

RELAȚIA CORDUL ȘI SPONDILOARTRITA ANCHILOZANTĂ – PROBLEMA INCIDENȚEI ȘI DIAGNOSTICULUI

Liliana Groppa, Liudmila Gonța, Nicolae Ciobanu

Departamentul Medicină Internă, Clinica Medicală № 5, Reumatologie și Nefrologie, USMF
”Nicolae Testemițanu”

Institutul de Cardiologie, Departamentul de diagnostic funcțional

Summary

The relation heart and ankylosing spondylitis - incidence and diagnosis problem

Cardiac involvement in patients with ankylosing spondylitis (AS) represents one of the most important extraarticular manifestations, quite frequently clinically ignored. The spectrum of cardiac damages is wide and includes left ventricular dysfunction, mitral valve disease, aortic and mitral regurgitation, cardiomyopathy, pericarditis, aortic root dilatation, cord pulmonale. Early detection of cardiac disorders in patients with ankylosing spondylitis, and particularly aortic valve disease and conduction disturbances may have important therapeutic and prognostic implications.

Rezumat

Afectarea cardiacă la pacienții cu spondiloartrita anchilozantă (SA) constituie una din cele mai importante manifestări extraarticulare de multe ori ignorată clinic. Spectrul de patologii cardiace este larg și include disfuncție ventriculară stângă, afectarea valvei mitrale, regurgitare aortică și mitrală, cardiomiopatie, pericardită, dilatarea rădăcinii aortice, cord pulmonar. Diagnosticarea precoce a tulburărilor cardiace la pacienții cu spondiloartrită anchilozantă, și în special afecțiunea valvei aortice și dereglări de conducere, poate avea implicații importante terapeutice și pronostice.

Introducere

Spondiloartrita anchilozantă (SA), alături de alte artrite asociate cu fenotipul HLA-B27, face parte din grupul relativ comun al spondiloartropatiilor, fiind o afecțiune cronică inflamatorie de etiologie incomplete cunoscută. Afectarea cu predilecție a articulațiilor sacroiliace și a scheletului axial, cu sau fără interesare articulară periferică și frecvente manifestări extrascheletice, reprezintă caracteristici ale prototipului spondiloartropatiilor [8].

Manifestările sistemice ale spondiloartritei anchilozante sunt imense și includ: limfadenopatia, afectarea cardiacă (valvulopatii mai frecvent aortice, aortită, dereglările de ritm și de conducere), renală (proteinurie, hematurie, cilindurie), oculară (conjunctivită, irită), sistemului neuromuscular, vasculară (sindromul Raynaud) etc. [3].

Spondiloartrita anchilozantă se asociază cu creșterea morbidității și mortalității prin boală cardiovasculară, existând o relație definită între afectarea cardiovasculară și spondilita anchilozantă a cărei magnitudine nu este încă stabilită. Statusul inflamator cronic alături de alți factori de risc tradiționali sunt responsabili de escaladarea riscului cardiovascular la acești pacienți [1,6,9].

Afectarea cardiacă în SA constituie una dintre cele mai importante manifestări extraarticulare, de foarte multe ignorată clinic, dar definitorie prognostic, deși studii recente relevă o mai frecventă prezență a acestora decât se considera anterior [7,10].

SA se asociază cu morbiditate și mortalitate cardiovasculară crescută comparativ cu populația generală, ratele standard de mortalitate pentru pacienții cu SA ce decedează ca urmare a afecțiunilor circulatorii fiind situate între 1.11 și 3.75 [1]. Riscul cardiovascular este mai crescut la pacienții cu formele mixte de afectare articulară (asociere a celei axiale și periferice) [5] și la cei cu forme active de boală [3]. Nu numai incidența bolii cardiovasculare este crescută în SA, dar și rata ei de mortalitate este mai mare decât în populația generală, ea fiind frecvent nedagnosticată înaintea unui eveniment fatal [7]. Acest ultim aspect se datorează și faptului că pacienții cu SA, asemănător celor cu diabet zaharat, raportează mai rar simptome de angină

pectorală, considerând durerile ca și consecință a afectării coloanei vertebrale regiunii toracice, fiind mai predispuși a avea forme nediate diagnosticate de infarct miocardic și moarte subită [5]. De asemenea, pacienții cu SA care au suferit un eveniment cardiovascular acut au o mortalitate de orice cauză crescută în primele 30 de zile [6] și prezintă mai frecvent evenimente ischemice recurente [9] decât cei fără SA.

