



DOI: 10.5281/zenodo.10429309

UDC: 616.72-002:616.517-08

COMORBIDITĂȚI ÎN ARTRITA PSORIAZICĂ ȘI PSORIAZIS: CONSIDERAȚII PENTRU CLINICIAN

COMORBIDITIES IN PSORIATIC ARTHRITIS AND PSORIASIS: CONSIDERATIONS FOR THE CLINICIAN

Lucia Dutca¹, Liliana Groppa^{1,2}, Eugeniu Russu¹

¹ Discipline of Internal Medicine, Department of rheumatology and nephrology, "Nicolae Testemitanu" State University of Medicine and Pharmacy, Republic of Moldova;

² Rheumatology laboratory, "Timofei Moșneaga" Republican Clinical Hospital, Republic of Moldova

Rezumat

Obiective: aprecierea valorii clinice practice a comorbidităților din artrita psoriazică și psoriazis.

Material și metode. A fost selectat un lot de 92 pacienți, cu artrită psoriazică, stabilită în conformitate cu criteriile de diagnostic CASPAR (2006) cu un studiu prospectiv cu componente retrospective. Vârsta medie a pacienților cu artrită psoriazică a fost de 42,9±9,6 ani, durata medie a psoriazisului a fost de 11 (7; 25,8) ani, durata medie a artritei psoriazice a fost de 7 (2; 11,8) ani. Printre pacienții incluși în studiu s-au numărat 42 (45,7%) bărbați și 50 (54,3%) femei.

Rezultate. Cea mai frecventă patologie a fost hipertensiunea arterială cu o frecvență de 38%, angină pectorală de efort – la 5,4% și cardiocleroză postinfarct – la 2,2%, insuficiență cardiacă cronică – la 6,5% dintre pacienți. Patologia cardiovasculară combinată cu diabet zaharat, dislipidemie etc., a fost observată la 16,3% dintre pacienți. Tulburări cerebrovasculare au fost depistate în 3,3%.

Concluzii. Se recomandă o abordare holistică a pacienților cu artrită psoriazică și psoriazis – concentrarea nu numai asupra simptomelor cutanate sau articulare, ci și asupra tuturor aspectelor bolii, inclusiv asupra comorbidităților, poate îmbunătăți gestionarea bolii și poate preveni afectarea mintală și fizică pe termen lung.

Cuvinte cheie: artrita psoriazică, psoriazis, comorbidități, ghidurile clinicianului

Summary

Objectives: to assess the practical clinical value of comorbidities in psoriasis and psoriatic arthritis.

Material and methods. A group of 92 patients, with psoriatic arthritis, established in accordance with the CASPAR diagnostic criteria (2006) was selected with a prospective study with retrospective components. The average age of patients with psoriatic arthritis was 42.9±9.6 years, the average duration of psoriasis was 11 (7; 25.8) years, the average duration of psoriatic arthritis was 7 (2; 11.8) years. Among the patients included in the study were 42 (45.7%) men and 50 (54.3%) women.

Results. The most common pathology was hypertension with a frequency of 38%, exertional angina – in 5.4% and postinfarct cardiosclerosis – in 2.2%, chronic heart failure – in 6.5% of patients. Cardiovascular pathology combined with diabetes mellitus, dyslipidemia, etc., was observed in 16.3% of patients. Cerebrovascular disorders were detected in 3.3%.

Conclusions. A holistic approach to patients with PsA and Ps is recommended – focusing not only on skin or joint symptoms, but also on all aspects of the disease, including comorbidities, can improve the management of the disease and prevent long-term mental and physical impairment.

