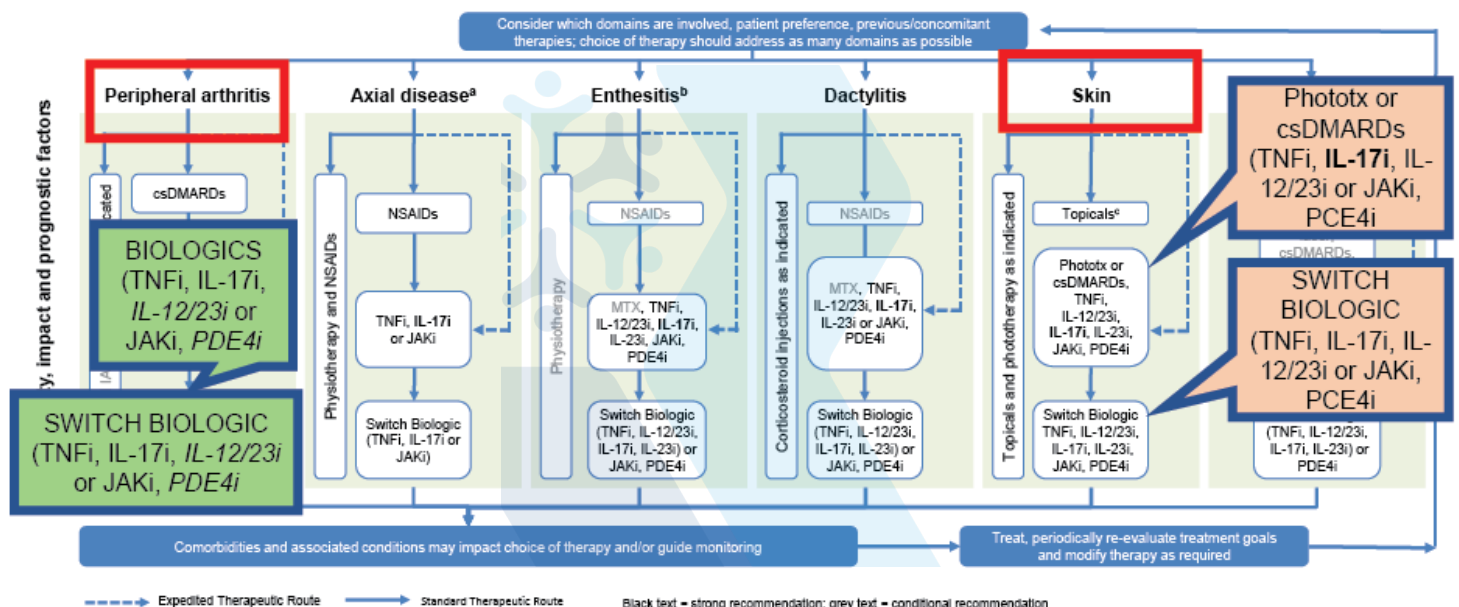
Các tổn thương sẽ quyết định phác đồ điều trị



- Lựa chọn thuốc điều trị dựa vào các tổn thương cụ thể của bệnh nhân
- Chú ý các bệnh đồng mắc
- Trong quá trình điều trị cần phải thường xuyên đánh giá lại và điều chỉnh phác đồ điều trị nếu cần

