

Ψωριασική Αρθρίτιδα

Η **Ψωριασική Αρθρίτιδα (ΨΑ)** είναι μια περίπλοκη, ετερογενής, χρόνια, ανοσοδιαμεσολαβούμενη, φλεγμονώδης πάθηση, η οποία χαρακτηρίζεται από μια σειρά κλινικών εκδηλώσεων, όπως περιφερική αρθρίτιδα, δακτυλίτιδα, ενθεσίτιδα, δερματική ψωρίαση, παθήσεις των ονύχων, ενώ συχνή είναι και η προσβολή του αξονικού σκελετού [1].

Ο **επιπολασμός** της ΨΑ στην Ευρώπη κυμαίνεται από 0,05%, στην Τουρκία και την Τσεχική Δημοκρατία, έως 0,21%, στη Σουηδία [2]. Στην Ελλάδα, τα υπάρχοντα δεδομένα δείχνουν ότι η συχνότητα της νόσου ανέρχεται στο επίπεδο του 0,17% των ενηλίκων, ενώ η μέση ηλικία των ασθενών κατά την εμφάνιση της νόσου είναι τα 45 έτη [3]. Αν και η ΨΑ έχει χαμηλό επιπολασμό στο γενικό πληθυσμό παγκοσμίως, είναι συχνή στους ασθενείς με ψωρίαση και, σύμφωνα με τις πιο πρόσφατες δημοσιεύσεις, υπολογίζεται ότι περίπου 1 στους 4 ασθενείς με ψωρίαση θα εμφανίσει ΨΑ [4].

Εξετάζοντας τα **συμπτώματα** της νόσου αναλυτικότερα, η πάθηση αυτή συσχετίζεται με άλγος, ευαισθησία και διόγκωση των αρθρώσεων, καθώς και δυσκαμψία στις αρθρώσεις ή/και την πλάτη, ενώ οι μισοί περίπου ασθενείς ταλαιπωρούνται από πρωινή δυσκαμψία που διαρκεί περισσότερο από 30 λεπτά. Οι δερματικές βλάβες, οι οποίες αποκαλούνται «ψωριασικές πλάκες», είναι ξηρές ή ερυθρές και συνήθως καλύπτονται από αργυρόχροες-λευκές φολίδες, ενώ ενδέχεται να έχουν επηρμένα όρια. Τα νύχια ενός ασθενή μπορεί να εμφανίζουν δυσχρωμίες ή βοθρία, δηλαδή μικρά βαθουλώματα, ενώ ενδεχομένως μπορεί να σπάνε εύκολα [1,5]. Πέραν του άλγους και της αρθρικής δυσκαμψίας, ενδέχεται επίσης να παρουσιαστεί φλεγμονή στις περιοχές των ενθέσεων, δηλαδή των σημείων πρόσφυσης τενόντων και συνδέσμων στο οστό, μια κατάσταση που ονομάζεται ενθεσίτιδα. Ακόμη, σχεδόν οι μισοί ασθενείς με ΨΑ εμφανίζουν επίσης δακτυλίτιδα, στην οποία διογκώνεται ολόκληρο το δάχτυλο χεριού ή ποδιού (συχνά αποκαλείται αλλαντοειδές δάχτυλο) [6].

Η ΨΑ είναι μια νόσος που σχετίζεται με διάφορες **συννοσηρότητες**, οι οποίες περιλαμβάνουν μεταξύ άλλων, την πρώιμη καρδιαγγειακή νόσο, την υπερλιπιδαιμία, τις επιπλοκές λοιμώξεων, τον κίνδυνο κακοήθειας, την κατάθλιψη, το άγχος, την οστεοπόρωση, το μεταβολικό σύνδρομο, το διαβήτη τύπου 2, τη φλεγμονώδη νόσο του εντέρου, τις οφθαλμικές παθήσεις, καθώς και παθήσεις στο ήπαρ και τα νεφρά, με 42% των ασθενών να αναφέρουν την παρουσία 3 ή περισσότερων συννοσηρών παθήσεων [7,8,9].

Πρόκειται για μία νόσο με αρκετά μεγάλο **φορτίο για τους ασθενείς**, η οποία επηρεάζει αρνητικά την ποιότητα ζωής τους, την ψυχολογία τους και την σωματική λειτουργικότητά τους, κάτι που πολύ συχνά οδηγεί σε απώλεια της εργασιακής παραγωγικότητας, και επιβαρύνει οικονομικά τους ίδιους και τις οικογένειές τους [10,11].