Keywords: psoriatic arthritis, psoriasis, comorbidities, clinician's guidelines

Introducere

Printre clinicienii implicați în tratamentul și îngrijirea pacienților cu artrită psoriazică (APs) și psoriazis (Ps), devine tot mai cunoscut că psoriazisul nu este doar o boală de piele. Un număr mare de studii au fost dedicate cercetării APs, Ps și comorbidităților lor. Cu toate acestea, rămâne de demonstrat dacă aceasta se manifestă printr-o conștientizare și un efort sporit de a trata aceste comorbidități în practica clinică de rutină [1]. Clinicianul are un armament impresionant pentru examinarea comorbidităților asociate APs și Ps, dar rămâne de stabilit modul în care informațiile obținute la desfășurarea acestui arsenal de diagnosticare sunt aduse la cea mai bună utilizare clinică [2].

APs este o boală inflamatorie, musculo-scheletală, hete-

rogenă, care poate include artrite, entezite, dactilite, afectare axială și a pielii/unghiilor. APs are o asociere bine stabilită cu psoriazisul. Aproximativ 70-80% dintre pacienți dezvoltă psoriazis înainte de APs. Debutul simultan al psoriazisului și al APs este observat în 10-15%, în timp ce APs se dezvoltă în primul rând în 10-15% [1, 3].

Important, o întârziere a diagnosticului de până la 6 luni este asociată cu afectarea articulației periferice și cu un rezultat funcțional pe termen lung mai rău, iar inițierea timpurie a tratamentului este asociată cu un rezultat clinic mai bun. Inhibarea progresiei leziunilor structurale a fost demonstrată pentru mai multe produse biologice și susține nevoia de a iniția o terapie eficientă de modificare a bolii la pacienții cu APs activ. Sunt disponibile mai multe tratamente

cu eficacitate dovedită atât în psoriazis, cât și în APs [3].

Prevalența APs în rândul pacienților cu psoriazis depinde de mulți factori, inclusiv geografia, etnia și criteriile de diagnostic aplicate. Cu toate acestea, se estimează că prevalența APs scade în intervalul 20-30% [4].

La fel ca psoriazisul, APs afectează puternic calitatea vieții pacienților. În ciuda prevalenței relativ extinse a APs și a efectului său negativ asupra calității vieții, APs rămâne dificil de diagnosticat și, prin urmare, este potențial tratată ineficient [2-4].

Un chestionar de screening APs pare a fi un instrument fezabil în practica clinică zilnică. În ceea ce privește alegerea chestionarului, mai multe din cele validate au demonstrat performanțe bune în diagnostic. Acestea includ, de exemplu, Instrumentul de screening pentru epidemiologie a psoriazisului (PEST), Evaluarea de screening pentru artrita psoriazică cu 4 articole (PURE-4), Artrita precoce pentru pacienții cu psoriazis (EARP) și Screeningul artritei psoriazice din Toronto (ToPAS). Cu toate acestea, numărul de itemi, domeniile incluse și modul în care sunt prezentate

întrebările variază între aceste chestionare. În prezent, un chestionar de screening specific nu poate fi recomandat fără ambiguitate ca fiind cel mai util pentru practica clinică în favoarea celui alt enumerat mai sus [1-5].

De asemenea, este relevant pentru clinician să cunoască faptul că anumite fenotipuri de psoriazis au fost asociate cu un risc crescut de APs, acestea includ distrofia unghiilor, psoriazisul perianal/intergluteal și leziunile scalpului. În plus, un număr mare de articulații implicate activ, fie sensibile, fie tumefiate (definite ca cinci sau mai multe); leziuni radiologice (distrugerea articulațiilor), în special dacă există și inflamație; reactanți de fază acută crescută; și manifestările extraarticulare, în special dactilita, prezic o progresie mai agresivă a bolii [3, 6].

Prin urmare, am încercat să oferim o imagine de ansamblu asupra momentelor importante pentru medic atunci când tratează pacienții cu Ps și APs, în scopul de a îmbunătăți îngrijirea centrată pe pacient la cei care suferă de mai multe afecțiuni concomitente. În Tabelul 1 sunt prezentate în general comorbiditățile și considerațiile relevante.