Pentru prima dată afectarea valvei aortice a fost descrisă de Mallory în 1936, iar în 1951 Bauer a atras atenția asupra asocierii aortitei și spondiloartritei anchilozante [8]. Prezența afectării valvei aortice într-un grup de pacienți cu artrita reumatoidă în calitate de manifestare clinică, a contribuit la elucidarea distincției dintre artrita reumatoidă și spondiloartrita anchilozantă, acestea fiind maladii separate [3].

Inflamația rădăcinii aortei (aortita) determină proliferare intimală și cicatrizare adventiceală a vasa vasorum cu apariția fibrozei, proces fără semnificație hemodinamică deosebită la acest nivel. La unii pacienți poate determina insuficiență aortică consecutivă dilatării inelului aortic, îngroșării și scurtării valvelor aortice, cu nodozități la nivelul cuspelor. Procesul fibrotic poate determina îngroșarea septului ventricular adiacent și a porțiunii bazale a cuspei anterioare a valvei mitrale, modificări ce pot fi detectate la peste 30% din pacienții cu SA prin ecografie transtoracică și transesofagiană [4]. Acești pacienți sunt însă, în majoritate, fără boală cardiacă semnificativă clinic. Extensia procesului fibrotic la nivelul fasciculului de conducere atrio-ventricular poate determina instalarea tulburărilor de conducere atrioventriculare simptomatice – bloc atrio-ventricular parțial sau complet. Factori de risc ai insuficienței aortice și ai tulburărilor de conducere par a fi vârsta avansată a pacienților, istoricul de SA, prezența HLA-B27 și afectarea articulațiilor periferice [2]. De exemplu, tulburările de conducere apar la 3% din spondilitici după 15 ani de evoluție și până la 9% din cei cu mai mult de 30 de ani de evoluție [6]. La cei cu bloc atrio-ventricular complet și sincope Adam-Stokes este necesară implantarea de pacemaker, în timp ce insuficiența aortică (rar insuficiența mitrală) cu evoluție îndelungată spre insuficiență cardiacă poate necesita protezare valvulară.

Relația între SA și manifestările cardiovasculare trebuie privită atât retrospectiv, deoarece foarte multe manifestări cardiace pot preceda manifestări articulare caracteristice bolii, dar și prospectiv, de monitorizare a tuturor pacienților, care pot și de cele mai multe ori dezvolta diverse manifestări cardiace valvulare, miocardice, pericardice și aritmice pe parcursul evoluției [2]. Sediile atingerii cardiace în SA sunt reprezentate de inelul aortic, rădăcina aortei ascendente, structurile subaortice, sistemul de conducere, miocardul și rareori pericardul [4,6]. Studiile efectuate privind manifestările cardiace în această boală identifică o prezență a acestora semnificativ mai mare la cei cu o evoluție îndelungată și cu afectare articulară periferică [7].

Scopul studiului a fost de a determina afectarea cordului la bolnavi cu spondiloartrita anchilozantă utilizând EcoCG asociat Doppler, ECG, Holter ECG, stres-test cu efort fizic dozat, analiza frecvenței unor schimbări majore și evaluarea gradului de severitate a acestora.

