

Artrita psoriazică

Artrita psoriazică (APs)

- Artropatie inflamatoare asociată psoriazisului, de regulă seronegativă și fără noduli reumatoizi
- artropatie inflamatorie cronică însoțită de modificări clinice, ce includ artralgiile, hiperemie, tumefiere, deseori cu redoare matinală prelungită și manifestări radiologice caracteristice, ce apar la bolnavii cu psoriazis tegumentar sau pot fi premergătoare psoriazisului.

APs

- Asocierea dintre artrită și psoriazis a fost observată în sec. XIX.
- În anii 1960..., în baza studiilor epidemiologice și clinice, a devenit clar că spre deosebire de AR artrita asociată cu psoriazisul este de regulă seronegativă, deseori implicând articulațiile interfalangiene distale a degetelor, vertebrale și sacroiliace, are trăsături radiologice distinctive și agregare familială considerabilă.
- În anii 1970..., APs a fost inclusă în categoria SASN datorită manifestărilor asemănătoare cu cele ale SA și ARe.

Epidemiologie

- Prevalența APs se estimează 5-30% printre pacienții cu psoriazis.
- La caucazieni psoriazisul are o prevalență de cca. 1–3%.
- Psoriazisul și APs mai rar întâlnite în alte grupuri.
- Rudele de gradul I ai pacienților cu APs au un risc crescut de boală (până la 30%) atât pentru APs, cât și pentru alte forme de SpA.
- La gemenii monoziگوٹی, concordanța pentru psoriazis variază de la 35 la 72%, iar pentru APs 10-30%.

APs

- Prevalența psoriazisului în populația generală: 0.1-2.8%.
- Prevalența psoriazisului la pacienții cu artrită: 2.6-7.0%.
- Prevalența artritei în populația generală: 2-3%.
- Prevalența artritei la pacienții cu psoriazis: 6-42%.

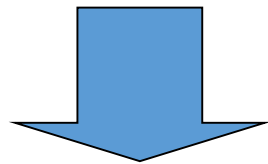
APs

- Evoluează cu modificări erozive și distructive articulare, la \approx 40-60% pacienți.
- Raportul bărbați-femei 1:1
- Artrita psoriazică se dezvoltă, în principal la persoanele cu vârstă 35-55 ani.
- În forma juvenilă, vârstă de debut este de 9-11 ani.

APs. Etiopatogenie

- Teren genetic
- Factor declanșator
- Anomalii imunologice

- Factori declanșatori
- Traumatism mecanic
- Infecție
(Streptococi..., HIV etc.)
- Stres



Artrita psoriazică

Artrita psoriazică.

Factori etiologici ai psoriazisului



Genetic

- HLA-C
- IL-12B
- *TRAF3/IP2*
- *FBXL10*
- IL-23R



Immunologic

- T cells
- Monocytes
- Osteoclasts
- Cytokines
- Growth factors
- Keratinocyte proliferation



Environmental

- Infection
- Trauma



Vascular

- Tissue pathology
- VEGF
- Ang 1, ang 2
- MMP-9
- E-selectin

Teren genetic

- Dovezi: agregarea familială și scanarea genomului uman - 1p, 4q, 6p, 17q
- Cromozomul 6p:
 - HLA B13, B17, B39, C*0602: Ps și APs
 - HLA B27: bărbat, prindere axială
 - HLA DR4: erozivă, poliarticulară
 - HLA B27, B39, B57, DQ3: progresivă
 - HLA Cw6: psoriazis, cu debut juvenil
 - MICA-002: APs
 - polimorfism promoter TNF- α

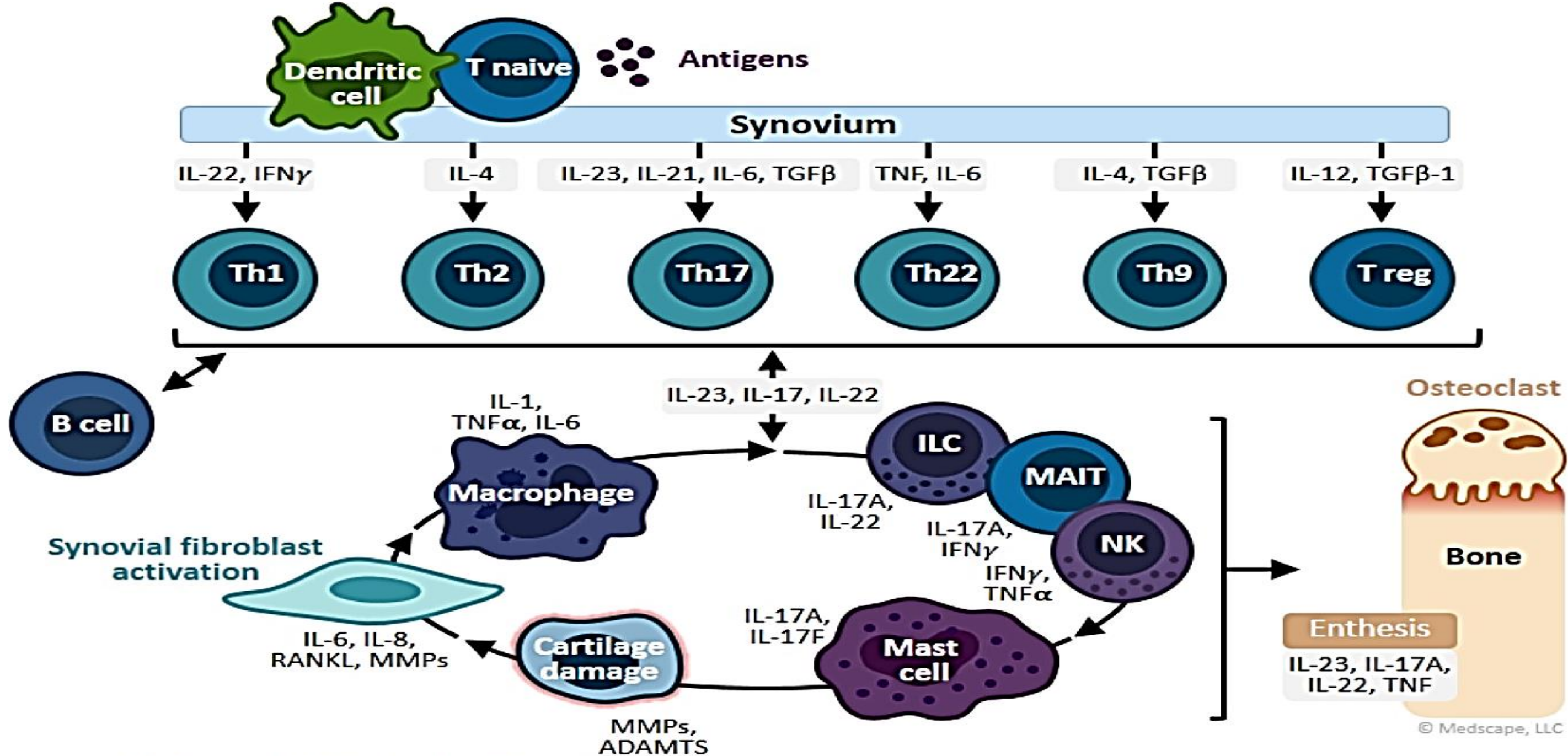
Alte:

- Polimorfism al locusului HCP5 legat de locusul HLA-B, dar și a IL-23R, IL-12B (cromosomul 5q31)

Anomalii imunologice

- Angiogeneza (VEGF, Angiopoetina)
- Infiltrat inflamator
- Citokine
- Degradarea cartilajului și osului (↑ RANKL-RANK, ↓ OPG, BMP)
- Fibroza și anchiloza (PDGF, TGFβ)

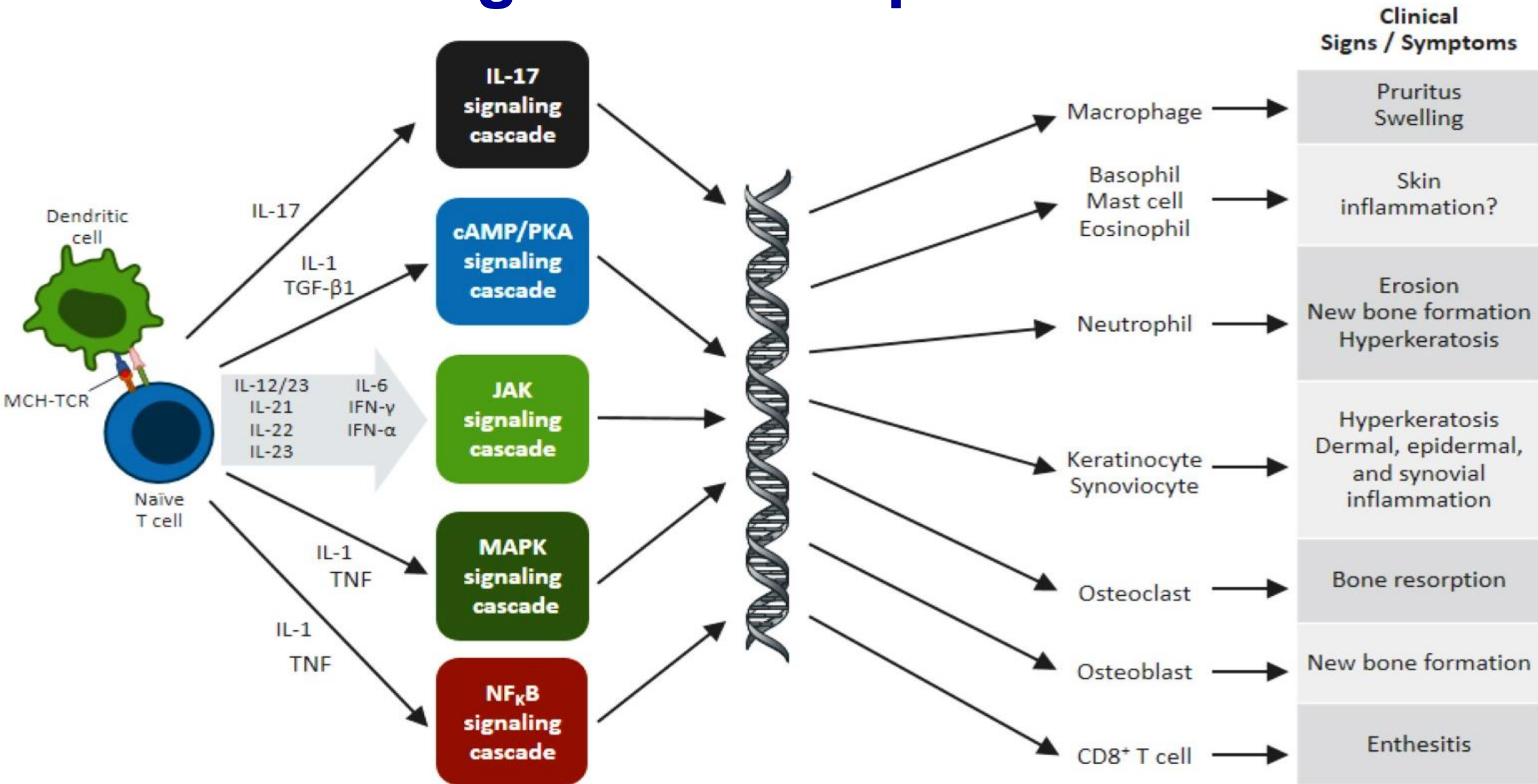
Celule și căi patologice în APs



Patogenie

- APs este boală imun mediată împărțind mecanisme patogenetice cu psoriazisul
- Sinovia din APs se prezintă cu infiltrație de celule T, B, macrofage și celule cu expresia receptorilor NK.
- Expansiunea clonelor CD8⁺ LT este frecventă în APs.
- Celulele dendritice plasmacitoide probabil joacă un rol cheie în psoriazis, precum și APs.
- Sinovia este abundant infiltrată de citokine proinflamatorii. IL-2, IFN- γ , TNF- α , IL-1 β , IL-6, IL-8, IL-10, IL-12, IL-13, și IL-15 sunt găsite în sinovie și lichidul sinovial al pacienților cu APs.
- Citokinele derivate din LT_H17 sunt importante în APs, cu asociere genetică cu genele axei IL-12/IL-23.
- Precursorul osteoclastelor este crescut în sângele periferic al pacienților cu APs, precum și creșterea activității RANKL în sinovială.

Patogenie artrita psoriazică

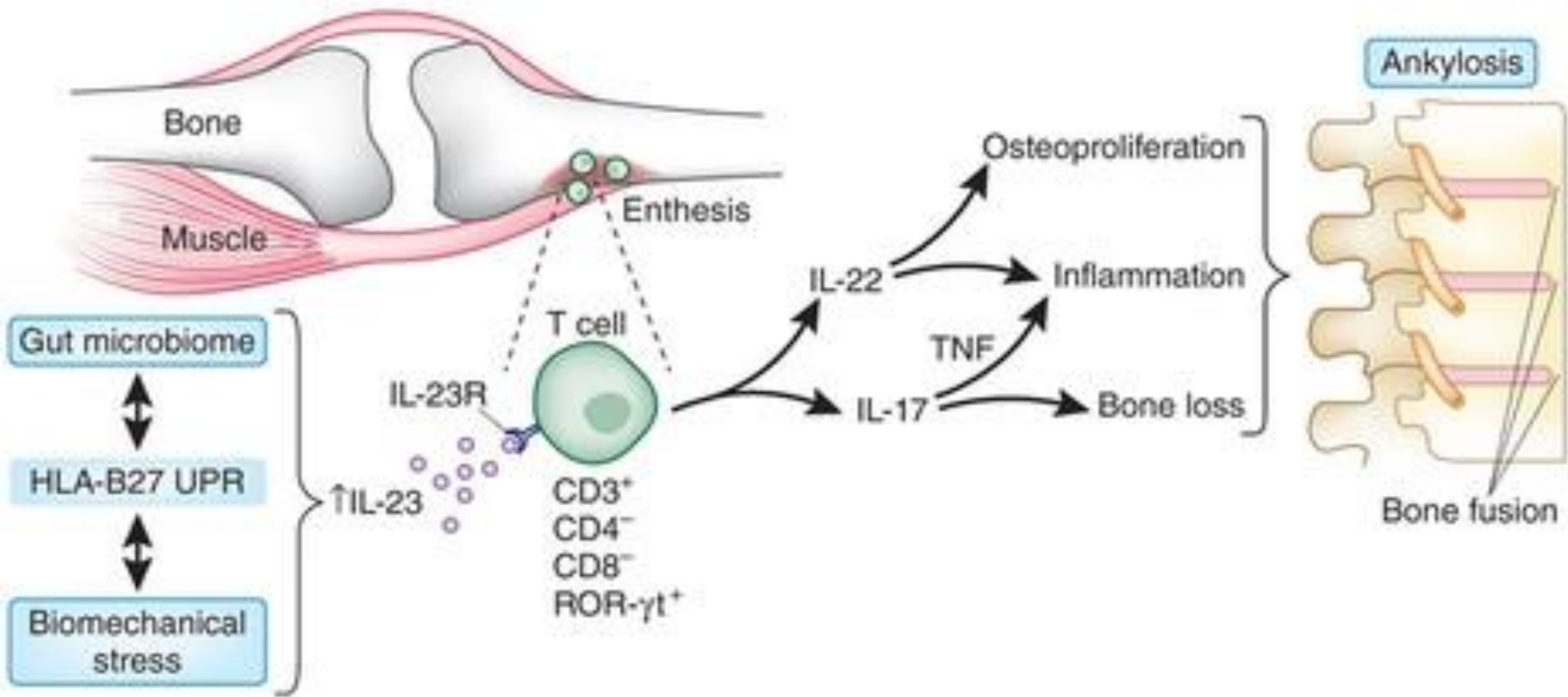


Deficiența de pliere a HLA-B27 și axul IL-23/IL-17.

