



Πανεπιστήμιο Κρήτης



4^ο ΔΙΑΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΗ ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΑ 2022-24

Επιδημιολογία - Κλινική εικόνα - Διάγνωση ψωριασικής αρθρίτιδας

Πελαγία Κατσιμπρή,

Ρευματολόγος,

Μονάδα Ρευματολογίας και Κλινικής Ανοσολογίας

Δ' Πανεπιστημιακή Παθολογική Κλινική,

ΠΓΝ «Αττικόν»

Δομή

Ορισμός

Διάγνωση

Επιδημιολογία

Προγνωστικοί παράγοντες

Συν νοσηρότητες

Κλινική Εικόνα

Τι είναι η Ψωριασική Αρθρίτιδα



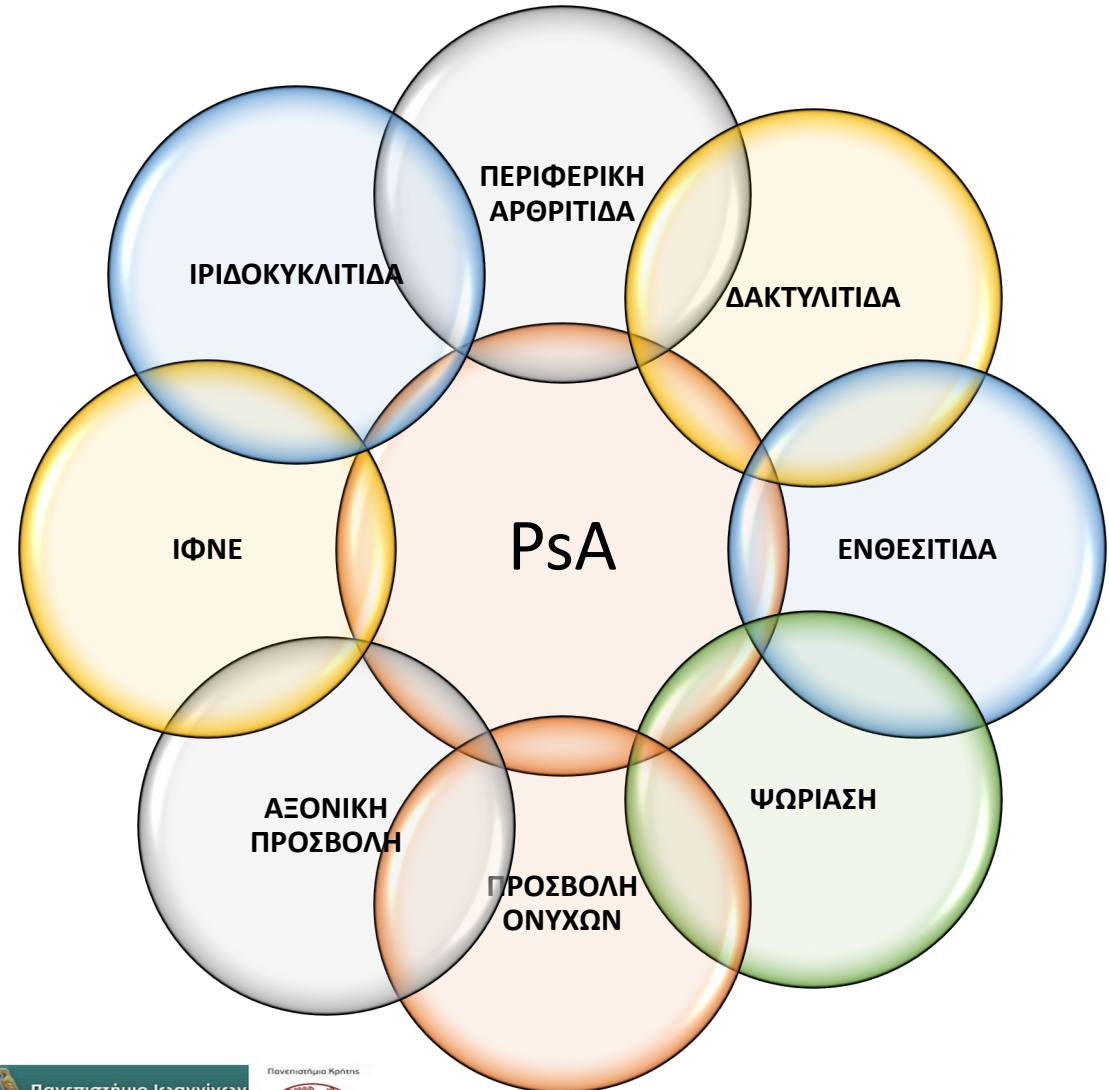
Η ψωριασική αρθρίτιδα (ΨΑ) - μια χρόνια προοδευτική φλεγμονώδης νόσος που σχετίζεται με πολλαπλά και ποικίλα κλινικά χαρακτηριστικά.



Έχει μεγάλη ετερογένεια ως προς την κλινική εικόνα και η διάγνωση βασίζεται στα κλινικά χαρακτηριστικά



ΨΩΡΙΑΣΙΚΗ ΝΟΣΟΣ- δεν αφορά μόνο το δέρμα και τις αρθρώσεις.



Ιστορικά:

- Jean Louis Alibert (1818): Συσχέτιση ψωρίασης και αρθρίτιδας
- Pierre Bazin (1860): Psoriasis arthritique
- Moll & Wright (1973): Συστηματική περιγραφή



Psoriatic Arthritis

J. M. H. Moll and V. Wright

THE idea of psoriatic arthritis as a specific disease entity, as opposed to the coincidental occurrence of two common diseases, is relatively recent. The

**Ορισμός: Ψωρίαση σε συνδυασμό με φλεγμονώδη αρθρίτιδα
(περιφερική αρθρίτιδα ή/και σπονδυλίτιδα)**



ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ ΨΑ - CASPAR

Για να πληρούνται τα κριτήρια CASPAR για ΨΑ, ο ασθενής πρέπει να έχει φλεγμονώδη νόσο των αρθρώσεων (αρθρώσεις, ΣΣ ή ενθέσεις) και βαθμολογία ≥ 3 σύμφωνα με τις παρακάτω κατηγορίες