Material și metode

Studiul nostru a inclus 57 de bolnavi cu spondiloartrita anchilozantă. Pacienții s-au aflat la tratament în secțiile de reumatologie și artrologie a IMSP Spitalul Clinic Republican și de reumatologie a IMSP Spitalului Clinic Municipal „Sfânta Treime” din Chișinău (Clinică Medicină nr.5 a Departamentului Medicină Internă disciplina Reumatologie și Nefrologie a USMF „N. Testemițanu” din Republica Moldova) pe parcursul anilor 2010-2012. Toți bolnavii internați au fost investigați complex pentru confirmarea diagnosticului, cât și pentru aprecierea gradului de afectare a cordului. Pentru confirmarea diagnosticului s-au aplicat criteriile de diagnostic de la New-York (1984), fiind completate prin examene specifice de laborator și instrumentale atât pentru determinarea sindromului inflamator sistemic, cât și pentru aprecierea gradului de afectare a cordului. Pacienții au fost examinați utilizând chestionarele clinice specifice: BASDAI, BASFI, BASRI, HAQ. Persoanele înrolați în studiu au corespuns criteriilor de includere și de excludere elaborate la începutul studiului.

Parametrii de cuantificare a insuficienței aortice au fost *PHT* (*Pressure Half Time*) și dimensiunile jetului de regurgitare aortică. Criteriile M-eco de diagnostic a insuficienței aortice au fost închiderea prematură a valvei mitrale anterioare, *fluttering* la nivelul valvei mitrale anterioare, deschiderea diastolică precoce a valvelor aortice (ca semn de mare severitate a regurgitării aortice), ecoul de separare diastolică a valvelor aortice. Criteriile 2D-eco de diagnostic a regurgitării aortice obținute prin incidența parasternală în axul lung au fost dimensiunile orificiului aortic, morfologia valvelor, închiderea incompletă a valvelor aortice, mobilitatea cuspelelor aortice. Ecocardiografia Doppler color, pulsat (*PW*) și continuu (*CW*) folosind incidențele parasternal ax lung, parasternal ax scurt la nivelul vaselor mari și incidențele specifice valvei aortice sau tractului de ejecție a VS în eco-*TEE* cu sondă multiplană la 135° a permis evidențierea regurgitării aortice, aprecierea gradului și severității regurgitării aortice, măsurarea jetului de regurgitare (lungime, arie), fracția de regurgitare, aria orificiului de regurgitare, dimensiunile ventriculului stâng (VS) (DTDVS, DTSVS), grosimea pereților VS, funcția sistolică prin calcularea fracției de ejecție (metoda arie-lungime Simpson), măsurarea *PHT* (Doppler continuu). Metoda de apreciere a severității regurgitării aortice pe care am utilizat-o pentru ușurința și sensibilitatea ei a fost calcularea timpului de decelerare sau *PHT* utilizând Doppler continuu.

Astfel, studiul a inclus 57 de pacienți – 51 bărbați și 6 femei. Vârsta medie a pacientului a fost de 31,5 (28-41) de ani, vârsta medie la debutul bolii – 24 (18-27), durata bolii la momentul includerii în studiu 9 (2-22) ani. Pozitivi după antigenul HLA-B27 au fost 52 (91,22%) pacienți. Caracterizarea generală a lotului pacienților cu spondiloartrita anchilozantă este prezentată în tabelul 1.

Tabelul 1. Caracteristica generală a pacienților incluși în studiu, n=57

Bărbați/Femei	51/6
Vârsta medie (ani)	31,5 (28-41)
Vârsta medie a pacienților la debutului bolii (ani)	24 (18-27)
Durata medie a bolii (ani)	9 (2-22)
HLA-B27 pozitivi	52 (91,22%)
Forma axială	28
Forma periferică	7
Forma mixtă	22

Rezultate

O varietate largă de tulburări de ritm și conducere s-au înregistrat la 19 (33,33%) de pacienți, din care HLA-B27 a fost detectat la 18 (94,73%) persoane (figura 1).

Bloc atrioventricular de gradul I a fost diagnosticat la 5 (26,31%) persoane, la majoritatea pacienților bloc de gradul I nu a necesitat tratament, la 2 (10,52%) bolnavi – bloc de gradul II-III. Tulburări de conducere intraventriculară au fost înregistrate la 2 (10,52%) pacienți. La 3 (15,78%) bolnavi s-a depistat bloc complet de ram stâng, la 2 (10,52%) de bolnavi - bloc complet de ram drept a fascicolului Hiss. La o persoană s-a determinat o combinație de blocadă AV cu bloc de ram stâng a fascicolului Hiss.