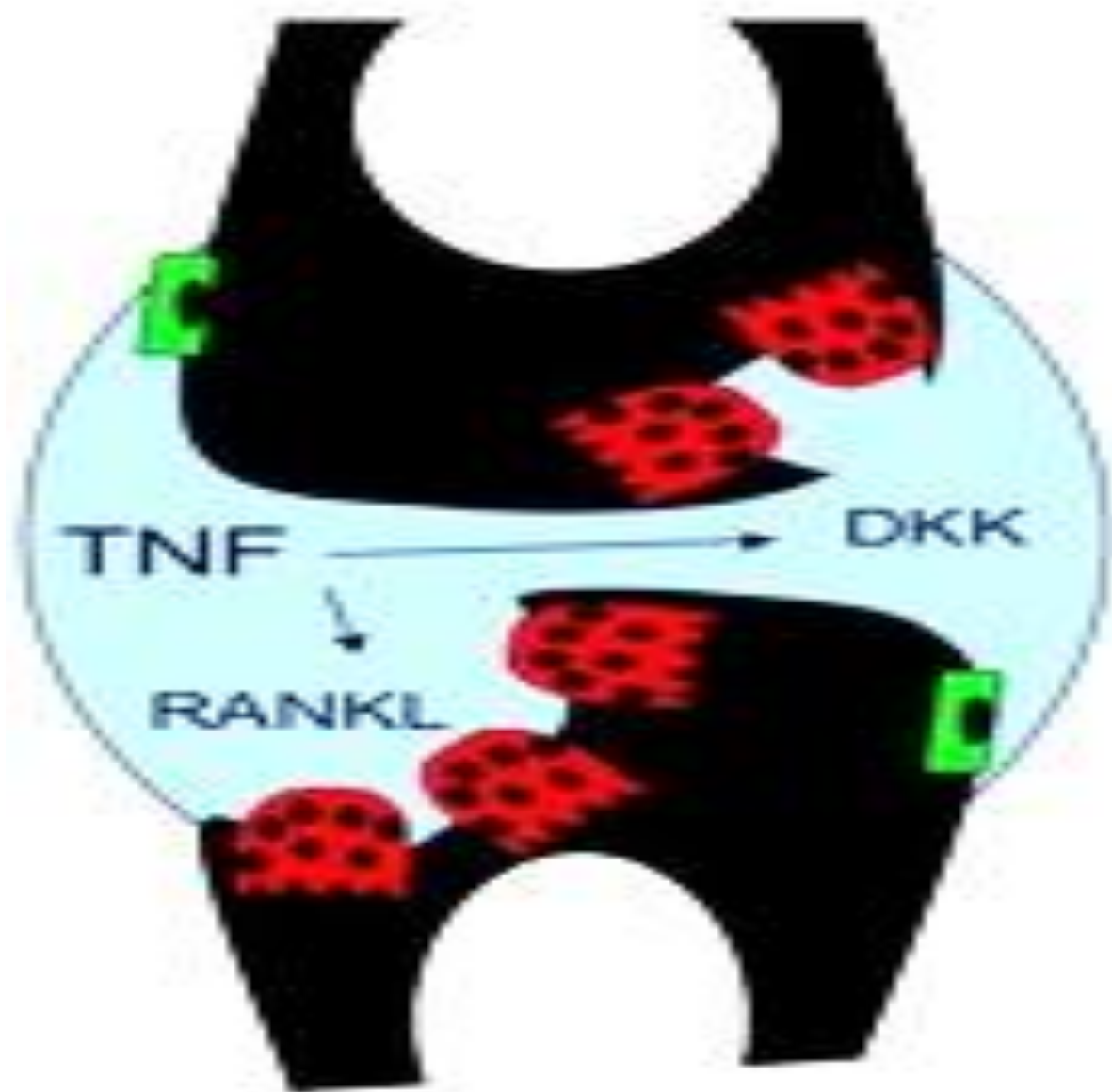
Consecințe posibile ale plierii eronate a HLA-B27



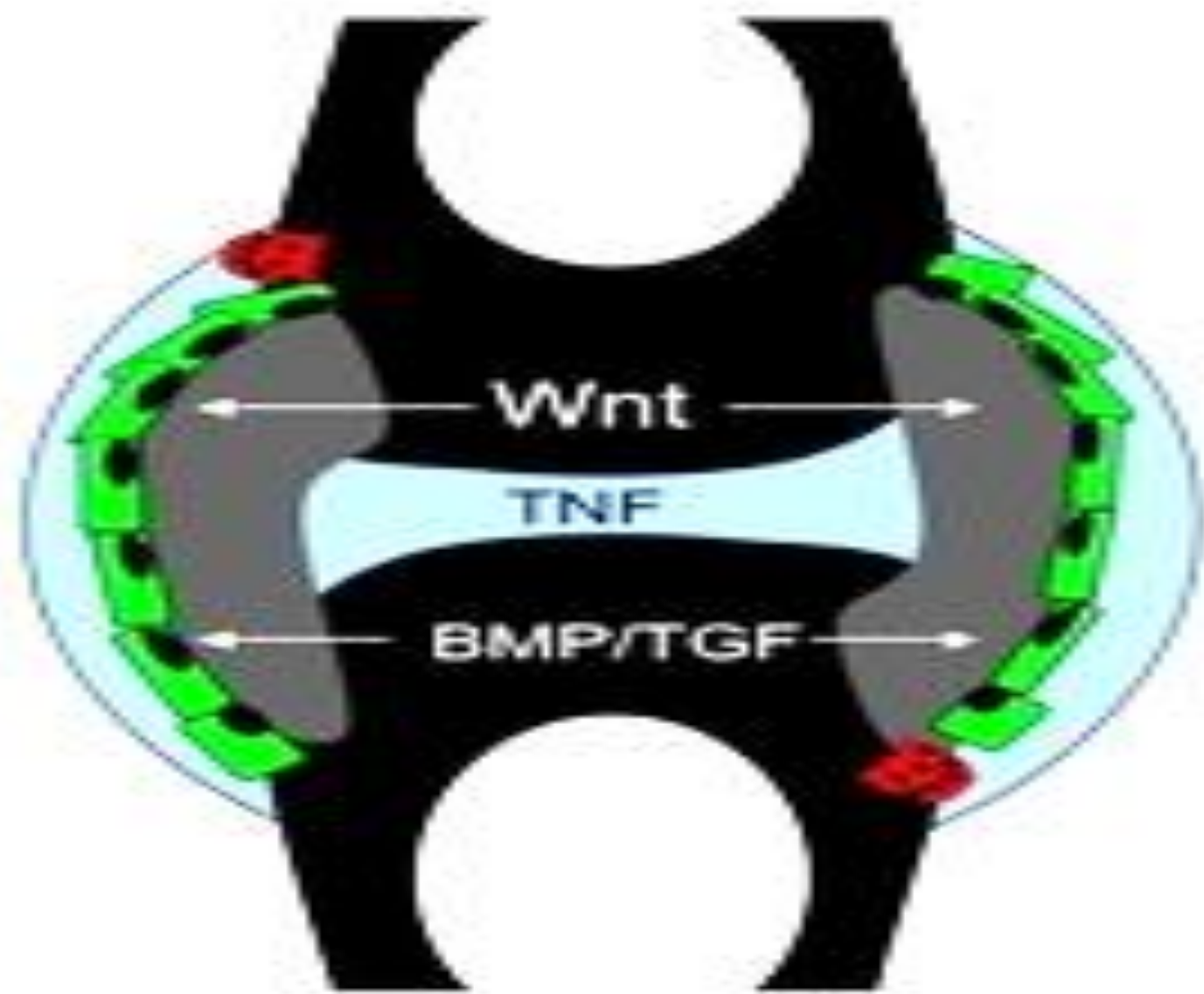
IL-23 și LT entezeale promovează entezita și proliferarea osului



Inflamație și neoformare de os: diferențe dintre artrita reumatoidă și spondilartrita seronegativă



„RA-like“



„SpA-like“

Clasificare clinică a APs

- Predominant distală (afectare articulații interfalangiene distale).
- Oligo-articulară (<5 articulații) mai des cu distribuție asimetrică.
- Poliarticulară (≥ 5 articulații) (pseudo-reumatoidă).
- Axială.
- „Arthritis Mutilans”.

Joints affected by psoriatic arthritis



Tipuri clinice de APs

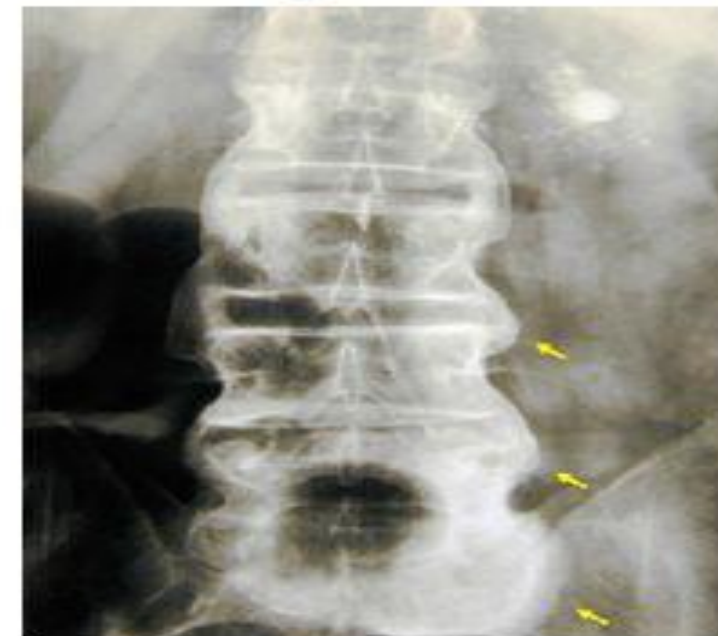
Clinical Subsets of Psoriatic Arthritis (PsA)

1959
Verna Wright¹

1973
John Moll and Verna Wright²

Boala IFD și unghii
Artrita mutilantă
Poliartrită (FR-)

Artrită predominant IFD
Artrită mutilantă
Poliartrită simetrică
Oligoartrită asimetrică
Spondilită predominantă



1. Wright V. Psoriasis and arthritis. Ann Physical Med 1959
2. Moll, Wright. Psoriatic Arthritis. Semin Arthritis Rheum 1973

APs, tabloul clinic

- În 60–70% cazuri, psoriazisul precedă afectarea articulară.
- În 15–20% ambele manifestări apar timp de 1 an una de la alta.
- În cca. 15–20% artrita precedă debutul psoriazisului constituind o problemă de diagnostic.
- B:F 1:1.
- Debutul bolii tipic este la adultul tânăr cu vârsta medie 37 ani.
- Boala poate debuta și în copilărie.

APs, tabloul clinic

- Artrita psoriazică se manifestă prin artralгии, hiperemia și tumefierea articulațiilor, dereglarea funcției lor, deseori cu redoare matinală.

Trăsături distinctive ale APs, (și în SpA):

- entezopatiile (inflamația zonelor de inserție a tendonului, ligamentului și capsulei articulare);
- dactilita (tumefierea degetelor, degete „în cârnați”/„în crenvurști”);
- afectarea asimetrică a articulațiilor, uneori afectarea oligoarticulară;
- irita.

Artrita interfalangiană distală

O formă mai rară a APs (8-16%)

● Se asociază de regulă, cu psoriazisul unghiilor (poate fi unica localizare a procesului patologic).

● Leziunea articulațiilor interfalangiene distale este considerată o caracteristică clasică și unică pentru artrita psoriazică, ea apare primordial la bărbați.

Afectarea unghiilor

- Pitting (ciupit),
- Striuri orizontale,
- Onicoliză,
- Decolorare gălbuie a marginilor unghiilor,
- Hipercheratoză distrofică,
- Combinații de afectări.



Artrita interfalangiană distală



Oligoartrita asimetrică

- Cea mai frecventă formă de APs (cca. 50%).
- Se manifestă prin afectarea asimetrică a articulațiilor interfalangiene distale și proximale ale mâinilor și plantelor, articulațiilor metacarpofalangiene.
- Asocierea tenosinovitei flexorilor realizează aspectul de deget „în cârnați”/„în crenvurști”, concomitent fiind afectate mai puțin de 5 articulații.

Oligoartrita asimetrică



Poliartrita simetrică

- Este varianta clinică ce mimează aspectul AR.
- Evoluează cu sacroiliită (trăsătură particulară a acestei forme).
- Circa 25-40 % din pacienții bolnavi de artrită psoriazică prezintă poliartrită simetrică.
- Afectarea articulară - radiocubitocarpiane, interfalangiene proximale și distale, cu tendință spre anchiloză,
- Este mai puțin extensivă și mai puțin deformantă decât AR seropozitivă.

Poliartrita simetrică



Patern poliarticular



Artrita mutilantă

- Se caracterizează prin leziuni osteolitice ale falangelor și articulațiilor metacarpiene, care deseori se asociază cu sacroiliită și leziuni cutanate extinse.
- De obicei sunt afectate degetele mâinilor (cu aspectul de degete „telescopate”), uneori și degetele plantelor.
- Apr. 5 % din pacienții cu APs.
- Uneori cu anchiloză și contracturi în alte degete.
- Spre deosebire de AR mulți pacienți prezintă remisiuni temporare.
- Afectările erozive cu evoluție progresivă spre deformare, osteoliză și dizabilitate, induc creșterea semnificativă a mortalității, în comparație cu restul populației.

Artrita mutilantă



Artrita mutilantă



Degete „telescopate”



Afectarea axială

- Implicarea în proces a coloanei vertebrale și/sau articulațiilor sacroiliace.
- Sacroiliită (adesea unilaterală),
- Poate să domine în tabloul clinic,
- Tabloul clinic asemănător SA, dar este asociat cu o evoluție gravă a psoriazisului tegumentar.
- Semnele clinice de spondilită și/sau sacroiliită se pot asocia cu alte forme clinice ale artritei psoriazice.