	Βαθμολογία
1. Στοιχεία ψωρίασης Τρέχουσα ψωρίαση Προσωπικό ιστορικό ψωρίασης Οικογενειακό ιστορικό ψωρίασης	2 ή 1 ή 1
2. Ψωριασική δυστροφία ονύχων Βοθρία ονύχων, ονυχόλυση, υπερκεράτωση	1
3. Αρνητικό ρευματοειδή παράγοντα	1
4. Δακτυλίτιδα Παρουσία οιδήματος ενός ολόκληρου δακτύλου Ιστορικό δακτυλίδας	1 ή 1
5. Ακτινολογικά ευρήματα εξωαρθρικού σχηματισμού νέου οστού Οστεοποίηση κοντά στο άκρο της άρθρωσης σε απλές ακτινογραφίες άκρων χειρών και ποδών	1

➤ Specificity >95%

➤ Lower sensitivity in early inflammatory arthritis as some typical features may not yet be present

CASPAR, CIASsification criteria for Psoriatic ARthritis

Taylor W et al. Arthritis Rheum 2006;54:2665-2673



Diagnosis of Psoriatic Arthritis: Diagnostic Techniques

Η διάγνωση είναι κυρίως κλινική και βασίζεται στις εκδηλώσεις των αρθρώσεων και του δέρματος.

Κλινική εξέταση² και απεικόνιση³



Έλεγχος για βιοδείκτες

Τα CRP και ESR αυξάνονται μόνο στο.
~ 50% των ασθενών με ΨΑ, παρά την ενεργή νόσο⁴



Ερωτηματολόγιο ασθενούς⁵

□ Τα επικυρωμένα ερωτηματολόγια μπορούν να διευκολύνουν τη διάγνωση της ΨΑ: ²

- Psoriatic Arthritis Screening and Evaluation (PASE)²
- Toronto Psoriatic Arthritis Screening (ToPAS)²
- Psoriatic Epidemiology Screening Tool (PEST)²
- Psoriasis Assessment Questionnaire (PAQ)²
- Early ARthritis for Psoriatic Patients questionnaire (EARP)⁵



Diagnosis of Psoriatic Arthritis: Imaging Techniques

X-ray¹

- Used to detect features of well-established PsA, eg. joint erosions, ankylosis, spondylitis and osteolysis ('pencil-in-cup')



Ultrasound¹

- Provides excellent tissue resolution
- Can be used to assess synovial tissue, joint effusion, erosions and hyperaemia
- The Doppler interrogation is an important tool for assessing synovitis and enthesitis

Οι τεχνικές απεικόνισης μπορεί να βοηθήσουν στη διάγνωση¹

Magnetic Resonance Imaging

- Visualises synovitis, bone erosion and oedema, enthesitis, dactylitis and spondylitis²
- MRI may detect features of PsA earlier than radiography¹

Scintigraphy¹

- Can be used to detect inflammatory changes, especially when the X-ray appears normal
- It can occasionally detect spondylitis and enthesal inflammation



Διαγνωστικές Προκλήσεις



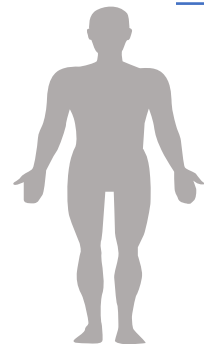
Δεν υπάρχουν διαγνωστικοί βιοδείκτες σε αντίθεση με RA

Οι δείκτες φλεγμονής είναι συχνά φυσιολογικοί



Ομοιότητες της κλινικής εικόνας με άλλες αρθρίτιδες (ΟΑ, ινομυαλγία)

Πρώτα η αρθρίτιδα: Εμφάνιση ψωρίασης μετά την έναρξη μυοσκελετικών συμπτωμάτων σε ένα ποσοστό ασθενών.



Επιπολασμός και επίπτωση

- Η διαφορά μεταξύ επιπολασμού (incidence) και επίπτωσης (prevalence) :

Ο επιπολασμός απαντάει στην ερώτηση «Πόσοι άνθρωποι έχουν την ασθένεια αυτή την στιγμή;»

ή «Πόσοι άνθρωποι είχαν αυτή την νόσο κατά την διάρκεια αυτή της χρονικής περιόδου;»

Η επίπτωση απαντάει στην ερώτηση «Πόσες νέες εμφανίσεις της νόσου υπήρξαν κατά την διάρκεια αυτής της χρονικής περιόδου;»

- Στη μελέτη αιτιολογίας μιας νέας ασθένειας , είναι πιο σημαντική η επίπτωση για τον προσδιορισμό του κινδύνου εμφάνισης κάποιας ασθένειας σε έναν πληθυσμό.
- περιορισμένα δεδομένα για τη συχνότητα εμφάνισης PsA στο γενικό πληθυσμό.

Επιδημιολογία

Επικράτηση ΨΑ σε ασθενείς με ψωρίαση → είναι 20- 30%
(μετα-ανάλυση με τη χρήση κριτηρίων CASPAR έδειξε 23,8%)

Η επικράτηση είναι σχετικά σπάνια στο γενικό πληθυσμό
0.13% (133 περιπτώσεις ΨΑ ανά 100,000 ανθρώπων) από
μετα-ανάλυση του 2018.

Η ΨΑ πρωτοεμφανίζεται κυρίως σε ασθενείς ηλικίας 30-60
ετών.

Επιδημιολογία

Επίπτωση της ΨΑ
κυμαίνεται από 0,27
έως 2,7 ανά 100
άνθρωπο-έτη (βάση
μελέτη και ορισμό).

Προσβάλει εξίσου
άνδρες και γυναίκες
(ελαφρές διακυμάνσεις στην
αναλογία φύλου έχουν
αναφερθεί μεταξύ των μελετών).

Προσβάλει κυρίως
καυκάσια φυλή.

Εκτιμώμενος επιπολασμός της ΨΑ ήταν 1
ανά 100.000 στην Ιαπωνία και 670 ανά
100.000 στη Νορβηγία.

Alinaghi, F. et al. *J. Am. Acad. Dermatol.* **80**, 251–265 (2019).

Scotti, L., Franchi, M., Marchesoni, A. & Corrao, G.. *Semin. Arthritis Rheum.* **48**, 28–34 (2018).

Ogdie, A. et al. *Rheumatology* **52**, 568–575 (2013).

Kaufman, B. P. & Alexis, A. F. *Am. J. Clin. Dermatol* **19**, 405–423 (2018).