La 11 (57,89%) de pacienți s-a înregistrat bradicardie sinusală (la 4 bolnavi FCC a fost < 50', la 7 - FCC de la 50 până la 60'). Tahicardie sinusală a fost observată la 3 (15,78%) persoane, extrasistolie – la 4 (21,05%) (la 2 - extrasistolie ventriculară, la 2 - supraventriculară), fibrilație atrială la 1 pacient.

Manifestările clinice asociate cu dereglări de ritm și conducere și care au necesitat tratament s-au observat la 5 pacienți din 57. La 2 bolnavi cu bloc AV de gradul II și III cu atacuri Adams-Stokes a fost implantat cardiostimulator.

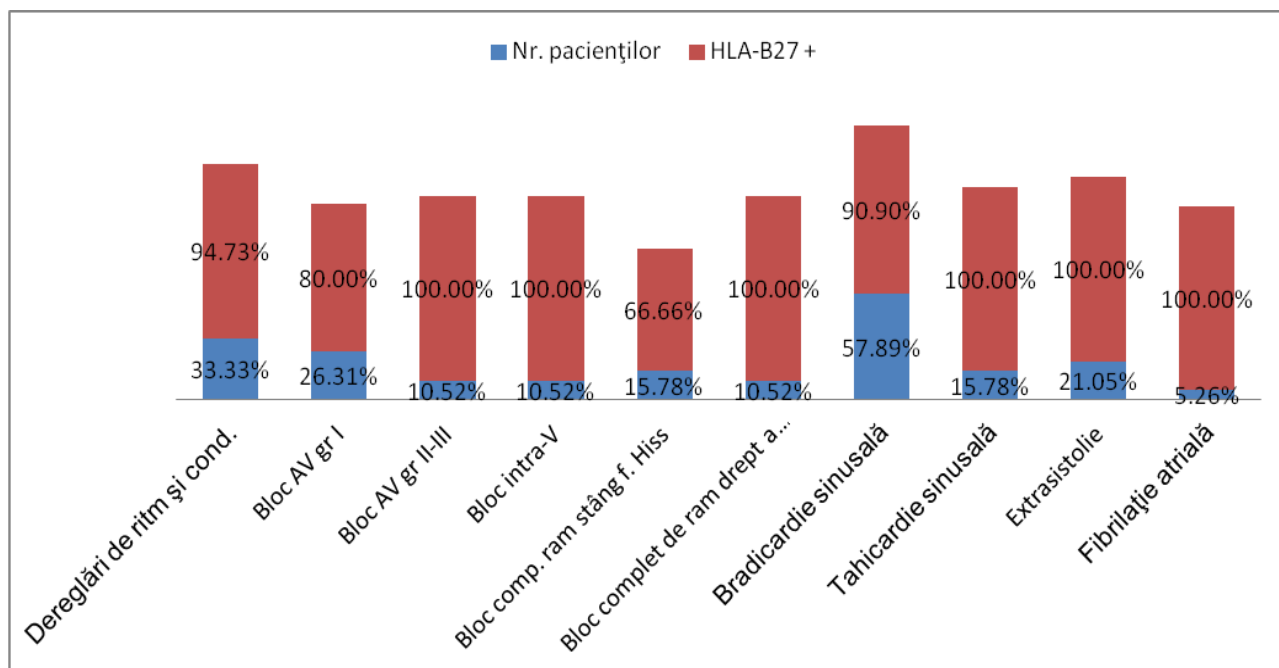


Figura 1. Dereglări de ritm și conducere la pacienții cu spondiloartrita anchilozantă, n=57

Examen ecocardiografic s-a efectuat la 57 de bolnavi cu spondiloartrita anchilozantă. S-au obținut datele despre frecvența sporită a modificărilor a arcului aortei și aparatului valvular la astfel de pacienți. Rezultatele EcoCG+Doppler sunt prezentate în figura 2.