Afectarea axială

- Spondilita se poate manifesta fără semne radiologice de sacroiliită sau cu semne radiologice, dar fără redoare matinală.
- Nu există corelație dintre semnele clinice și radiologice ale sacroiliitei.
- Vertebrele sunt afectate asimetric cu posibila implicare a articulației atlantoaxiale cu eroziuni de odontoid și subluxație.
- Radiologic pot fi depistate sindesmofite nonmarginale asimetrice, osificare paravertebrală și, anchiloza vertebrală cu calcificarea discului.
- Artropatia axială fără afectarea periferică - la 5% pacienții cu APs.

Spondiloartrita psoriazică



Artrita psoriazică juvenilă

- ◎ Cca. 8-20% din toate artritele la copii.
- ◎ De regulă, monoarticulară la debut (fete de 9-10 ani).
- ◎ Boală evoluează lent, uneori poate fi severă, cu activitate înaltă, progresând la vârsta adultă.
- ◎ La peste 50% din pacienți artrita este monoarticulară,
- ◎ 35-40% - afectarea articulațiilor interfalangiene distale
- ◎ 30% au tenosinovita
- ◎ 63-71% - afectarea unghiilor - „pitting” (eroziune punctiformă),
- ◎ La 39-47% din pacienți sunt depistate tulburări ale creșterii osoase și, ca rezultat scurtarea oaselor din cauza afectării epifizei osului prin proces inflamator.
- ◎ Sacroiliita apare la 28% din pacienți și este asociată cu HLA-B27,
- ◎ Prezența de HLA-B8 poate servi ca un marker al severității bolii.

Entezita și entezopatia.

Entezita, o caracteristică importantă a APs, reprezintă inflamația la locul de inserție osoasă a tendoanelor, ligamentelor și capsulelor articulare.



Dactilita, tendinita și tenosinovita

- În sens etimologic, termenul de dactilită (*gr. Dactylos- deget, itis- inflamație*) definește inflamația localizată la nivelul degetelor de la mâini sau picioare.
- Dactilita din APs este frecventă (22%)
- Specificitate 82,4%, sensibilitatea 84,9,
- Item în criteriile CASPAR (*Classification Criteria for Psoriatic Arthritis*) pentru diagnosticul APs.

Manifestările sistemice ale APs

- Limfadenopatie,
- Afectare cardiacă (valvulopatii mai frecvent aortice, aortită),
- Afectare renală (proteinurie, hematurie, cilindrurie),
- Afectare oculară (conjunctivită, irită),
- Afectare neuromusculară,
- Afectare vasculară (sindrom Raynaud) etc.
- 10-15% din pacienții cu APs au afectare **oculară** prin uveită anterioară, irită, iridociclită, uneori recidivante.

Afectarea sistemului cardiovascular

- Posibilă în 18-22% din cazuri de APs
- Clinic se manifestă prin dispnee, palpitații cardiace, dureri în regiunea cordului de diferită intensitate, cauzate de dezvoltarea aortitei, miocarditei, pericarditei sau miocardiodistrofiei.
- Diferite dereglări de ritm și de conducere.
- Sunt descrise cazuri de pericardită gravă cu insuficiență cardiacă progresivă, bloc atrioventricular complet.
- Se poate dezvolta insuficiența valvei aortice (7% din cazuri)

Afectarea pulmonară

- Se manifestă în urma limitării excursiei respiratorii a cutiei toracice cu dezvoltarea emfizemului pulmonar ca o consecință a cifozei și afectării articulațiilor costovertebrale în varianta axială a artritei psoriazice.
- Ca și în spondiloartrita anchilozantă, este caracteristică pneumofibroza apicală, întâlnită extrem de rar (1-2%) și care trebuie diferențiată de afecțiunile pulmonare specifice.

Afectarea renală

- **Rinichii** cel mai des sunt implicați în procesul patologic sistemic din APs (cca.27-36%).
- Conform unor autori, aceasta este determinată de hipergamaglobulinemie și, în special, de nivelul crescut al IgA cu dezvoltarea nefropatiei-IgA.
- Totodată edemele, hipertensiunea renală, sindromul anemic secundar și insuficiența renală se dezvoltă în stadiile finale ale bolii.
- Amiloidoza renală secundară (14-17%).
- Deseori, cauza afectării renale poate fi administrarea îndelungată a AINS, manifestate prin sindrom urinar cu proteinurie și microhematurie.

Afectarea sistemului nervos periferic

- Provocate de afectarea radiculară din segmentele cervicotoracice și lombosacrale ale coloanei vertebrale.
- Din cauza osteoporozei avansate sunt posibile fracturi ale vertebrelor cervicale cu instalarea tetraplegiei.
- La un traumatism minimal, în prezența dezorganizării ligamentului transvers al atlantului, se poate dezvolta subluxația atlantoaxială (2-3%).
- Mult mai rar - sindromul „cauda equina” din epidurita cronică, însoțită de impotență și incontinența de urină.

Diagnostic de laborator

Teste pentru determinarea activității bolii și supravegherea evoluției:

- Hemoleucograma
- VSH
- Proteina C-reactivă
- Fibrinogen
- <10% pacienți cu FR+, ANA+ și anti-CCP
- La pacienții cu psoriazis extensiv - hiperuricemie

Pentru diagnosticul diferențial

- Factorul reumatoid
- Tipizarea la HLA-B27
- Analiza generală a urinei
- Biochimia serică (ALT, AST, bilirubina, fosfataza alcalină, ureea, creatinina, proteina totală)
- Puncția articulară (în caz de sinovită) cu examinarea bacteriologică (molecular-biologică prin reacția de polimerizare în lanț la ADN agentului provocator) și clinică a lichidului sinovial

Examen radiologic articular

- Îngustarea terminală a falangelor cu acroosteoliză și deformare în formă de cupă a porțiunilor proximale („creion cu capac”).
- Erozii marginale proliferare osoasă adiacentă pufoasă sau „whiskering”; anchiloza articulațiilor mici; osteoliza oaselor falangiene și metacarpale, cu degete „telescopate”; periostita și osificare proliferativă în locurile entezelor.
- Spre deosebire de artrita reumatoidă, artrita psoriazică afectează și articulațiile interfalangiene distale, articulațiile sacroiliace și coloana vertebrală de o manieră asimetrică.
- Artrita psoriazică asociază entezopatia, ca trăsătură caracteristică, absentă în artrita reumatoidă.

„Creion cu capac” / „Creion în cupă”



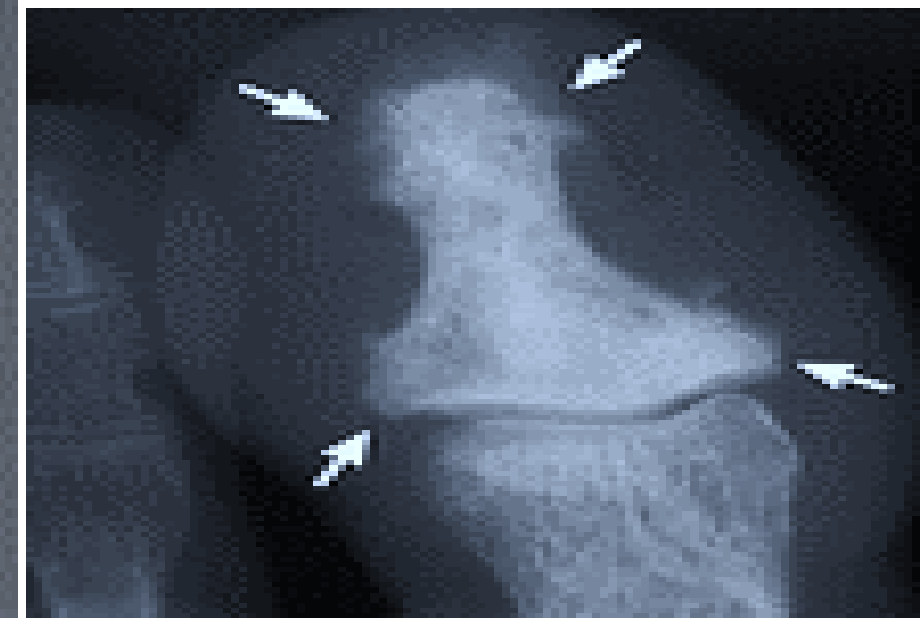
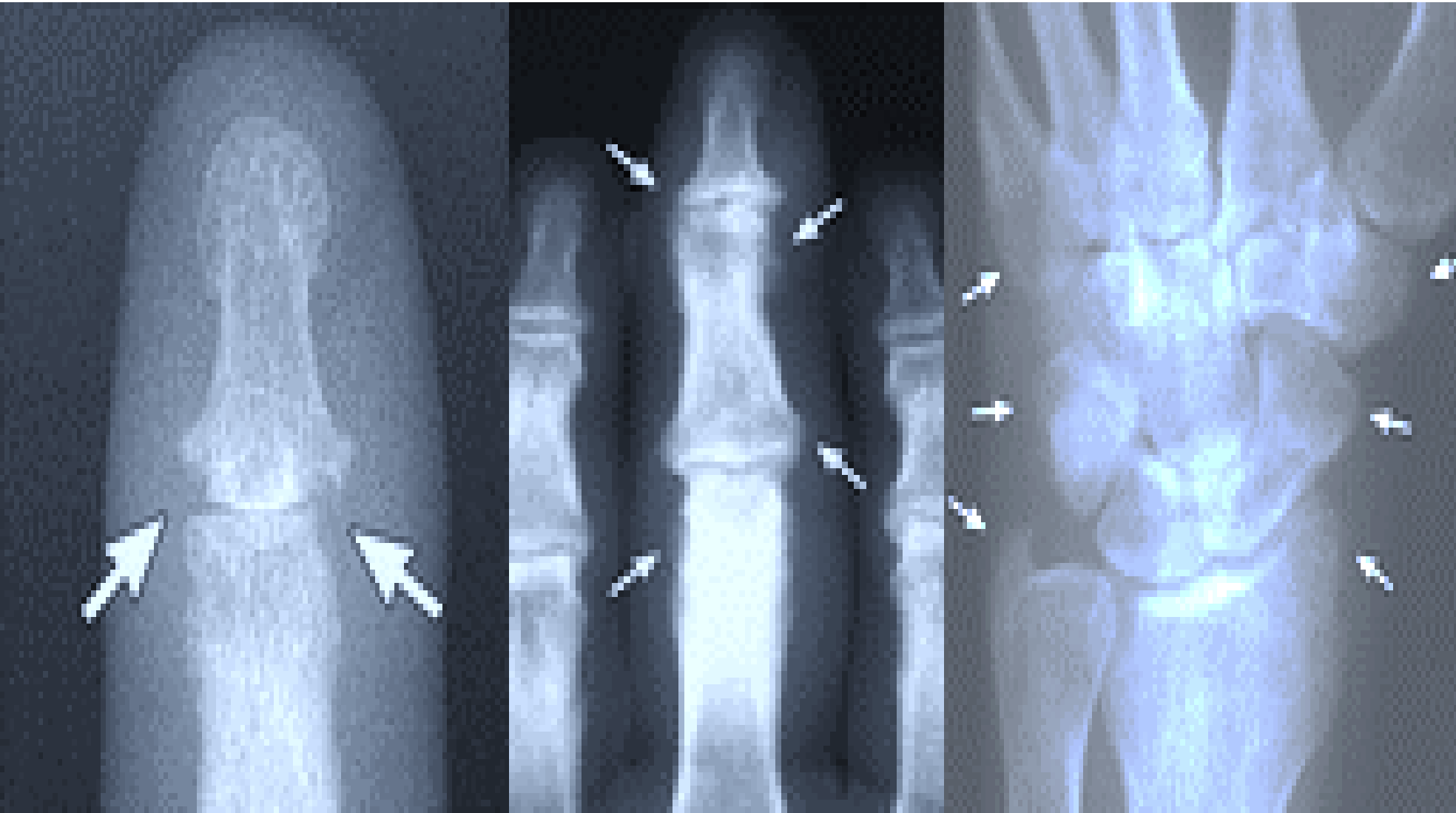
Examen radiologic

modificări inflamatorii și
distructive în metatarso-
falangiene și interfalangiene

Eroziuni osoase marginale cu
proliferare osoasă adiacentă



densitate osoasă crescută și
proliferare falangei distale („falangă
de fildeș”)



APs cu acro-osteoliză



«Creion cu capac»

Dactilită



«Stick de bomboană lins»