Εισαγωγή των κριτηρίων CASPAR το 2006, αύξησε την αναγνώριση της ΨΑ. Οι περισσότερες μελέτες που εξέτασαν τις τάσεις επιπολασμού της ΨΑ δείχνανε αύξηση του επιπολασμού τα τελευταία χρόνια.



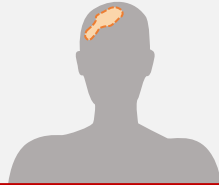
Δύο μελέτες από τη Φινλανδία, η μία κλινική (ορισμός ΣπΑ από κλινικά και ακτινολογικά χαρακτηριστικά) και η άλλη από εθνικά ασφαλιστικά αρχεία, όπως και άλλη μία μελέτη από Ιταλία έδειξαν πως **η ΨΑ ήταν η πιο συχνή μορφή ΣπΑ** (44,4% και 37%, αντίστοιχα)

Η ΨΑ είναι πιο συχνή σε ενήλικες ασθενείς με Ψ έναντι σε παιδιά και εφήβους με Ψ (21,6% και 3,3% αντίστοιχα).

- 1.Hukuda S, Minami M, Saito T, et al. J Rheumatol 2001 Mar;28(3):554-9.
- 2.Kaipainen-Seppanen O, Aho K. J Rheumatol 2000 Jan;27(1):94-100.
- 3.Savolainen E, Kaipainen-Seppanen O, Kroger L, Luosujarvi R.. J Rheumatol 2003 Nov;30(11):2460-8.
- 4.De Angelis R, Salaffi F, Grassi W. Scand J Rheumatol 2007 Feb;36(1):14-21.
- 5.Saroux A, Guillemin F, Guggenbuhl P, et al. Ann Rheum Dis 2005 Oct;64(10):1431-5.

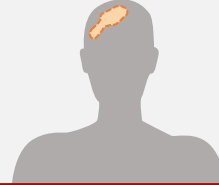
Η Εξέλιξη της Ψωριασικής Αρθρίτιδας

Patient with
Psoriasis



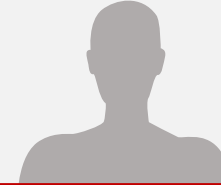
In 70% of cases, PsO precedes PsA, with a mean interval of ~10 years^{1,2}

PsA



In 13% of cases, a history of joint involvement preceded onset of skin symptoms, with a mean interval of ~4 years²

Patient with history of
joint involvement



Καθυστέρηση αρκετών ετών πριν την ανάπτυξη της αρθρίτιδας, δίνει την ευκαιρία να μελετηθούν οι παράγοντες κινδύνου για την ΨΑ.

- Parallel onset of skin and joint manifestations is seen in 17% of cases²

¹ Leung Y et al. J Postgrad Med. 2007;53:63–71

² Kumar R et al. Indian J Dermatol Venereol Leprol. 2014;80(1):15–23

3. Husni ME et al Arthritis Rheum. 2017; 47: 351-360.

Psoriasis associated risk factors for PsA

Αυξημένος κίνδυνος ΨΑ σε ασθενείς με αυξημένο BSA

Συσχέτιση του PASI με την εμφάνιση ΨΑ σε ασθενείς με Ψ βρέθηκε σε μετα-ανάλυση (mean difference 3.39 and 95% CI 0.94-5.83) → **η εκτεταμένη Ψ μπορεί να σχετίζεται με αυξημένη συστηματική φλεγμονή που προδιαθέτει σε ανάπτυξη φλεγμονής στις αρθρώσεις και ενθέσεις.**

Η ψωρίαση των νυχιών, του τριχωτού της κεφαλής και της ανάστροφης ψωρίασης σχετίζονται με την ανάπτυξη της ΨΑ

Η ονυχοδυστροφία είναι πιο συχνή σε ασθενείς με ΨΑ (41-93%) από ασθενείς μόνο με Ψ (15% - 50%). Μετα-ανάλυση του 2014, συσχέτισε της βλάβες των νυχιών με ΨΑ (OR 2,92 και 95% CI 2,34-3,64), ιδιαίτερα με ονυχόλυση (OR 2,38 και 95% CI 1,74-3,26).

Θεωρείται πως **η προσβολή των ονύχων αντιπροσωπεύει μια μορφή ενθεσίτιδας** με φλεγμονή της μήτρας των ονύχων. Μια προοπτική μελέτη διαπίστωσε ότι σχεδόν όλοι οι ασθενείς με Ψ και υποκλινική ενθεσίτιδα στο υπερηχογράφημα είχαν ταυτόχρονες βλάβες στα νύχια.

Psoriasis associated risk factors for PsA



Οι ασθενείς με αλλοιώσεις του **τριχωτού της κεφαλής** έχουν σχεδόν Χ4 υψηλότερο κίνδυνο να αναπτύξουν ΨΑ (HR 3.89 and 95% CI 2.18-6.94)



Οι ασθενείς με **μεσογλουτιαίες/περιπρωκτικές βλάβες** έχουν Χ2,35 υψηλότερο κίνδυνο εμφάνισης ΨΑ (HR 2.35 and 95% CI 1.32-4.19)

Τα **μη ειδικά μυοσκελετικά συμπτώματα** όπως αρθραλγία, κόπωση και δυσκαμψία είναι σημαντικοί παράγοντες **στην πρόδρομη φάση** της ΨΑ και σχετίζονται με την ανάπτυξη ΨΑ.



- Individuals with a family history of psoriasis or PsA have an increased risk of PsA
- A case- control study showed a 20-fold increase of PsA in psoriasis patients with a family history of PsA (OR 20.5 and 95% CI, 2.49-169.10)
- Considering this strong association, screening for family history of PsA among patients with psoriasis has been proposed in dermatology guidelines

