# Θεραπευτική στρατηγική στην αξονική σπονδυλαρθρίτιδα

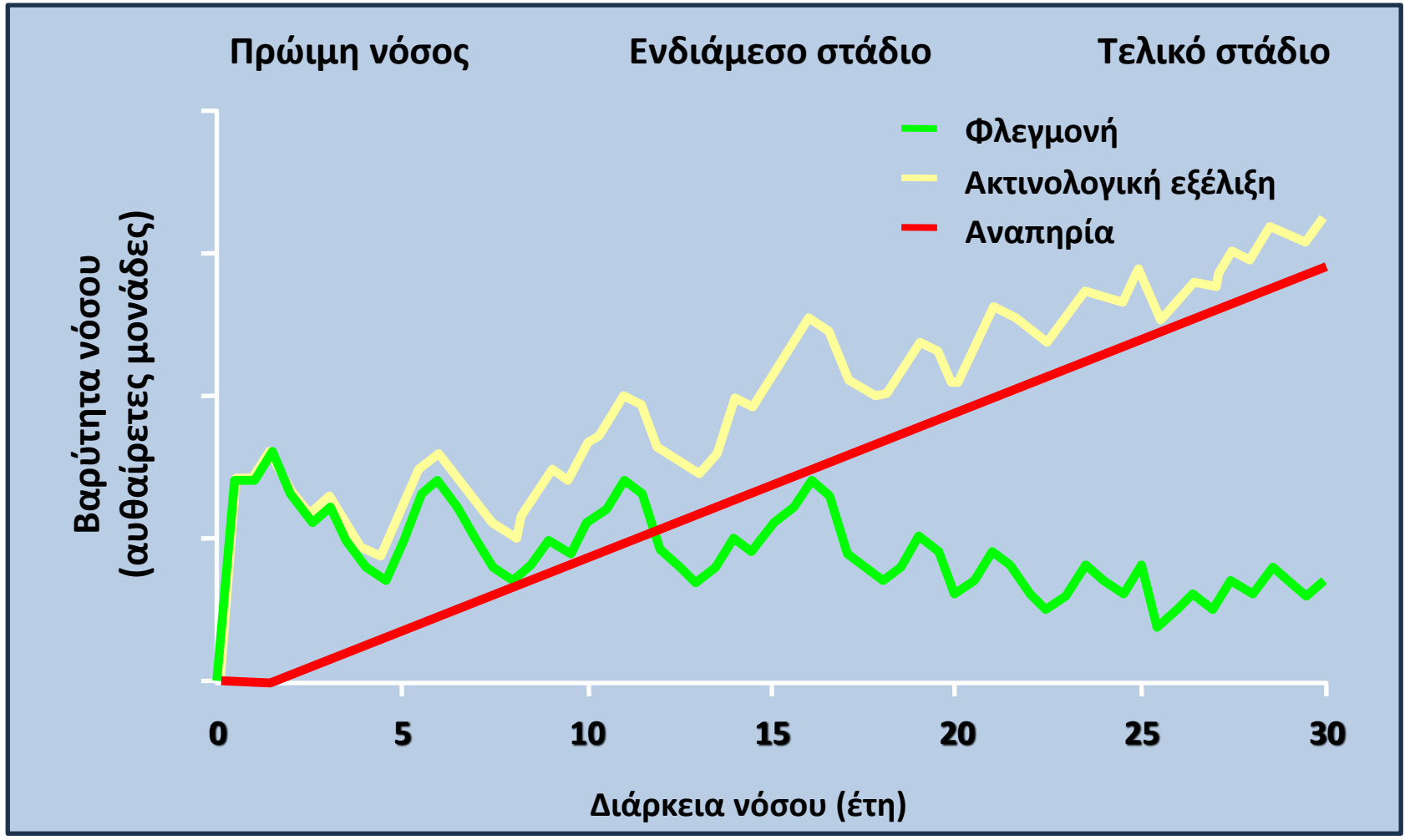
**Χάρης Παπαγόρας**
**Αναπληρωτής Καθηγητής Ρευματολογίας**
**Τμήμα Ιατρικής ΔΠΘ**

31 Οκτωβρίου 2026

# Περίγραμμα

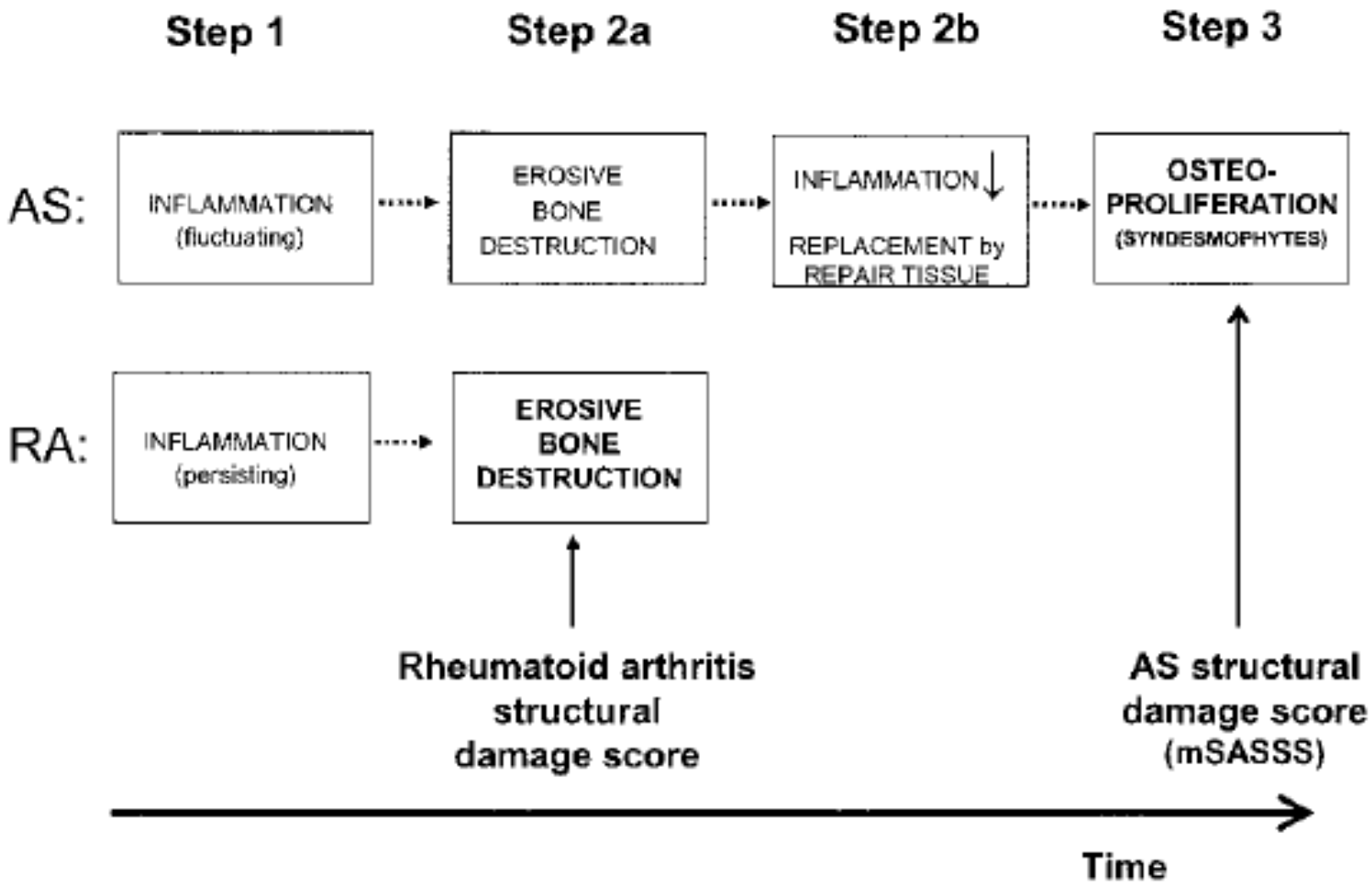
- Γενικές αρχές & στόχοι
- Μέτρηση της νόσου
- Θεραπεία της αξονικής προσβολής
- Θεραπεία της περιφερικής προσβολής
- Θεραπεία εξωμυοσκελετικών εκδηλώσεων
- Πρόληψη & θεραπεία μακροχρόνιων επιπλοκών

# Φυσική πορεία φλεγμονωδών αρθριτίδων




*Graph: Adapted from: Kirwan JR. J Rheumatol. 2001;28:881-886.*
*Photo: Copyright © American College of Rheumatology.*

# Damage in SpA goes one step further than RA




*Arthritis Rheum. 2008 Mar;58(3):649-56*

Recommendation

# ASAS-EULAR recommendations for the management of axial spondyloarthritis: 2022 update

- The primary goal of treating the patient with axSpA is to maximise health-related quality of life through control of symptoms and **inflammation**, prevention of progressive structural damage, and preservation/normalisation of function and social participation.
- Treatment of axSpA should aim at the best care and must be based on a shared decision between the patient and the rheumatologist.

**Definition of Health by WHO (1948)**
*"A state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity"*

**«Συναπόφαση»**

*Ann Rheum Dis 2023;82:19–34*

# ASAS-EULAR recommendations for the management of axial spondyloarthritis: 2022 update

| | Recommendations |
|---|---|
| 1 | The treatment of patients with axSpA should be individualised according to the current signs and symptoms of the disease (axial, peripheral, extramusculoskeletal manifestations) and the patient characteristics including comorbidities and psychosocial factors. |
| 2 | Disease monitoring of patients with axSpA should include patient-reported outcomes, clinical findings, laboratory tests and imaging, all with the appropriate instruments and relevant to the clinical presentation. The frequency of monitoring should be decided on an individual basis depending on symptoms, severity and treatment. |
| 3 | Treatment should be guided according to a predefined treatment target. |

Εξατομίκευση

Παρακολούθηση

Στόχοι

*Ann Rheum Dis 2023;82:19–34*

# Πώς μετρείται η ΑξΣπΑ

## Κλινικά

- **ASDAS**
- **ASAS-HI**
- **ASQoL**
- **BASDAI**
- **BASFI**
- **BASMI**
- **EQ-5D**
- LEI, MEI, MASES…

## Απεικονιστικά

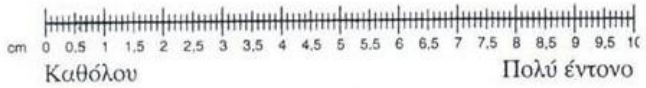
- **1984 NY criteria**
- **mSASSS**
- **SPARCC (SIJ/Spine)**
- **Berlin MRI Score (SIJ/Spine)**

*Skeletal Radiol. 2025 May 10;54(11):2399–2409*

# BASDAI

*Ονοματεπώνυμο Ασθενούς* _____ *Ημερομηνία* _____

**1.** Πώς θα περιγράφατε το συνολικό επίπεδο κόπωσης / εξάντλησης;




**2.** Πώς θα περιγράφατε το συνολικό επίπεδο πόνου που είχατε στον αυχένα, πλάτη και ισχία;



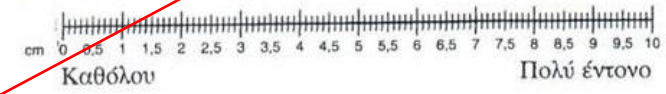

**3.** Πώς θα περιγράφατε το συνολικό επίπεδο πόνου - οιδήματος στις άλλες αρθρώσεις εκτός του αυχένα - πλάτης - ισχίων;



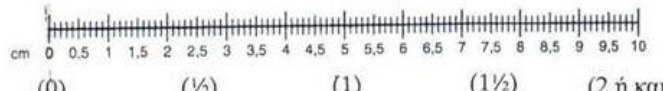

**4.** Πώς θα περιγράφατε το συνολικό επίπεδο ενόχλησης από περιοχές ευαίσθητες στο άγγιγμα ή στην πίεση;




**5.** Πώς θα περιγράφατε το συνολικό επίπεδο πρωινής δυσκαμψίας από τη στιγμή που ξυπνάτε;




**6.** Πόση ώρα διαρκεί η πρωινή δυσκαμψία από την στιγμή που ξυπνήσατε;




(0) (½) (1) (1½) (2 ή και περισσότερες)

Ώρες

ΕΝΕΡΓΟΤΗΤΑ

**BASDAI= [Α+Β+Γ+Δ+ 0,5*(Ε+ΣΤ)]/5**

0,12 x Σπονδυλικός πόνος

0,06 x Διάρκεια πρωινής δυσκαμψίας

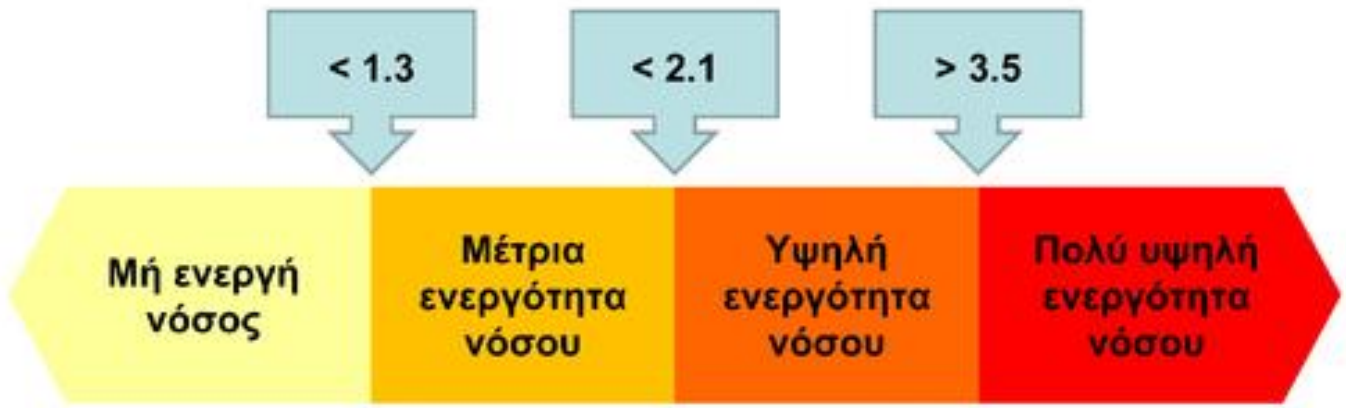
\+ 0,11 x Σφαιρική εκτίμηση ασθενούς

0,07 x Περιφερικός πόνος/οίδημα

0,58 x Ln(CRP+1) (mg/L)

**ASDAS (CRP)**

# Όρια ASDAS για εκτίμηση ενεργότητας νόσου




Machado P et al. Ann Rheum Dis 2011;70:47-53 (with permission)

ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΚΟΤΗΤΑ

# BASFI

Ημερομηνία: .. .. /...../. ..... .....

**Σημειώστε με μια κάθετη γραμμή την ικανότητά σας να πραγματοποιείτε τα παρακάτω κατά την τελευταία εβδομάδα**

**ΣΗΜΕΙΩΣΗ: ΒΟΗΘΗΜΑ ΕΙΝΑΙ ΚΑΘΕ ΕΡΓΑΛΕΙΟ ΠΟΥ ΣΑΣ ΒΟΗΘΑ ΝΑ ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΕΤΕ ΜΙΑ ΠΡΑΞΗ.**

1. Να βάλετε την κάλτσα ή το καλτσόν χωρίς βοήθεια ή βοήθημα (π.χ. λαβή για κάλτσες).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Εύκολα _____ Δύσκολα

2, Να σκύψετε εμπρός με τη μέση για να πιάσετε ένα μολύβι από το πάτωμα χωρίς βοήθημα.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Εύκολα _____ Δύσκολα

3. Να φτάσετε ένα ψηλό ράφι χωρίς βοήθεια ή βοήθημα.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Εύκολα _____ Δύσκολα

4. Να σηκωθείτε από καρέκλα χωρίς μπράτσα χωρίς να χρησιμοποιήσετε τα χέρα σας ή άλλη βοήθεια.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Εύκολα _____ Δύσκολα

5. Να σηκωθείτε από το πάτωμα ενώ είστε ξαπλωμένος/η με την πλάτη χωρίς βοήθεια.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Εύκολα _____ Δύσκολα

6. Να σταθείτε σε όρθια στάση (χωρίς στήριγμα) επί 10 λεπτά χωρίς να νιώσετε δυσφορία.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Εύκολα _____ Δύσκολα

7. Να ανεβείτε 12-15 σκαλοπάτια χωρίς να χρειαστεί να πιαστείτε από την κουπαστή ή να χρησιμοποιήσετε κάποιο βοήθημα (ένα πόδι σε κάθε σκαλί).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Εύκολα _____ Δύσκολα

8. Να κοιτάξετε πίσω από τον ώμο σας χωρίς να γυρίσετε το σώμα σας.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Εύκολα _____ Δύσκολα

9. Να κάνετε δραστηριότητες που απαιτούν φυσική κατάσταση (π.χ. ασκήσεις φυσιοθεραπείας, κηπουρική, αθλήματα).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Εύκολα _____ Δύσκολα

10. Να πραγματοποιήσετε τις δραστηριότητας μιας ολόκληρης ημέρας στο σπίτι ή στην δουλειά.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