L



R

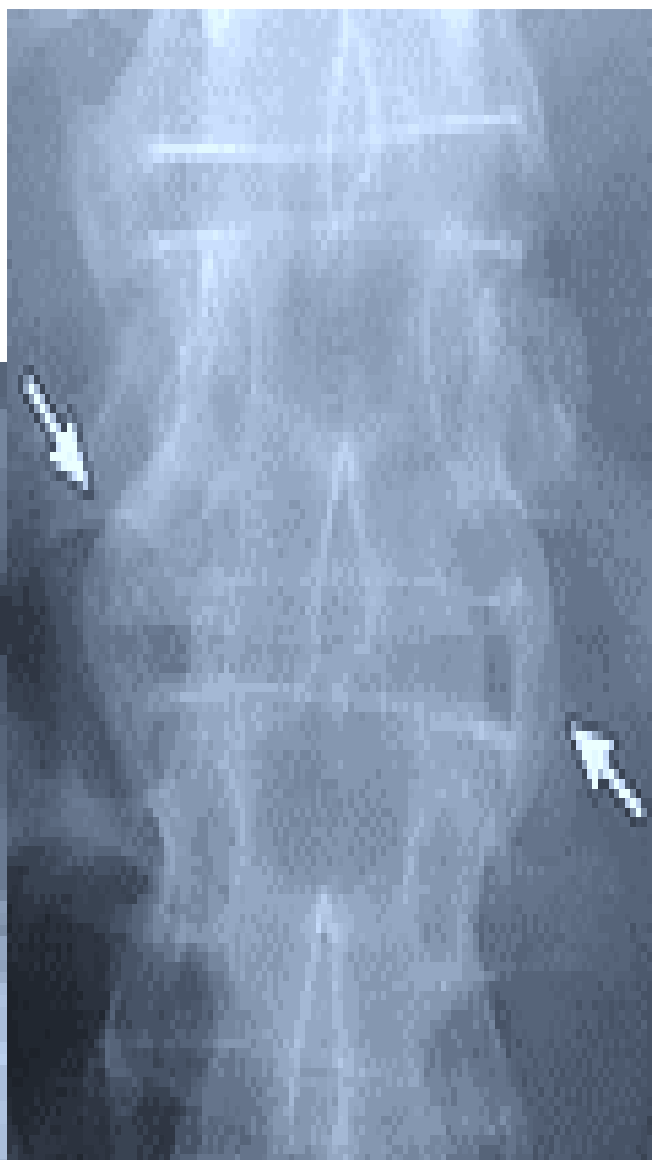
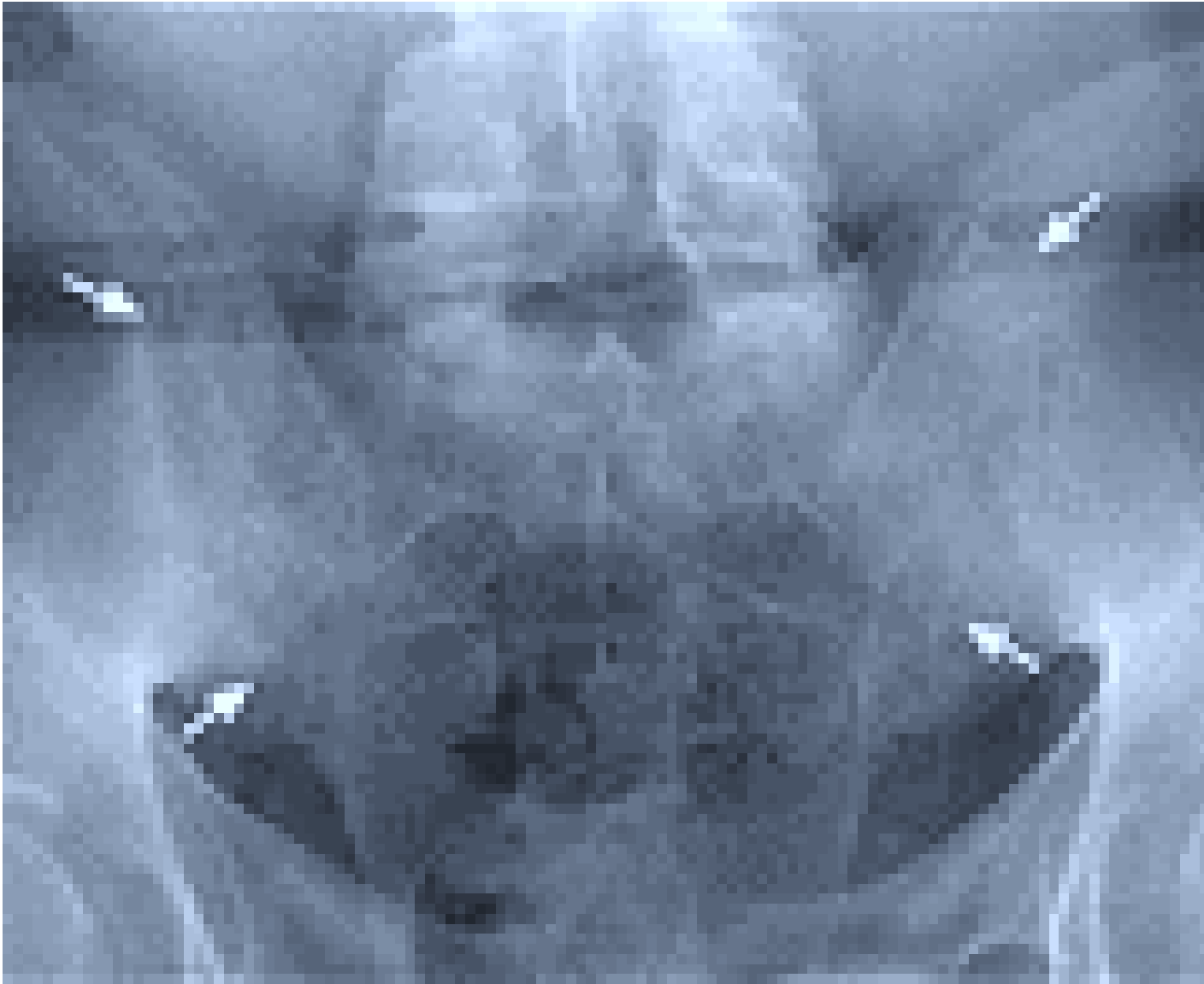




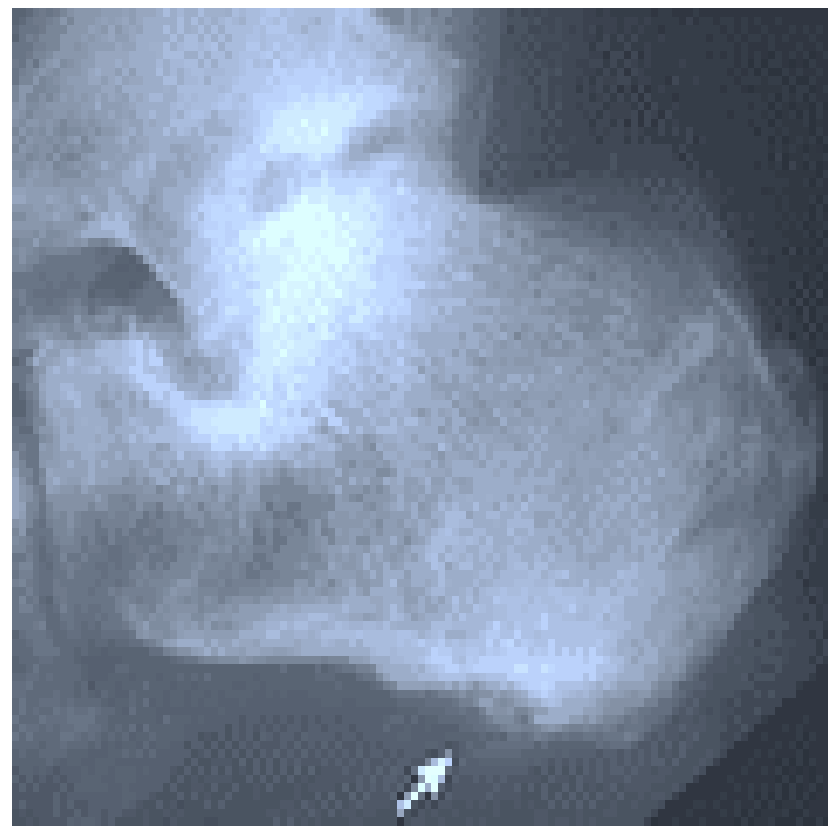
Examen radiologic

Osificări paravertebrale în formă de virgulă

R-grafia sacrală anteroposterioară:
eroziunii osoase și îngustarea art.
sacroiliace cu fuziune parțială.



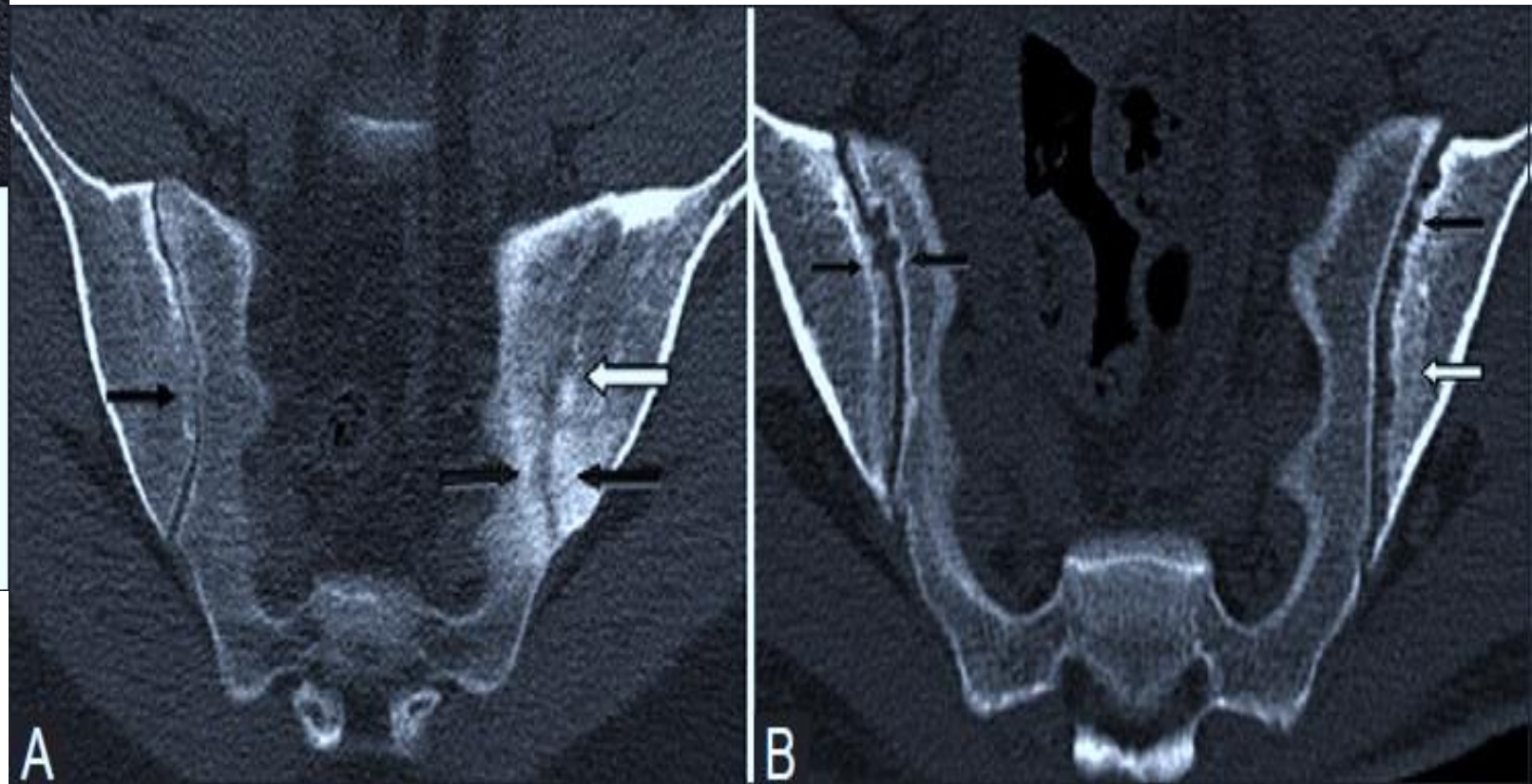
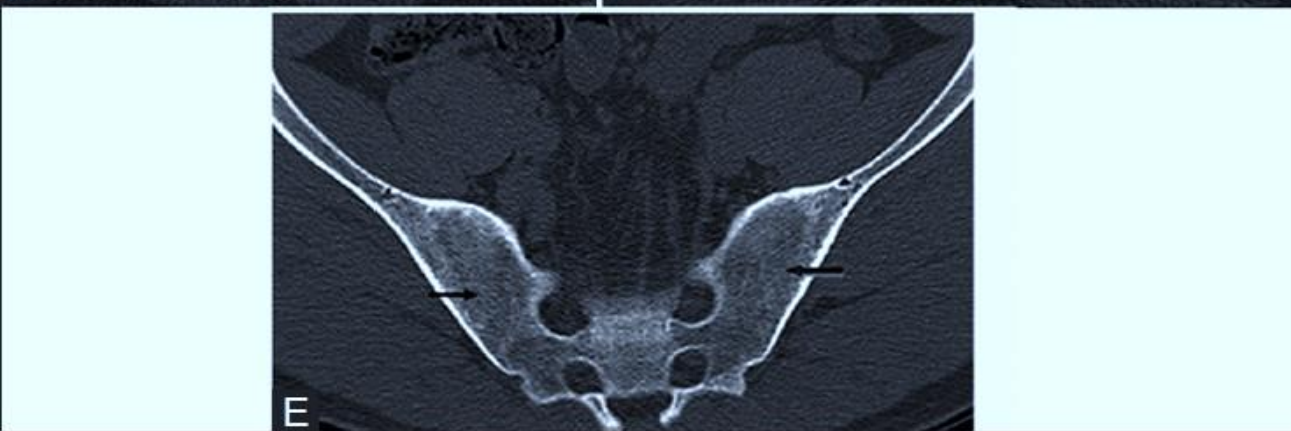
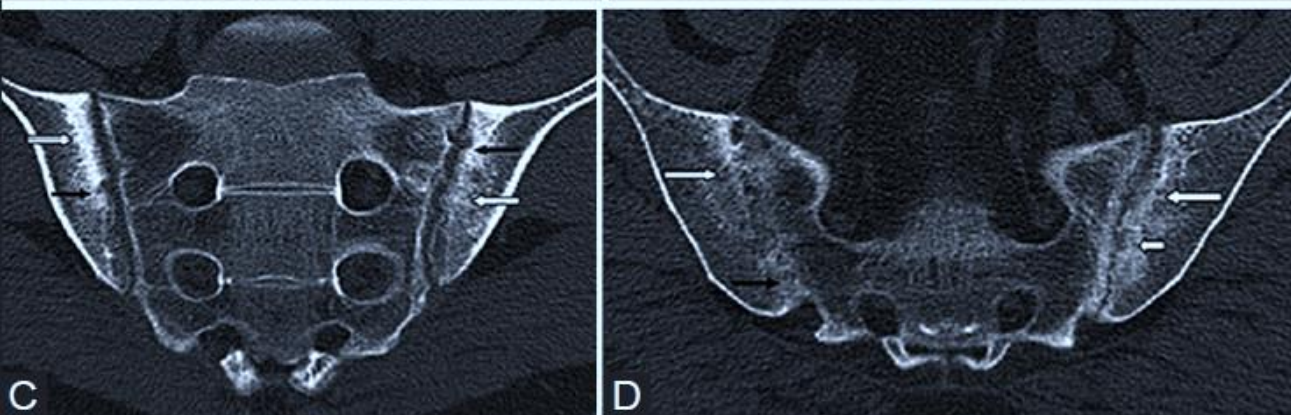
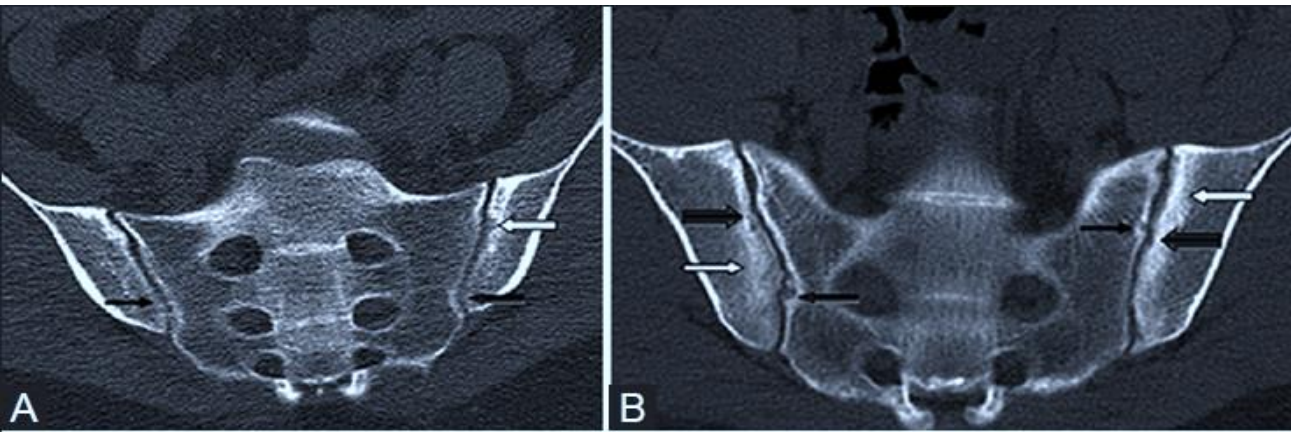
Scleroză osoasă și entezopatie inflamatorie