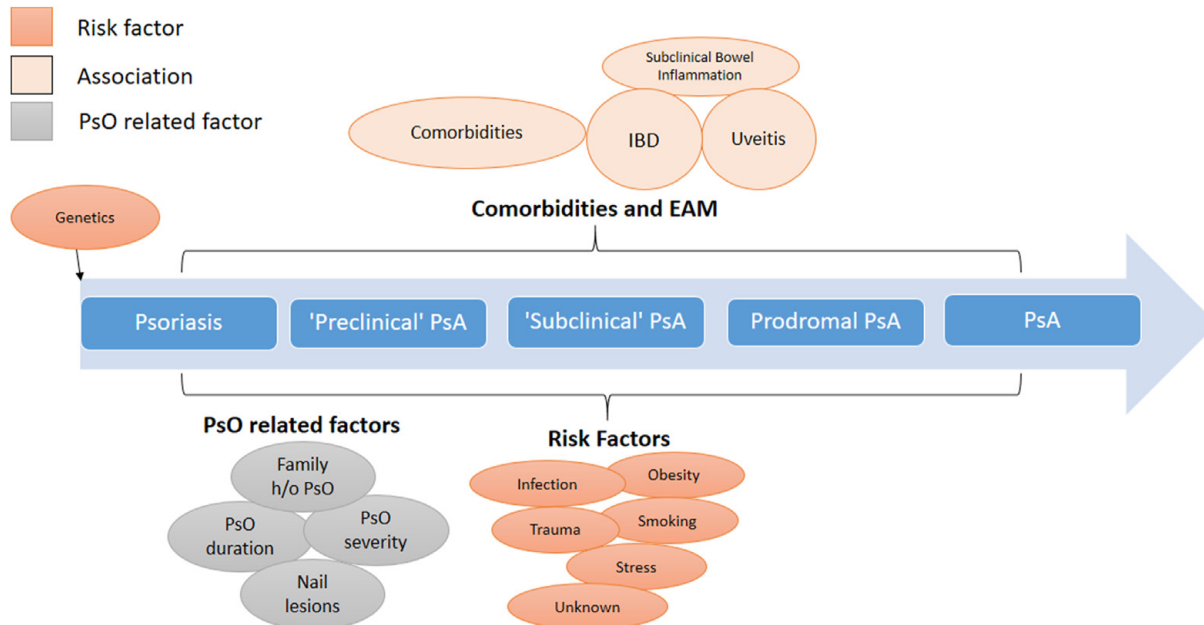
Solmaz D, Eder L, Aydin SZ. Best Pract Res Clin Rheumatol 2018;32(2):295-311.
Tey HL, Ee HL, Tan ASL, et al. J.Dermatol 2010 May;37(5):426-30.
Richard M-A, Barnetche T, Rouzaud M, et al. J Eur Acad Dermatol Venereol 2014 Aug;28(Suppl 5):3-12.

Comorbidities - obesity

- Association of obesity with the development of PsA has been described in many studies, and shows a dose-effect of BMI.
- BMI reduction has been associated with a lower risk to develop psoriasis and PsA as shown by a recent study.
- Also, following gastric bypass surgery, Green et al. showed that patients with psoriasis who lost weight were less likely to develop PsA.
- Studies showing improvement in disease activity and treatment response in PsA following weight loss also indirectly support the association of obesity with PsA.



The relationship of different variables with the development of PsA



- Obesity, hyperlipidemia, depression, thyroid disease, and uveitis, have been associated with an increased risk to develop PsA.

- The risk of uveitis seems to be higher in PsA (IR 3.77 than that of psoriasis only (IR for mild psoriasis: 1.59; IR for severe psoriasis: 2.17).

- Risk of IBD also appears to be higher in PsA than that in psoriasis only.

- Increased prevalence of uveitis and IBD extra-articular manifestations in PsA as compared to psoriasis, the presence of these factors may possibly help identify at-risk patients with psoriasis.

Egeberg A, Khalid U, Gislasen GH, et al. JAMA Dermatol 2015 Nov;151(11):1200-5
 Egeberg A, Thyssen JP, Burisch J, Colombel J-F. J Invest Dermatol 2019;139(2):316-23.
 CharltonR,GreenA,ShaddickG,et al. Ann Rheum Dis 2018;77(2):277-80.

Mortality in PsA

- Earlier studies from the prospective University of Toronto PsA cohort showed a higher standardized mortality rate (SMR) from 1.4 - 1.6 in PsA.
- Overall mortality was higher than in the general population in four decades of follow-up.
- Decreasing mortality risk over time. During the study periods, 1978-1986, 1987-1995, and 1996-2004, the SMRs were 1.89, 1.83, and 1.21, respectively.
- Increased recognition, early diagnosis, and better treatment may have improved the mortality in PsA over time.

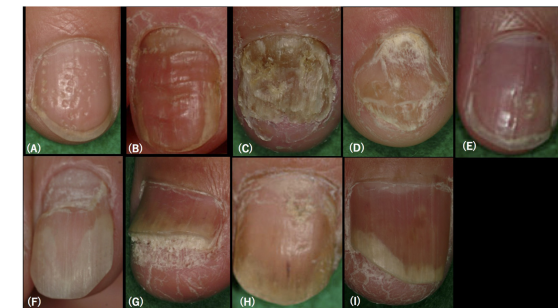
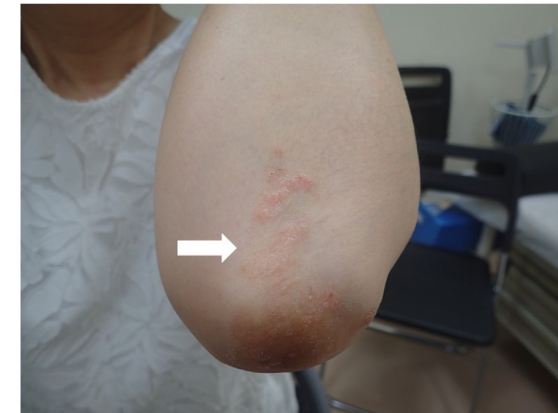
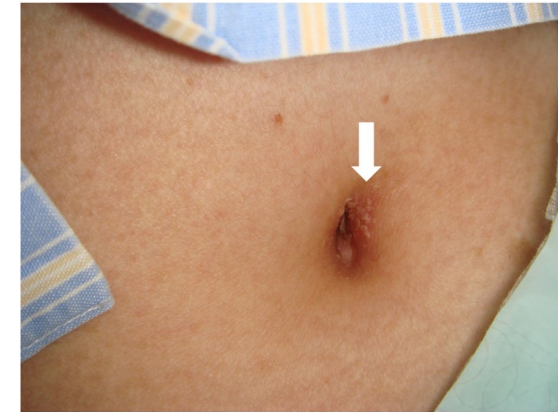
Factors associated with mortality in PsA

- Few studies.
- Gladman et al. reported that **radiographic damage** (RR 3.88 and 95% CI 1.32-11.35) and **high ESR** (RR 3.77 and 95% CI 1.31-10.83) were associated with mortality in PsA.
- A recent study from the same cohort also reported the association of **high acute phase reactants** with (HR 1.56 and 95% CI 1.14-2.13);
- Presence of **heart disease** (HR 1.67 and 95% CI 1.12-2.49) and **malignancy** (HR 1.79 and 95% CI 1.22-2.61) was also associated with mortality in PsA.