Tabelul 1

Comorbiditățile și considerațiile clinice în APs și Ps

	Informează pacientul de riscurile crescute
Boli cardiovasculare	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluați pacienții cu psoriazis moderat până la sever, anual sau bienal, pentru factorii de risc cardiovascular cu un instrument de screening validat; - Luați în considerare amplificarea scorului factorului de risc cardiovascular cu până la 1,5 și tratarea acestora ulterior; <p>Factorii de risc cardiovascular:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pe lângă tratamentul farmaceutic și profilaxia bolilor cardiovasculare (BCV), se recomandă ghidarea pacienților cu psoriazis către menținerea unei diete alimentare, activitate fizică, scădere în greutate pentru atingerea unui indice a masei corporale (IMC) <25, consum moderat de alcool, renunțarea la fumat, și programe de slăbire în conformitate cu prevederile locale; - Atenție la obezitate, diabet zaharat de tip 2, hipertensiune arterială și dislipidemie.
Alte maladii mediate imun	<p>În ceea ce privește bolile inflamatorii intestinale (BII):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conștientizarea durerii/crampelor abdominale postprandiale, pierderea în greutate, diaree frecventă, sânge sau mucus în scaun, durere sau sângerare rectală, tenesme rectale sau urgență intestinală ⇒ Trimiterea la gastroenterologi dacă oricare dintre aceste simptome este prezent; - Conștientizarea față de screeningul pacienților cu psoriazis cu boală severă a pielii, deoarece aceștia prezintă cel mai mare risc de BII.
Boli mentale	<ul style="list-style-type: none"> - Fiți conștienți de faptul că psoriazisul tratat inadecvat de lungă durată poate crește riscul de depresie, anxietate și alte provocări psihologice și stres asociat; - Instrument de screening <i>Anxiety and Depression Scale</i>; - Trimitere la psihiatru dacă răspunsul este afirmativ la ≥ 4 întrebări pe scara Goldberg A&D sau afirmativ la ≥ 2 întrebări pe subscala Goldberg A&D.
Alte comorbidități	<ul style="list-style-type: none"> - Fiți conștienți de fatigabilitate; - Fiți conștienți de riscul de scădere a statutului socio-economic la pacienții cu psoriazis și ajutați pacientul să obțină îndrumări pentru a evita scăderea productivității muncii cauzate de psoriazis; - Abordați calitatea vieții reduse legate de sănătate și ajutați pacientul să dezvolte cunoștințe și să obțină îndrumări conform posibilităților locale.

Notă: Subliniem faptul că acest tabel enumeră considerente pentru clinician cu privire la comorbiditățile APs și Ps. Pentru recomandări definitive, ne referim la ghidurile privind tratamentul local și sistemic pentru Ps și APs.

Cauza principală a riscului crescut de boli cardiovasculare (BCV) la pacienții cu APs și Ps nu este studiată complet: studiile mecaniciste indică faptul că procesele inflamatorii cronice determină ateroscleroza prematură prin mecanisme imunopatogenice comune la pacienții cu APs și Ps. Au fost

raportate dovezi ale inflamației sistemice în APs și o asociere a Ps cu boala coronariană prematură [6-7].

Obiectiv: aprecierea valorii clinice practice a comorbidităților din artrita psoriazică și psoriazis.