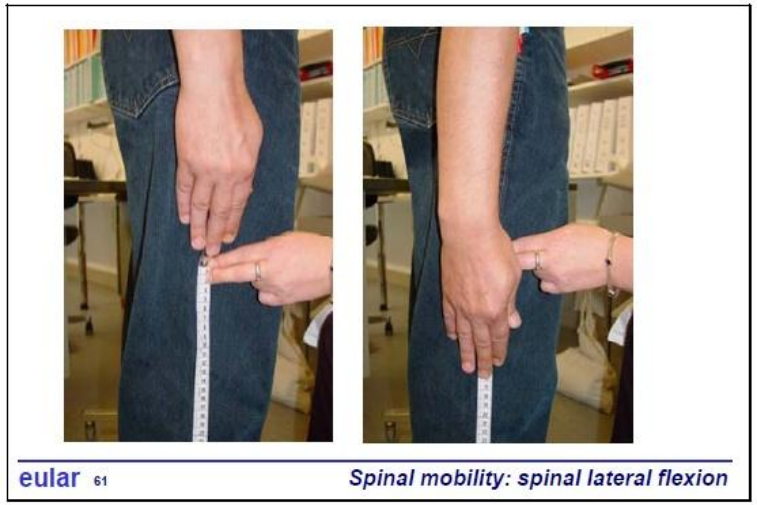
Εύκολα _____ Δύσκολα

# Μέτρηση κινητικότητας ΣΣ





eular 62 Spinal mobility: lumbar flexion [modified Schober's test]


eular 61 Spinal mobility: spinal lateral flexion


eular 59 Spinal mobility: cervical rotation


eular 63 Spinal mobility: inter-malleolar distance

# BASMI

| Item / Points | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Tragus to Wall | ≤10 | 10.1-12.9 | 13-15.9 | 16-18.9 | 19-21.9 | 22-24.9 | 25-27.9 | 28-30.9 | 31-33.9 | 34-36.9 | ≥37 |
| Lumbar Flexion (Modified Schober's) | ≥7.0 | 6.4-6.9 | 5.7-6.3 | 5.0-5.6 | 4.3-4.9 | 3.6-4.2 | 2.9-3.5 | 2.2-2.8 | 1.5-2.1 | 0.8-1.4 | ≤0.7 |
| Intermalleolar Distance | ≥120 | 110-119.9 | 100-109.9 | 90-99.9 | 80-89.9 | 70-79.9 | 60-69.9 | 50-59.9 | 40-49.9 | 30.1-39.9 | ≤30 |
| Cervical Rotation | ≥85 | 76.6-84.9 | 68.1-76.5 | 59.6-68 | 51.1-59.5 | 42.6-51 | 34.1-42.5 | 25.6-34 | 17.1-25.5 | 8.6-17 | ≤8.5 |
| Lumbar Side Flexion | ≥20 | 18-19.9 | 15.9-17.9 | 13.8-15.8 | 11.7-13.7 | 9.6-11.6 | 7.5-9.5 | 5.4-7.4 | 3.3-5.3 | 1.3-3.2 | ≤1.2 |

# Οι κλινικοί δείκτες έχουν καλή συσχέτιση μεταξύ τους

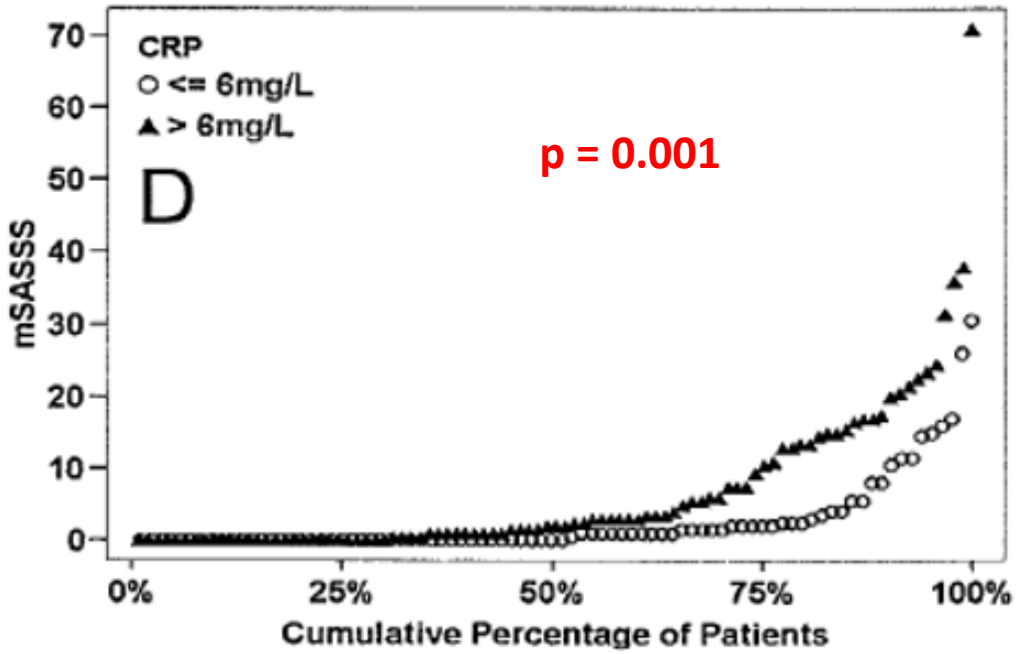
**Table 1** Convergent validity analysis: correlation matrix (Spearman's rho) of the ASAS HI Questionnaire versus anthropometric measures (BASMI), specific and generic HRQoL questionnaires (ASQoL and EQ-5D), functional disability (BASFI) and disease activity scores (BASDAI, ASDAS-CRP and SASDAS)

| | ASQoL | BASDAI | BASFI | BASMI | EQ-5D | SASDAS | ASDAS-CRP |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ASAS HI | 0.784 | 0.568 | 0.671 | 0.303 | −0.460 | 0.640 | 0.564 |
| | <0.0001 | <0.0001 | <0.0001 | 0.0003 | <0.0001 | <0.0001 | <0.0001 |
| ASQoL | | 0.645 | 0.626 | 0.271 | −0.436 | 0.689 | 0.620 |
| | | <0.0001 | <0.0001 | 0.0012 | <0.0001 | <0.0001 | <0.0001 |
| BASDAI | | | 0.586 | 0.192 | −0.453 | 0.868 | 0.757 |
| | | | <0.0001 | 0.0229 | <0.0001 | <0.0001 | <0.0001 |
| BASFI | | | | 0.578 | −0.329 | 0.723 | 0.624 |
| | | | | <0.0001 | 0.0001 | <0.0001 | <0.0001 |
| BASMI | | | | | −0.160 | 0.321 | 0.289 |
| | | | | | 0.0590 | 0.0001 | 0.0005 |
| EQ-5D | | | | | | −0.407 | −0.418 |
| | | | | | | <0.0001 | <0.0001 |
| SASDAS | | | | | | | 0.845 |
| | | | | | | | <0.0001 |

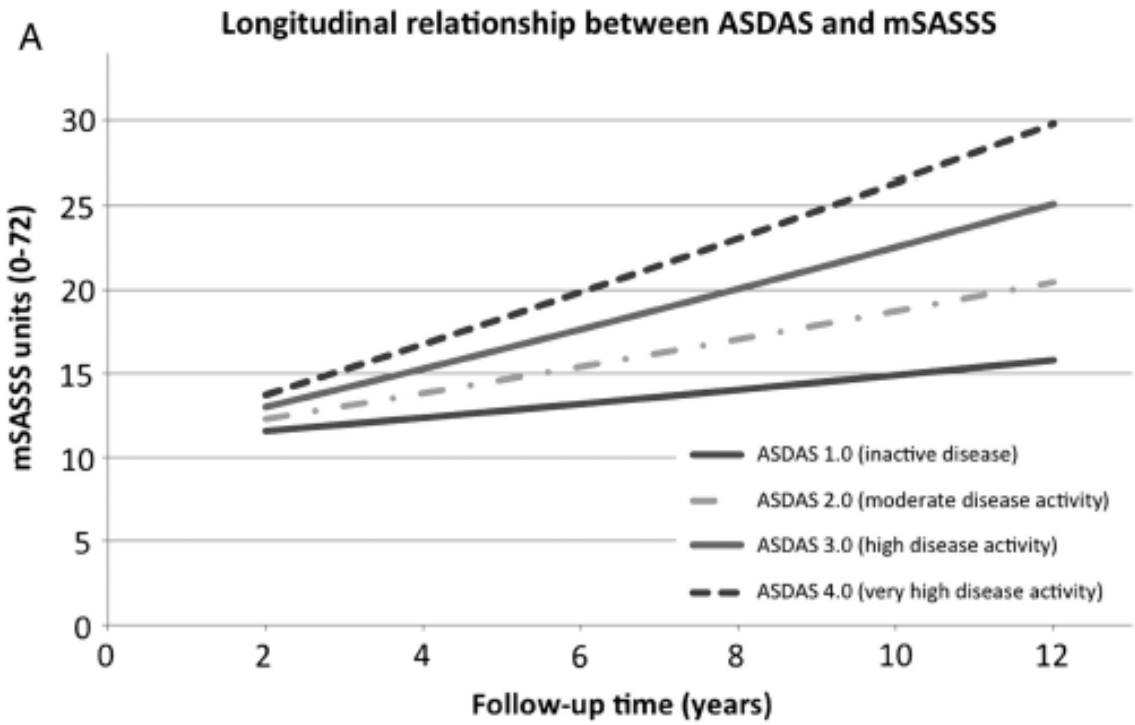
*Health Qual Life Outcomes. 2016 May 17:14:78*

# CRP and ASDAS predict structural progression in AxSpA

## GESPIC



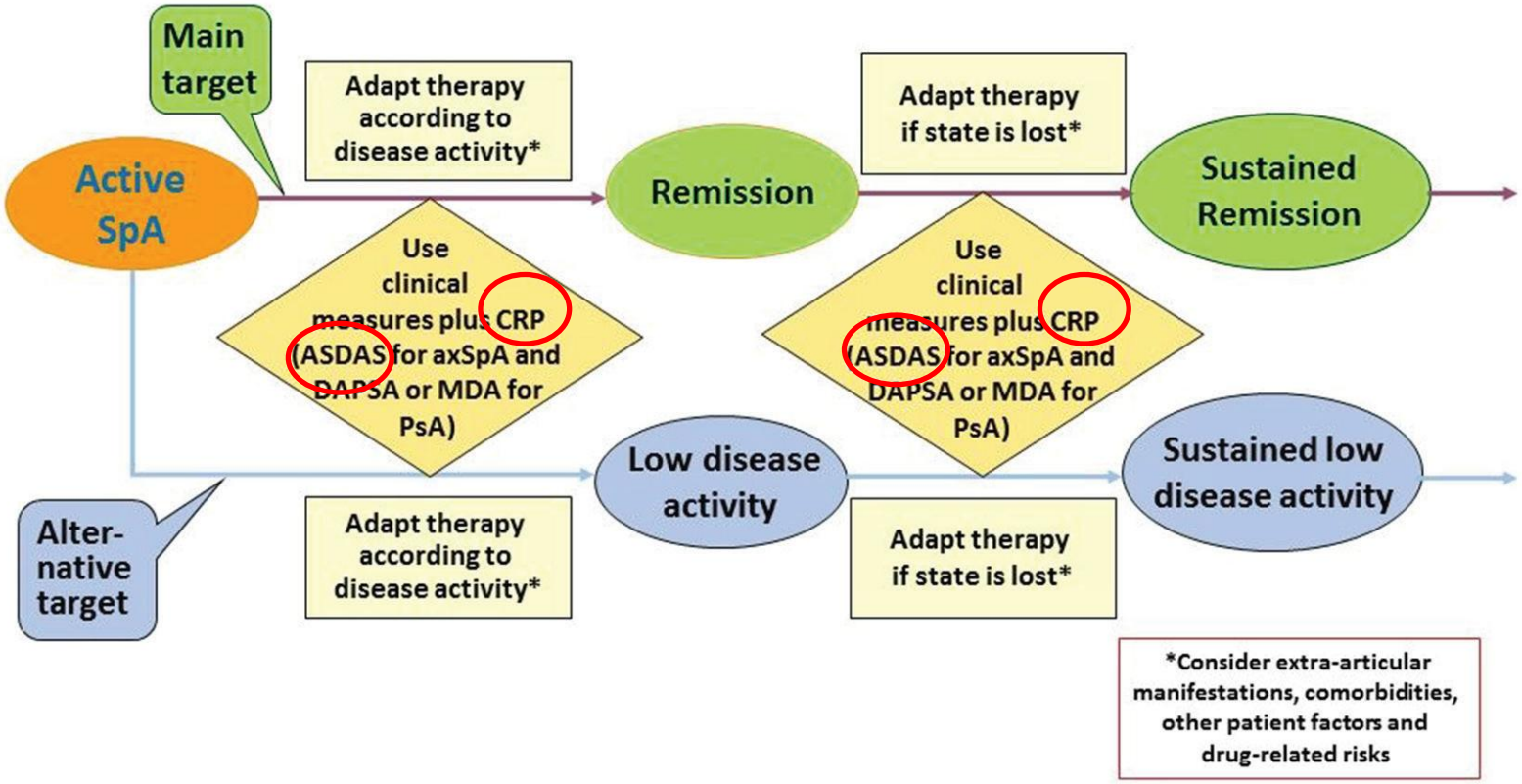

## OASIS




*Arthritis Rheum. 2009 Mar;60(3):717-27*

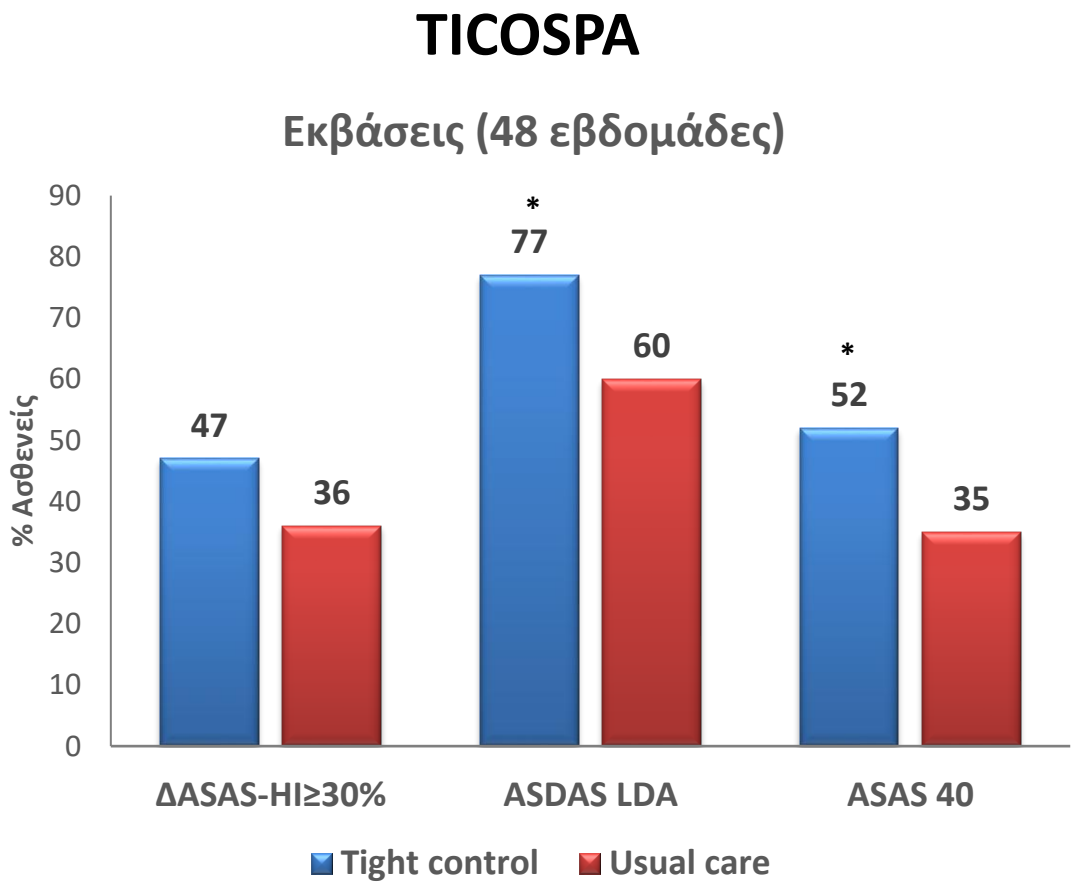
*Ann Rheum Dis. 2014 Aug;73(8):1455-61*

# 2017: Επέκταση της έννοιας Treat-to-Target (T2T) στις ΣπΑ




*Ann Rheum Dis. 2018 Jan;77(1):3-17*

# Η στρατηγική T2T (ASDAS <2.1) μέσα από κλινικές δοκιμές




**p<0.05 vs Usual care*

*Ann Rheum Dis 2021;80:1436–1444*

# Reco 3: axSpA monitoring activity

| | LoE/GoR | LoA | Imp | Feas | Prior |
|---|---|---|---|---|---|
| **UPDATE (reworded)**<br>MRI of the SIJs and the spine can be used to assess and monitor disease activity in axial SpA, to assist treatment decisions. | **1b/A** | **9.6 (0.5) 100%** | **8.3 (1.1)** | **8.7 (1.3)** | **3** |
| OLD<br>MRI of the SI joints and/or the spine may be used to assess and monitor disease activity in axial SpA, providing additional information on top of clinical and biochemical assessments. The decision on when to repeat MRI depends on the clinical circumstances. In general, STIR sequences are sufficient to detect inflammation and the use of contrast medium is not needed. | Ib | 9.2 (0.4) | | | |

*2025 Update of the EULAR Recommendation for the use of imaging in the diagnosis and management of spondyloarthritis in clinical practice*

# Συμπερασματικά: Θεραπευτικός στόχος (ASAS/EULAR 2022)

- Treatment should be guided according to a predefined treatment **target**
- Treatment **target** should be used as a guidance, but should only result in intensifying immunosuppressive treatment if physician and patient **are convinced** of the presence of **residual inflammatory activity** and other (contextual) factors do not impede such an intensification. These include **aspects that can potentially influence the assessment of disease activity**, such as fibromyalgia and other comorbidities.