Κλινική Εικόνα: Ψωρίαση

- ✓ The most common form of psoriasis in PsA is plaque psoriasis
- ✓ pustular psoriasis, guttate psoriasis, nail psoriasis, erythrodermic psoriasis, and inverse psoriasis can also be associated with PsA.
- ✓ psoriasis on the scalp, intergluteal or umbilical areas , mild psoriatic changes on extensor surfaces of the elbows or knees , or nail lesions are often overlooked by both patients and providers.
- ✓ risk for the subsequent development of psoriatic arthritis of skin lesions:
 - scalp lesions (hazard ratio [HR] 3.89, 95% CI 2.18-6.94),
 - nail dystrophy (HR 2.93, 95% CI 1.68-5.12), and
 - intergluteal/ perianal lesions (HR 2.35, 95% CI 1.32-4.19)

15% of patients with PsA have psoriatic skin lesions identified on physical examination, in the absence of a known history of psoriasis (undiagnosed or Ps following PsA???)





Μυοσκελετικές εκδηλώσεις

- Δύο βασικοί τύποι: περιφερικές και αξονικές εκδηλώσεις
- Πέντε υποτύπους ΨΑ:
 1. πολυαρθρική,
 2. ολιγοαρθρική,
 3. Τύπου OA με προσβολή άπω ΦΦ αρθρώσεων,
 4. καταστροφική αρθρίτιδα (mutilans), και
 5. αξονική/σπονδυλαρθρίτιδα.
- Αυτά οι υπότυποι/μοτίβα μπορεί να αλλάξουν και να επικαλύπτονται κατά τη διάρκεια της νόσου.



Περιφερική Αρθρική Προσβολή

- **Ο υπότυπος που παρομοιάζει την ΟΑ** προσβάλλει τις άπω και συχνά τις μέσο ΦΦ αρθρώσεις των χεριών ή/και των ποδιών, συγκεκριμένα των τμημάτων που βρίσκονται πιο κοντά στα νύχια. Οι αλλαγές στα νύχια είναι ιδιαίτερα συχνές .
- **Ο ολιγοαρθρικός υπότυπος** προσβάλλει ≤ 4 αρθρώσεις και τυπικά έχει ασύμμετρη κατανομή.
- **Ο πολυαρθρικός υπότυπος** προσβάλλει ≥ 5 αρθρώσεις, συχνά είναι συμμετρικός, μοιάζει με RA.
- **Αρθρίτιδα mutilans**, ένας ιδιαίτερα καταστροφικός υπότυπος, σχετίζεται με τηλεσκοπικά δάκτυλα, οστική καταστροφή και παραμόρφωση. Ο πιο σοβαρός και λιγότερο συχνός υπότυπος σε $< 5\%$ των ασθενών.
- **Ασύμμετρη αρθρίτιδα:** πιο πιθανό να επηρεάσει τις αρθρώσεις του ίδιου δακτύλου παρά την αντίστοιχη ετερόπλευρη άρθρωση.
- **Διάβρωση μαζί με σχηματισμό νέου οστού:** παρατηρείται σε ακτινογραφίες. Εμφανίζεται στο ίδιο άκρο και στο ίδιο δάκτυλο.

Περιφερικές Μυοσκελετικές Εκδηλώσεις

- **Ενθεσίτιδα:** παρατηρείται στο 30-50% των ασθενών και πιο συχνά αφορά την πελματιαία περιτονία και τα σημεία κατάφυσης του αχίλλειου τένοντα. Με τη βοήθεια Υ/Η βρίσκουμε σε 70% των ΨΑ .
- Μπορεί να προκαλέσει πόνο αλλού, συμπεριλαμβανομένης της επιγονατίδας, της λαγόνιας ακρολοφίας, των επικονδύλων και των υπερακανθίων
- **Δακτυλίτιδα:** χαρακτηρίζεται από διάχυτο οίδημα ολόκληρου του δακτύλου του χεριού ή του ποδιού, «λουκανικοειδές», αντιπροσωπεύει ένα σχετικά ομοιόμορφο οίδημα των μαλακών ιστών μεταξύ μετακαρποφαλαγγικών και μεσοφαλαγγικών αρθρώσεων. Παρατηρείται στο 40-50% των ασθενών.
- Η δακτυλίτιδα παρατηρείται συχνά στον υποτύπο της πολυαρθρίτιδας και εμφανίζεται μόνο στα πόδια στα 2/3 των ασθενών.



Συσχέτιση ενθεσίτιδας και δακτυλίτιδας με σοβαρές εκδηλώσεις → προσεκτική εξέταση των κάτω άκρων είναι κρίσιμη για την αναγνώριση αυτών των χαρακτηριστικών.

Αξονικές εκδηλώσεις

Η ΨΑ έχει κοινά γενετικά και κλινικά χαρακτηριστικά με άλλες μορφές ΣΠΑ και ομαδοποιείται με αυτές.

Συχνά προσβάλλονται ταυτόχρονα και οι περιφερικές αρθρώσεις.

Η αξονική προσβολή εμφανίζεται στο 25-70% των ασθενών με ΨΑ, με αποκλειστική αξονική συμμετοχή στο <5% των ασθενών.

Το μητρώο των ΗΠΑ CORRONA PsA/SpA που σύγκρινε ασθενείς με PsA με και χωρίς αξονική συμμετοχή δεν βρήκε σημαντικές διαφορές φύλου στους ασθενείς με αξονική συμμετοχή

Η αξονική ΨΑ είναι συνήθως λιγότερο σοβαρή από την ΑΣ, αλλά έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής και σχετίζεται με χειρότερη νόσο από ασθενείς χωρίς αξονική προσβολή

Ένα σημαντικό ποσοστό των αξΨΑ είχαν σπονδυλίτιδα χωρίς ιερολαγονίτιδα και λιγότερο συχνά έφεραν το HLA-B*27.

Η πλήρης οστεοποίηση της ιερολαγονίας άρθρωσης και τα συνδεσμοφύτα ήταν πιο συχνά στην ΑΣ από την αξΨΑ. Ακτινολογικά η αξονική νόσος ήταν πιο σοβαρή στην ΑΣ από την αξ ΨΑ

Συμπτώματα αξΨΑ

Συμπτώματα: πόνο και δυσκαμψία στην πλάτη ή στον αυχένα.