Material și metode

Pentru realizarea scopului și obiectivelor studiului, a fost selectat un lot de 92 pacienți, cu APs, stabilită în conformitate cu criteriile de diagnostic CASPAR (2006). Pacienții s-au aflat la tratament în secțiile de artrologie și reumatologie a IMSP Spitalul Clinic Republican "Timofei Moșneaga" și secția de reumatologie a IMSP Spitalul Clinic Municipal "Sfânta Treime" pe parcursul anilor 2017-2019. Studiul a primit aviz favorabil a Comitetului de Etică a Cercetării a USMF "Nicolae Testemițanu" din 19.06.2018 cu nr.87. Pentru a realiza scopul și obiectivele cercetării a fost planificat un studiu de cohortă de tip 1 (studiu prospectiv cu componente retrospective). Analiza statistică a datelor a fost efectuată prin pachetul statistic Statistica 9.0 și Epilinfo, versiunea 5. Pentru trăsăturile cantitative care au o distribuție normală, rezultatele sunt prezentate sub formă de valori medii și deviații medii standard ($M \pm SD$). Pentru semnele care nu corespund distribuției normale, s-au utilizat mediana (Me) și intervalul intercuantile (25%; 75%). Pentru a determina fiabilitatea diferențelor dintre valorile medii ale parametrilor numerici a fost utilizat testul T-Student, iar în absența unei distribuții normale și a prezenței unei dispersii mari a datelor, metoda neparametrică – criteriul Mann-Whitney.

Vârsta medie a pacienților cu APs a fost de $42,9 \pm 9,6$ ani, durata medie a psoriazisului a fost de 11 (7; 25,8) ani, durata

medie a APs a fost de 7 (2; 11,8) ani. Printre pacienții incluși în studiu s-au numărat 42 (45,7%) bărbați și 50 (54,3%) femei. Caracteristicile pacienților sunt prezentate în tabelul 2.

Un istoric familial pozitiv de psoriazis a fost depistat la 31 (33,7%) pacienți. La momentul includerii în studiu, 19 (20,6%) pacienți aveau dizabilități, dintre care 15 (16,3%) aveau dizabilități din cauza APs, iar 4 (4,3%) dintre pacienți aveau o boală generală. Tratamentul pacienților cu APs a fost efectuat în conformitate cu recomandările Protocolului Clinic Național "Artrita psoriazică la adult" la momentul studiului.

Rezultate

Comorbiditatea cardiovasculară

APs și Ps, în special psoriazisul sever, sunt asociate cu un risc crescut de boli cardiovasculare (BCV): infarct miocardic acut, anevrism de aortă abdominală, accident vascular cerebral, stenoza valvei aortice, fibrilație atrială și boală coronariană. Incidența crescută a factorilor de risc cardiovascular obișnuiți la pacienți de exemplu, hipercolesterolemia, sindromul metabolic și obezitatea, contribuie direct la creșterea generală a riscului de BCV [8]. Sindromul metabolic reprezintă un grup de factori de risc cardiovascular, ce include hipertensiunea arterială, dislipidemia, obezitatea și insulino-rezistența. Sindromul a fost asociat cu un risc crescut de BCV pe lângă factorii de risc individuali asociați, iar studiile au arătat o asociere între sindromul metabolic și APs sau Ps [7, 9, 10].

În studiul nostru, patologia comorbidă (PC) a fost observată la 71 (77,2%) pacienți. Mai mult de o PC a fost observată la 60,9% (56 din 92) dintre pacienți. Frecvența pacienților fumători a fost de 31,5% (29 din 92) dintre bolnavi. Nu a existat nici o diferență în ceea ce privește numărul de PC între bărbați și femei ($p > 0,05$). Atunci când se compară numărul de PC din grupurile de pacienți cu artrită periferică izolată ($n = 52$) și combinația de artrită periferică cu leziuni axiale (sacroiliită și spondilită) ($n = 40$), nu s-au constatat diferențe statistic semnificative ($p > 0,05$) (în funcție de sexul și vârsta grupului au fost comparabile, $p > 0,05$). Structura PC a fost analizată la pacienții cu APs de vârstă tânără și mijlocie (Figura 1).

S-a constatat că alte boli ale sistemului musculo-scheletic și ale țesutului conjunctiv care nu sunt asociate cu psoriazisul au fost observate la 42,4% (39 din 92) dintre pacienți, printre care guta a fost observată la 3,3% (3 din 92) dintre pacienți, osteoartrita – la 39,1% (36 din 92) dintre pacienți.