Am J Clin Dermatol. 2018 Dec;19(6):839-852

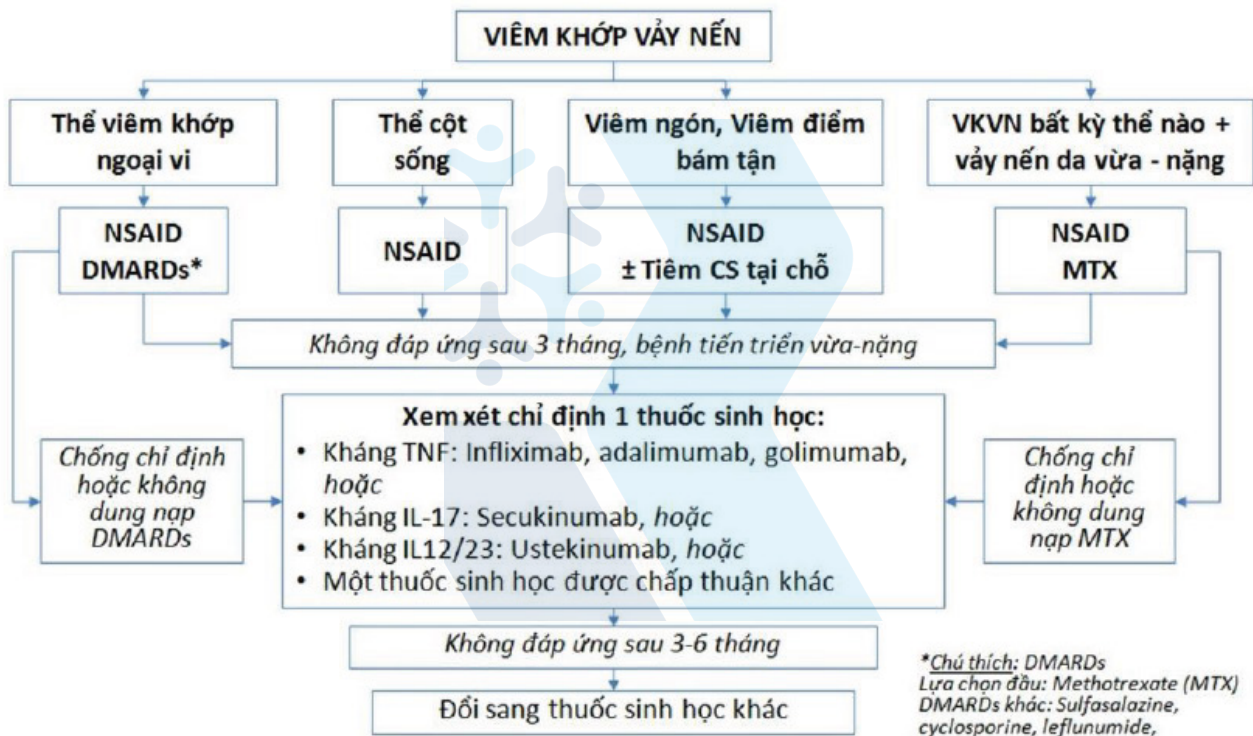
2021 GRAPPA treatment recommendations



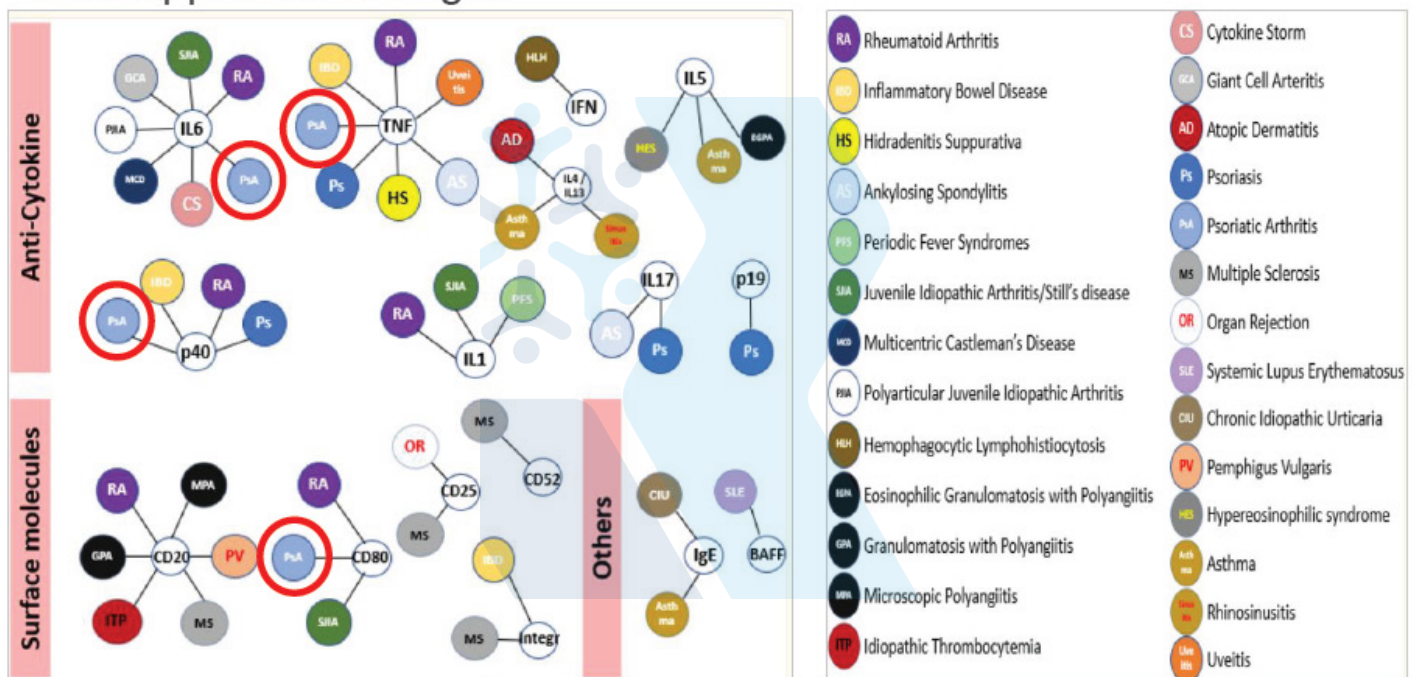
^aLimited direct evidence for therapies in axial PsA, recommendations based on axial SpA literature;
^bCorticosteroid injections: consider on an individual basis due to potential for serious side effects; no clear evidence for efficacy.
^cKeratolytics, steroids, vitamin D analogues, emollients, calcineurin I.
Coates, L.C., Soriano, E.R., Corp, N. et al. Nat Rev Rheumatol 18, 465–479 (2021)