Πόνο σε οποιοδήποτε σημείο της ΣΣ.

Προσεκτική λήψη ιστορικού σχετικά με **φλεγμονώδη ραχιαλγία** (πόνος που βελτιώνεται με τη δραστηριότητα αλλά επιδεινώνεται με ανάπαυση, νυχτερινός πόνος, πρωινή δυσκαμψία διάρκειας >30 λεπτά, διάρκεια πόνου > 3 μήνες)

Ωστόσο, τα κριτήρια για φλεγμονώδη οσφυαλγία που αναπτύχθηκαν για την αξΣΠΑ δεν έχουν καλή απόδοση στην αξΨΑ.

Μεγάλο ποσοστό ασθενών με ΨΑ έχει ασυμπτωματική αξονική νόσο.

Οι Leung et al. βρήκαν 45% των ασθενών με ΨΑ και αξονική προσβολή ήταν ασυμπτωματικοί, με την πάθηση να ανιχνεύεται μόνο μέσω ακτινογραφικής εξέτασης.

Σε ασθενείς με αξΨΑ, η κινητικότητα της ΑΜΣΣ μειώνεται σημαντικά εντός 5 ετών εάν δεν αντιμετωπιστούν. Επιπλέον, το 37% και το 52% θα αναπτύξουν ιερολαγονίτιδα >Gr 2 εντός 5 και 10 ετών, αντίστοιχα. Έγκαιρη αναγνώριση και θεραπεία ασθενών με αξΨΑ είναι κρίσιμη.

Ακτινολογικές εκδηλώσεις αξΨΑ

- Αμφοτερόπλευρη ασύμμετρη προσβολή ιερολαγονίων αρθρώσεων
 - Ασύμμετρων συνδεσμοφύτων
 - Παρασπονδυλική οστεοποίηση της ΣΣ και συχνή συμμετοχή της ΑΜΣΣ είναι ενδεικτικά της αξΨΑ και βοηθούν στην ΔΔ της αξΨΑ από την ΑΣ.
-
- Ένα σημαντικό κλινικο-ακτινολογικό ζήτημα τα τελευταία χρόνια είναι η πιθανή συνύπαρξη της **διάχυτης ιδιοπαθούς σκελετικής υπερόστεωσης (DISH)** [χαρακτηρίζεται από την παρουσία ≥ 3 οστέινων γεφυρών στην προσθιοπλάγια σπονδυλική στήλη απέναντι από την αορτή. Παράγοντες κινδύνου για DISH: ΣΔ, ΑΥ, παχυσαρκία, άρρεν φύλο και η μεγαλύτερη ηλικία όπου ορισμένοι μοιράζονται με τη ΨΑ. Συνύπαρξη DISH και αξΨΑ είναι πιθανή σε ορισμένους ασθενείς.

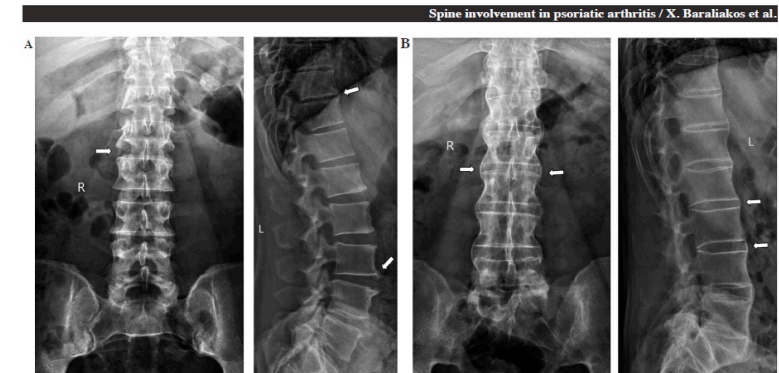
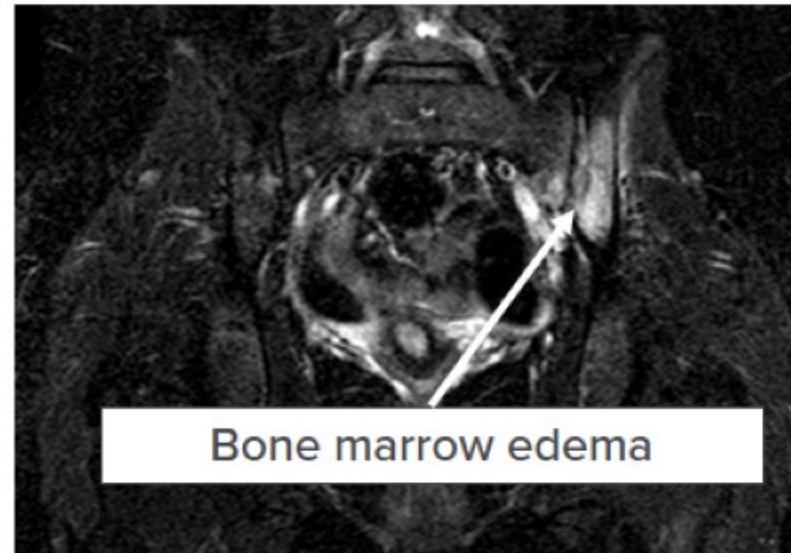
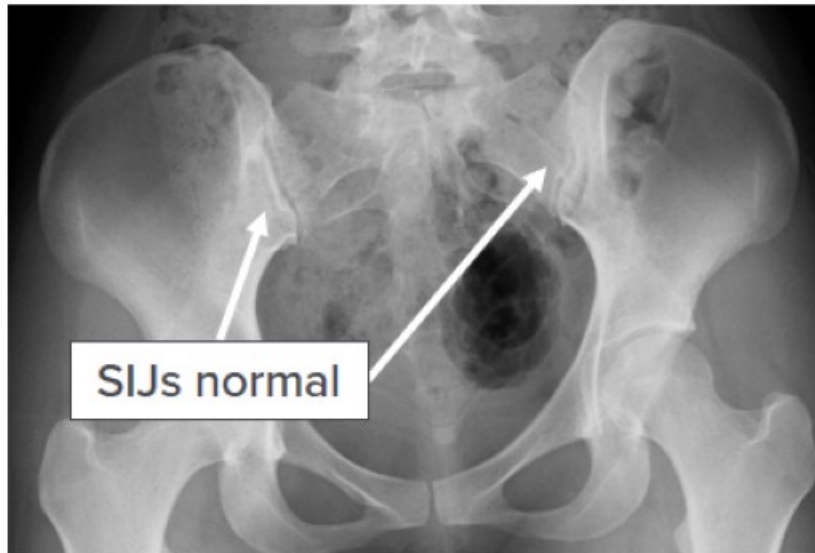


Fig. 1. Example of conventional radiographs of the lumbar spine from a patient with psoriatic arthritis with axial involvement (PsA, Fig. A) and ankylosing spondylitis (AS, Fig. B). Overall, radiographic evidence of syndesmophytes is less common in PsA than in AS. Spinal disease in PsA is more frequently unilateral, the syndesmophytes show a larger volume, do not follow exactly the course of the anterior longitudinal ligament and do not appear in consecutive vertebrae, as compared to AS.