Pe locul al doilea, cu cea mai mare frecvență s-a plasat patologia cardiovasculară, depistat la 38 (41,3%) pacienți (Figura 2).

În studiul efectuat de către noi, la cei 92 de pacienți cu APs au fost determinate diferite simptome subiective și obiective ale afectării cordului. Acest număr nu include persoanele cu vârsta până la 18 și după 60 de ani, cu obezitate ($IMC > 25$ kg/m^2), diabet zaharat tip I sau II, hipertensiune arterială și cardiopatie ischemică dezvoltate până la debutul maladiei de bază, dislipidemii congenitale, valvulopatii congenitale și reumatismale, ciroză hepatică decompensată, tratament de durată cu glucocorticosteroizi (> 1 lună) sau > 1 $mg/kg/corp$

Tabelul 2

Caracteristicile pacienților cu APs

Indice	Valorile
Bărbați, n (%)	42 (45,7%)
Femei, n (%)	50 (54,3%)
Vârsta, ani, $M \pm SD$, min-max	$42,9 \pm 9,6$, 22-60
Durata APs, ani, Me (25; 75)	7 (2; 11,8)
PASI, Me (25; 75)	3,8 (1,2; 9,6)
Psoriazisul pielii, n (%)	91 (98,9%)
Durata Ps, ani, Me (25; 75)	11 (7; 25,8)
Onicodistrofie psoriazică, n (%)	26 (28,3%)
NAPSI, Me (25; 75)	24 (0; 69,8)
IMC, kg/m^2 , $M \pm SD$	$27 \pm 4,7$
CT, cm, Me (25; 75)	95 (82,8; 104)
CȘ, cm, Me (25; 75)	102,5 (95,3; 109,8)
CT/CȘ, Me (25; 75)	0,9 (0,8; 1)
DAPSA, Me (25; 75)	15,2 (10,2; 21,4)
NAD/14, Me (25; 75)	1 (0; 3)
NAT/14, Me (25; 75)	0 (0; 2)
hs-PCR, g/l, Me (25; 75)	5,1 (2,2; 16,1)
VSH, mm/h, Me (25; 75)	20 (11; 30)

Notă: APs – artrită psoriazică; Ps – psoriazis; IMC – indicele masei corporale; CȘ – circumferința șold; CT – circumferința taliei; hs-PCR – proteina C reactivă (hs) – înalt sensibilă; NAD – numărul articulațiilor dureroase; NAT – numărul articulațiilor tumefiate

(timp de 2 săptămâni).

În grupul general de studiu, privind APs, acuzele bolnavilor se limitau doar la dureri sau senzații de disconfort în regiunea precordială (12 pacienți), senzații de prăbușire (11 pacienți), accese de palpitații cardiace (7 bolnavi), dispnee manifestată la efort fizic moderat și minim (la 11 cazuri) și edeme periferice de genă cardiacă la 4 bolnavi.