HỘI NGHỊ THƯỜNG NIÊN NĂM 2024

LIÊN CHI HỘI BỆNH TỰ MIỄN CƠ XƯƠNG KHỚP TP.HỒ CHÍ MINH



FDA-approved “biologics”



Kahlenberg JM, Billi AC, Eyerich K, Gudjonsson JE. Biologics in the treatment of skin and rheumatologic diseases. J Allergy Clin Immunol. 2020 Apr;145(4):1138-1141. doi: 10.1016/j.jaci.2020.02.017. Epub 2020 Feb 27. PMID: 32112793; PMCID: PMC8842991.

Các thuốc điều trị viêm khớp vảy nến

Non-pharmacologic therapies	• physical therapy, occupational therapy, smoking cessation, weight loss, massage therapy, exercise
Symptomatic treatments	• nonsteroidal anti-inflammatory drugs, glucocorticoids, local glucocorticoid injections
OSM	• methotrexate, sulfasalazine, cyclosporine, leflunomide, apremilast
TNFi	• etanercept, infliximab, adalimumab, golimumab, certolizumab pegol
IL12/23i	• ustekinumab
IL17i	• secukinumab, ixekizumab, brodalumab
CTLA4-Ig	• abatacept
JAK inhibitor	• tofacitinib

Singh et al. 2018. Journal of psoriasis and psoriatic arthritis. doi.org/10.1177/2475530318812244

Lựa chọn thuốc sinh học

	Anti-TNF	Etanercept	Anti-IL-17	Anti-IL-23	JAKi
Arthritis	Green	Green	Green	Green	Green
Axial	Green	Green	Green	Yellow	Orange
Skin	Green	Yellow	Green	Green	Yellow
Enthesitis	Green	Green	Green	Green	Green
Dactylitis	Green	Green	Green	Green	Green
Nail disease	Green	Green	Green	Green	Green
*Eye	Green	Green	Green	Orange	Yellow
**Bowel	Green	Green	Green	Orange	Yellow