APs



TC articulațiile sacroiliace

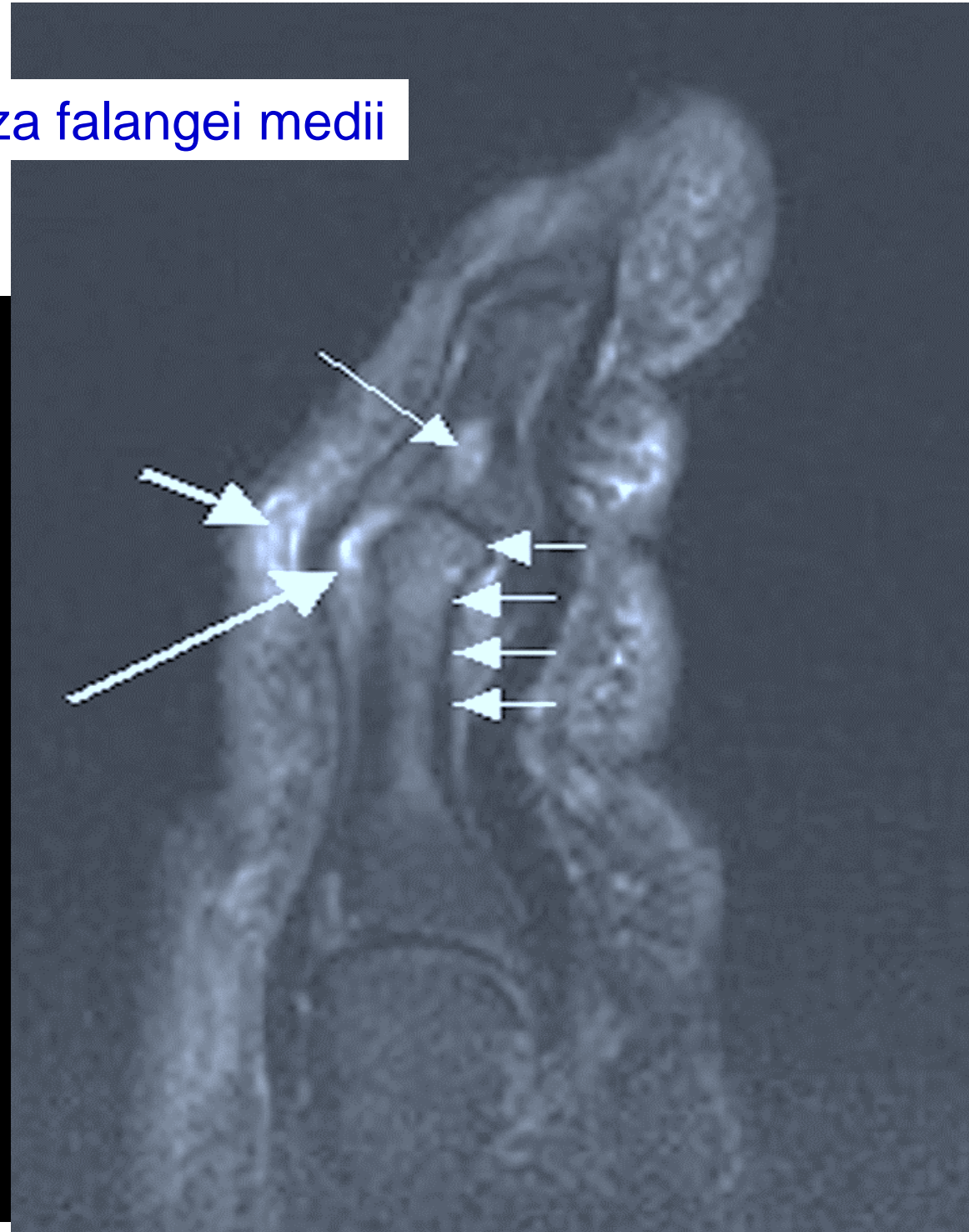


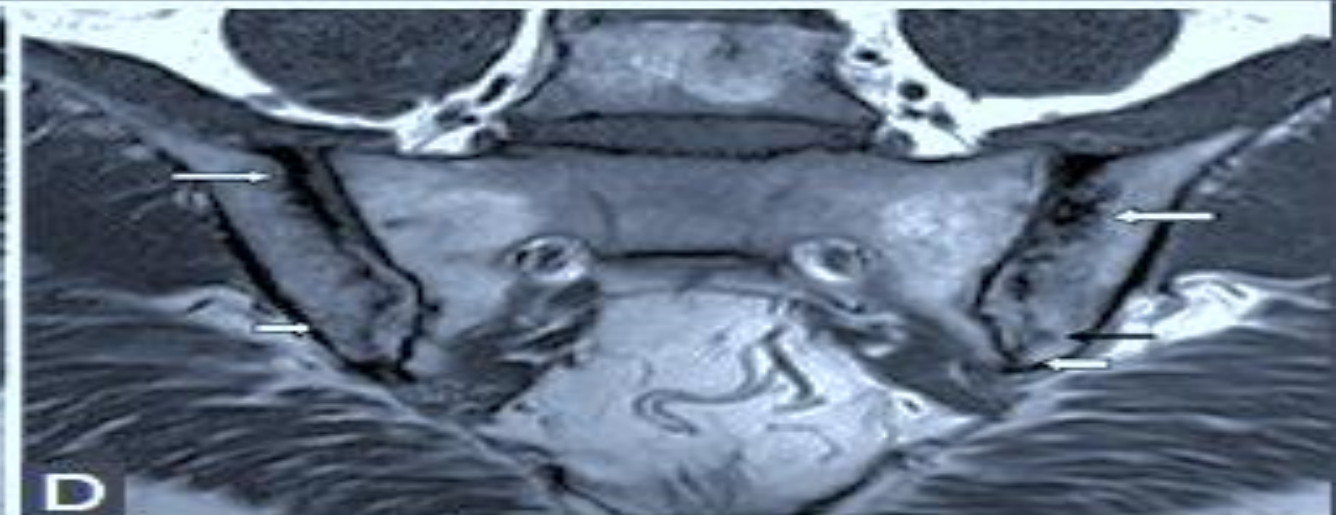
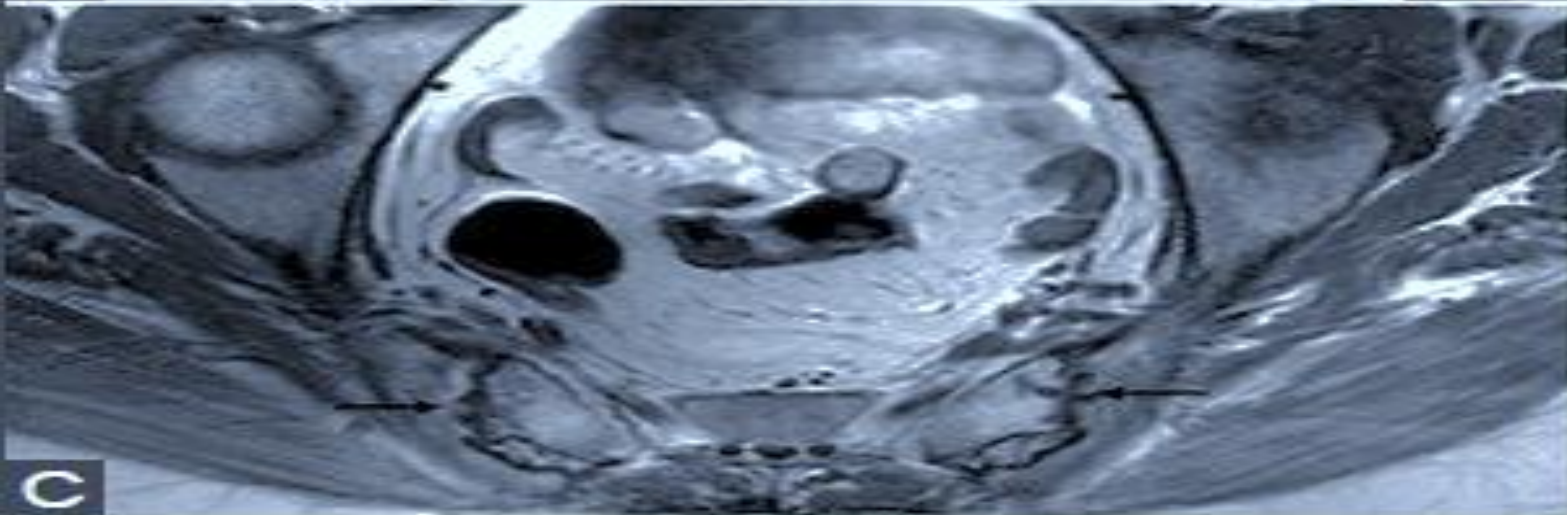
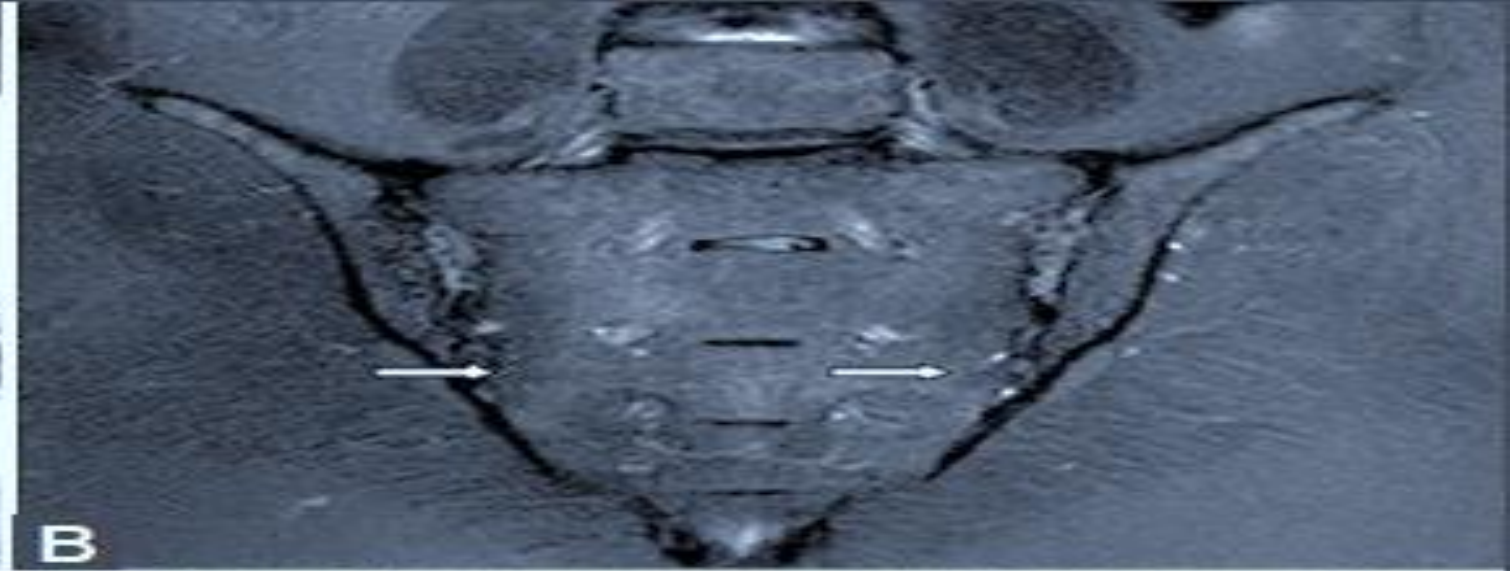
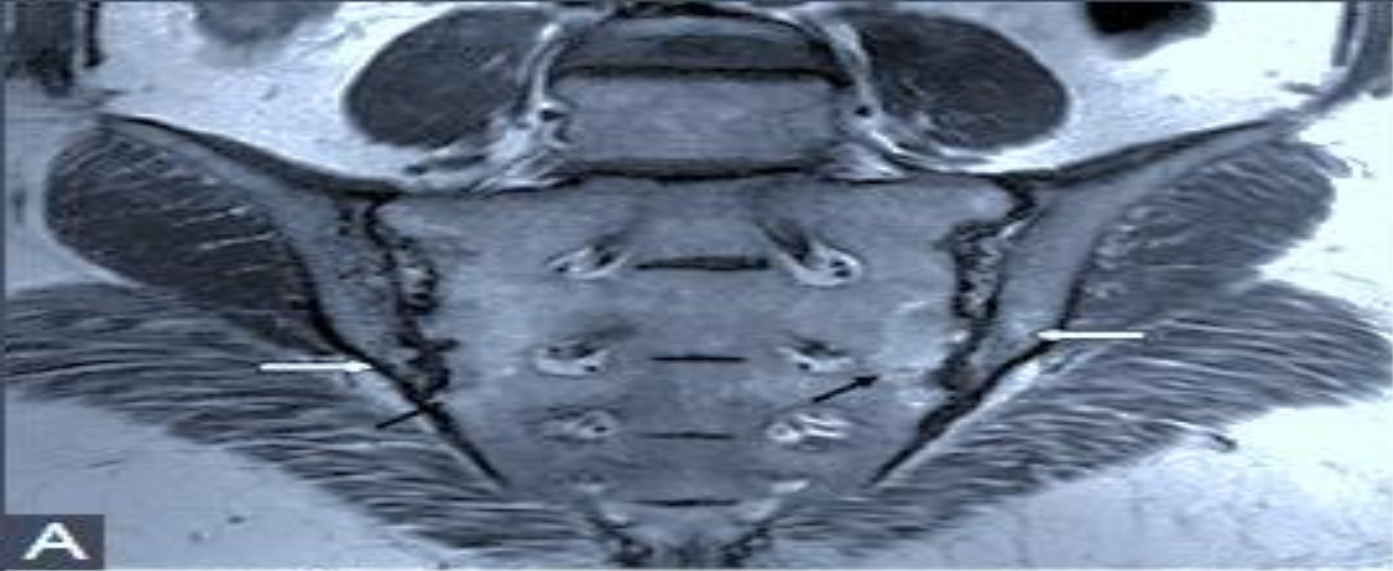
APs: RMN