*Ann Rheum Dis 2023;82:19–34*

# Φάσμα κλινικών εκδηλώσεων ΣπΑ

## Σκελετική προσβολή

- **Αξονικός σκελετός**
- **Περιφερικός σκελετός**
  - **Αρθρίτιδα**
  - **Ενθεσίτιδα**
  - **Δακτυλίτιδα**

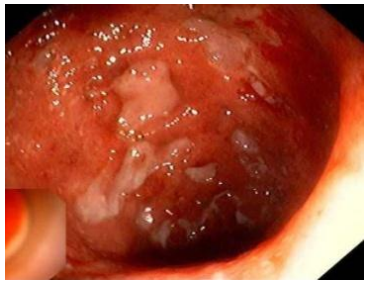


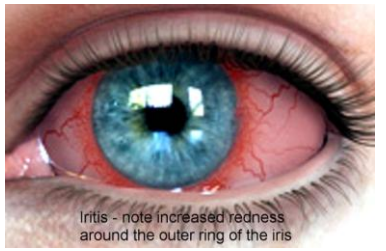


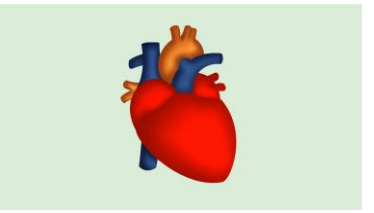
## Εξωσκελετική προσβολή

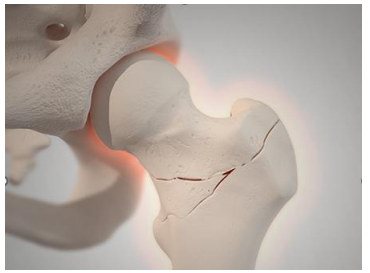
- **Δέρμα**
- **Γαστρεντερικό**
- **Οφθαλμοί**
- Κυκλοφορικό
- Συνέπειες χρόνιας φλεγμονής
  - Οστεοπόρωση
  - Αθηροσκλήρυνση
  - Αμυλοείδωση









# Axial disease



- **Exercise & Physiotherapy**
  - Home exercise
  - Group exercise
- **Pharmacological treatments**
  - **NSAIDs**
  - **Targeted DMARDs**
    - Anti-TNFα
    - Anti-IL-17
    - JAK inhibitors

*Patients should be educated about axSpA and encouraged to exercise on a regular basis and stop smoking; physiotherapy should be considered*

*Ann Rheum Dis 2023;82:19–34*

# Τα ΜΣΑΦ στην ΑξΣπΑ

- Patients suffering from pain and stiffness should use an **NSAID as first-line drug** treatment up to the maximum dose, taking risks and benefits into account.
- For patients who respond well to NSAIDs, **continuous** use is preferred **if needed** to control symptoms.
- **Contradictory** evidence on the effect of NSAIDs on the inhibition of **structural damage progression**

*Ann Rheum Dis 2023;82:19–34*

# Τα ΜΣΑΦ & ακτινολογική πρόοδος στην ΑΣ (RCTs)

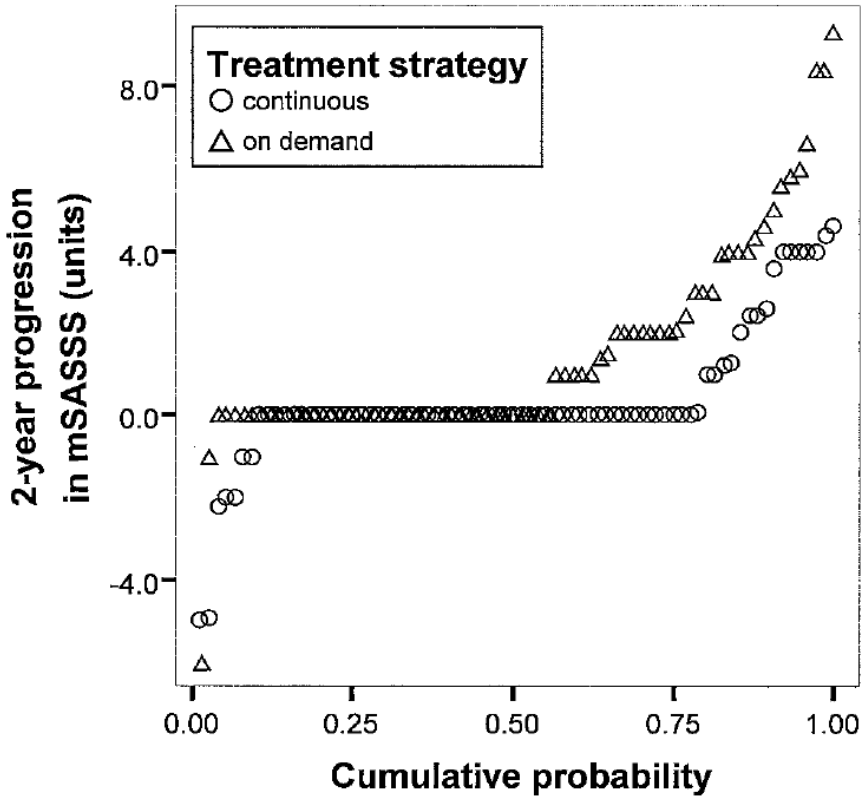
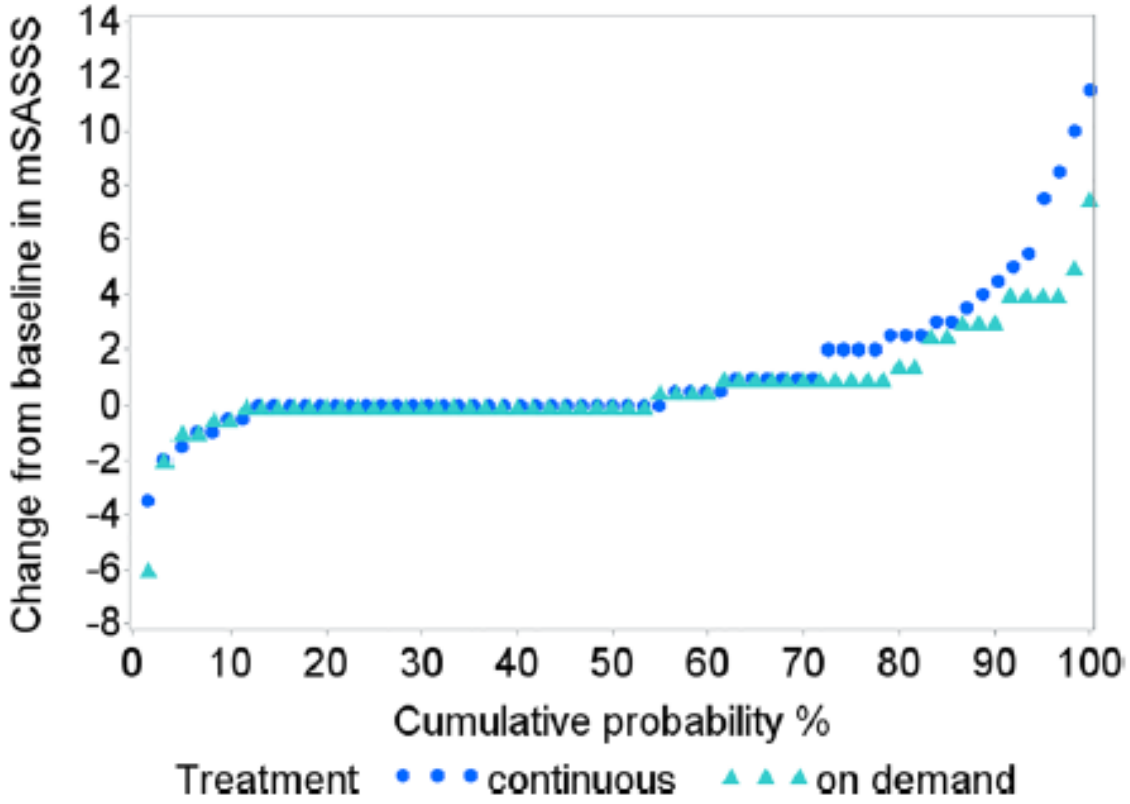


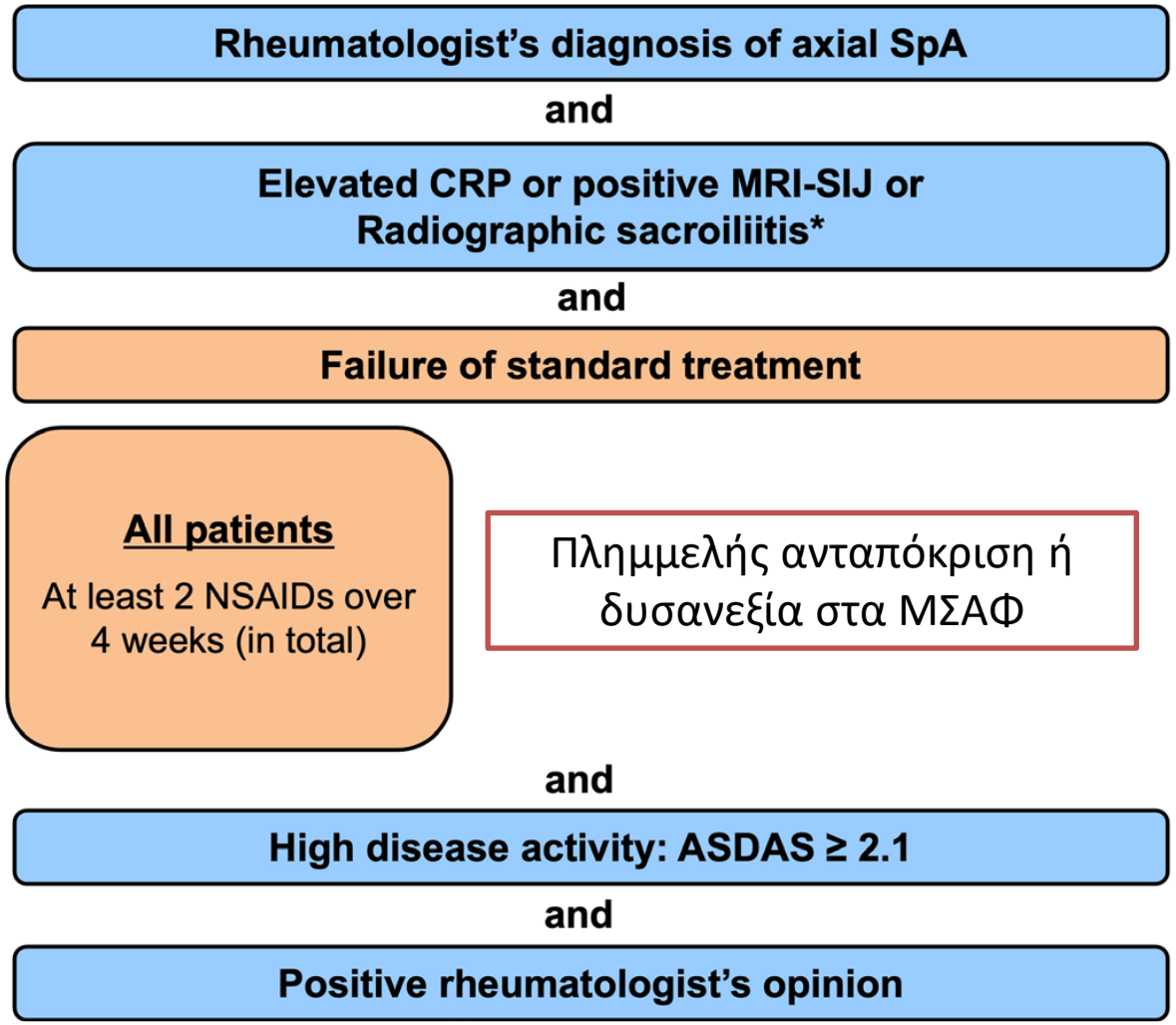

**Figure 2.** Probability plot of modified Stoke Ankylosing Spondylitis Spine Score (mSASSS) progression over 24 months.

*Wanders A. Arthritis Rheum. 2005;52:1756-65*




*Ann Rheum Dis 2016;75:1438–1443*

# Ανοσοτροποποιητική θεραπεία στην αξονική νόσο




Σωστή διάγνωση

Πλημμελής ανταπόκριση ή δυσανεξία στα ΜΣΑΦ

Ενεργός νόσος

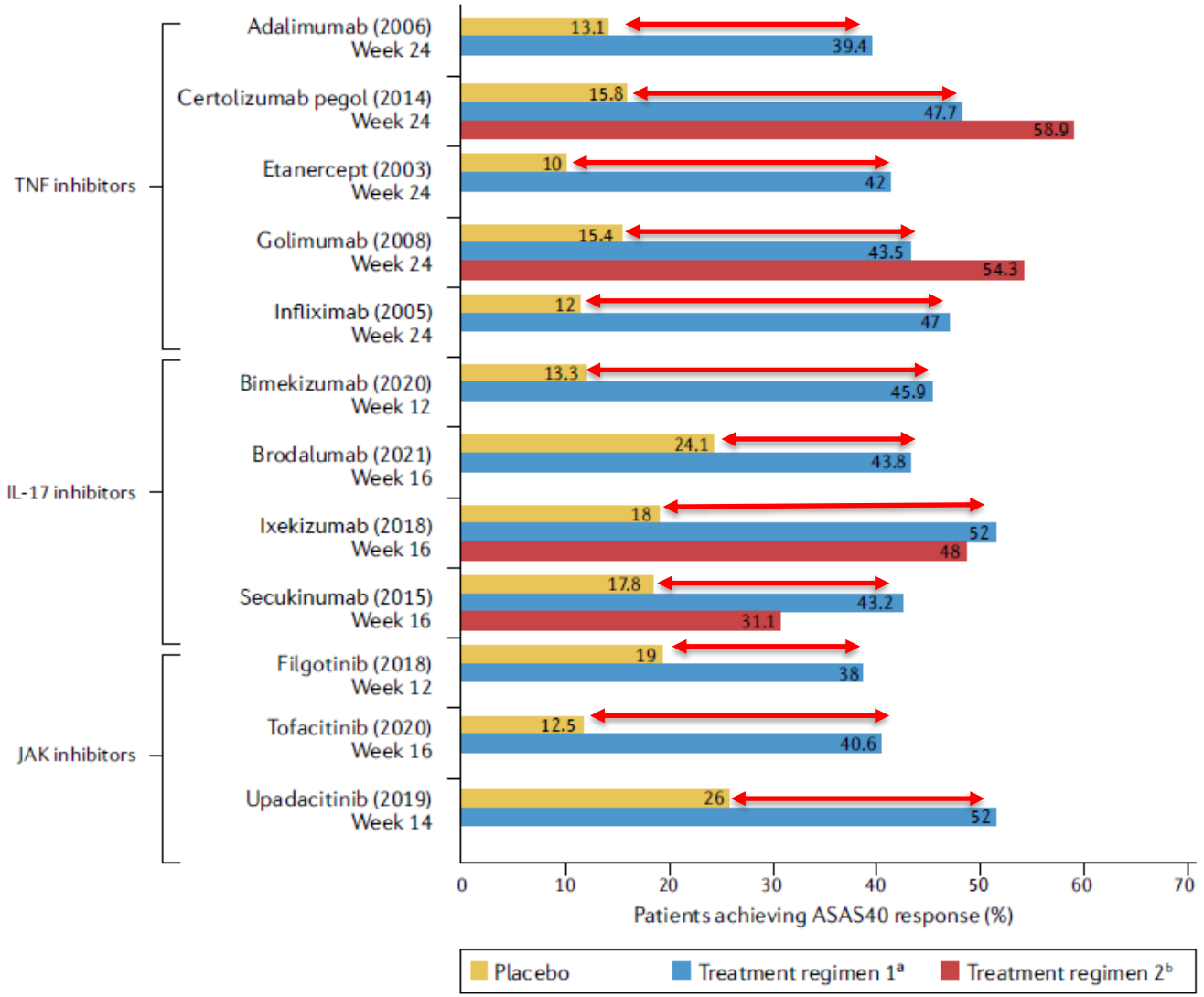
Απουσία συγχυτικών παραγόντων ή αντενδείξεων

*Ann Rheum Dis 2023;82:19–34*

# Αξονικά συμπτώματα → Στοχευμένα DMARDs

- Αναστολείς TNFα
  - Adalimumab (mAb)
  - Golimumab (mAb)
  - Infliximab (mAb)
  - Certolizumab pegol (μονοσθενές mAb χωρίς Fc)
  - Etanercept (διαλυτός υποδοχέας TNF·Fc)
- Αναστολείς IL-17**A** ή IL-17**A/F** (όλα mAb)
  - **Ixekizumab**
  - **Secukinumab**
  - **Bimekizumab**
- Αναστολείς JAK
  - Upadacitinib
  - Tofacitinib