Hiệu quả

Hiệu quả hơn

Không hiệu quả or CCĐ

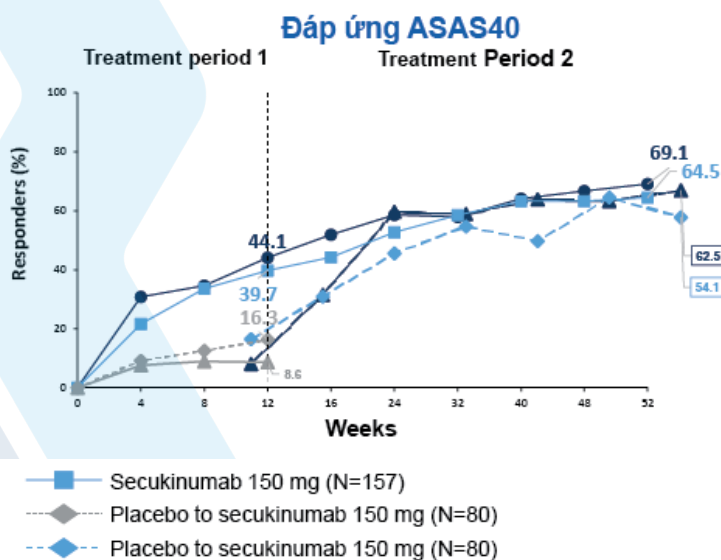
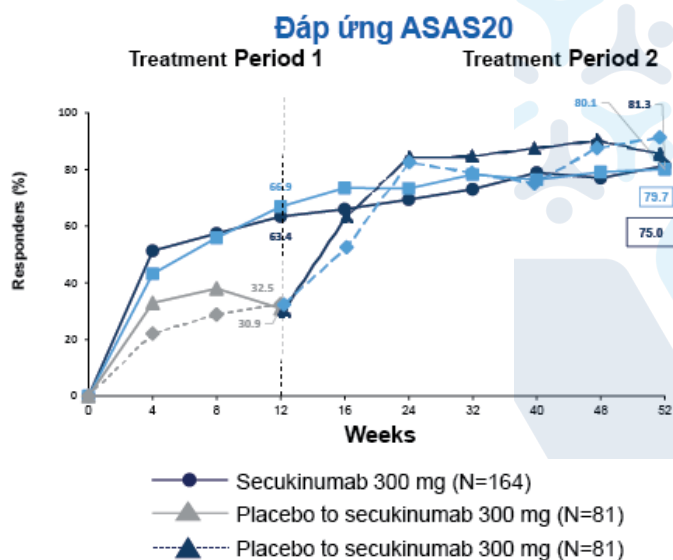
Đang thử nghiệm

Hiệu quả hạn chế or sử dụng thận trọng

Mediterr J Rheumatol 2022;33(Suppl 1):150-61 <https://doi.org/10.31138/mjr.33.1.150>

HỘI NGHỊ THƯỜNG NIÊN NĂM 2024 LIÊN CHI HỘI BỆNH TỰ MIỄN CƠ XƯƠNG KHỚP TP.HỒ CHÍ MINH

Cải thiện ASAS20 và ASAS 40: Secu 300mg và 150 mg tại tuần 52



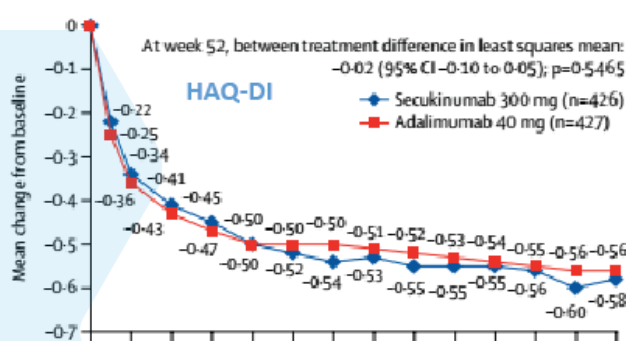
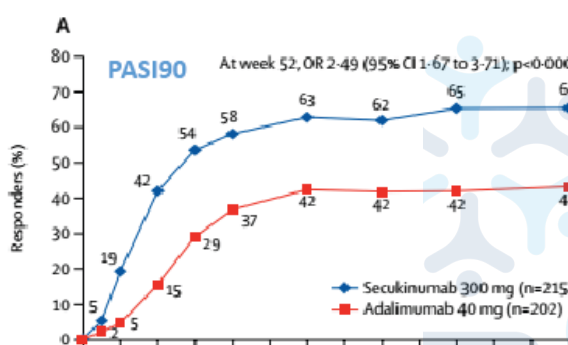
27

ASAS, Assessment of Spondyloarthritis international Society

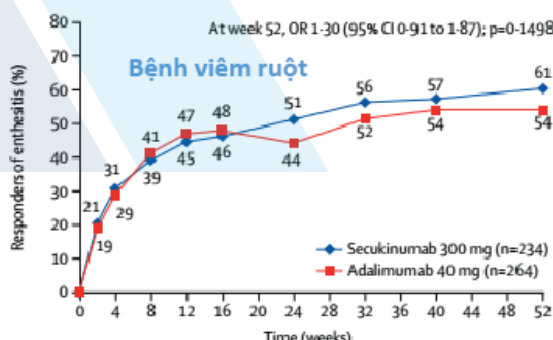
Baraliakos X, et al. *Ann Rheum Dis.* 2020 Dec 17: annrheumdis-2020-218808. Epub ahead of print.