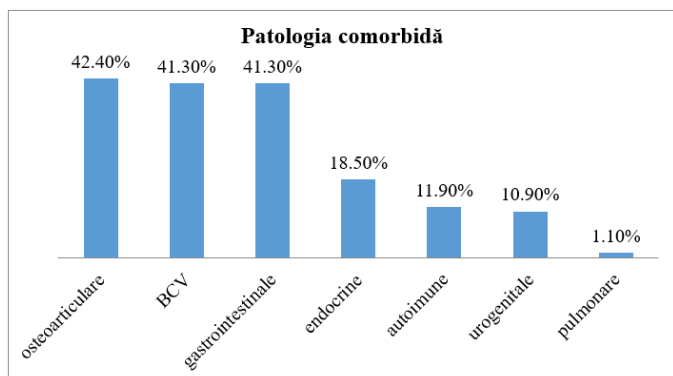


Figura 1. Structura patologiei comorbide la pacienții cu APs

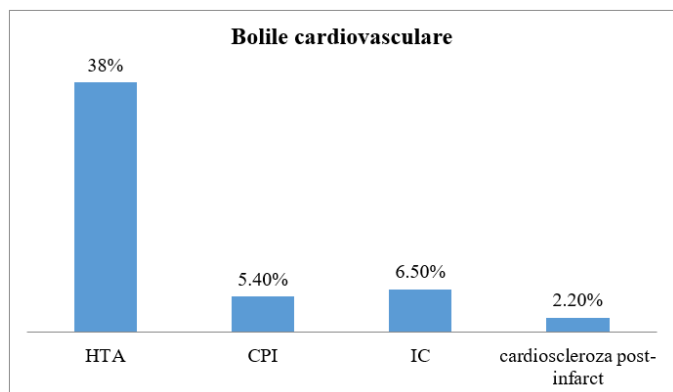


Figura 2. Structura bolilor cardiovasculare la pacienții cu APs. (HTA – hipertensiune arterială; CPI – cardiopatie ischemică; IC – insuficiență cardiacă)

Cea mai frecventă patologie a fost hipertensiunea arterială cu o frecvență de 38% (35 din 92). Cu un diagnostic stabilit de boală coronariană: angină pectorală de efort – la 5,4% (5 din 92) și cardioscleroză postinfarct la 2,2% (2 din 92) dintre pacienți, insuficiență cardiacă cronică (IC) la 6,5% (6 din 92) dintre pacienți. Patologia cardiovasculară combinată a fost observată la 16,3% (15 din 92) dintre pacienți. Tulburări cerebrovasculare au fost depistate în 3,3% (3 din 92).

Societatea Europeană de Cardiologie recomandă ca, cel puțin, screening-ul BCV și severitatea bolii de piele să se ia în considerare dacă nu este sigură necesitatea inițierii tratamentului pentru factorii de risc BCV.

În cele din urmă, studiile au arătat că dieta și exercițiile fizice pot avea un efect pozitiv asupra riscurilor cardiovasculare și severității artritei psoriazice și psoriazisului. Îmbunătățirea riscurilor cardiovasculare cu ajutorul alimentelor este relevantă clinic [1, 7, 10]. Pe scurt, se recomandă consumul în cantități mai mari de fructe, legume, pește, cereale integrale și grăsimi polinesaturate (pește, nuci, etc.). În același timp, se recomandă consumul doar în cantități limitate de carne roșie și procesată, și carbohidrați rafinați [2-5].

Alte boli mediate imun

APs și Ps sunt asociate cu o prevalență crescută a altor boli mediate imun. Mecanismele acestei asocieri nu sunt pe deplin înțelese, dar au fost propuși mulți factori, de exemplu, factori genetici și de mediu. Printre alte boli mediate imun asociate cu APs și Ps sunt boala inflamatorie intestinală (BII), artrita reumatoidă, lupusul eritematos sistemic, sindromul Sjogren și scleroza sistemică [2, 5, 7].

În mai multe studii, BII, în special boala Crohn (BC) și colita ulcerosă (CU), au fost asociate cu psoriazisul. S-a estimat că pacienții cu psoriazis prezintă un risc mai mare de BC decât populația generală și același lucru este valabil într-o măsură mai mică pentru CU. Acest risc este deosebit de pronunțat la pacienții cu psoriazis sever. În plus, BII este, de obicei, diagnosticată înainte de psoriazis [1, 3, 5].

Varietatea bolilor mediate imun (11 din 92, 11,9%) este prezentată în tabelul 3, printre care uveita și BC au fost manifestări extra-articulare ale APs.