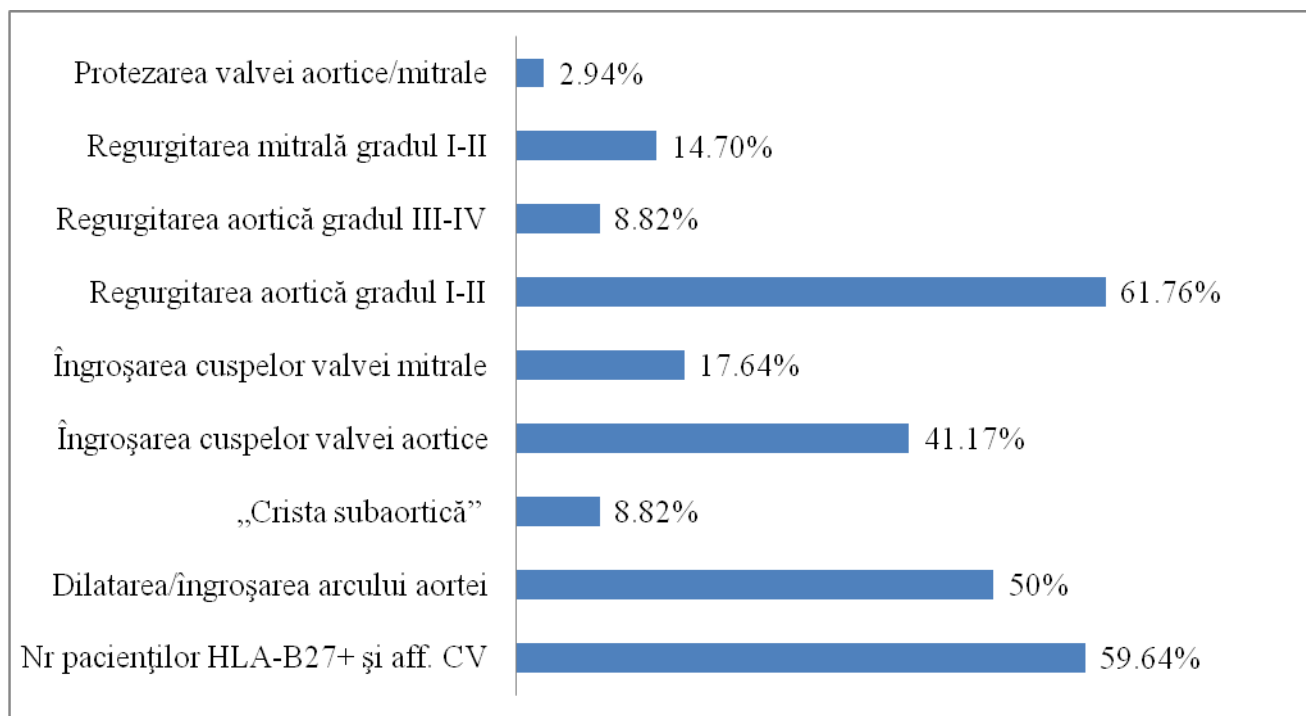


Figura 2. Afectarea aortei și aparatului valvular conform examenului ecocardiografic la bolnavi cu spondiloartrita anchilozantă, n=57

Modificările la nivelul arcului aortei și valvei aortice s-au observat destul de frecvent. Aceste schimbări patologice în formă de îngroșare și/sau dilatare s-au detectat la 17 (50%) pacienți. La majoritatea pacienților lățimea aortei nu a depășit 4,3 cm și doar la 2 pacienți a fost de 4,9 cm.

La 3 (8,82%) pacienți la examen ecocardiografic s-a vizualizat o îngroșare locală în formă de „cristă subaortică” („subaortic bump”) la nivelul peretelui posterior mai jos de valva aortică în locul joncțiunii ei cu baza cuspei mitrale anterioare.

Îngroșarea cuspelor valvei aortice s-a determinat la 14 (41,17%) de pacienți, îngroșare marginală – la 3, îngroșare difuză la 11. Îngroșarea cuspelor a valvei mitrale s-a demonstrat la 6 (17,64%) cazuri.