Secukinumab >< Adalimumab

EXCEED



Lancet 2020, May, 9; 395 (10235): 1496-1505



HỘI NGHỊ THƯỜNG NIÊN NĂM 2024

LIÊN CHI HỘI BỆNH TỰ MIỄN CƠ XƯƠNG KHỚP TP.HỒ CHÍ MINH

Yin et al. Arthritis Research & Therapy (2020) 22:111
<https://doi.org/10.1186/s13075-020-02208-w>

Arthritis Research & Therapy

RESEARCH ARTICLE

Open Access



Efficacy and safety of IL-17 inhibitors for the treatment of ankylosing spondylitis: a systematic review and meta-analysis

Conclusions

The findings of this meta-analysis suggest that IL-17 inhibitors are significantly effective in improving ASAS20/40 response rates at week 16 in patients with active ankylosing spondylitis. IL-17 inhibitors seem to be associated with higher ASAS20 response rates in TNFi-naïve subjects than TNFi-IR subjects. Meanwhile, there is a higher incidence of infectious diseases attributable to IL-17 inhibitors than to placebo, with most infections being mild or moderate. IL-17 inhibitors can be considered a favorable option for patients with active ankylosing spondylitis, especially TNFi-IR subjects.

Table 2 Summary of safety outcomes at week 16

Trial (author)	Year	Treatment arms	Treatment-emergent adverse events, % (n/N)	Death, % (n/N)	Discontinuation due to adverse events, % (n/N)	Non-severe infections, % (n/N)	Serious adverse events, % (n/N)
MEASURE-1 (Baeten) [25]	2015	SEC	68.3 (170/249)	0 (0/249)	1.2 (3/249)	30.1 (75/249)	2.0 (5/249)
		PBO	55.7 (68/122)	0.8 (1/122)	4.1 (5/122)	12.3 (15/122)	4.1 (5/122)
MEASURE-2 (Baeten) [25]	2015	SEC	61.4 (89/145)	0.7 (1/145)	4.8 (7/145)	31.7 (46/145)	5.5 (8/145)
		PBO	63.5 (47/74)	0 (0/74)	5.4 (4/74)	27.0 (20/74)	4.1 (3/74)
MEASURE-3 (Pavelka) [26]	2017	SEC	45.3 (68/150)	0 (0/150)	0 (0/150)	N/A	0.7 (1/150)
		PBO	44 (33/75)	0 (0/75)	0 (0/75)	N/A	1.3 (1/75)
MEASURE-4 (Kivitz) [27]	2018	SEC	56.2 (131/233)	0 (0/233)	1.3 (3/233)	N/A	1.7 (4/233)
		PBO	54.7 (64/117)	0 (0/117)	0.9 (1/117)	N/A	3.4 (4/117)
COAST-V (van der Heijde) [28]	2018	IXE	42.7 (70/164)	0 (0/164)	1.8 (3/164)	20.1 (33/164)	1.2 (2/164)
		PBO	39.5 (34/86)	0 (0/86)	0 (0/86)	15.1 (13/86)	0 (0/86)
COAST-W (Deodhar) [29]	2019	IXE	62.3 (132/212)	0.5 (1/212)	6.1 (13/212)	26.9 (57/212)	3.3 (7/212)
		PBO	49.0 (51/104)	0 (0/104)	1.9 (2/104)	9.6 (10/104)	4.8 (5/104)

SEC secukinumab, IXE ixekizumab, PBO placebo, N/A not applicable

TNF Inhibitors*: Safety Summary

- Serious infections:
 - Active tuberculosis, including reactivation of latent tuberculosis
 - Reactivation of hepatitis B virus
 - Invasive fungal infections
 - Bacterial, viral and other infections due to opportunistic pathogens
- Malignancy:
 - Lymphoma and other malignancies, some fatal, have been reported in children and adolescent patients treated with TNF inhibitors
 - There is also a signal for increased risk of non-melanoma skin cancer
- Severe hepatic reactions including acute liver failure
- Heart failure, worsening or new onset may occur
- Anaphylaxis or serious allergic reactions may occur
- Formation of autoantibodies and rarely, in the development of a lupus-like syndrome

Gerriets V, Goyal A, Khaddour K. Tumor Necrosis Factor Inhibitors. [Updated 2023 Jul 3]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482425/>