Tabelul 3

Frecvența afecțiunilor mediate imun la pacienții cu APs

Patologie	n (%)
Tiroidita autoimună	5 (5,4)
Diabetul zaharat de tip 1	2 (2,2)
Boala Crohn	1 (1,1)
Uveita	2 (2,2)
Glomerulonefrita	1 (1,1)

Coexistența BII și psoriazisul poate necesita un efort combinat din partea gastroenterologilor și dermatologilor, deoarece pot fi adesea necesare modificări ale tratamentului. Inhibitorul factorului de necroză tumorală (TNFi) împreună cu ustekinumab au fost aprobate atât pentru BII, cât și pentru psoriazis, și pot fi o opțiune bună de tratament. Cu toate acestea, până la 5% dintre pacienții tratați cu TNFi pot dezvolta psoriazis paradoxal indus de TNFi. Alte modalități de tratament utilizate în BII pot să nu fie eficiente în psoriazis, de exemplu, vedolizumab și azatioprină [2-8]. Medicamentele anti-interleukine (IL)-17 utilizate pe scară largă pentru psoriazis nu sunt recomandate pacienților cu BII.

Obezitatea și dislipidemia la pacienții cu APs

La toți pacienții cu artrita psoriazică cu acuze cardiovasculare, care au fost incluși în studiu, s-au înregistrat valori ale colesterolului ce treceau peste cele normale. La pacienții grupului I valoarea medie a colesterolului (Tabelul 4) a fost de $4,08 \pm 0,02$ mmol/l, care a fost semnificativ mai mică comparabil cu grupul II ($6,32 \pm 0,02$, $p < 0,05$). Conform analizei corelative după metoda Pearson a fost demonstrat că la pacienții cu artrită psoriazică colesterolul a corelat statistic semnificativ cu valorile hs-PCR ($r=0,97$; $p < 0,001$), fapt care confirmă interdependența acestui marker inflamator și a concentrației colesterolului și, ca rezultat, influenței directe a procesului inflamator sistemic asupra dereglărilor metabolismului lipidic la acești pacienți.

Studierea LDL (lipoproteinele de densitate joasă) și HDL (lipoproteinele de densitate înaltă) a demonstrat

Tabelul 4

Repartiția valorilor indicilor metabolismului lipidic la pacienții cu APs

	Grupul 1 (n=36 pacienți fără acuze CV)	Grupul 2 (n=56 pacienți cu acuze CV)	
	(M±m)	(M±m)	p
Colesterol total, mmol/l	4,08±0,02	6,32±0,02	<0,05
LDL, mmol/l	3,38±0,01	4,4±0,03	<0,05
HDL, mmol/l	1,31±0,002	1,15±0,03	<0,05
TG, mmol/l	1,22±0,001	1,97±0,001	>0,05

Notă: CV – cardiovascular; LDL – lipoproteinele de densitate joasă; HDL – lipoproteinele de densitate înaltă; TG – trigliceride.

că valorile LDL-colesterolului au fost mărite în grupul II (4,4±0,03) ($p < 0,05$), pe de altă parte am depistat reducerea valorilor HDL-colesterolului, el fiind practic la limita de jos a normei. La bolnavii grupului I și II de studiu valorile medii a trigliceridelor au fost în normă: respectiv 1,22±0,001 și 1,97±0,001, fără careva diferență statistic semnificativă. Așadar, expresia sindromului inflamator la pacienții cu artrită psoriazică cu comorbidități cardiovasculare a determinat o dereglare profundă a metabolismului lipidic. Toți indicii cu excepția la trigliceride au corelat semnificativ cu hs-PCR, fapt care a corfirmat influența directă a inflamației sistemice asupra dislipidemie aparente la acești pacienți.

Discuții

Unele studii resping teoriile inflamatorii cronice și legătura finală între APs, Ps și BCV încă nu a fost stabilită. Astfel, rămâne evazivă în ce măsură riscul crescut de BCV se poate datora unei prevalențe crescute a factorilor de risc CV sau dacă este cauzat de psoriazis în sine, din cauza, de exemplu, a inflamației cronice de grad scăzut [1-3].