- ❖ «Ογκώδη» συνδεσμοφύτα
- ❖ Para-marginal
- ❖ Ετερόπλευρα
- ❖ Όχι σε διαδοχικούς σπονδύλους

Clin Exp Rheumatol 2015; 33 (Suppl. 93): S31-S35.

MRI in Early Stages of AS and Axial PsA

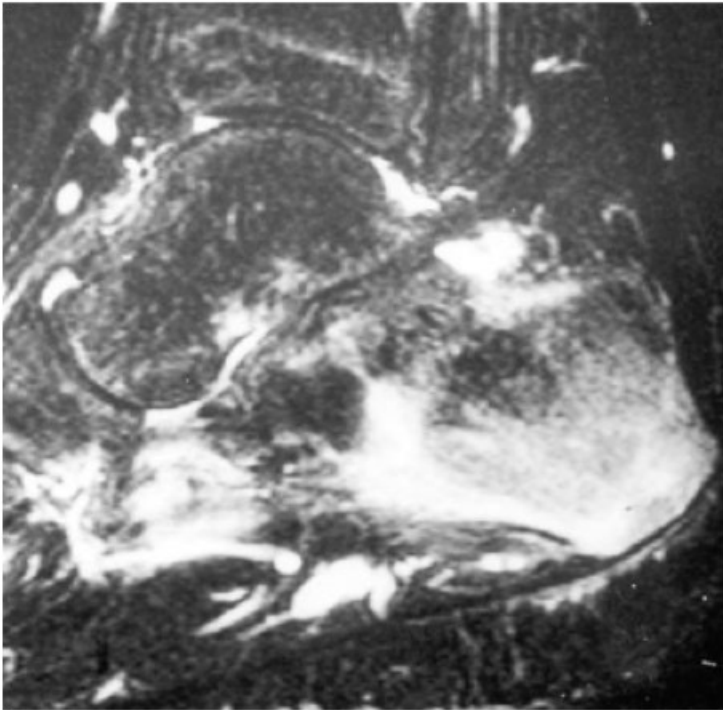


MRI is the method of choice for the study of inflammatory processes of the profound musculoskeletal system, such as the axial segment (spine and sacroiliacs) and the pelvic structures

MRI is the only method that allows the visualization of bone marrow edema

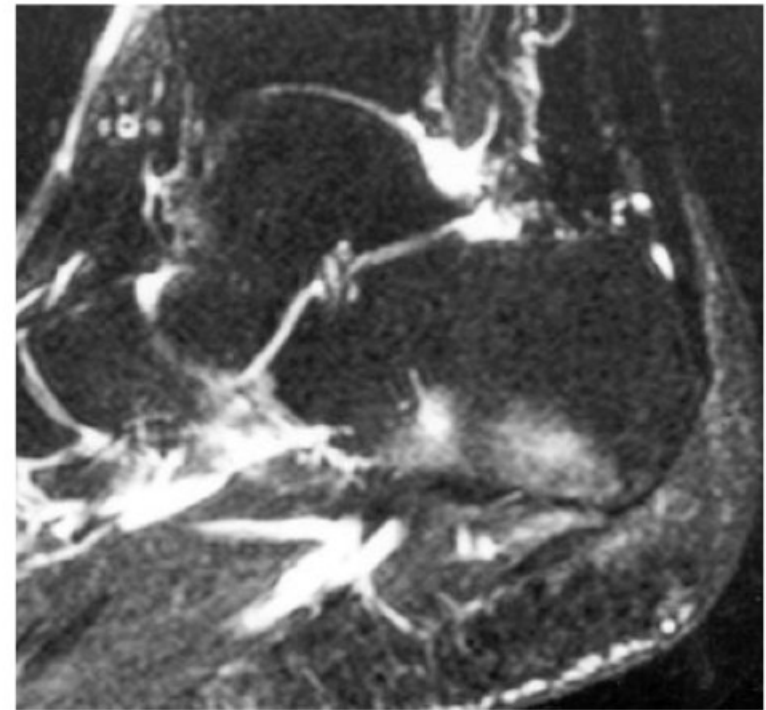
HLA-B27 and Link to Severity of Osteitis in Enthesitis

HLA-B27+



More severe bone edema
(vs HLA-B27 negative)

Non-B27/mechanical



AS

ΑχΡΡΑ

C1 (Atlas)

C2 (Axis)

C3

C4

C5

C6

C7

Th1

Th2

Th3

Th4

Th5

Th6

Th7

Th8

Th9

Th10

Th11

Th12

L1

L2

L3

L4

L5

Os sacrum

Coccyx

Πιο συχνά προσβολή ΑΜΣΣ
Μπορεί και η μοναδική εντόπιση
Πιο συχνά σύντηξη των facets

Marginal συνδεσμοφύτα

Συμμετρικά συνδεσμοφύτα

Non-marginal συνδεσμοφύτα, πιο ογκώδη

Λιγότερη συμμετρία

Πιο συχνά σύντηξη των facets

HLA-B27 (+) 90%

Συνδεσμοφύτα χωρίς υποχρεωτικά ιερολαγονίτιδα

HLA-B27 (+) 40%

Ασύμμετρη και λιγότερο σοβαρή
ιερολαγονίτιδα
HLA B-27% (+) 10%

Differential diagnosis of psoriatic arthritis.