Στους **παράγοντες κινδύνου** της ΨΑ συγκαταλέγονται μεταξύ άλλων, το οικογενειακό ιστορικό ψωρίασης και ΨΑ, η παρουσία του γονιδίου HLAB-27 και η παρουσία ψωρίασης, ιδιαιτέρως σε κάποια συγκεκριμένα σημεία του σώματος (τριχωτό κεφαλής, νύχια, γλουτιαία σχισμή). Όσον αφορά τους περιβαλλοντικούς παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με την ανάπτυξη ΨΑ, και ιδιαίτερα σε άτομα με γενετική προδιάθεση, σημαντικό ρόλο παίζουν η μηχανική καταπόνηση, τυχόν τραυματισμός, το συναισθηματικό στρες, η γλυκόζη, οι λοιμώξεις, το κάπνισμα και οι εμβολιασμοί.

Ακόμη, πολλαπλές μεταβολικές διαταραχές όπως η παχυσαρκία, η υπερλιπιδαιμία και η υπερούριχαιμία έχουν συσχετιστεί με αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης ΨΑ. Αξίζει να αναφερθεί ότι ο υψηλός δείκτης μάζας σώματος στην ηλικία των 18 ετών σχετίζεται αντίστοιχα με υψηλότερο κίνδυνο ανάπτυξης ΨΑ σε ψωριασικούς ασθενείς [12].

Η λεπτομερής κλινική εξέταση, συμπεριλαμβανομένων ακτινογραφιών και ατομικού ιατρικού ιστορικού, καθώς επίσης και ο αιματολογικός έλεγχος, όπως το αρνητικό τεστ για ρευματοειδή παράγοντα και η μέτρηση δεικτών φλεγμονής, συνεπικουρούν στη διαδικασία της **διάγνωσης** [13,14]. Η απλή ακτινογραφία παραμένει η βασική απεικονιστική μέθοδος για τη διάγνωση της ΨΑ, αν και οι πρώιμες φλεγμονώδεις αλλαγές που επηρεάζουν τον μαλακό ιστό (π.χ. ενθεσίτιδα) και τον μυελό των οστών, ανιχνεύονται μόνο με μαγνητική τομογραφία (MRI) ή με την βοήθεια υπερηχογραφήματος [15].

Οι ασθενείς με ΨΑ πρέπει να υποβάλλονται σε **θεραπεία** σύμφωνα με το ατομικό προφίλ της νόσου τους [16]. Ο πρωταρχικός στόχος της θεραπείας των ασθενών με ψωριασική αρθρίτιδα είναι η μεγιστοποίηση της μακροπρόθεσμης σχετικής με την υγεία ποιότητας ζωής μέσω του ελέγχου των σημείων και των συμπτωμάτων, όπως το άλγος στις αρθρώσεις, η πρόληψη της δομικής βλάβης, η αποκατάσταση της σωματικής λειτουργικότητας και της κοινωνικής συμμετοχής [17]. Για τη θεραπεία της ΨΑ χρησιμοποιούνται Συμβατικά Τροποποιητικά της Νόσου Αντιρευματικά Φάρμακα (cDMARDs) όπως η μεθοτρεξάτη, η σουλφασαλαζίνη, η λεφλουνομίδη και η κυκλοσπορίνη, καθώς και ένα εύρος βιολογικών παραγόντων (bDMARDs), οι οποίοι περιλαμβάνουν αναστολείς TNF, αναστολείς IL-17A, αναστολείς IL-23, αναστολείς IL-12/23, οι αναστολείς συνδιέγερσης T-κυττάρων και τα βιομοειδή. Εκτός των προαναφερθέντων, υπάρχουν και Στοχευμένα Συνθετικά Τροποποιητικά της Νόσου Αντιρευματικά Φάρμακα (tsDMARDs), έναντι της φωσφοδιεστεράσης 4 (PDE4) και της κινάσης JAK 1/3 [18,19].