Modificările arcului aortei și aparatului valvular la majoritatea pacienților au fost asociate. La 3 persoane îngroșarea cuspelor valvei aortice s-a asociat cu îngroșarea în regiunea joncțiunii aorto-mitrale („subaortic bump”), la 17- îngroșarea cuspelor valvei aortice s-a determinat împreună cu îngroșarea sau dilatarea aortei, la 1 - crista subaortică s-a acompaniat cu îngroșarea cuspelor valvei mitrale. Modificările structurale patologice ecografice s-au detectat în mai multe zone simultan la un total de 12 de pacienți (35,2%).

La majoritatea bolnavilor cu spondiloartrita anchilozantă procesul patologic în aorta și aparatul valvular a decurs asimptomatic și s-a identificat doar la EcoCG+Doppler. Regurgitarea aortică de gradul III și IV hemodinamic semnificativă s-a observat numai la 3 pacienți. Protezarea valvei aortice a avut loc la 1 caz. La 21 (61,76%) pacienți s-a depistat regurgitarea aortică de gradul I-II, la 5 (14,7%)- regurgitare mitrală de gradul I-II.

La 4 persoane s-au determinat semne de pericardita adezivă, manifestată prin îngroșarea și separarea foițelor pericardului.

La 8 bolnavi s-a detectat asocierea blocadei AV cu patologia arcului aortei, aparatului valvular sau îngroșarea subaortică. Frecvența blocadei AV la pacienții cu modificările aortei și aparatului valvular a fost semnificativ mai înaltă decât la bolnavi fără aceste schimbări. Pe de altă parte, variațiile de frecvență a modificărilor aortei și aparatului valvular la persoane cu blocada AV au fost, de asemenea, semnificativ mai mare decât la pacienții fără blocada AV. Posibil, că asocierea blocadei AV cu leziuni la nivelul aortei și aparatului valvular poate fi explicată prin apropierea anatomică a acestor structuri și răspândirea relativ de ușoară a procesului inflamator de pe aorta pe valva mitrală și partea inferioară a septului interatrial, unde este situat nodul sinoatrial.

Discuții

Astfel, în conformitate cu examen ECG la pacienții cu spondiloartrita anchilozantă des s-au detectat tulburări de conducere – blocuri AV și dereglări de conducere interventriculară. Frecvența sporită a dereglărilor de conductibilitate a fost constată și de alți savanți: L. Bergfeldt și coautorii au observat diverse dereglări de conducere la aproape 1/3 din bolnavi examinați. Aceste modificări adesea au fost tranzitorii și nu s-au înregistrat la examen ECG repetat. În cele mai multe cazuri tulburări de conducere nu au fost severe: L. Bernstein și O. Broch printre 190 de pacienți cu spondiloartrita anchilozantă la 29 (15%) au evidențiat bloc AV de gradul I și la 3 (1,6%) bloc AV de gradul III [1,6]. Alți savanți au diagnosticat bloc AV complet la astfel de pacienți la 1-9% de cazuri [3]. În grupul nostru de studiu la majoritatea bolnavilor dereglări de conductibilitate de asemenea nu au impactat semnificativ asupra gravității și evoluției maladiei de bază.

Cercetătorii au elucidat bradicardie sinusală la pacienții cu spondiloartrita anchilozantă de mai multe ori [4], iar studiul nostru a detectat în 11 (57,89%) de cazuri. Deseori în practica clinică cotidiană astfel de schimbări rămân fără atenție deosebită. Bradicardie poate fi o manifestare a disfuncției nodului sinusal la baza căreia stau modificări patologice în peretele arterial ce alimentează acest nod și în miocardul atrului drept.