Variables	Psoriatic Arthritis	Rheumatoid Arthritis	Gouty arthritis	Osteoarthritis
Demographic characteristics	Male = Female; Onset: middle age; Presence of psoriasis and/or nail psoriasis	Female predominant; Onset: 30–40s	Male predominant; Onset: Adult; Metabolic syndrome, obesity	Female predominant; Onset: >50s
Joint distribution at onset	Asymmetric	Symmetric	Asymmetric	Asymmetric
No. of affected joints	Oligoarticular	Polyarticular	Monoarticular or oligoarticular	Monoarticular or oligoarticular
Sites of hands and feet involved	Distal	Proximal	Distal	Distal
Manifestations on plain X-ray	Productive ^a marginal erosion; mouse ear sign; pencil-in cup deformity	Nonproductive marginal erosion	Overhanging edge	Gull-wing appearance
Areas involved	All joints of a digit (ray distribution)	Same joint across digits	Usually monoarticular	Same joints across digits
Purplish discoloration of overlying skin	Yes	No	Yes	No
Spinal involvement	Common	Uncommon (atlanto-axial subluxation)	Absent	Noninflammatory
Sacroiliitis	Common	Absent	Absent	Absent

NA: not assessed.

^a “Productive” = Juxta-articular new bone formation.

Further Questioning in the Dermatologist Office



Do you have a family history of PsA or other types of arthritis?



Do you experience morning stiffness lasting longer than 30 minutes?



Have you ever had tender/swollen fingers or toes?



Have you had pain in your heel?



Do you have any back pain?

© Medscape, LLC

OUTCOME MEASURES

Outcome Measure	Description/Components	Calculation
American College of Rheumatology (ACR) responses: ACR 20, ACR 50, ACR 70	<ul style="list-style-type: none"> TJC68 SJC66 Patient global assessment of arthritis (scale 0–100) Physician global assessment of arthritis (scale 0–100) Patient assessment of joint pain (scale 0–100) HAQ-DI (scale 0–3) CRP level (mg/L) 	TJC68 and SJC66 and at least 3 of the remaining domains
Minimal Disease Activity (MDA)	<p>Measure of PsA disease activity</p> <ul style="list-style-type: none"> TJC68 ≤ 1 SJC66 ≤ 1 PASI score ≤ 1 (scale 0–72) or psoriasis-affected BSA ≤ 3% Patient assessment of joint pain VAS ≤ 15 (scale 0–100) Patient global disease activity VAS ≤ 20 (scale 0–100) HAQ-DI score ≤ 0.5 (scale 0–3) Tender entheses points ≤ 1 (SPARCC scale 0–16) 	A patient who has achieved 5 of the 7 criteria is classified as achieving MDA
Very Low Disease Activity (VLDA)	<p>Measure of PsA disease activity</p> <ul style="list-style-type: none"> TJC68 ≤ 1 SJC66 ≤ 1 Psoriasis-affected BSA ≤ 3% Patient global assessment of joint pain VAS ≤ 15 (scale 0–100) Patient global assessment VAS ≤ 20 (scale 0–100) HAQ-DI ≤ 0.5 (scale 0–3) 	A patient who has achieved 7 of the 7 criteria is classified as achieving VLDA
Disease Activity Score (28 joints) using C-reactive protein (DAS28-CRP)	<ul style="list-style-type: none"> TJC28 SJC28 Patient global assessment CRP 	
Clinical Disease Activity Index (CDAI)	<p>Measure of arthritis disease activity (scores range from 0-76)</p> <ul style="list-style-type: none"> TJC28 SJC28 Physician global assessment Patient global assessment 	CDAI = TJC28 + SJC28 + patient's global VAS + physicians global VAS
Simplified Disease Activity Index (SDAI)	<p>Measure of arthritis disease activity (scores range from 0-86)</p> <ul style="list-style-type: none"> TJC28 SJC28 Physician global assessment 	SDAI = TJC28 + SJC28 + patient's global VAS + physicians global VAS + CRP
Disease Activity in Psoriatic Arthritis (DAPSA)	<p>Measure of PsA disease activity (scores range from 0-144 +CRP)</p> <ul style="list-style-type: none"> TJC68 SJC66 Patient global assessment Patient global assessment of joint pain CRP level 	DAPSA = TJC68 + SJC66 + CRP level (mg/dL) + patient assessment of joint pain VAS (scale 0–10) + patient global assessment of disease VAS (range 0–10)
Psoriatic Arthritis Disease Activity Score (PASDAS)	<p>Measure of PsA disease activity (scores range from 0-10)</p> <ul style="list-style-type: none"> Patient global assessment Physician global assessment Peripheral joint counts Dactylitis Enthesitis CRP SPARCC 	PASDAS = (0.18 × vphysician's global VAS) + (0.159 × vpatient's global VAS) – (0.253 × vSF-36 – PCS) + (0.101 × ln(SJC66 + 1) + 0.048 × ln(TJC68 + 1) + 0.23 × ln(Leeds enthesitis count + 1) + 0.377 ln(tender dactylitis count + 1) + 0.102 × ln(CRP mg/L + 1) + 2) × 1.5

summary

Η ΨΑ είναι μια πολύπλοκη ασθένεια με πολλούς διαφορετικούς κλινικούς φαινοτύπους.

Ο επιπολασμός της ΨΑ είναι αυξημένος σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό και η υποδιάγνωση της ΨΑ εξακολουθεί να υφίσταται.

Η κατάλληλη αξιολόγηση και παραπομπή ασθενών με ψωρίαση είναι καθοριστικής σημασίας, προκειμένου να ληφθεί η σωστή θεραπεία στους ασθενείς όσο το δυνατόν νωρίτερα, ώστε να βελτιωθούν τα αποτελέσματα και να αποφευχθούν επιπλοκές.

Ένας μεμονωμένος παράγοντας δεν αρκεί για να καθορίσει τους ασθενείς σε αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης ΨΑ και η σύνθετη αλληλεπίδραση πολλών παραγόντων φαίνεται να παίζει ρόλο.

Υπάρχει αυξημένη θνησιμότητα από αυξημένη ενεργότητα και καρδιαγγειακές συννοσηρότητες στη ΨΑ.

Στοχεύοντας στη τροποποίηση των παραγόντων κινδύνου, όπως τη παχυσαρκία με απώλεια βάρους και τον έγκαιρο έλεγχο και διαχείριση των συνοδών νοσημάτων μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο ανάπτυξης ΨΑ και να βελτιώσει τη πρόγνωση αυτών των ασθενών.