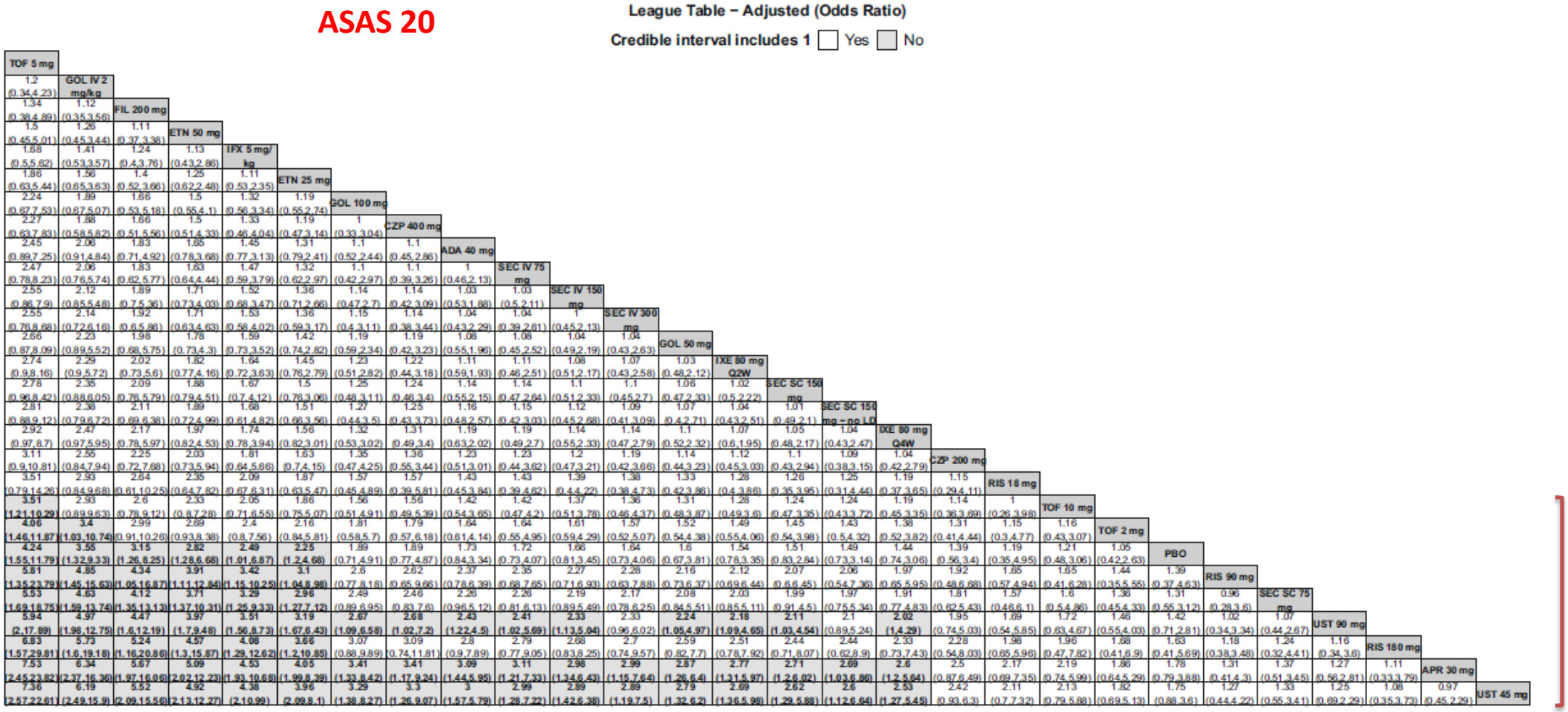
# ASAS 40 in AxSpA trials




*Nat Rev Rheumatol. 2022 Apr;18(4):205-216*

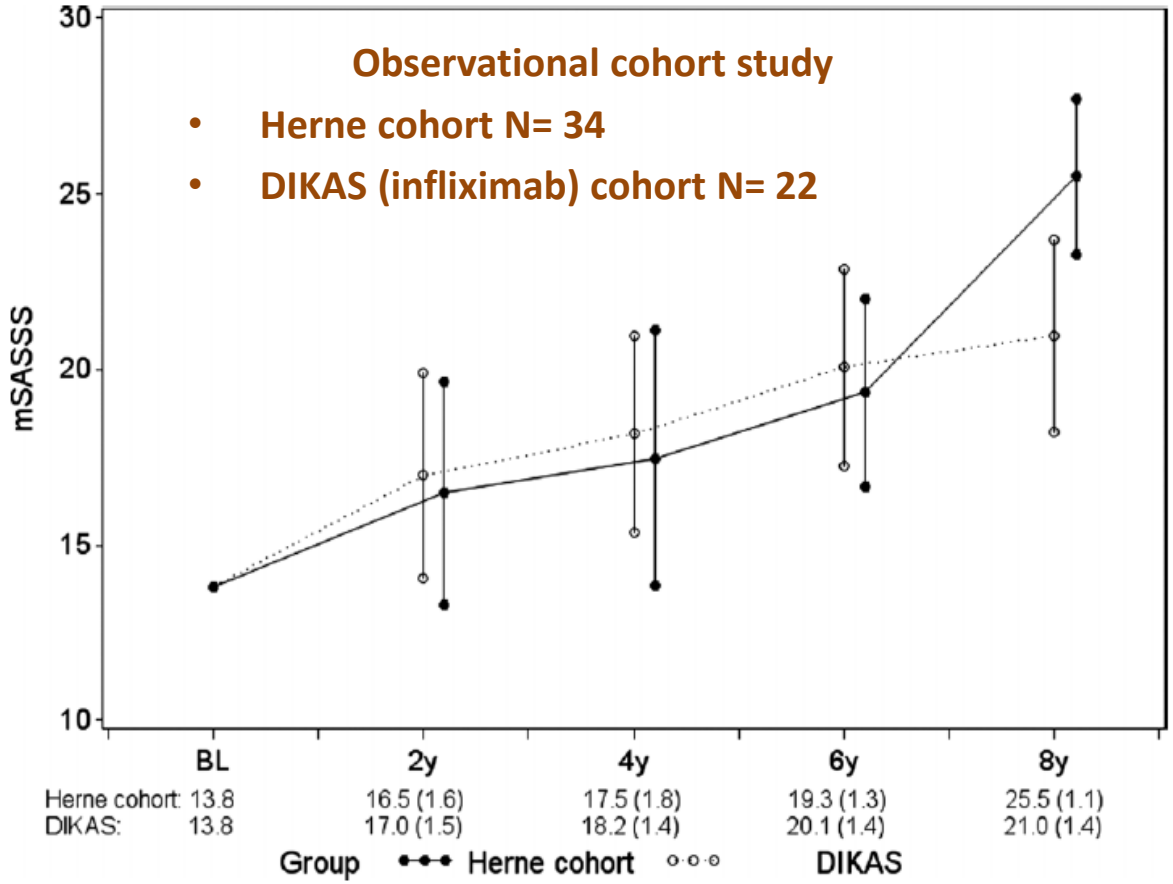
# Network meta-analyses

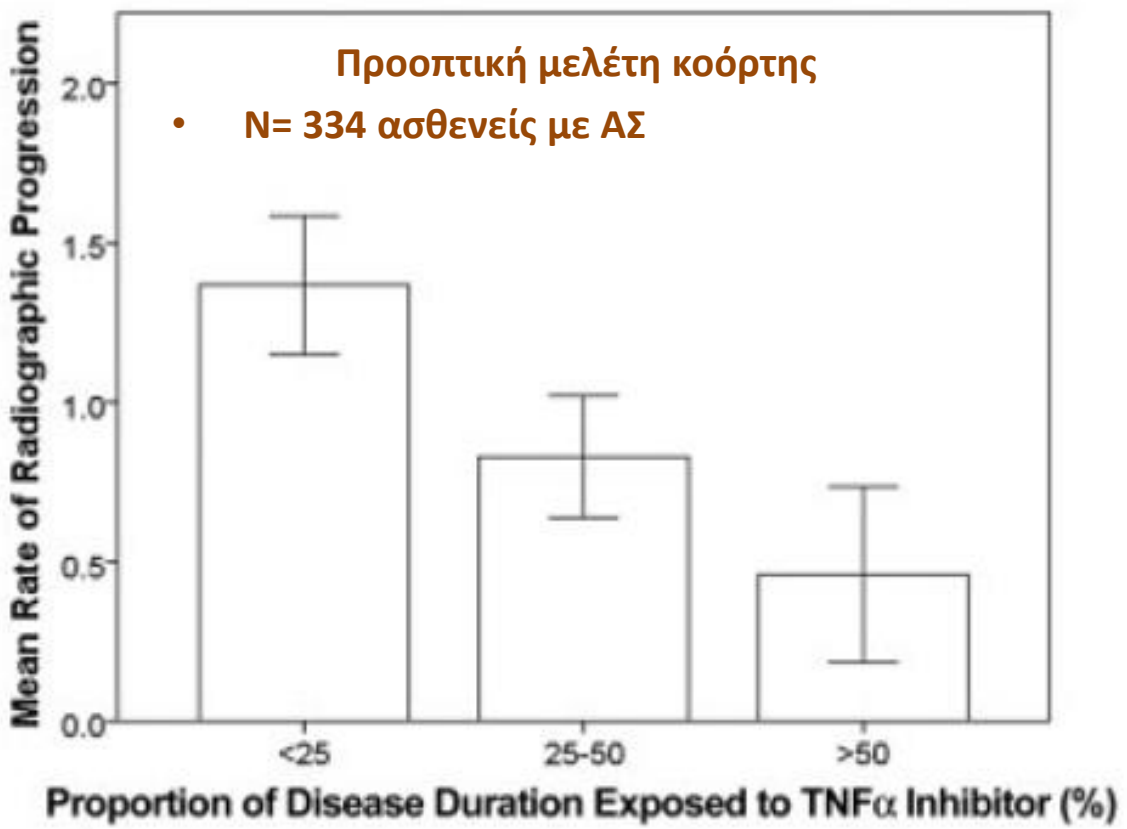
## ASAS 20




*Deodhar A… Gensler LS. Clin Rheumatol. 2020; 39:2307–2315*

# Τροποποιείται η ακτινολογική πρόοδος από τους αντι-TNFα;




*Baraliakos X. Ann Rheum Dis. 2014;73:710-5*

*Haroon N. Arthritis Rheum. 2013;65:2645-54*

**Arthritis & Rheumatology**
Vol. 72, No. 5, May 2020, pp 733–749
DOI 10.1002/art.41206
© 2020, American College of Rheumatology

AMERICAN COLLEGE of RHEUMATOLOGY
*Empowering Rheumatology Professionals*

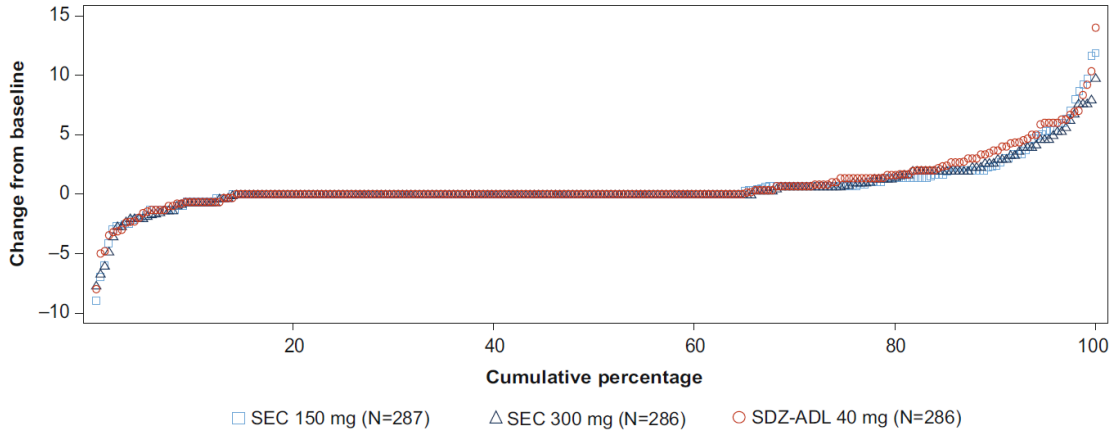
# Effect of Therapy on Radiographic Progression in Axial Spondyloarthritis: A Systematic Review and Meta-Analysis

Paras Karmacharya,[1] Ali Duarte-Garcia,[1] Maureen Dubreuil,[2] M. Hassan Murad,[1] Ravi Shahukhal,[3] Pragya Shrestha,[1] Elena Myasoedova,[1] Cynthia S. Crowson,[1] Kerry Wright,[1] and John M. Davis III[1]

*Although no significant protective effect of TNFi treatment on spinal radiographic progression was seen over the course of 2 years or ≥4 years in patients with axial SpA, our analysis restricted to studies with a low risk of bias showed* ***a protective effect of TNFi after ≥4 years***

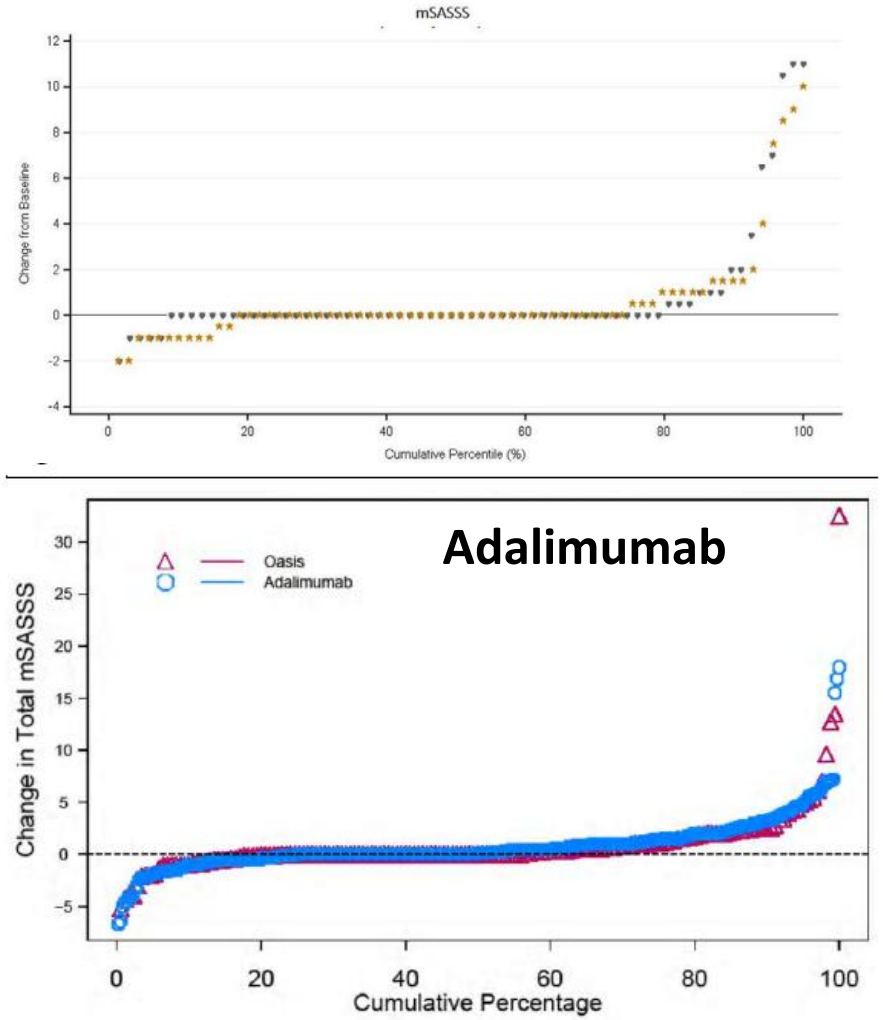
# Τροποποιείται η ακτινολογική πρόοδος από τα άλλα tDMARDs;