Για τη διαχείριση της ψωριασικής αρθρίτιδας, είναι διαθέσιμα τα προσφάτως επικαιροποιημένα Ελληνικά Θεραπευτικά Πρωτόκολλα, τα οποία είναι πλήρως εναρμονισμένα με τις Διεθνείς Κατευθυντήριες Οδηγίες και Συστάσεις, και προσαρμοσμένα στη σύγχρονη Ελληνική πραγματικότητα (Θ.Π./Ψ.Α., 2023) [20]. Το 2022, η Ομάδα για την Έρευνα και Αξιολόγηση της Ψωρίασης και της Ψωριασικής Αρθρίτιδας (Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis, GRAPPA) δημοσίευσε επικαιροποιημένες συστάσεις για τη διαχείριση της ΨΑ. Η GRAPPA ενσωματώνει την ιδέα ότι το φάσμα της ΨΑ περιλαμβάνει, όχι μόνο το δέρμα και τις περιφερικές αρθρώσεις, αλλά και την αξονική προσβολή, την ενθεσίτιδα, τη δακτυλίτιδα, τις βλάβες των ούλων, καθώς και άλλες εξω-αρθρικές εκδηλώσεις, όπως η φλεγμονώδης νόσος του εντέρου και η καρδιαγγειακή νόσος. Στις συστάσεις της GRAPPA η θεραπευτική προσέγγιση προσαρμόζεται ανάλογα με το ποιες από τις έξι βασικές εκδηλώσεις της νόσου εμπλέκονται και, ταυτόχρονα, δίνεται ιδιαίτερη σημασία στις προτιμήσεις και επιλογές του ασθενούς, διατηρώντας τον στο επίκεντρο της διαδικασίας λήψης αποφάσεων [21].

Βιβλιογραφία

1. Ritchlin, C. T., Colbert, R. A. and Gladman, D. D., 2017. Psoriatic Arthritis. The New England journal of medicine, 376(10), pp.957–970.
2. Ogdie, A. and Weiss, P., 2015. The epidemiology of psoriatic arthritis. Rheumatic Disease Clinics, 41(4), pp.545-568.
3. Trontzas, P., Andrianakos, A., Miyakis, S., Pantelidou, K., Vafiadou, E., Garantziotou, V. and Voudouris, C., 2005. Seronegative spondyloarthropathies in Greece: a population-based study of prevalence, clinical pattern, and management. The ESORDIG study. Clinical rheumatology, 24(6), pp.583-589.