Erozii la baza falangei medii

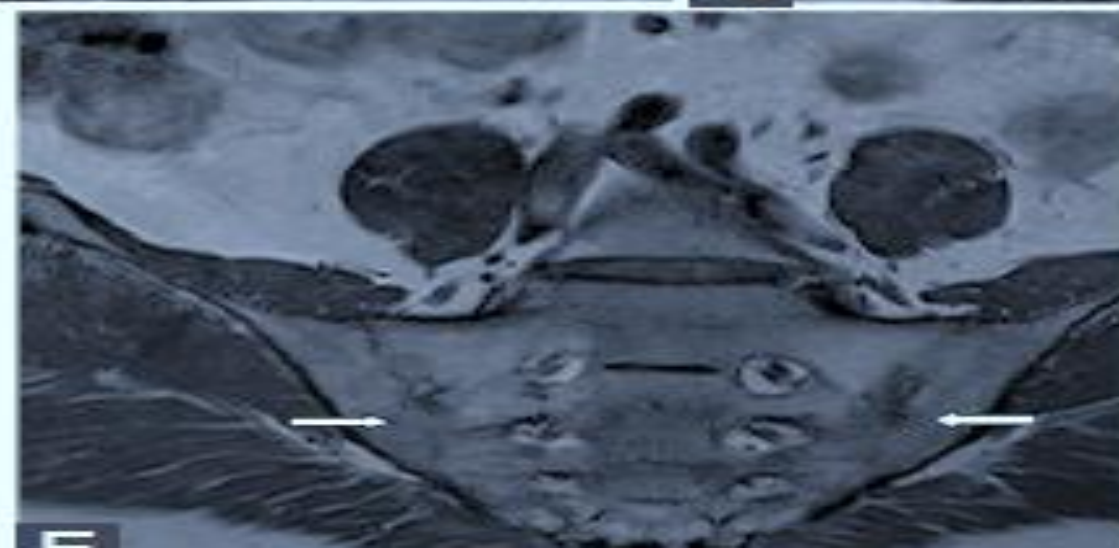
(a) Până la introducerea contrastului

(b) După contrast

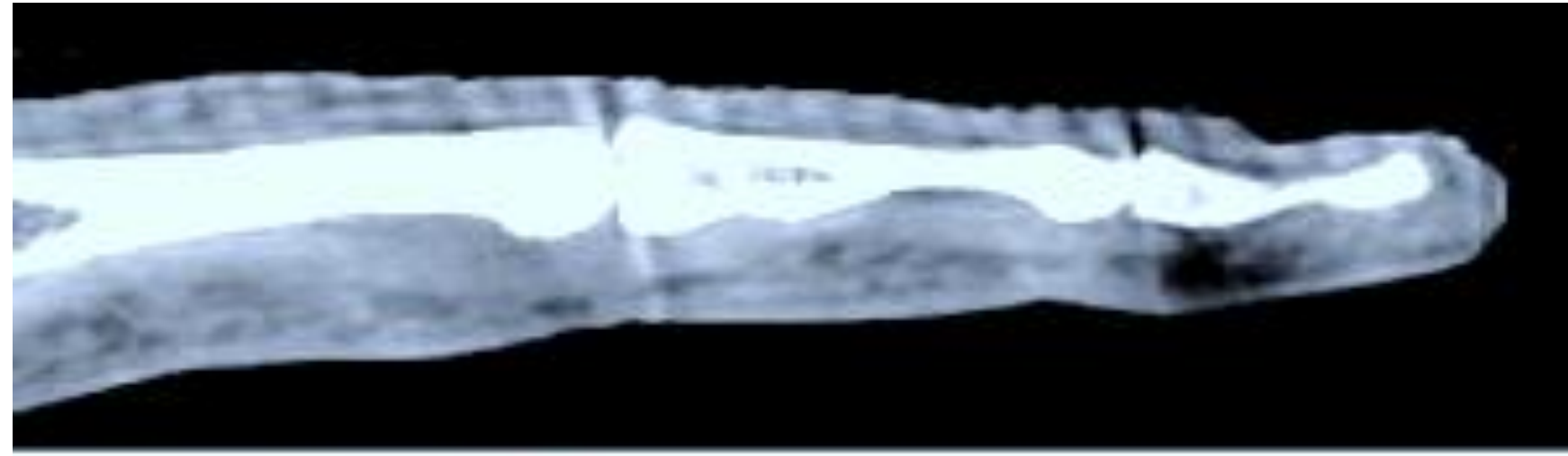




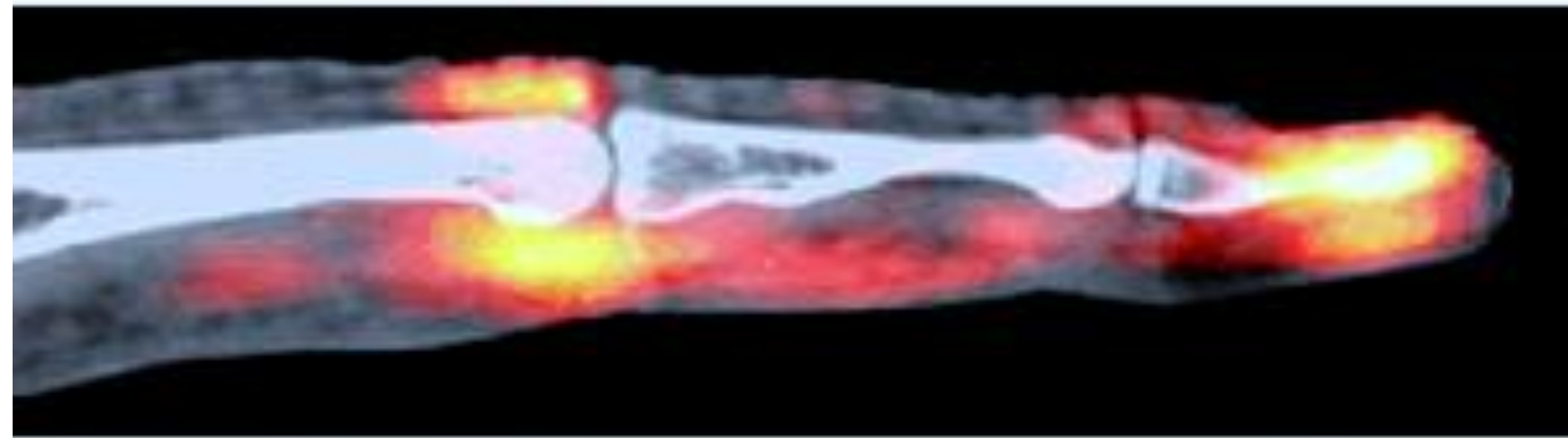
MRI: articulațiile sacroiliace



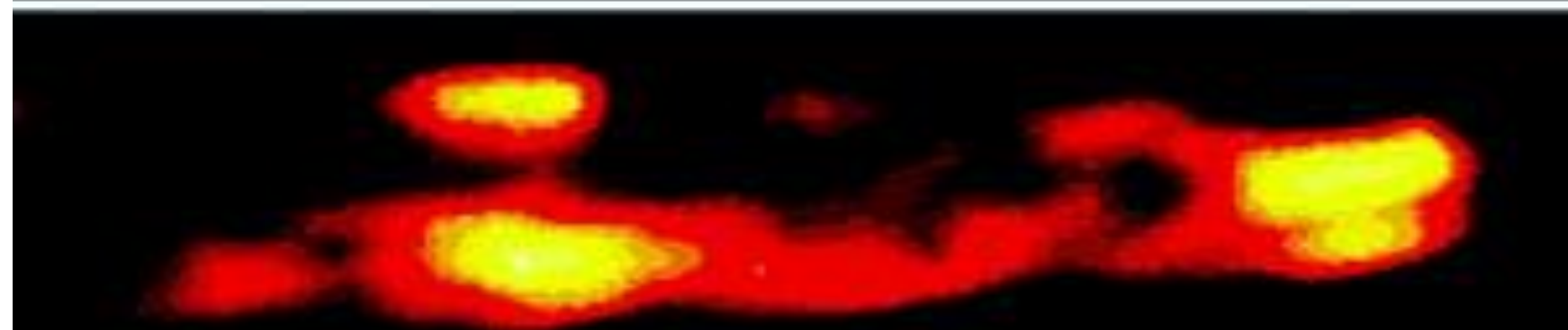
PET/CT scanare în diagnosticul APs



Imagine TC



Imagine combinată PET/CT



Imagine PET

Diagnosticul APs

Pentru a stabili diagnosticul de artrită psoriazică este necesar de parcurs 2 etape:

- Stabilirea diagnosticului de spondiloartropatie seronegativă (Criteriile pentru durere inflamatorie spinală, criteriile ESSG, Amor, ASAS)
- Clasificarea spondiloartritei seronegative stabilite drept artrită psoriazică (Criteriile CASPAR)

Set criterii pentru durerea spinală inflamatorie

Criterii Calin pentru DSI (1997)	Criterii Berlin pentru DSI (2005)	Criterii ASAS a DSI mnemonic p/u criterii “iPAIN”(2009)
<ul style="list-style-type: none"> •Vârsta debut <40 ani •Durata dureri lombare >3 luni •Debut insidios •Redoare matinală •Ameliorare la exerciții 	<ul style="list-style-type: none"> •Redoare matinală >30 min •Ameliorarea durerii spinale la exerciții, dar nu în repaus •Durere nocturnă (trezire în jumătatea a doua nopții) •Durere fesieră alternantă 	<ul style="list-style-type: none"> •Debut insidios •Durere nocturnă (cu ameliorare după ridicarea din pat) •Vârsta debut <40 ani •Ameliorare la exerciții •Lipsa ameliorării în repaus
<p><i>Necesită prezența a 4 din 5 criterii</i></p>	<p><i>Sensibilitate - 70%</i> <i>Specificitate - 81% dacă 2 din 4 criterii sunt prezente</i></p>	<p><i>Sensibilitate - 77.0%</i> <i>Specificitate - 91.7% dacă 4 din 5 criterii sunt prezente</i></p>

Criteria de clasificare a spondiloartropatiilor (European Spondylarthropathy Study Group (ESSG), 1991)

Durere inflamatorie spinală sau sinovită (asimetrică, preponderent MI)

Plus unu sau mai multe din următoarele:

- **Istoric familial:** rude de gr. I-II cu SA, psoriazis, irită acută, ARe sau BII.
- Psoriazis în trecut sau prezent, diagnosticat de medic.
- Colită ulceroasă sau boala Crohn în trecut sau prezent, diagnosticat de medic și confirmată radiografic sau endoscopic.
- Durere fesieră alternantă în trecut sau prezent
- Durere spontană în trecut sau prezent ori sensibilitate la examen inserțiilor tendoanelor Achilles sau fasciei plantare
- Episoade de diaree timp de o lună înainte debutului artritei
- Uretrită non-gonococică sau cervicită o lună înainte debutului artritei
- **Sacroiliită** bilaterală Rx gr. 2–4 sau unilaterală gr. 3-4 [gradele 0: normal; 1: posibilă 2: minimală; 3: moderată; 4: fuzionare completă (anchiloză)]

Criteria de clasificare a SpA Amor (1990)

Simptome clinice sau istoric anamnestic de:	Punctaj
○ Durere lombară sau dorsală nocturnă, sau redoare lombară ori dorsală matinală	1
○ Oligoartrită asimetrică	2
○ Durere fesieră	2
○ Degete “în cârnați” / „crenvurști”	2
○ Durere în călcâie	2
○ Irită	2
○ Uretrită ori cervicită non-gonococică concomitent, sau o lună înaintea artritei	1
○ Diaree acută concomitentă, sau o lună înaintea artritei	1
○ Prezența sau istoric de psoriazis și/sau balanită și/sau BII (Colită ulceroasă, boala Crohn)	2
Simptome radiologice	
○ Sacroiliită (grad >2 bilaterală, grad >3 unilaterală)	3
Teren Genetic	
○ Prezența HLA-B27 și/sau istoric familial de SA, ARe, uveită, psoriazis sau BII	2
Răspuns la tratament	
○ Ameliorare definită a acuzelor musculoscheletale după administrarea AINS în mai puțin de 48h sau reparația lor peste 48h în caz de întrerupere a AINS	2

Pacientul este diagnosticat cu SpA în caz că suma punctajului este ≥ 6 .

Criteria CASPAR (CLASSification criteria for Psoriatic ARthritis)

*Pacient cu artrită inflamatorie (axială sau periferică)
și ≥3 puncte din următoarele*

Categorie	Descriere	Punctaj
Psoriazis curent sau istoric personal sau familial de psoriazis	Psoriazis curent: cutanat sau în plăci confirmat de dermatolog. Istoric personal obținut de la pacient, medic de familie etc. Istoric familial, Ps la rude de grad 1-2.	2 (curent) sau 1 (istoric)
Distrofie unghinală psoriazică	Onicoliză, hipercheratoză	1
Dactilită	Tumefierea unui deget în întregime	1
FR negativ	Orice metodă cu excepția Latex	1
Rx: formare os nou juxta-articular	Osificare definită lângă marginile articulare, dar exclude formare osteofitelor	1

Diagnosticul diferențial

- Leziunile cutanate - dermatita seboreică
- Leziunile unghinale - infecțiile fungice
- Afectarea articulară: polioosteoartrită (noduli Heberden, Bouchard), artrita reumatoidă, artrita septică, guta, spondialoartrite seronegative (SA, ARe, artrita din bolii intestinale inflamatorii, artrita cronică juvenilă)

Diagnostic diferențial APs

Manifestări	APs	SA	AR	ARe
B:F	1:1	3:1	2:1	8:1
Factor reumatoid	<10%	negativ	80%	negativ
Articulații DIP	30-50%		Necaracteristic	
Afectare articulară periferică	90-95% Asimetric, Art. mari și mici	40% Asimetric, Articulații mari	100% Simetric, Articulații mici	90% Asimetric
Articulații sacroiliace/axiale	35%, orice nivel	100%	Coloana cervicală la etape tardive	20% Predominant lombare
Alte manifestări musculoscheletic	Entezită Dactilită Eritem periarticular	Entezită	Atrofie musculară	Entezită Keratodermie Balanita circinata
Manifestări extraarticulare	Erupții tegumentare Distrofie unghinală	Uveită Cardiace	Noduli Sindrom Sjogren Vasculită	Uveită
HLA-B27	10-25%	90%	Negative	40%
Radiologie	Erozii osoase, DIP Periostită/proliferare Sindesmofite	Sindesmofite, osteită, erozii osoase, sacroiliită	Osteopenie periarticulară Eroziuni	Periostită / osteopenie Sacroiliită asimetrică

Instrumente de evaluare și monitorizare a APs

- **GRAPPA** (Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis)
- **OMERACT** (Outcome Measures in Rheumatology)

Domenii de evaluare OMERACT 8.