## Adalimumab vs Secukinumab (RCT)




*Arthritis Rheumatol. 2024 Aug;76(8):1278-1287*

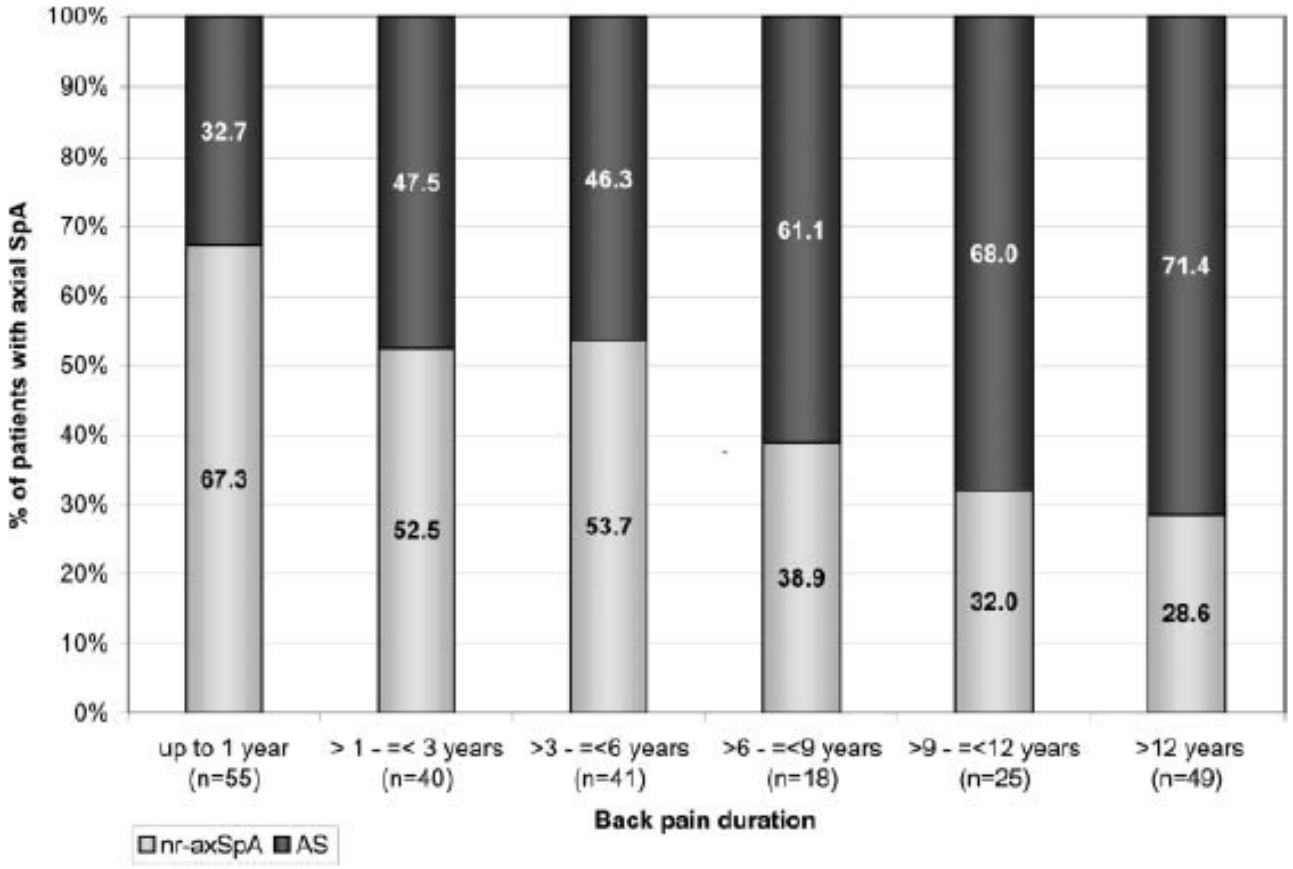
## Upadacitinib




*RMD Open. 2022 Jul;8(2):e002280*
*Arthritis Res Ther. 2009;11(4):R127*

## Τι γίνεται με τη μη ακτινογραφική ΑξΣπΑ;

# Αναλογία ΑΣ vs μη-ακτινογραφικής αξ. ΣπΑ ανάλογα με τη διάρκεια του σπονδυλικού πόνου



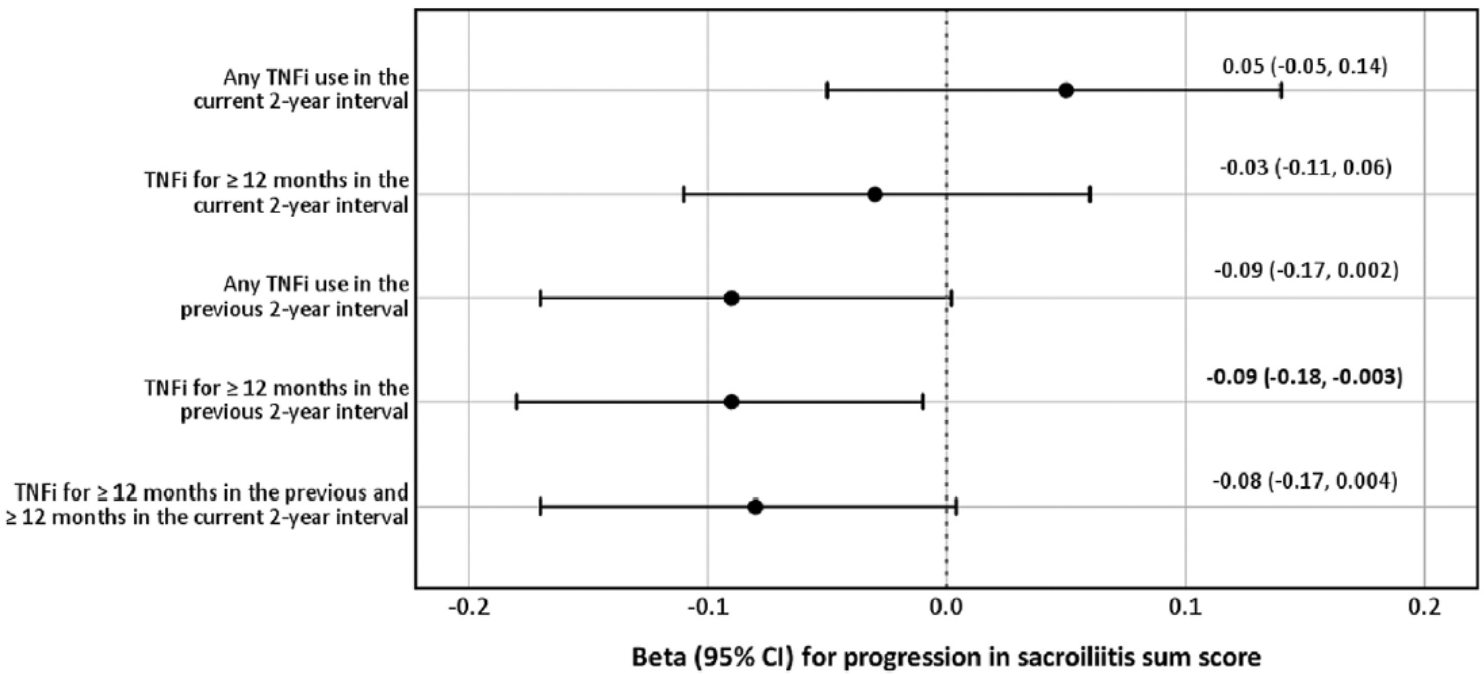

*Ann Rheum Dis. 2012 Dec;71(12):1998-2001*

**Arthritis & Rheumatology**
Vol. 74, No. 9, September 2022, pp 1515–1523
DOI 10.1002/art.42144
© 2022 The Authors. *Arthritis & Rheumatology* published by Wiley Periodicals LLC on behalf of American College of Rheumatology. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs License, which permits use and distribution in any medium, provided the original work is properly cited, the use is non-commercial and no modifications or adaptations are made.

American College of Rheumatology
*Empowering Rheumatology Professionals*

# Treatment With Tumor Necrosis Factor Inhibitors Is Associated With a Time-Shifted Retardation of Radiographic Sacroiliitis Progression in Patients With Axial Spondyloarthritis: 10-Year Results From the German Spondyloarthritis Inception Cohort

Murat Torgutalp,[1] Valeria Rios Rodriguez,[1] Fabian Proft,[1] Mikhail Protopopov,[1] Maryna Verba,[1] Judith Rademacher,[1] Hildrun Haibel,[1] Joachim Sieper,[1] Martin Rudwaleit,[2] and Denis Poddubnyy[3]




*The effect of having received ≥12 months of treatment with TNFi in the previous 2-year radiographic interval was stronger in patients with nonradiographic axial SpA as compared to patients with radiographic axial SpA*

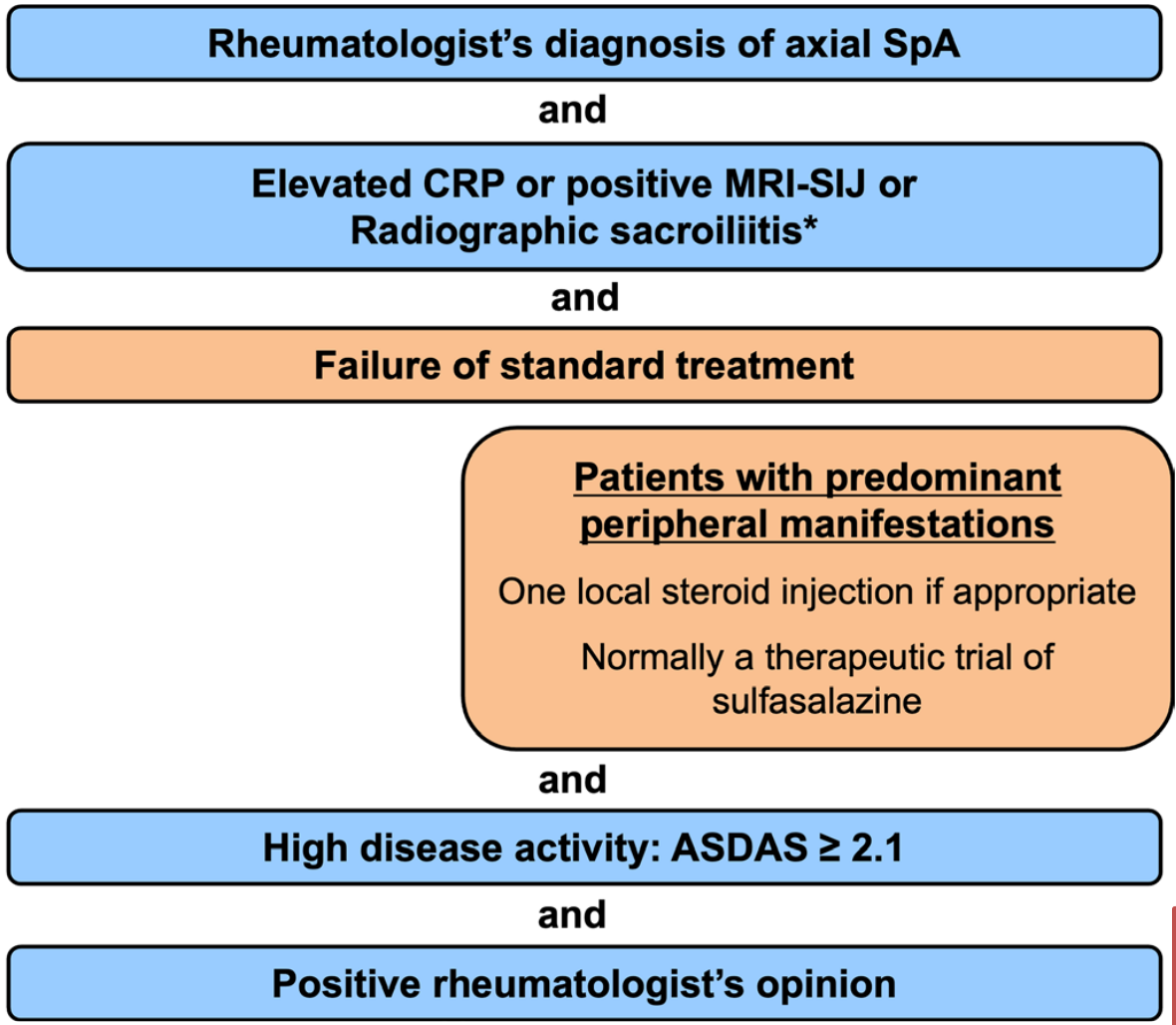
# Περιφερική νόσος: Αρθρίτιδα, Ενθεσίτιδα, Δακτυλίτιδα

- *In patients with **peripheral arthritis**, however, csDMARDs are indicated with **sulfasalazine** being the preferred option due to its demonstrated efficacy in the subgroup of patients with peripheral arthritis, unlike **methotrexate** which has not demonstrated efficacy*

- ***Glucocorticoid** injections directed to the **local site of musculoskeletal inflammation** may be considered*
- *Patients with axial disease should not receive long-term treatment with systemic glucocorticoids.*

*Ann Rheum Dis 2023;82:19–34*

# Ανοσοτροποποιητική θεραπεία στην περιφερική νόσο




Σωστή διάγνωση

Πλημμελής ανταπόκριση ή δυσανεξία στα ΜΣΑΦ

Ενεργός νόσος

Απουσία συγχυτικών παραγόντων ή αντενδείξεων

*Ann Rheum Dis 2023;82:19–34*

# Ποιο στοχευμένο DMARD να διαλέξω;

## Μόνο σκελετική νόσος

- *TNFi, IL-17i or JAKi should be considered in patients with persistently high disease activity despite conventional treatments; current practice is to start a TNFi or IL-17i.*

## Εξωμυοσκελετικές εκδηλώσεις

- *If there is a history of recurrent **uveitis** or active **IBD**, preference should be given to a **monoclonal antibody against TNF***
- *In patients with significant **psoriasis**, an **IL-17i** may be preferred*

*Ann Rheum Dis 2023;82:19–34*

# Risk of new-onset and recurrent uveitis with different biologics for ankylosing spondylitis: a network meta-analysis

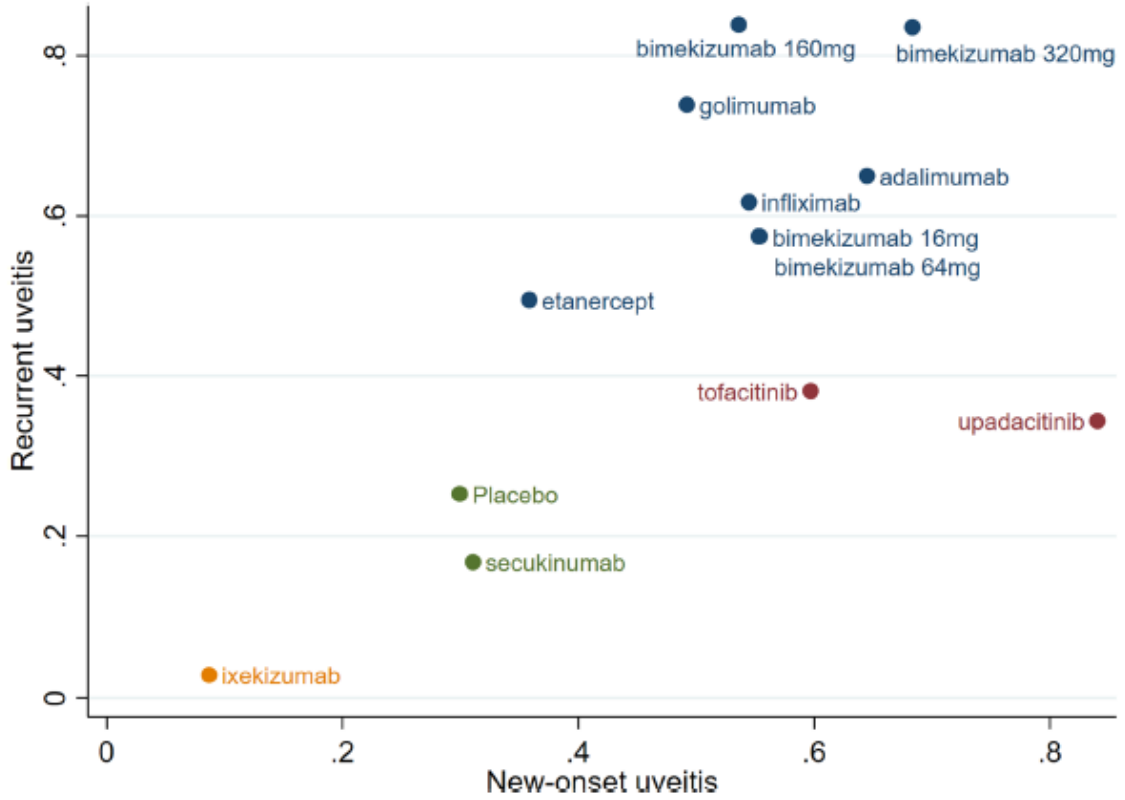



FIGURE 7
Combined cumulative probability of new-onset and recurrent uveitis.

*Zhao X et al. Front Immunol. 2025 Jun 20:16:1556313*

# Κόκκινα σημαιάκια για συνύπαρξη ΣπΑ & ΦΝΕ



**Table 1.** Proposed "red flags" to consider further investigation for concomitant IBD or SpA.

| Red flags for IBD | Red flags for SpA |
|---|---|
| Chronic diarrhoea for more than 4 weeks | Back pain (for more than 3 months) |
| Abdominal pain for more than 3 months | Recurrent or chronic (more than 3 months) peripheral joint pain or swelling |
| Nocturnal diarrhoea or abdominal pain | Inflammatory spinal pain: age at onset younger than 40 years, insidious onset, improvement with exercise, not improvement with rest, pain at night |
| Rectal bleeding (not due to haemorrhoids) | Finger swelling (ie, dactylitis) ever |
| Perianal fistula or abscesses, recurrent oral aphthosis | Heel pain (ie, enthesitis) ever |
| Unexplained constitutional symptoms: weight loss, fever, anaemia | Family history of SpA* |
| Family history of IBD | |

* First- or second-degree relatives with IBD, AS, psoriasis, acute uveitis or reactive arthritis
IBD, inflammatory bowel disease; SpA, spondyloarthritis; AS, ankylosing spondylitis.

*Zioga N et al. Mediterr J Rheumatol 2022;33(Suppl 1):126-36*

ΙΦΝΕ (ΚΑΙ) ΣπΑ

# Στοχευμένες θεραπείες στη διάθεση του γαστρεντερολόγου ή του ρευματολόγου

| | Αξονική νόσος | Περιφερική νόσος* | N. Crohn | Ελκώδης κολίτιδα |
|---|---|---|---|---|
| Αντι-TNFα mAb | | | | |
| Etanercept | | | | |
| Ustekinumab | | | | |
| Αντι-IL-17 | | | | |
| Anti-IL-23 | | | | |
| Jak inhibitors | | | | |
| Vedolizumab | | | | |

| | |
|---|---|
| | Ωφέλεια |
| | Όχι ωφέλεια |
| | Αντένδειξη |

*Έμμεσα δεδομένα από την ΨΑ

# Targeting IL-23 in AxSpA

AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY
EDUCATION • TREATMENT • RESEARCH

**Arthritis & Rheumatology**
Vol. 71, No. 2, February 2019, pp 258–270
DOI 10.1002/art.40728
© 2018, American College of Rheumatology

## Three Multicenter, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Studies Evaluating the Efficacy and Safety of Ustekinumab in Axial Spondyloarthritis

Atul Deodhar,[1] Lianne S. Gensler,[2] Joachim Sieper,[3] Michael Clark,[4] Cesar Calderon,[4] Yuhua Wa[illegible]u,[4] Jocelyn H. Leu,[4] Kim Campbell,[4] Kristen Sweet,[4] Diane D. Harrison,[4] Elizabeth C. Hsia,[5] and Désirée van der Heijde[6]

**RESULTS:** For Study 1, primary and major secondary endpoints were not met, and the study was discontinued. As a result, Studies 2 and 3 were prematurely discontinued before they were fully enrolled. For all 3 studies, neither ustekinumab dose group demonstrated clinically meaningful improvement over placebo on key efficacy endpoints. The proportion of patients experiencing adverse events in the ustekinumab groups was consistent with those in previous studies.

**CONCLUSIONS:** In these 3 placebo-controlled trials, efficacy of ustekinumab in the treatment of axSpA was not demonstrated. The safety profile was consistent with that of studies in other indications. This article is protected by copyright. All rights reserved.