Analiza modificărilor Eco-CG la pacienții cu spondiloartrita anchilozantă a evidențiat structurile cordului cel mai des afectate. Acestea sunt: aorta ascendentă, valva aortică și mitrală, precum și zona de trecere a peretelui posterior al arcului aortei în cuspa mitrală anterioară. În acest loc se formează o îngroșare a endocardului în formă de „cristă”, ce prezintă țesut fibros postinflamator. Acest fenomen, cunoscut sub denumire de „crista subaortică” sau „subaortic bump” a fost descris pentru prima dată de B. Bulkey și W. Roberts în 1973 și este considerat a fi

specific pentru spondiloartrita anchilozantă. S.Pronin și coautorii au detectat „crista subaortică” în 11,5% dintre pacienții cu astfel de nozologie, dar G.Kotelnicov în 10% [2,4,7]. Conform studiului nostru aceste modificări patologice s-au evidențiat în 8,82 % de cazuri. Conform datelor literaturii științifice modificările similare sunt, de asemenea, identificate la pacienții cu alte spondiloartrite seronegative: artrita reactivă și artrită psoriazică [1]. Studiile histologice efectuate în timpul intervențiilor chirurgicale, au demonstrat semne de inflamație acută și cronică în arcul aortei și valva mitrală: edem, infiltrarea cu limfocite și celule plasmatică, proliferarea fibroblaștilor. Nu s-au depistat vegetații, anevrisme, microorganisme. Semn caracteristic pentru aortită este lipsa de stenoză aortică.

Aortită în spondiloartrita anchilozantă în comparație cu alte tipuri cunoscute de aortită (de exemplu, bacteriană, arterita Takayasu,) se caracterizează prin leziuni localizate la nivelul arcului aortei, prezența îngroșării în formă de cristă în regiunea joncțiunii aorto-mitrale („subaortic bump”), asocierea cu îngroșarea a cuspelor valvei aortice și mitrale și evoluție preponderent oligosimptomatică. O altă manifestare a sindromului cardiologic HLA-B27 asociat este prezența tulburărilor de conductibilitate la nivelul nodului atrioventricular și în partea inferioară a sistemului de conducere [5,6]. Posibil, afectarea structurilor cordului nu se limitează doar la nivelul arcului aortei, valvei aortice și mitrale, dar acoperă de asemenea septul interatrial, interventricular și peretele ventriculului stâng.

Concluzii

Astfel, afectarea cordului în spondiloartrita anchilozantă prezintă o manifestare extraarticulară frecventă. Dereglări de ritm și conducere s-au detectat la 19 din 57 (33,33%) pacienți; modificările aortei și valvei aortice – la 31 din 57 (54,3%). În majoritatea cazurilor aortita și afectarea aparatului valvular evoluează fără simptomatologia clinică manifestă și se determină doar la examen ecocardiografic. Dereglări de conductibilitate se asociază cu modificările aortei și aparatului valvular: blocada atrioventriculară s-a detectat mai frecvent la bolnavi cu schimbări patologice la EcoCG; pe de altă parte, afectarea aortei, valvei aortice și mitrale s-a observat mai frecvent la pacienții cu blocuri AV. Conform datelor examenului ecocardiografic pentru sindrom cardiopat antigenul HLA-B27 asociat este caracteristic prin inflamația localizată a arcului aortei și la nivelul joncțiunii aorto-mitrale cu îngroșarea valvelor aortice, mitrale și tulburări de conducere.

Realizările despre geneza patologiei cardiace în spondiloartrita anchilozantă sunt limitate: nu sunt cunoscuți triggerii antigenici, mecanismele patogenetice de dezvoltare a procesului inflamator în peretele aortei și valvei aortice, nu este clară cauza implicării selective în procesul patologic a mușchiului miocardului ventriculului stâng și impactul asupra acestora a sistemului imun. Perspectivele caracterizării afectării cordului la acești pacienți va permite prevederea modificărilor ireversibile prin direcționarea corectă a diagnosticului ce va ameliora prognosticul la această categorie de pacienți.