Reumatologic

- Articulații periferice
- Dactilita
- Entezita
- Afectarea axială

Funcțional

- Calitatea vieții
- Fatigabilitate

Dermatologic

- Cutanat
- Unghii

Radiologic

- Scor Sharp modificat
- Scor eroziuni
- Pensare spațiu articular

- ◉ Număr articulații dureroase și tumefiate,
- ◉ Aria afectării cutanate (Psoriasis Area and Severity Index (PASI),
- ◉ Afectarea unghiilor: (Nail Psoriasis Severity Index (NAPSI) sau Modified Nail Psoriasis Severity Index (mNAPSI),
- ◉ Entezita: Mander/Newcastle Enthesitis Index (MEI), Leeds Enthesitis Index (LEI), Spondyloarthritis Research Consortium of Canada (SPARCC), Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesis Score (MASES),
- ◉ Dactilita: Leeds Dactylitis Index (LDI),
- ◉ Patient Global for Psoriatic Arthritis,
- ◉ Dermatology Life Quality Index (DLQI),
- ◉ Psoriatic Arthritis Quality of Life (PsAQOL),
- ◉ Functional Assessment of Chronic Illness Therapy – Fatigue (FACIT-F),
- ◉ Psoriatic Arthritis Response Criteria (PsARC),
- ◉ Psoriatic Arthritis Joint Activity Index (PsAJAI),
- ◉ Disease Activity in Psoriatic Arthritis (DAPSA),
- ◉ Composite Psoriatic Disease Activity Index (CPDAI)

Evaluare reumatologică

- Afectare articulară periferică
- Afectare axială
- Entezita
- Dactilita

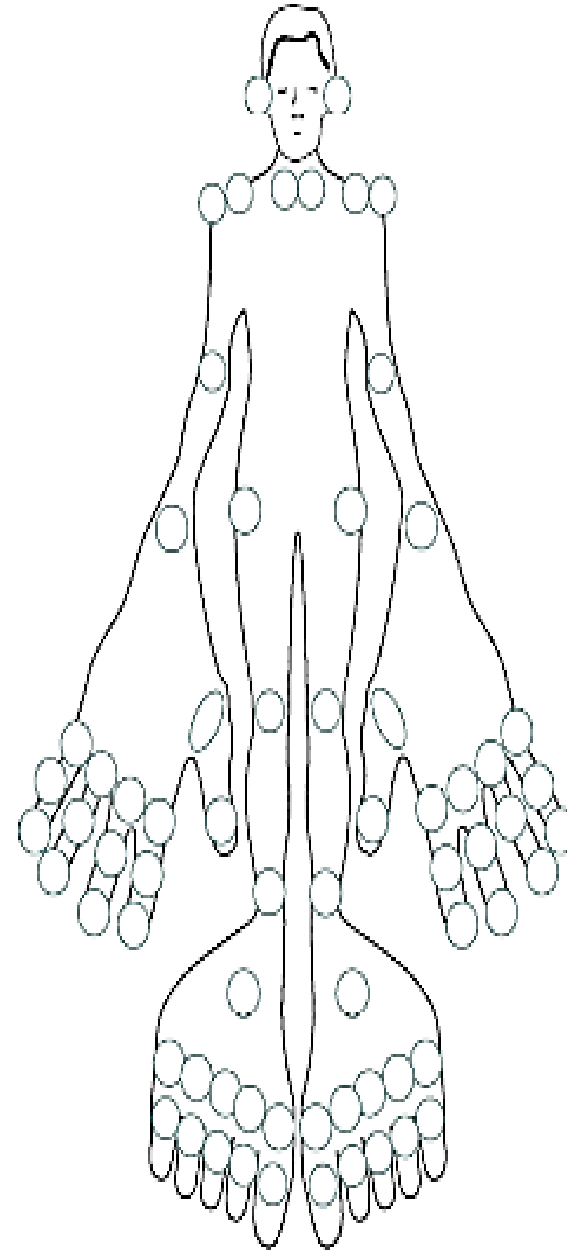
Scor activitate minimală a bolii (MDA)

Pacientul se consideră că a atins MDA dacă întrunește 5 din următoarele 7 criterii:

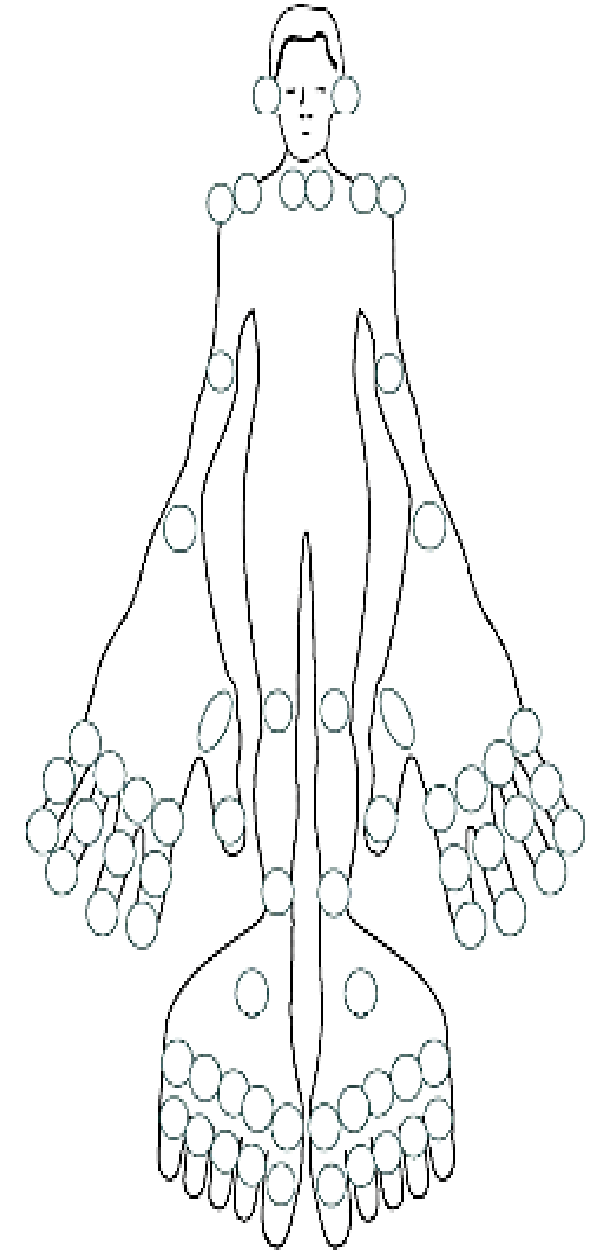
- Număr articulații dureroase ≤ 1
- Număr articulații tumefiate ≤ 1
- PASI (Psoriasis Activity and Severity Index) ≤ 1
sau suprafața corpului afectată $\leq 3\%$
- VAS durere pacient ≤ 15 mm
- Activitate globală pacient - VAS ≤ 20 mm
- HAQ (Health Assessment Questionnaire) ≤ 0.5
- Locuri entezice dureroase ≤ 1

Articulații dureroase/tumefiate

- British Society for Rheumatology (BSR) recomandă numărătoarea a 66 articulații tumefiate și 68 articulații dureroase.



Tender Joints: Number ___/68



Swollen Joints: Number ___/66

Evaluare activitate globală a bolii pacient / medic

Scala vizual analogă (VAS) (10 cm/100 mm)

Neactivă

Foarte activă

Scala numeric calibrată (NRS)



Neactivă

Foarte activă

Pacientul este îndemnat să marcheze cum simte starea generală a sănătății și care este influența artritei la momentul dat.

Activitate joasă este considerată < 2.0 cm/20 mm.

Scara Likert poate fi folosită.

Scor durere pacient

Scala vizual analogă (VAS) (10 cm/100 mm)



Scala numeric calibrată (NRS)



Pacientul este îndemnat să marcheze intensitatea durerii lui pentru ultimele 24 ore

Scor Likert de 5 puncte

Luând în considerație tot disconfortul pe care îl provoacă artrita pentru Dvs, care este aprecierea la ziua de azi? (pacient)



Foarte bine,
fără simptome,
fără limitări în activități

Foarte rău,
Simptome foarte severe,
Intolerabile, inabilitate de
efectuat activități zilnice

Luând în considerație afectarea prin artrită a pacientului Dvs,
care este aprecierea la ziua de azi? (medic)

Dermatology Quality Life Index (DLQI)

DLQI este o măsurare a calității vieții (QoL) luând în considerare boala de piele și aspectele psoriazisului și PASI.

- The DLQI conține 10 întrebări simple relatate cum boala de piele afectează viața pacientului. Se evaluează calitatea vieții pentru ultima săptămână. Este completat de pacient și durează cca. 2 minute.

DLQI se calculează însumând scorurile la fiecare întrebare,
Scor maxim - 30;
scor minim - 0.
Scorul mai mare indică a
afectare mai mare a calității
vieții.

Scor DLQI

0-1 = fără efecte asupra vieții pacientului
2-5 = efecte mici asupra calității vieții
6-10 = efecte moderate asupra calității vieții
Dacă DLQI >10, calitatea vieții este afectată,
pentru care este necesară intervenție.
11-20 = calitatea vieții foarte afectată
21-30 = calitatea vieții extrem afectată

Health Assessment Questionnaire (HAQ)

Chestionar de 2 pagini conține:

- HAQ Disability Index (HAQ-DI) – evaluează abilitate funcțională a pacientului
- HAQ VAS scor durere – evaluează prezența sau absența durerii articulare și severitatea acesteia
- HAQ VAS scor global pacient – evaluează calitatea vieții în general

Health Assessment Questionnaire (HAQ)

Categorie HAQ DI	Dispozitive folosite pentru ajutor
Îmbrăcare & Autoîngrijire	Dispozitive utilizate pentru îmbrăcare (cârlig de nasture, trage fermoarul, dispozitive lungi pentru încălțarea încălțăminte etc.)
Ridicare	Scaun ridicat sau special
Alimentare	Ustensile speciale
Plimbat	Folosire baston sau atele
Igiena	Scaun de toaletă ridicat, scaun de baie, bară de susținere, dispozitive de baie alungite
Cercetare	Dispozitive alungite pentru a ajunge
Apucare	Deschizător de borcane/containerere (pentru cele deschise anterior)

Evaluare pacient APs cu afectare axială

Domeniu	Instrumente
Evaluare globală pacient	VAS ultima săptămână
Durere spinală	Media ultimei săptămâni VAS pentru: 1) durerea în general cauzată de SpA 2) durerea nocturnă
Redoare spinală	VAS redoare matinală
Mobilitate spinală	Expansiune toracică Test Schöber modificat Distanța occiput - perete Rotația cervicală Flexie spinală laterală ori BASMI
Funcția fizică	BASFI sau Index Funcțional Dougados
Articulații periferice și enteze	Număr articulații tumefiate (numărare 44 articulații). Scoruri entezice MASES, San Francisco, Berlin
Fatigabilitatea	Întrebarea referitor fatigabilitatea din BASDAI
Indicatorii fazei acute	VSH sau PCR
Imagistica	Rg-grafie laterală vertebre lombare și vertebre cervicale și bazin (sacroiliace și coxofemorale)

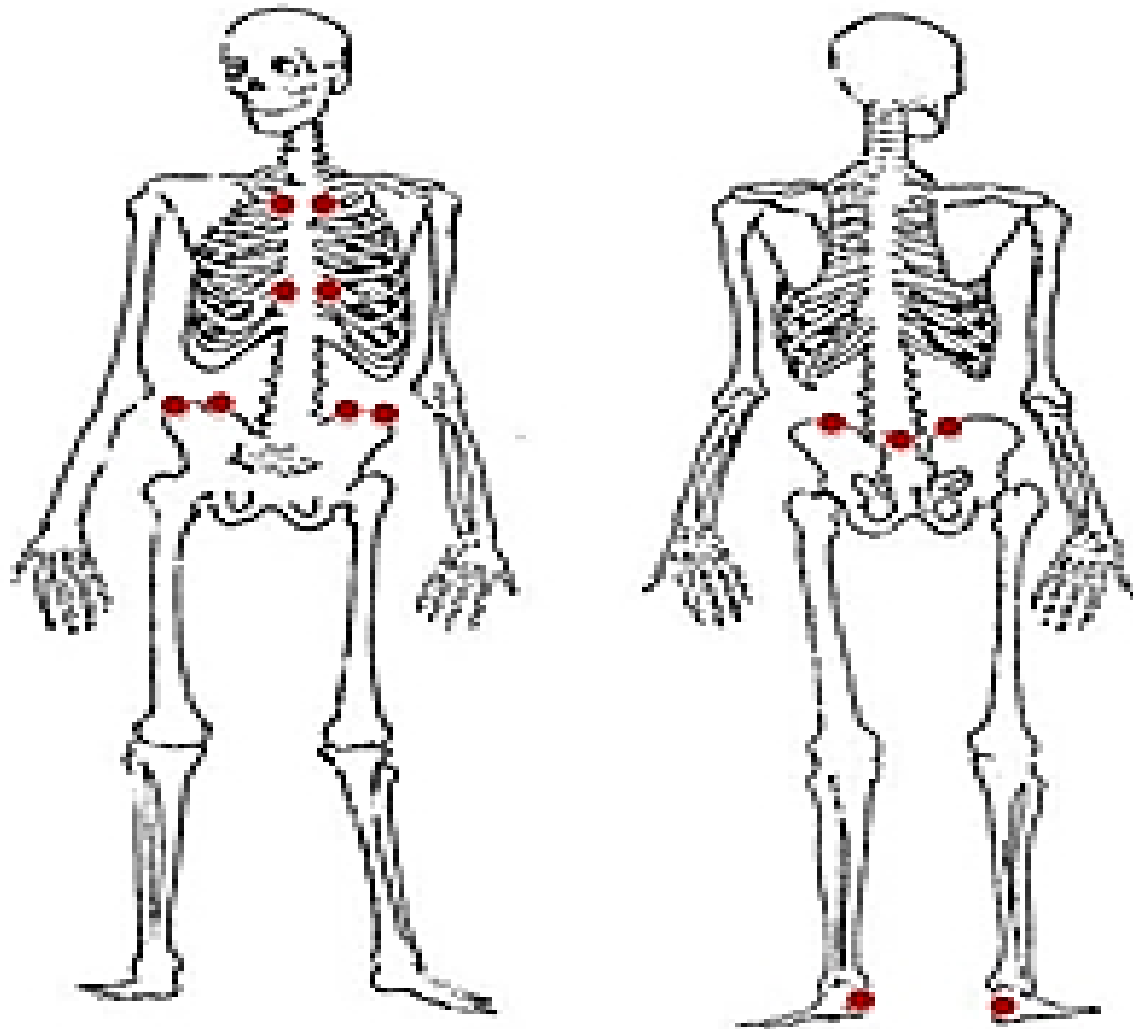
Dactilita

- „sausage finger” = „deget în cârnați”
tenosinovită flexori + sinovite
interfalangiene
- Acută (tumefacție + roșeață + durere) /
cronică
- Dactilită = 1 articulație tumefiată!
- Cuantificare: 0 = absentă / 1 = prezentă
- LDI (Leeds Dactylitis Instrument)

Entezita

- ◎ **Newcastle Enthesitis Index (NEI)** – 66 pct
- ◎ **Maunder Enthesis Index (MEI)** – 66 pct; cotat 0–3 – durere la palpare
- ◎ **Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesis Score (MASES)**
- 13 pct
- ◎ **Spondyloarthritis Research Consortium of Canada (SPARCC)** – 8 pct
- ◎ **Leeds Enthesitis Index (LEI)** – 6 pct:
 - Epicondiliu laterali - 2
 - Epicondiliu mediali - 2
 - Inserția tendoanelor Achilles - 2

MASES: Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesitis Score



- 13 sites
- Easy to locate
- No grading
- Score from 0 to 13

Costochondral 1 ri/le
Costochondral 7 ri/le
Spina iliaca anterior superior ri/le
Crista iliaca ri/le
Spina iliaca posterior ri/le
Proc. spin L5
Achilles tendon prox. insertion ri/le

Evaluare răspuns la tratament

● PsARC

● ACR

Psoriatic Arthritis Response Criteria (PsARC)

Clegg 1996

Criteria

NAD

NAT

Evaluare globală pacient

Evaluare globală medic

Răspuns PsARC

Ameliorare cel puțin două din următoarele 4 criterii (unul dintre care trebuie să fie NAD/NAT) fără înrăutățirea nici a unui criteriu:

- 20% sau mai multă ameliorare în evaluarea globală a activității bolii de către medic
- 20% sau mai multă ameliorare în evaluarea globală a activității bolii de către pacient
- 30% sau mai multă ameliorare a NAD
- 30% sau mai multă ameliorare a NAT

Criteria de răspuns ACR

Parametri

NAD

NAT

Durere (VAS 0-10 cm)

Evaluare globală pacient

Evaluare globală medic

VSH

PCR

HAQ

Răspuns ACR

20%; 50%; 70% ameliorare NAD, NAT

20%; 50%; 70% ameliorare în 3 din 5

Tratament APs

- Scopul tratamentului APs este calmarea durerii, reducerea inflamației, menținerea flexibilității articulare și posturii normale, reducerea limitărilor funcționale, prevenirea anchilozei;
- Educația pacientului: gimnastică curativă, kinetoterapie, fizioterapie, balneoterapie

Tratament APs

Tratamentul medicamentos:

- AINS;
- analgezice;
- glucocorticosteroizi;
- **Tratament remisiv** cu DMARD (Metotrexat, Leflunomid, Sulfasalazin) – eficacitate mică, reacții adverse multiple.
- **Tratament remisiv biologic** (anti-TNF α etc.).