4. Alinaghi, F., Calov, M., Kristensen, L.E., Gladman, D.D., Coates, L.C., Jullien, D., Gottlieb, A.B., Gisondi, P., Wu, J.J., Thyssen, J.P. and Egeberg, A., 2019. Prevalence of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: A systematic review and meta-analysis of observational and clinical studies. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 80(1), pp.251-265.
5. Weigle, N. and McBane, S., 2013. Psoriasis. *American family physician*, 87(9), pp.626–633.
6. Bagel, J. and Schwartzman, S., 2018. Enthesitis and dactylitis in psoriatic disease: a guide for dermatologists. *American Journal of clinical dermatology*, 19(6), pp.839-852.
7. Husted, J.A., Thavaneswaran, A., Chandran, V. and Gladman, D.D., 2013. Incremental effects of comorbidity on quality of life in patients with psoriatic arthritis. *The Journal of rheumatology*, 40(8), pp.1349-1356.
8. Shah, K., Paris, M., Mellars, L., Changolkar, A. and Mease, P.J., 2017. Real-world burden of comorbidities in US patients with psoriatic arthritis. *RMD open*, 3(2), p.e000588.
9. Cañete, J.D., Tasende, J.A.P., Laserna, F.J.R., Castro, S.G. and Queiro, R., 2020. The Impact of Comorbidity on Patient-Reported Outcomes in Psoriatic Arthritis: A Systematic Literature Review. *Rheumatology and Therapy*, pp.1-21.
10. Feldman, S.R., Tian, H., Gilloteau, I., Mollon, P. and Shu, M., 2017. Economic burden of comorbidities in psoriasis patients in the United States: results from a retrospective US database. *BMC health services research*, 17(1), p.337.
11. Merola, J.F., Shrom, D., Eaton, J., Dworkin, C., Krebsbach, C., Shah-Manek, B. and Birt, J., 2019. Patient Perspective on the Burden of Skin and Joint Symptoms of Psoriatic Arthritis: Results of a Multi-National Patient Survey. *Rheumatology and therapy*, 6(1), pp.33-45.
12. Solmaz, D., Eder, L. and Aydin, S.Z., 2018. Update on the epidemiology, risk factors, and disease outcomes of psoriatic arthritis. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*, 32(2), pp.295-311.
13. Emad, Y., Ragab, Y., Bassyouni, I., Moawayh, O., Fawzy, M., Saad, A., Abou-Zeid, A. and Rasker, J.J., 2010. Enthesitis and related changes in the knees in seronegative spondyloarthropathies and skin psoriasis: magnetic resonance imaging case-control study. *The Journal of rheumatology*, 37(8), pp.1709-1717.
14. Gladman, D.D., Mease, P.J., Choy, E.H., Ritchlin, C.T., Perdok, R.J. and Sasso, E.H., 2010. Risk factors for radiographic progression in psoriatic arthritis: subanalysis of the randomized controlled trial ADEPT. *Arthritis research & therapy*, 12(3), p.R113.
15. Sudot-Szopińska, I., Matuszewska, G., Kwiatkowska, B. and Pracoń, G., 2016. Diagnostic imaging of psoriatic arthritis. Part I: etiopathogenesis, classifications and radiographic features. *Journal of ultrasonography*, 16(64), p.65.
16. Ritchlin, C.T., Kavanaugh, A., Gladman, D.D., Mease, P.J., Helliwell, P., Boehncke, W.H., De Vlam, K., Fiorentino, D., Fitzgerald, O., Gottlieb, A.B. and McHugh, N.J., 2009. Treatment recommendations for psoriatic arthritis. *Annals of the rheumatic diseases*, 68(9), pp.1387-1394.
17. Smolen, J.S., Braun, J., Dougados, M., Emery, P., FitzGerald, O., Helliwell, P., Kavanaugh, A., Kvien, T.K., Landewé, R., Luger, T. and Mease, P., 2014. Treating spondyloarthritis, including ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis, to target: recommendations of an international task force. *Annals of the rheumatic diseases*, 73(1), pp.6-16.
18. Thakre N, D'Cunha R, Goebel A, Liu W, Pang Y, Suleiman AA, 2022. Population Pharmacokinetics and Exposure-Response Analyses for Risankizumab in Patients with Active Psoriatic Arthritis. *Rheumatol Ther.* 9(6):1587-1603.
19. Ogdie, A., Coates, L.C. and Gladman, D.D., 2020. Treatment guidelines in psoriatic arthritis. *Rheumatology*, 59 (Supplement_1), pp.i37-i46.
20. Θ.Π./Ψ.Α., 2024. Θεραπευτικό Πρωτόκολλο για την Ψωριασική Αρθρίτιδα (Θ.Π./Ψ.Α.). Αυτοτελές Τμήμα Θεραπευτικών Πρωτοκόλλων και Μητρώων Ασθενών-Επιστημονική Ομάδα Εργασίας Ρευματολογικών Νοσημάτων [Διαθέσιμο]. Διαγνωστικά και Θεραπευτικά

Πρωτόκολλα Συνταγογράφησης Ρευματολογικών Νοσημάτων - Διαγνωστικά και Θεραπευτικά Πρωτόκολλα Συνταγογράφησης - Υπουργείο Υγείας (Assessed on 13/03/2025).

21. Coates, L. C., Soriano, E. R., Corp, N., Bertheussen, H., Callis Duffin, K., Campanholo, C. B., Chau, J., Eder, L., Fernández-Ávila, D. G., FitzGerald, O., Garg, A., Gladman, D. D., Goel, N., Helliwell, P. S., Husni, M. E., Jadon, D. R., Katz, A., Laheru, D., Latella, J., Leung, Y. Y, GRAPPA Treatment Recommendations domain subcommittees (2022). Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis (GRAPPA): updated treatment recommendations for psoriatic arthritis 2021. Nature reviews. Rheumatology, 18(8), 465–479.

Source URL: <https://prod1.novartis.com/gr-el/patients-and-caregivers/diseases/psoriatic-arthritis>

List of links present in page

1. <https://prod1.novartis.com/gr-el/gr-el/patients-and-caregivers/diseases/psoriatic-arthritis>
2. <https://www.moh.gov.gr/articles/health/domes-kai-draseis-gia-thn-ygeia/kwdikopoihseis/therapeytika-prwtokolla-syntagografhshs/diagnwstika-kai-therapeytika-prwtokolla-syntagografhshs/5627-diagnwstika-kai-therapeytika-prwtokolla-syntagografhshs-reymatologikwn-noshmatwn>