Bibliografie

1. Han C, Robinson DW Jr, Hackett MV. Cardiovascular disease and risk factors in patients with rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, and ankylosing spondylitis. *J. Rheumatol.* 2006; 33:2167-2172.
2. Huffer LL, Furgerson JL: Aortic root dilatation with sinus of valsalva and coronary artery aneurysms associated with ankylosing spondylitis. *Tex Heart Inst J* 2006;33(1):70–73.
3. Khan MA. Ankylosing spondylitis. New York, NY: Oxford University Press, 2009:1_147.
4. Lautermann D, Braun J. Ankylosing spondylitis-cardiac manifestations. *Clin. Exp. Rheumatol.*, 2002,20, 6 (suppl 28), 511-15
5. McCarey D, Sturrock RD. Comparison of cardiovascular risk in ankylosing spondylitis and rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol* 2009;27 Suppl:S124–6.

- Peteres MJ, van der Horst–Bruinsma IE, Dijkmans BA, Nurmohamed MT. Cardiovascular risk profile of patients with spondylarthropathies, particularly ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis. *Semin Arthritis Rheum*, 2004; 34:585-592.
- Roldan CA, Chavez J, Wiest PW. Aortic root disease and valve disease asociated with ankylosing spondylitis. *J Am Coll Cardiol* 1998;32:1397-1404.
- Sieper J, Rudwaleit M, Khan MA, Braun J. Concepts and epidemiology of spondyloarthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2006; 20:401–417.
- Smith JA, Marker-Hermann E, Colbert RA. Pathogenesis of ankylosing spondylitis: current concepts. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2006;20:571–591.
- Yildirim A, Aksoyek S, Calguneri M, et al. Echocardiographic evidence of cardiac involvement in ankylosing spondylitis. *Clin Rheumatol* 2002;21:129-134.

RISCUL CARDIOVASCULAR LA PACIENȚII CU ARTRITA PSORIAZICĂ (revista literaturii)

Liudmila Gonța

Departamentul Medicină Internă, Clinica Medicală № 5, Reumatologie și Nefrologie,
USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Cardiovascular risk in patients with psoriatic arthritis

Psoriatic arthritis (PsA) is an inflammatory arthritis associated with psoriasis. In addition to skin and joint involvement, there is increasing evidence suggesting that patients with PsA also have an increase risk of clinical and subclinical cardiovascular manifestations, mostly due to accelerating atherosclerosis. Both conventional and nonconventional cardiovascular risk factors contribute to the increased cardiovascular risk in PsA. Chronic inflammation plays a pivotal role in the pathogenesis of atherosclerosis in PsA, acting independently and/or synergistically with the conventional risk factors.

Rezumat

Artrita psoriazica (APs) este o artrita inflamatorie asociata cu psoriazis. În afară de afectarea tegumentară și articulară, există dovezi care sugerează că pacienții cu APs au, de asemenea, un risc de apariție a bolilor cardiovasculare cu manifestările clinice și subclinice preponderent din cauza aterosclerozei accelerate. Factorii de risc cardiovascular convenționale și neconvenționale contribuie la creșterea riscului cardiovascular în APs. Inflamația cronică joacă un rol esențial în patogeneza aterosclerozei în APs, care acționează independent și/sau sinergic cu factorii de risc convenționali.

Introducere

Artrita psoriazică (APs) este o artrită inflamatorie deseori asociată cu psoriazis tegumentar. Artrita psoriazică afectează 0,3-1% din populație, este de regulă seronegativă și întră în grupul de spondiloartropatii seronegative. Incidența anuală a APs variază între 0,1 și 23,1 la 100.000, în timp ce prevalența variază de la 1 la 420 la 100.000 [2].

Pacienții cu astfel de patologie au manifestări clinice articulare și diverse expresii dermatologice heterogene, precum și evoluție polivalentă a bolii cu variate complicații. APs poate avea o formă evolutivă severă de artrită cu un prognostic similar celui din artrita reumatoidă (AR) [11]. Actualmente, artrita psoriazică este considerată o patologie inflamatorie cronică sistemică, ale cărei componente extrascheletice sunt de cele mai dese ori subestimate. În afară de afectarea tegumentară și implicările organice comune, există dovezi care sugerează că pacienții cu APs au, de asemenea, o creștere semnificativă a riscului de boli cardiovasculare cu manifestări clinice definite, cât și subclinice, în principal cauzate de accelerarea procesului