Tratament chirurgical (ortopedic) – la necesitate;

Tratament de reabilitare.

AINS

AINS sunt utile și eficiente la majoritatea a bolnavilor cu APs. Ele reduc durerea și semnele de inflamație articulară, mecanismul principal de acțiune fiind inhibiția sintezei prostaglandinelor:

- reduc durerea și inflamația;
- nu modifică progresia eroziunilor articulare;
- nu influențează apariția manifestărilor extraarticulare;
- au efect pur simptomatic și se manifestă numai pe durata tratamentului.

Posologie

A. Inhibitorii neselectivi COX-1, COX-2.

● **Diclofenac** - 150 mg/zi în 2 prize

● **Ibuprofen** - 400 mg de 4 ori în zi

B. Inhibitorii selectivi COX-2.

● **Meloxicam** - 15-7,5 mg/zi, 1 priză

● **Nimesulid** - 100 mg de 2 ori/zi

C. Inhibitorii ultraselectivi COX-2 (Coxibi).

● **Celecoxib** - 100 -200 mg/zi 1 priză

● **Etoricoxib** – 30-120 mg/zi 1-2 ori/zi

Glucocorticoizii

- Cu atenție (exacerbări ale manifestărilor cutanate la întreruperea terapiei).
- **Indicații:**
- Forme active, care nu răspund la administrarea de AINS.
- **Prednison** 10-20 mg/zi cu micșorare treptată a dozei.
- Corticoterapia locală (mono-, oligoartrită) – intra-articular sau intra-tendinos (într-o singură articulație se fac cel mult 3-4 infiltrații pe an).
- Preparatele cortizonice pot fi indicate local și sub formă de unguent, activ asupra manifestărilor cutanate.

Tratamentul de fond

- **Metotrexatul** este efectiv în tratamentul manifestărilor cutanate, și articulare.
- 7,5-25 mg/săptămână.
- Metotrexatul este indicat în formele severe de APs și de gravitate medie, care nu răspund la tratamentul cu AINS, fiind preferat corticoterapiei
- *Eficacitatea Mtx – nivel C de recomandări.*

Tratamentul de fond

- **Sulfasalazina** inițial în doze de 500 mg/zi, apoi se mărește doza săptămânal cu 500 mg, alungându-se la 3-4 g/zi, cu care se continuă timp îndelungat.
- Efectul terapeutic apare peste 4-6 săpt.
- În studii clinice SZA nu a demonstrat eficacitate înaltă în tratamentul APs. Poate fi utilizat ca medicament de alternativă în formele periferice ale APs.

Leflunomid

- ⦿ Inhibă dihidro-orotat-dehidrogenaza (DHODH), enzimă mitocondrială necesară sintezei *de novo* a nucleotidelor pirimidinice. Astfel este blocată proliferarea limfocitelor.
- ⦿ ***Se administrează în doză de 20 mg/zi.*** Poate fi folosit atât în formele precoce, cât și în cele tardive ale bolii. Răspunsul terapeutic se instalează rapid, fiind maxim după 4 săptămâni (doza inițială de 100 mg/zi timp de 3 zile).
- ⦿ Eficacitatea se menține și după 2 ani de tratament.
- ⦿ LF încetinește progresia radiologică a bolii în toate etapele sale, mai mult decât placebo, MTX sau SZA.
- ⦿ LF este recomandat în tratamentul formelor periferice ale APs (*nivel recomandare A*)

Citostatice

- Ciclosporina A,
- Ciclofosfamida,
- Azatioprina,
- D-penicilamina

nu sunt recomandate pentru administrare largă în tratamentul APs!

Terapia biologică

- Agenții biologici sunt substanțe care interacționează cu componentele specifice ale inflamației, fiind evidențiate următoarele grupe de agenți biologici:
 - Anticorpi monoclonali (MAB).
 - Antagoniștii de receptor.
 - Receptorii solubili.

Terapia biologică

- **Infliximab (Remicade®)**: 5 mg/kg/corp, i.v., săptămânile 0, 2, 6 și ulterior la fiecare a 8-a săptămână. Este efectiv la pacienții cu boală activă moderată până la severă.
- **Adalimumab (Humira®)***: s.c., 40 mg fiecare a doua săptămână. Efectiv în formele cu activitate mare.
- **Etanercept (Enbrel®)***: s.c., 25mg x 2 ori sau 50mg săptămânal
- **Infliximab, Adalimumab, Etanercept** au eficacitate și profil de reacții adverse similare în APs și sunt recomandate în tratamentul bolii active la pacienți cu eșec sau intoleranță la tratamentul cu cel puțin 2 DMARD-uri.

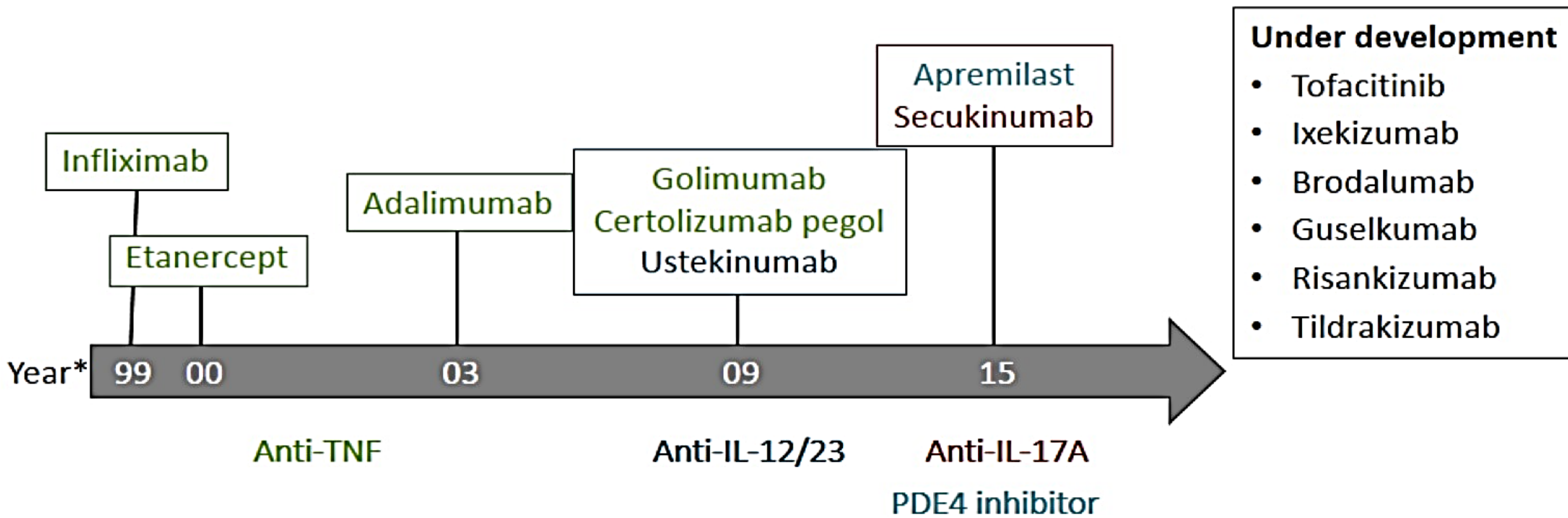
Notă: înainte inițierii tratamentului este obligatoriu: screening pentru tuberculoză: test PPD/quantiferon și radiografia toracică; screening infecție virală: AgHBs, Ac anti-HVC, HIV; excluderea neoplaziei, boli demielinizante.

Terapia biologică

- **Golimumab (Simponi[®])** 50 mg subcutan - lunar
- **Certolizumab pegol (Cimzia[®])** 200 mg subcutan în săptămânile 0, 2 și 4, apoi 200 mg fiecare 2 săptămâni ori 400 mg lunar.
- **Ustekinumab (Stelara[®])** (anticorpi anti IL-12 și IL-23) 45 mg pacienți cu masa corporală <100 kg și 90 mg la cei >100 kg administrat la săpt. 0 și 4 apoi fiecare a 12-a săpt. pentru psoriazis sever.

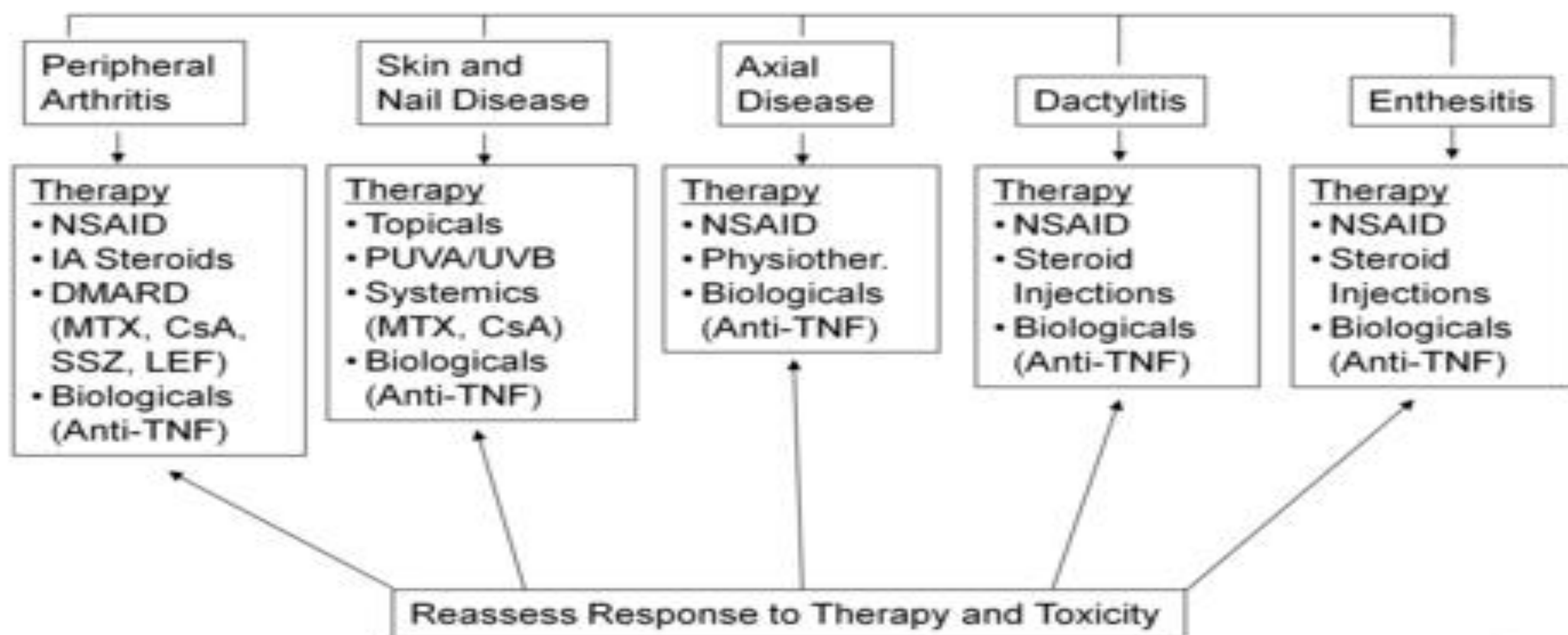
Notă: *Tratamentul Anti-TNF este necesar pacienților cu boala activă (cel puțin 3 articulații dureroase și tumefiate) care au eșec la cel puțin două DMARD-uri. Nivel de evidență A.*

Potențial terapeutic pentru pacienții cu APs în extindere



Abatacept, a selective co-stimulation modulator, has been approved by FDA, not yet by EMA

GRAPPA Treatment Guidelines for Psoriatic Arthritis



Tratamentul chirurgical

- *În stadiile precoce* - sinovectomie, intervenții pentru sindromul de canal carpian, rupturi tendinoase, subluxația atlantoaxială, ruptura chistului Baker.
- *În stadiile tardive* - artroplastia cu protezarea totală a articulației respective.

Tratamentul balneofizical

Kineto- și hidroterapie, care pot:

- ameliorează durerea
- reduce inflamația
- tonifică musculatura
- previne osteoporoza
- previne atrofiile musculare
- Exerciții specifice: respirații ample, mobilizarea în extensie a coloanei dorsale (pentru a evita cifoza dorsală), mișcări în toate planurile.
- Dintre sporturi se recomandă înotul.

Factori de prognostic nefavorabil

- Afectare poliarticulară periferică (artrita mutilans, poliartrita simetrică)
- Sindrom biologic inflamator intens la debut
- Factori genetici:
 - *Antecedente heredo-colaterale de APs*
 - *HLA-B27, B39 în prezența HLA-DR7 → SEVER!*
 - *HLA-DQw3, B22 în prezența HLA-DR7 → BUN!*
- Pacienții cu forme severe
- Vârsta tânără la debutul artritei
- Sexul feminin
- Debutul acut al artritei
- Afectare cutanată extensivă
- Lipsa de răspuns la AINS
- Asocierea cu SIDA



Mulțumesc pentru atenție!