HỘI NGHỊ THƯỜNG NIÊN NĂM 2024 LIÊN CHI HỘI BỆNH TỰ MIỄN CƠ XƯƠNG KHỚP TP.HỒ CHÍ MINH

ASAS – EULAR axSpA TREATMENT RECOMMENDATIONS 2022

ASAS-EULAR axSpA treatment recommendations 2022 with changes highlighted in red (2016 ASAS-EULAR recommendations)		Comments
Summary of changes: 15 recommendations (13 previously) 8 unchanged from previous recommendations (#2,3,6,7,8,13,14,15) 3 minor edits, mostly nomenclature (#1,4,5) 2 significantly updated (#9,12) 2 newly formulated/ added (#10,11)		
10 new	If there is a history of recurrent uveitis or active IBD, preference should be given to a monoclonal antibody against TNFα**. In patients with significant psoriasis, an IL-17i* may be preferred.	New **This includes a pegylated Fab' fragment [=Certolizumab] [It excludes Etanercept as it is a fusion protein]

10. Nếu có tiền sử viêm màng bồ đào tái phát hoặc IBD hoạt động, nên ưu tiên kháng thể đơn dòng kháng TNFα Ở những bệnh nhân bị bệnh vẩy nến đáng kể kháng IL-17 có thể được ưu tiên hơn

11 new	Absence of response to treatment should trigger re-evaluation of the diagnosis and consideration of the presence of comorbidities	New
10 12	If TNFi therapy fails following a first b/tsDMARD failure, switching to another bDMARD (TNFi or IL-17i*) or a JAKi therapy should be considered	Significant updates: JAKi added * IL-17i: refers only to IL-17A-inhibitors

11. Không có đáp ứng với điều trị nên đánh giá lại chẩn đoán và và xem xét sự hiện diện của các bệnh đi kèm
12. Sau khi 1 thuốc DMARD sinh học thất bại thay thế bằng một thuốc sinh học khác (TNFi hoặc IL17i) hoặc JAKi nên được xem xét

2022 update : Ramiro, S oral presentation at EULAR 2022: ASAS-EULAR recommendations for the management of axSpA: 2022 update

ACR 2023

DO NOT MISS HIGHLIGHTS IN PSORIATIC DISEASE
NOVEMBER 2023

Higher Levels of High-sensitivity CRP Are Associated with Future Risk of Developing Psoriatic Arthritis Among Patients with Psoriasis: A Prospective Cohort Study

Lili Eder

High-sensitivity C-reactive protein (hs-CRP) is a biomarker of systemic inflammation. This study investigated hs-CRP as a prognostic factor for developing PsA in patients with psoriasis.

Data were obtained from a prospective cohort of patients with psoriasis without PsA. Clinical assessment by a rheumatologist was done at baseline and annually. Hs-CRP levels were measured at baseline.

Among 589 patients with psoriasis (mean follow-up of 7.5 years), 57 developed PsA during the follow-up period (1.2 events/year). Mean hs-CRP levels were 3.1±5.5 mg/dL, and the level was significantly higher in patients with arthralgia, obesity, and females.

bimekizumab

Anti IL-17F and IL-17A

Izokibep

Anti IL-17

The Window of Opportunity in Psoriatic Arthritis: Similar to Rheumatoid Arthritis?

Selinde Snoeck Henkemans

Abstract Session
Monday, November 13th
2:00PM-3:30PM

This study investigated if early initiation of DMARDs in patients with PsA is associated with better outcomes.

All DMARD-naïve patients from the DEPAR cohort with a new diagnosis of PsA were included (n=855). Patients were categorized into three groups according to treatment delay from symptoms onset: <12 weeks, 12-52 weeks, and > 52 weeks delay.

The > 52 weeks delay group was significantly less likely to achieve MDA and DAPSA remission over three years of follow-up than the other two groups (Figure 1). This group also scored significantly worse on HAQ-DI than those with <12 weeks delay. Radiographic progression did not differ between the different groups.

<https://www.grappanetwork.org/wp-content/uploads/2023/11/DNM-ACR-23-final-1.pdf>

KẾT LUẬN



- Tổn thương trong bệnh viêm khớp vảy nến thường đa dạng
- Thuốc sinh học kháng TNF alpha, kháng IL-17, kháng IL 12/ IL 23 có hiệu quả và an toàn trong điều trị.
- Lựa chọn thuốc sinh học phù hợp với hướng dẫn điều trị và cá thể hoá điều trị



Cảm ơn sự chú ý lắng nghe của quý vị!