FAIL

## Risankizumab, an IL-23 inhibitor, for ankylosing spondylitis: results of a randomised, double-blind, placebo-controlled, proof-of-concept, dose-finding phase 2 study

Dominique Baeten,[1] Mikkel Østergaard,[2,3] James Cheng-Chung Wei,[4,5] Joachim Sieper,[6] Pentti Järvinen,[7] Lai-Shan Tam,[8] Carlo Salvarani,[9,10] Tae-Hwan Kim,[11] Alan Solinger,[12] Yakov Datsenko,[13] Chandrasena Pamulapati,[12] Sudha Visvanathan,[12] David B Hall,[12] Stella Aslanyan,[12] Paul Scholl,[12] Steven J Padula[14]

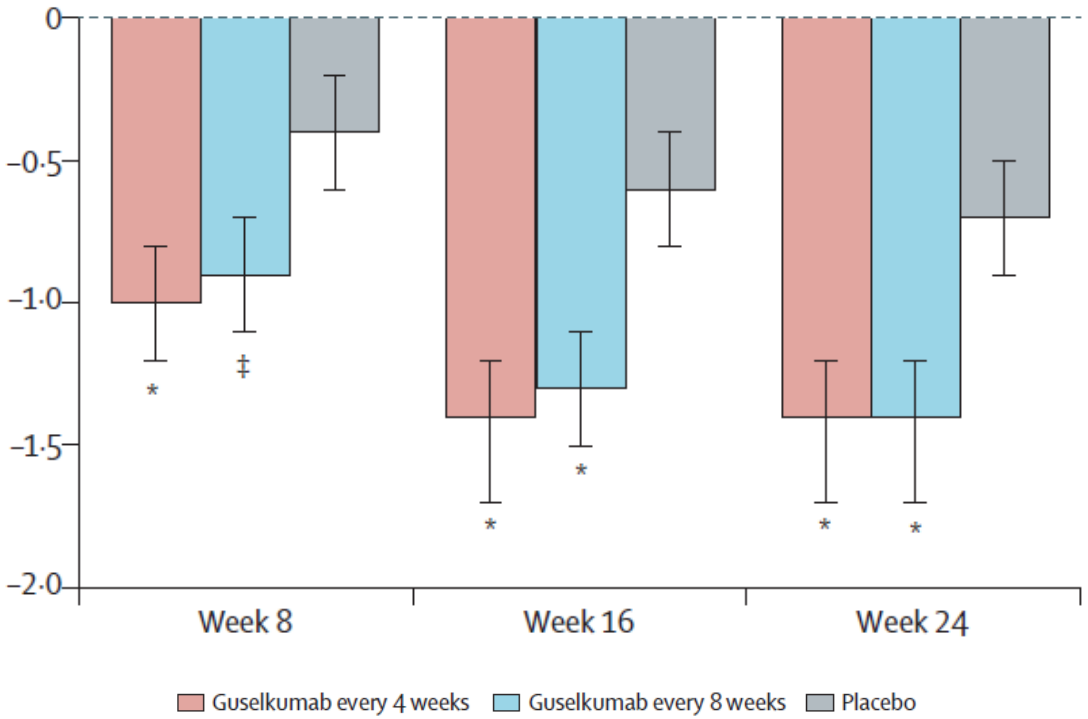
**Conclusions** Treatment with risankizumab did not meet the study primary endpoint and showed no evidence of clinically meaningful improvements compared with placebo in patients with active AS, suggesting that IL-23 may not be a relevant driver of disease pathogenesis and symptoms in AS.

*Ann Rheum Dis. 2018 Sep;77(9):1295-1302*

# Efficacy of guselkumab on axial involvement in patients with active psoriatic arthritis and sacroiliitis: a post-hoc analysis of the phase 3 DISCOVER-1 and DISCOVER-2 studies

*Philip J Mease*, Philip S Helliwell*, Dafna D Gladman, Denis Poddubnyy, Xenofon Baraliakos, Soumya D Chakravarty, Alexa P Kollmeier, Elizabeth C Hsia, Xie L Xu, Shihong Sheng, Prasheen Agarwal, Bei Zhou, Kristen Sweet, May Shawi, Chetan S Karyekar, Atul Deodhar, Désirée van der Heijde*

Least squares mean changes in ASDAS




*Lancet Rheumatol 2021;3: e715–23*

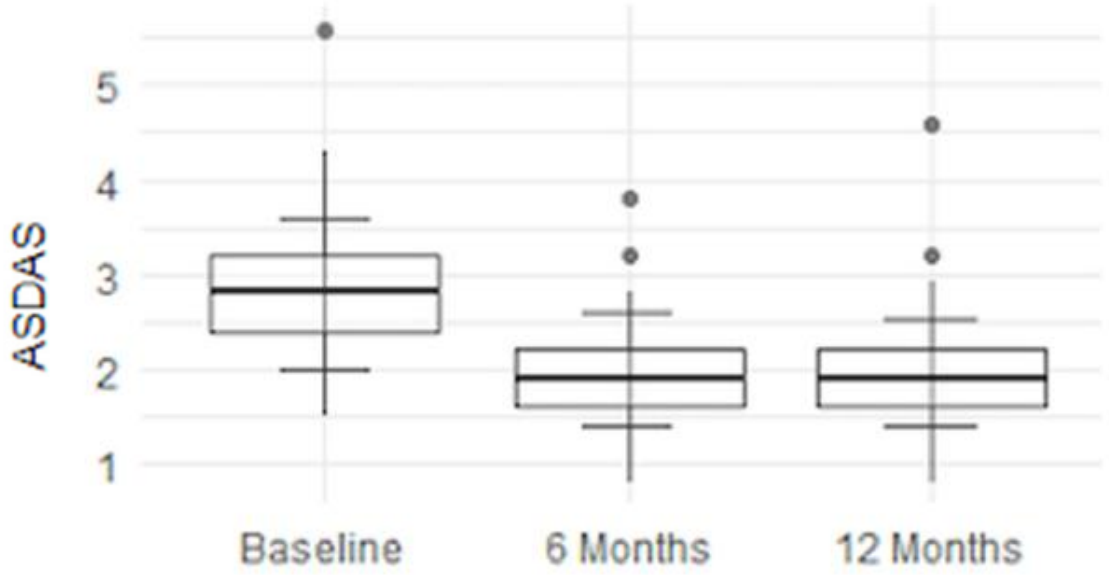
Journal of *Clinical Medicine*

MDPI

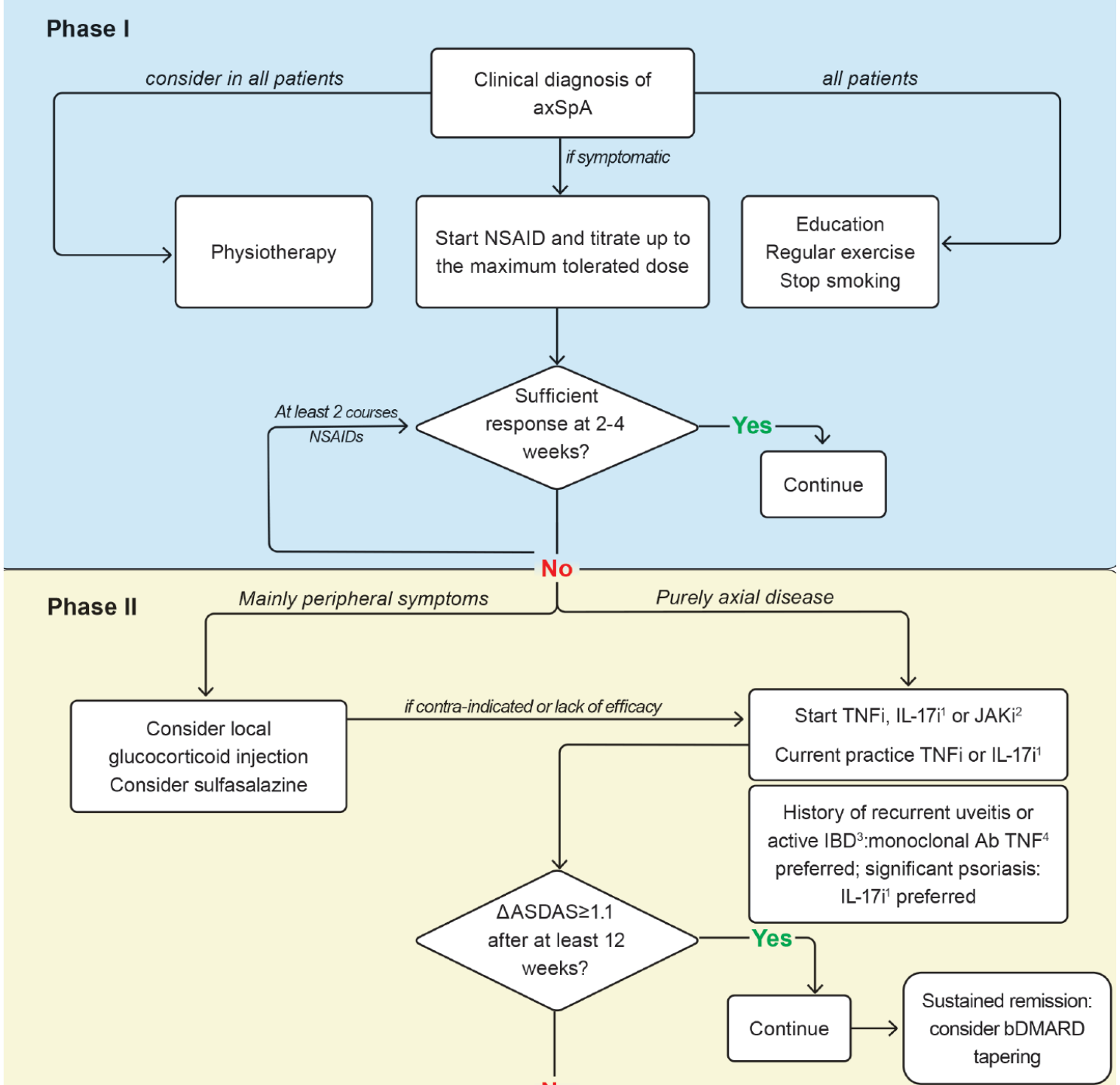
*Article*

# Guselkumab in Psoriatic Arthritis: Therapeutic Impact on Axial and Peripheral Involvement—Monocentric Real-World Evidence

Roberta Foti [1,2,*], Giorgio Amato [1], Elisa Visalli [1], Ylenia Dal Bosco [1], Francesco De Lucia [1], Angelo Montana [3], Giambattista Privitera [3], Placido Romeo [3], Fabio Aiello [2], Maria Gabriella Paolì [1] and Rosario Foti [1]

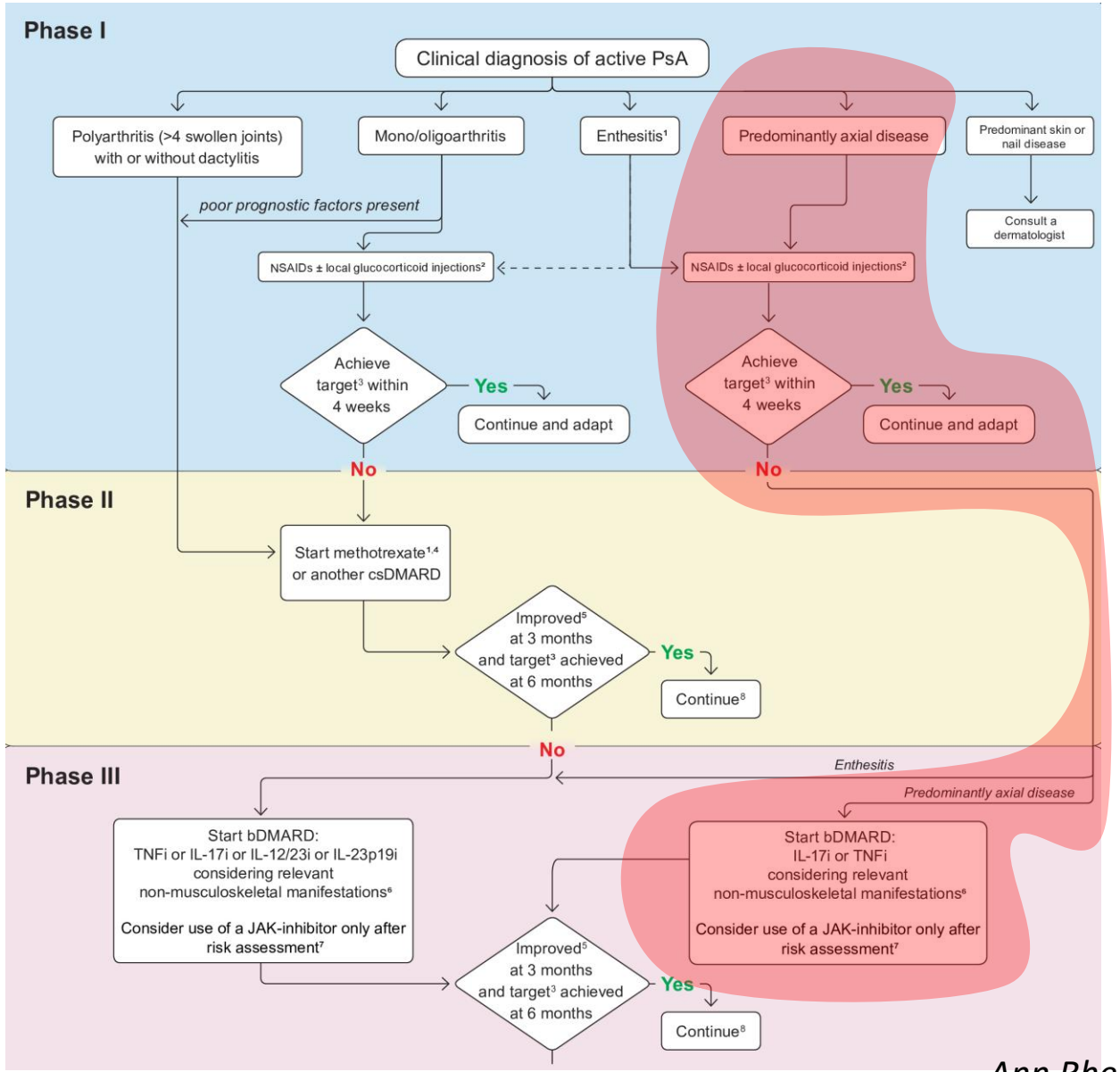



*J Clin Med. 2025; 14: 3151*

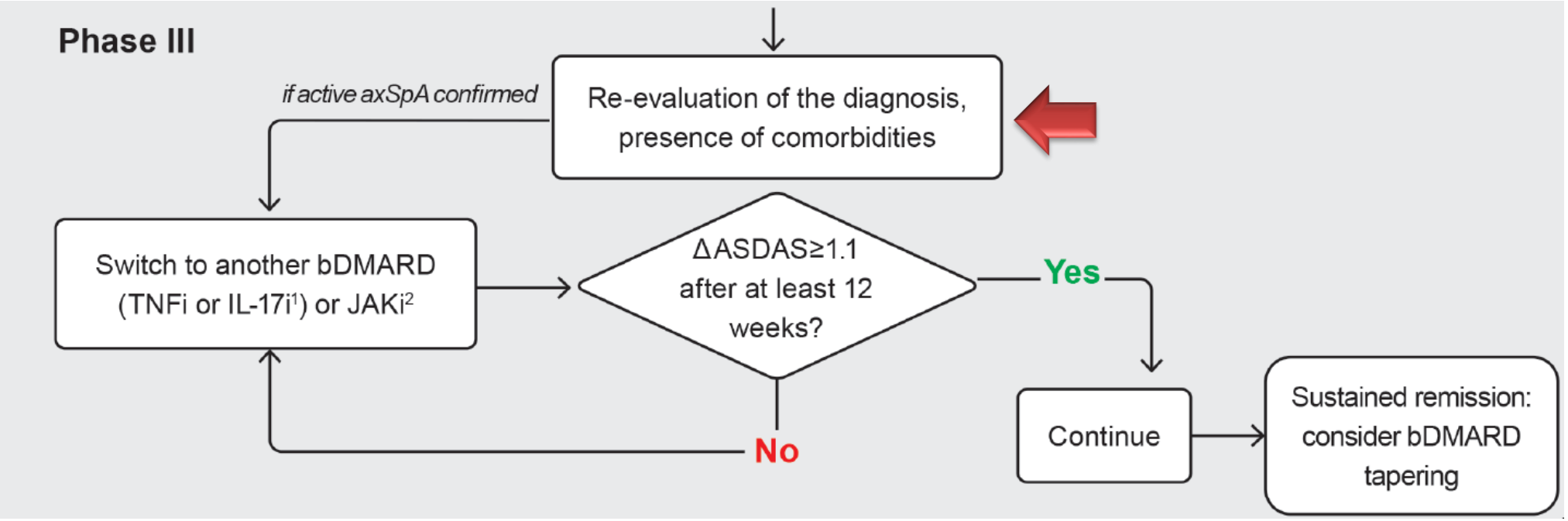



*Ann Rheum Dis 2023;82:19–34*

# Αξονική ΨΑ




*Ann Rheum Dis. 2024 May 15;83(6):706-719*




*Ann Rheum Dis 2023;82:19–34*

# Ιερολαγονίτιδα στο MRI που δεν είναι ΑξΣπΑ

## Κύηση



- Στον τοκετό– 60%
- Το μήνα 6 – 15%

## Φυσική Άσκηση



- Πριν την άσκηση-22.7%
- Μετά 6 εβδομάδες άσκησης– 36.4%

## Ηλικία

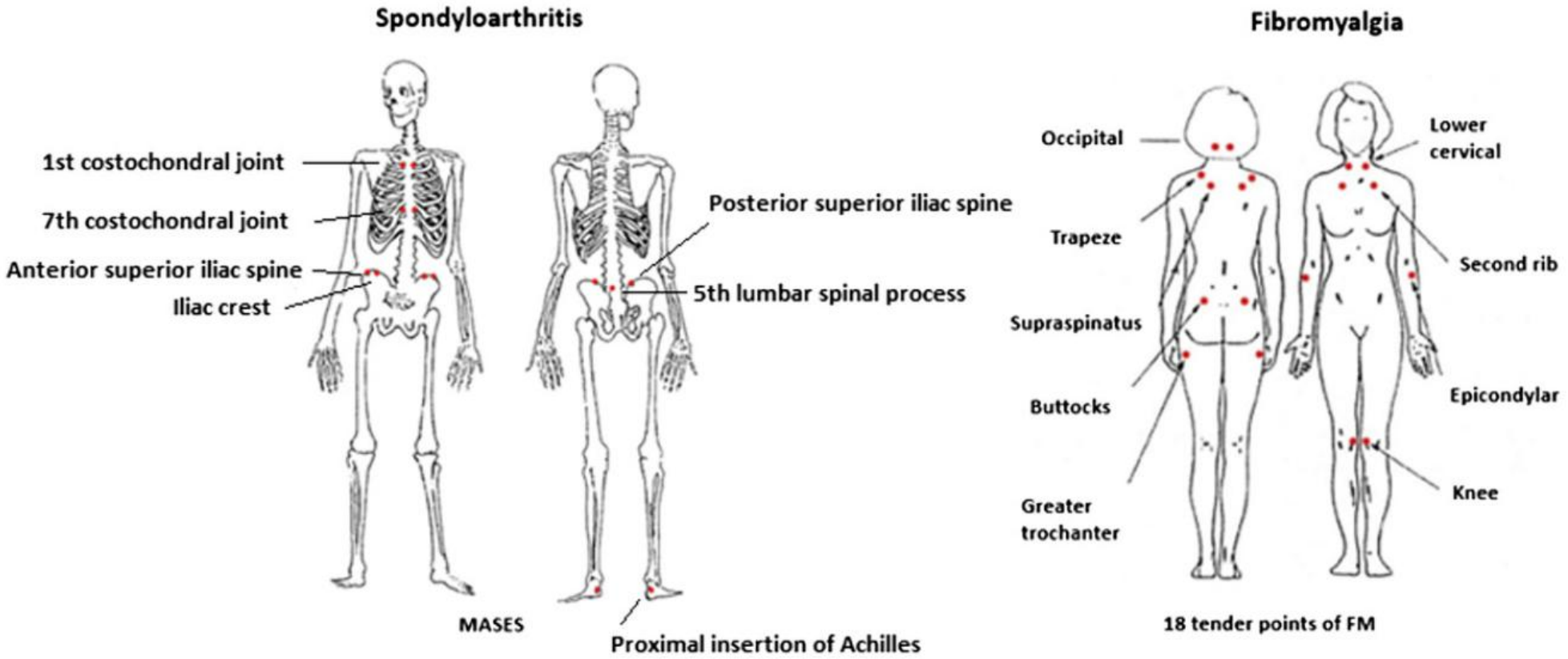


- 20-29 έτη – 2.8%
- 30-39 έτη – 16.1%
- 40-49 έτη – 17.9%

*De Winter et al. Arthritis Rheumatol. 2018;70:1042–8*

# Evaluation of the agreement between the ACR 1990 fibromyalgia tender points and an enthesitis score in patients with axial spondyloarthritis

Faten Hamitouche[1], Clementina Lopez-Medina [2,3], Laure Gossec[4,5], Serge Perrot[6], Maxime Dougados[1,2], Anna Moltó [1,2]*




*Rheumatology. 2023; 62: 2757–2764*

Epidemiology

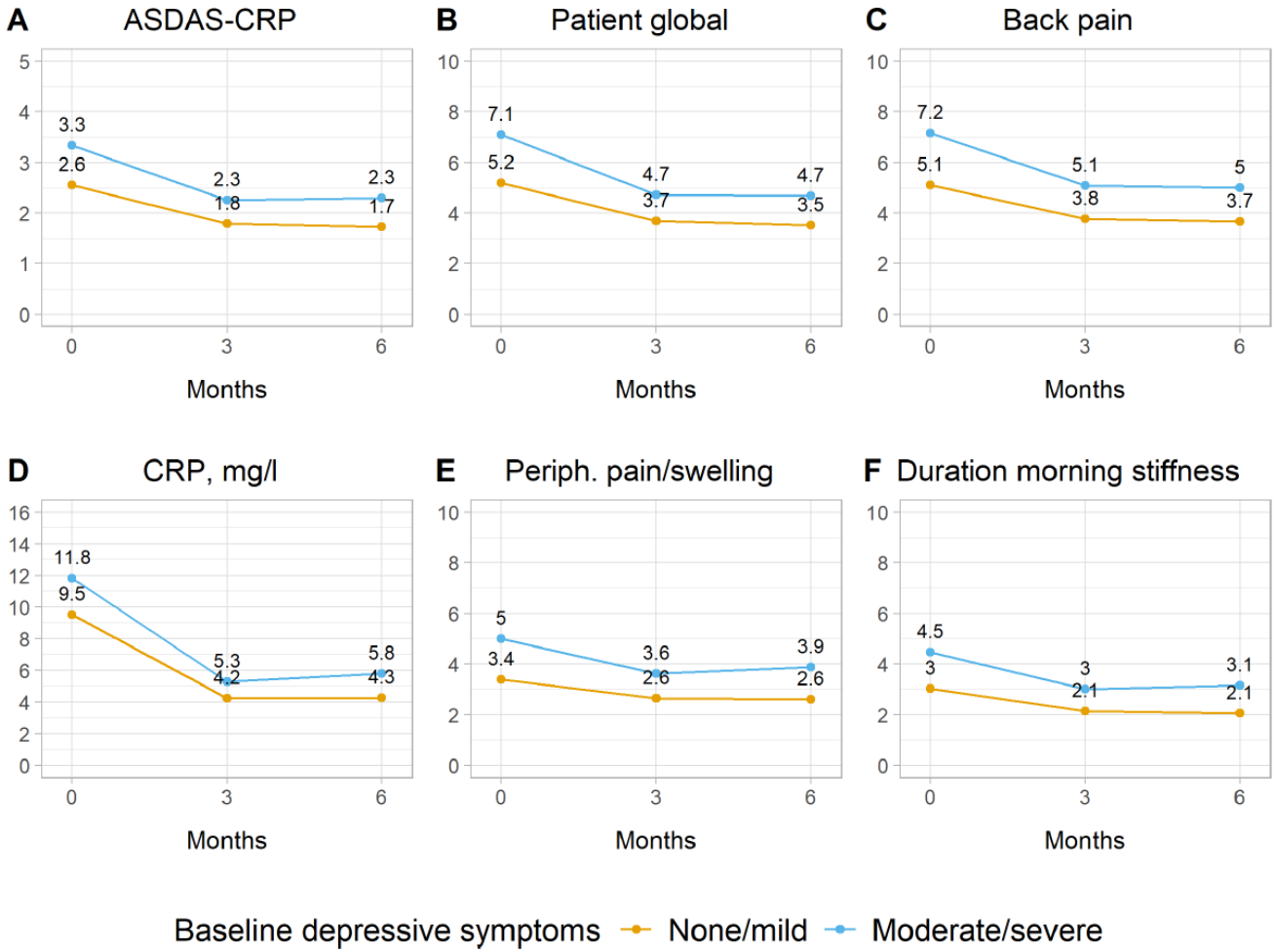
RMD Open
Rheumatic & Musculoskeletal Diseases

ORIGINAL RESEARCH

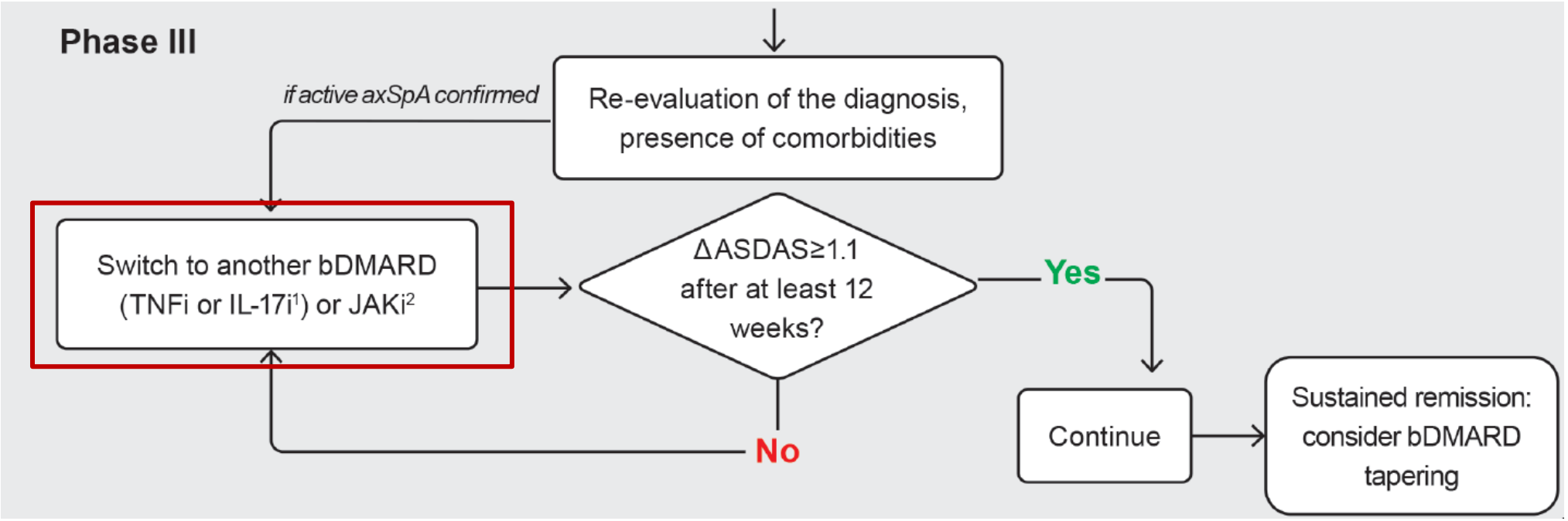
# Effect of depressive symptoms on treatment response in patients with axSpA: data from the RABBIT-SpA register

Andreas Reich ,[1] Anja Weiß ,[1] Lisa Lindner,[1] Silke Zinke,[2] Carsten Stille,[3] Jacqueline Detert,[4] Denis Poddubnyy ,[5] Anja Strangfeld ,[1,6] Xenofon Baraliakos,[7] Anne Constanze Regierer [1]

- Longitudinal observational RABBIT-SpA
- Register
- Depressive symptoms assessed by WHO-5 Well-Being Index (scores < 29 indicating moderate-to- severe symptoms
- N=1755

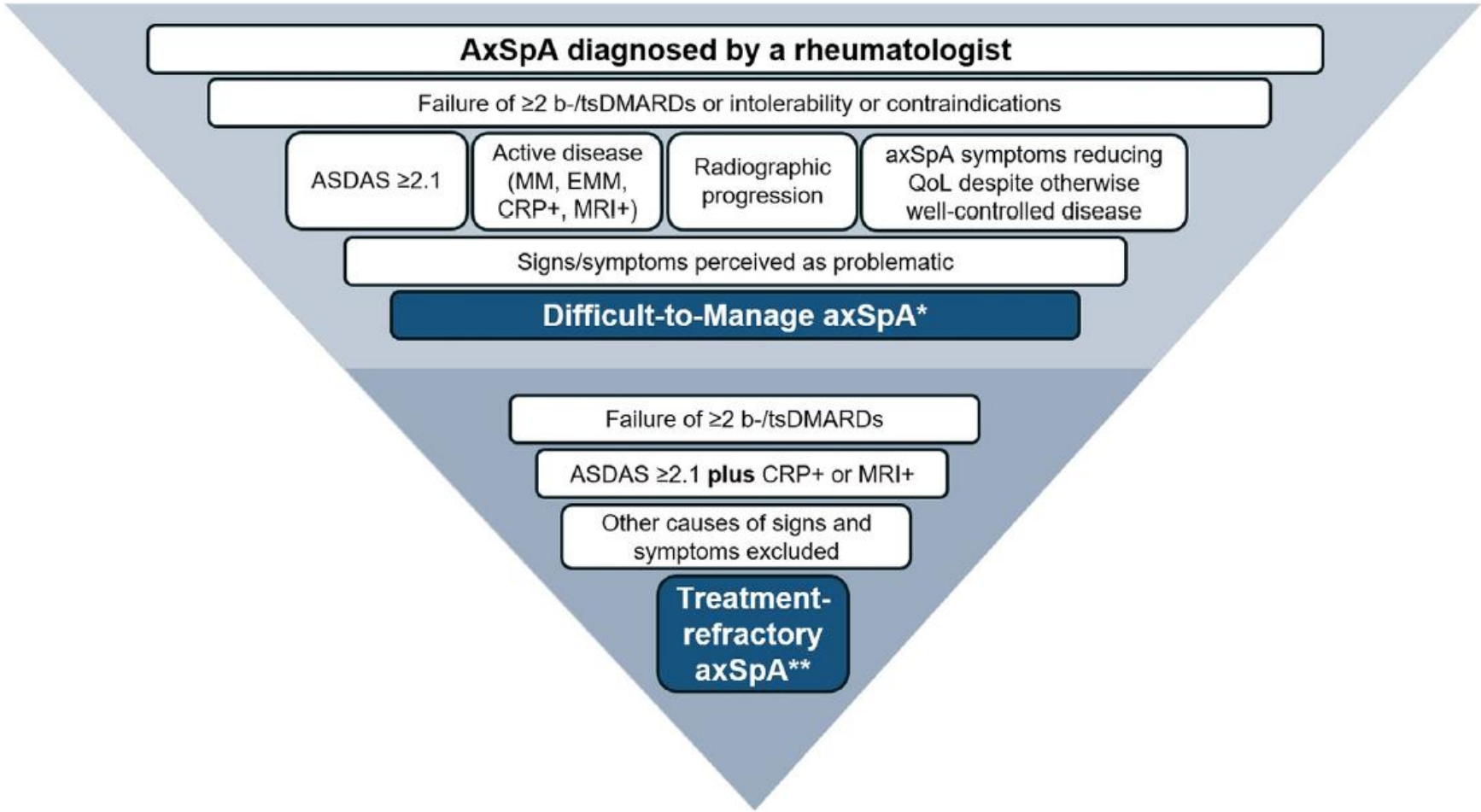



*Reich A, et al. RMD Open 2025;11:e005422*




*Ann Rheum Dis 2023;82:19–34*

# Difficult-to-treat AxSpA




*Ann Rheum Dis. 2025;84:538–546*

# Difficult-to-treat AxSpA

*Rheumatology*, 2025, **64**, 3816–3825
https://doi.org/10.1093/rheumatology/keaf120
Advance access publication 28 February 2025
**Original Article**

British Society for Rheumatology RHEUMATOLOGY OXFORD

**D2M 9,7%, TR 1,7%**

Clinical science

## Exploring difficult-to-manage axial spondyloarthritis: results from a Dutch clinical practice registry

**Marius L. Smits [1,2,*], Casper Webers [1,2], Harald E. Vonkeman [3,4], Astrid van Tubergen [1,2]**

*Rheumatology*, 2026, **65(1)**, keaf641
https://doi.org/10.1093/rheumatology/keaf641
Advance access publication 3 December 2025
**Original Article**

British Society for Rheumatology RHEUMATOLOGY OXFORD

**D2M 8,5%, TR 2,5%**

Clinical science

## Frequency of difficult-to-manage and treatment-refractory axial SpA: insights from the German RABBIT-SpA register using recent ASAS definitions

**Fabian Proft [1,‡], Stephanie Lembke [2,‡], Anja Weiß [2], Herbert Kellner [3], Xenofon Baraliakos [4,5], Denis Poddubnyy [1,6], Anne C. Regierer [2,*]**

Rheumatology International (2026) 46:193
https://doi.org/10.1007/s00296-026-06123-2

Rheumatology INTERNATIONAL

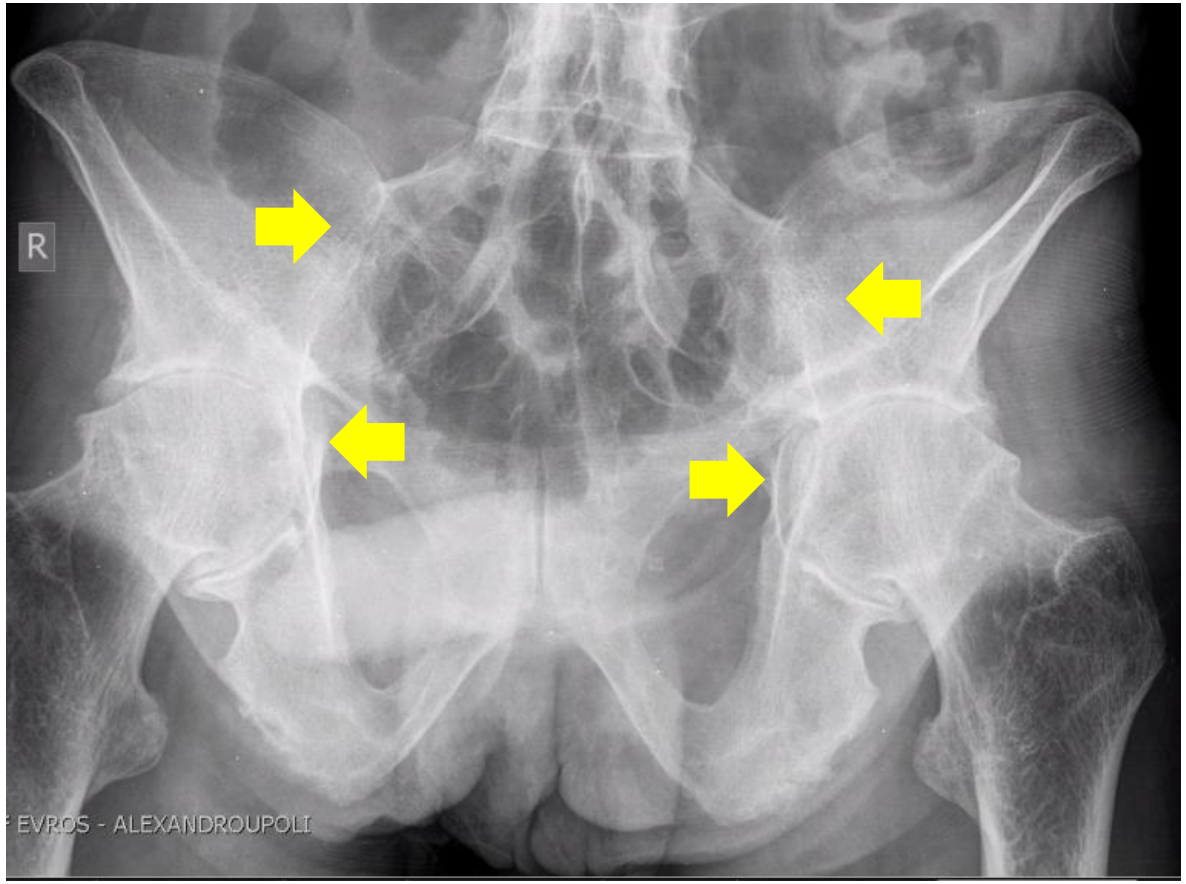
COHORT STUDIES

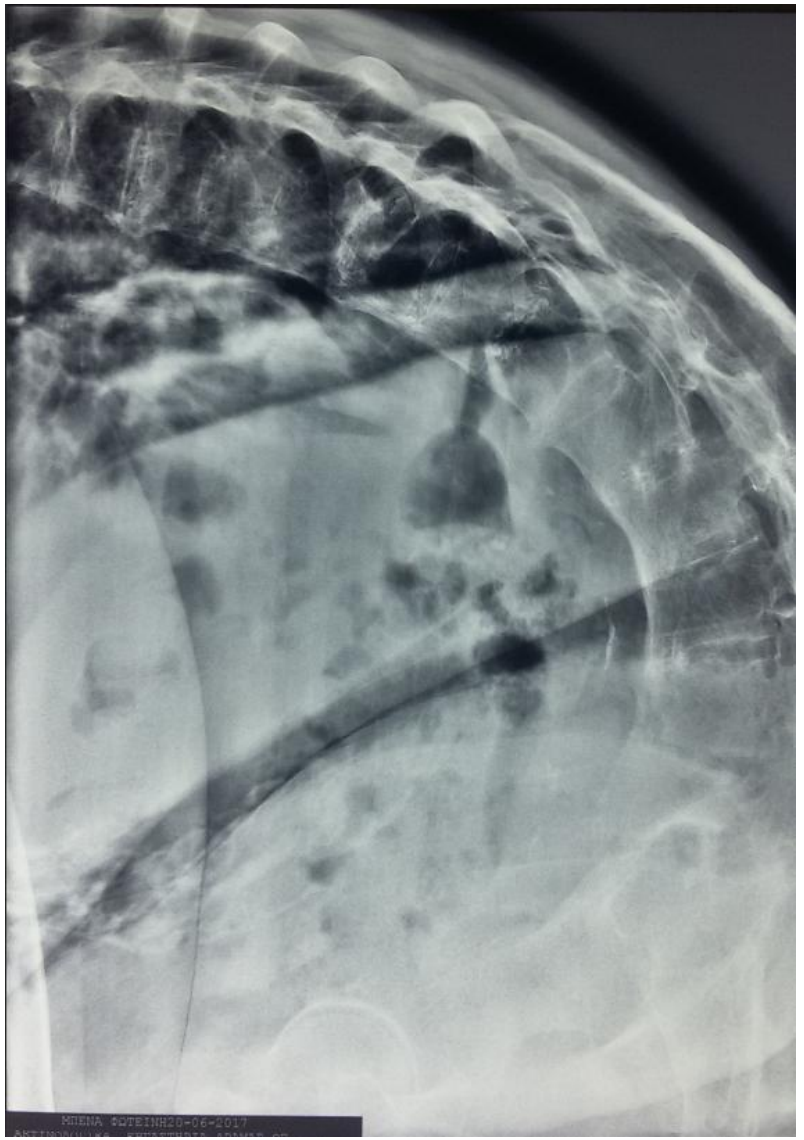
**D2M 10,1%, TR 5,6%**

## Disease-related and psychosocial factors associated with difficult-to-manage and treatment-refractory axial spondyloarthritis: insights from the Greek AxSpA Registry

N. Kougkas[1] · Konstantinos Tsafis[1] · Dimitrios Deligeorgakis[1] · Vassileios Papadopoulos[2] · Nikolaos Fytanidis[3] · Michael Krikelis[4] et al. *[full author details at the end of the article]*

**Total hip arthroplasty should be considered in patients with refractory pain or disability and radiographic evidence of structural damage, independent of age; spinal corrective osteotomy in specialized centres may be considered in patients with severe disabling deformity.**

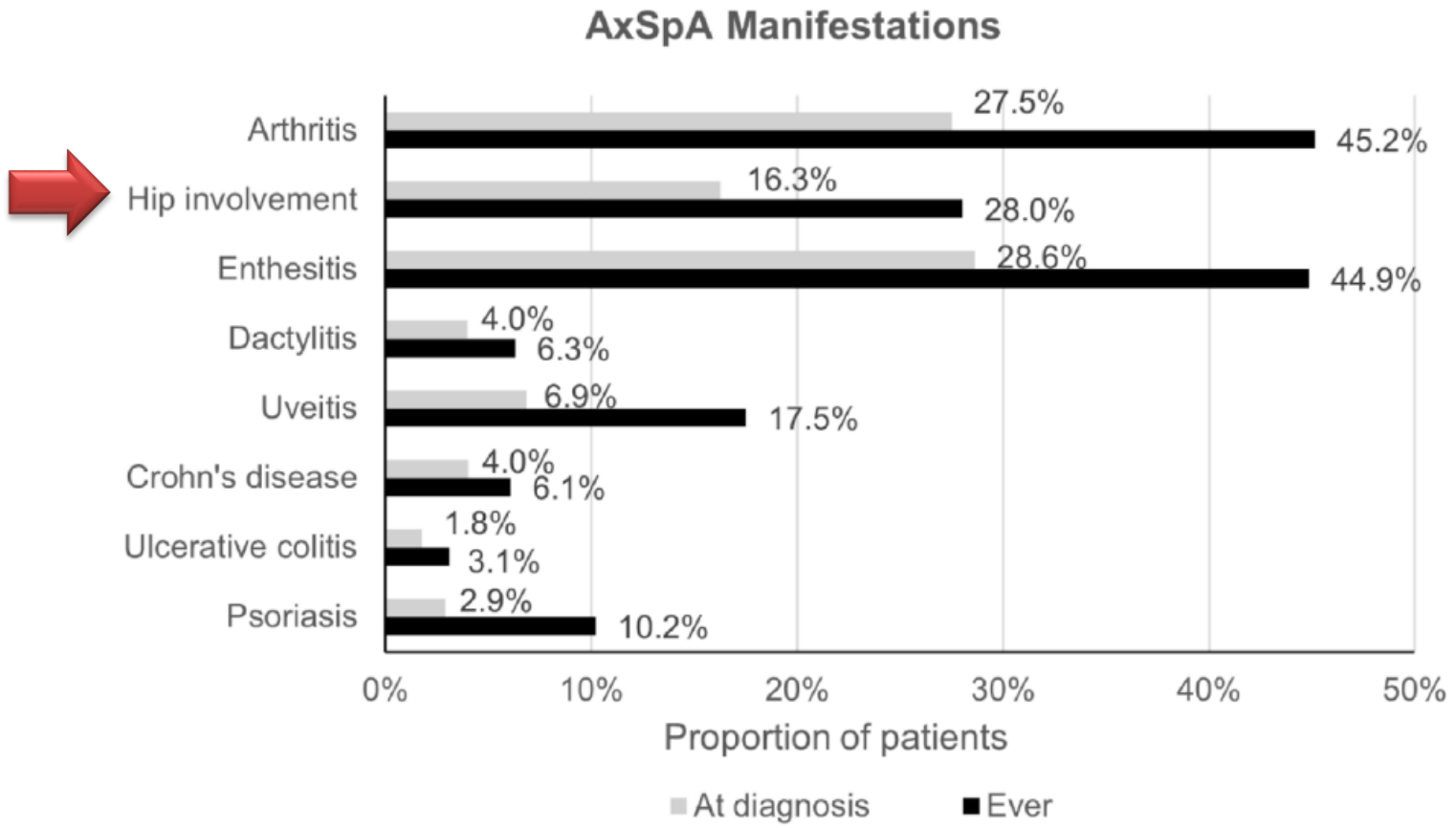


*Εικόνες από προσωπικό αρχείο*

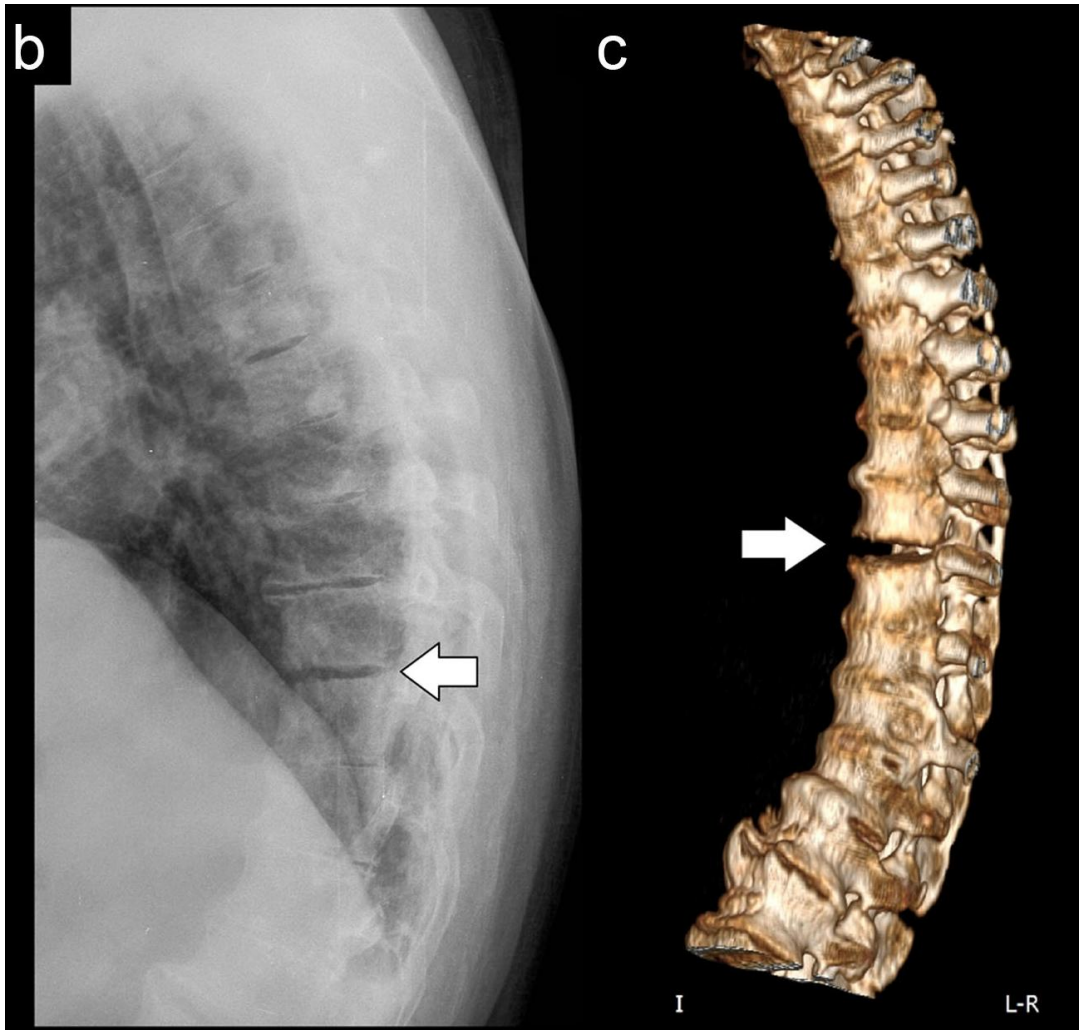
*Ann Rheum Dis 2023;82:19–34*

# Αποτελέσματα από την ελληνική πολυκεντρική καταγραφή ΑξΣπΑ (N=717)




*Papagoras C et al. Semin Arthritis Rheum. 2025;71:152645*

**If a significant change in the course of the disease occurs, causes other than inflammation, such as a spinal fracture, should be considered and appropriate evaluation, including imaging, should be performed**




*Παθολογικό κάταγμα (σαν κιμωλία) σε ασθενή με ΑΣ και πλήρη σπονδυλική αγκύλωση μετά κάκωση χαμηλής βίας*

*Skarentzos K et al. Clin Rheumatol. 2020 Aug;39(8):2469-2470*

*Ann Rheum Dis 2023;82:19–34*

# Οστεοπόρωση & Κάταγμα στην ΑξΣπΑ

## Οστεοπόρωση

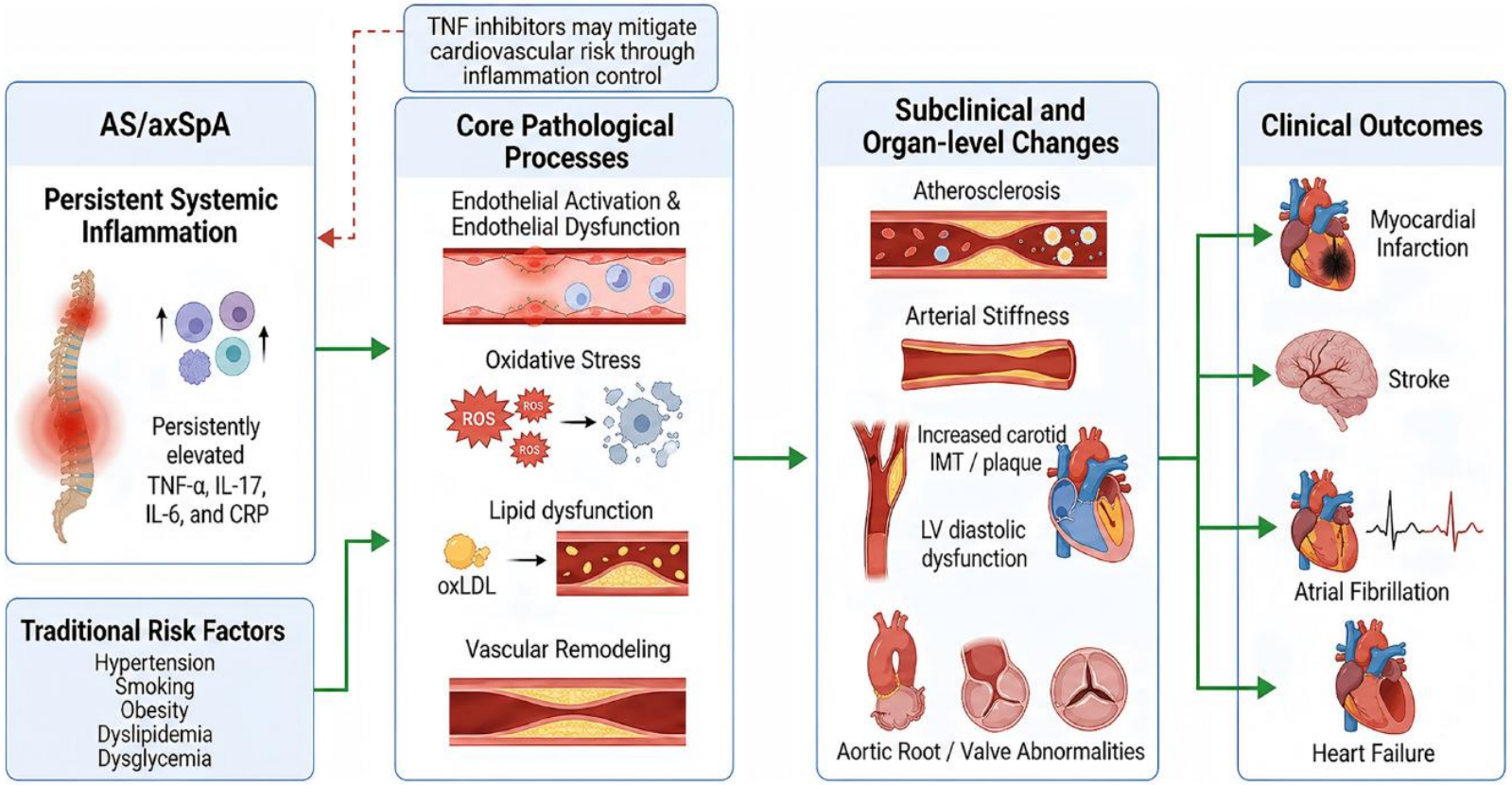
- **Γενικός πληθυσμός (Επιπολασμός)**: 19.7% (95%CI, 18.0%–21.4%)
  - >50 ετών: 20.5 % (95%CI, 18.4%–22.7%)
  - Γυναίκες: 24.8% (95%CI, 22.5%–27.3%)
  - **Μετεμμηνοπαυσιακές γυναίκες: 27.4%** (95%CI, 22.9%–32.1%)
- **Αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα**:
  - < 40 ετών: OR **26.11** (95% CI 9.09, 75.01)
  - ≥ 40 ετών: OR **1.83** (95% CI (1.68, 2.00)

## Κάταγμα

- **Αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα**:
  - Σπονδυλικά: OR **13.98** (95% CI 4.84, 40.40
  - Μη σπονδυλικά: OR 1.49 (95% CI, 1.21, 1.84)

*Osteoporos Int. 2022 Oct;33(10):2137-2153 | Sci Rep. 2022 Sep 23;12(1):15844 |Int J Clin Pract. 2021 Nov;75(11):e14630*
*Osteoporos Int. 2023 Oct 9. doi: 10.1007/s00198-023-06925-1. Online ahead of print*

# Καρδιαγγειακά




- Κάπνισμα
- Διατροφή & BMI
- Καθιστική ζωή
- ΑΠ
- Λιπίδια
- ΣΔ
- Συστηματική φλεγμονή

*Dai X & Zhao Q. Front. Med. 13:1841913*

# Θεραπευτική στρατηγική στην αξονική σπονδυλαρθρίτιδα

- Χρόνιο φλεγμονώδες νόσημα με σοβαρές επιπτώσεις σε πολλά επίπεδα της ζωής των ασθενών
- Απαιτείται προσεκτική εκτίμηση της ενεργότητας της φλεγμονής, της αθροισθείσας βλάβης και των συννοσηροτήτων, συμπεριλαμβανομένου του ψυχοσωματικού στοιχείου
- Πρώτη γραμμή: ΜΣΑΦ
- Δεύτερη γραμμή και εξής: TNFi ή IL-17i ή JAKi χωρίς σαφείς διαφορές μεταξύ τους ως προς τα αποτελέσματά τους στη μυοσκελετική νόσο
- Προσοχή στις εξωμυοσκελετικές εκδηλώσεις & συννοσηρότητες που επηρεάζουν την επιλογή φαρμάκου
- Μέτρα για κάπνισμα, άσκηση, BMI, καρδιαγγειακό κίνδυνο, αλλά και οστεοπόρωση



Ευχαριστώ