În plus, s-a demonstrat că, în ciuda unui risc crescut de calcifiere coronariană la pacienții cu APs și Ps, aceștia nu au un prognostic mai prost decât pacienții similari fără APs sau Ps. Astfel, după ajustarea pentru alți predictorii, nu a fost demonstrat un risc crescut de evenimente CV și deces la pacienții cu APs și Ps [7, 9].

Cu toate acestea, în ciuda unui conținut vast de literatură care arată un risc general crescut de BCV la pacienții cu APs și Ps, s-a constatat că pacienții cu APs și factorii de risc BCV primesc mai puțină terapie medicală cardio-protectivă decât pacienții control fără APs și Ps, sau nu primesc nici un tratament. Ghidurile daneze recomandă ca pacienții cu APs și Ps să fie tratați cel puțin în conformitate cu ghidurile generale pentru factorii de risc BCV. S-a sugerat ca scorurile factorilor de risc BCV să fie înmulțite cu 1,5 pentru pacienții cu APs și Ps sever [5-9].

Fatigabilitatea a fost asociată cu multiple boli inflamatorii, inclusiv APs și Ps. Fatigabilitatea poate interfera profund cu viața de zi cu zi a pacientului și comorbiditatea cardiovasculară. Severitatea oboselii corelează cu severitatea APs și Ps. Studiile au arătat că până la 50% dintre pacienți au prezentat fatigabilitate considerabilă. Medicamentele biologice utilizate pentru tratamentul APs și Ps au raportat în mod constant un efect benefic mic până la moderat asupra fatigabilității, independent de tipul de medicament. Pe lângă

tratamentul optim al activității bolii de bază, programele de exerciții fizice și programele de autogestionare supravegheate cu terapie cognitiv-comportamentală sau de sănătate mintală pot fi benefice pentru a face față fatigabilității [2, 4, 7].

Ghidurile Academiei Europene de Dermatologie și Venerologie recomandă screeningul pacienților cu psoriazis după tratament sistemic și local pentru factorii de risc BCV la fiecare șase și, respectiv, douăsprezece luni. Societatea Europeană de Cardiologie recomandă ca, cel puțin, screening-ul BCV și severitatea bolii de piele și articulară să se ia în considerare dacă nu este sigură necesitatea inițierii tratamentului pentru factorii de risc BCV. În plus, ghidul Britanic recomandă evaluarea riscului de BCV la adulții cu APs și Ps sever la prezentare și o evaluare cardiovasculară suplimentară la fiecare cinci ani [7-10].

O atenție și mai mare acordată comorbidităților poate fi justificată la pacienții tineri cu APs și Ps, și la pacienții cu Ps cu afectare severă a pielii, deoarece aceștia prezintă cel mai mare risc de BCV. Tratamentul adecvat al activității APs și Ps a fost sugerat pentru a reduce riscul de BCV. Mai specific, terapia biologică, incluzând inhibitorii de TNF-alfa, a fost asociată cu, de exemplu, un risc redus de evenimente cardiace majore, reducerea progresiei bolii coronariene și reducerea inflamației vasculare. Alte studii nu au găsit nicio reducere a riscului de BCV, inflamație vasculară sau evenimente cardiovasculare [1, 4, 9].

Concluzii

APs și Ps sunt asociate cu un risc crescut de apariție a mai multor comorbidități, inclusiv boli cardiovasculare, dislipidemie cu dereglări metabolice, tulburări mintale și alte boli mediate imun, iar aceste asocieri necesită atenția medicului curant. Se recomandă o abordare holistică a pacienților cu APs și Ps – concentrarea nu numai asupra simptomelor cutanate sau articulare, ci și asupra tuturor aspectelor bolii, inclusiv asupra comorbidităților, poate îmbunătăți gestionarea bolii și poate preveni afectarea mintală și fizică pe termen lung. Se poate afirma că atenția acordată comorbidităților poate îmbunătăți calitatea vieții unor pacienți cu APs și Ps. Gestionarea tuturor comorbidităților asociate cu APs poate constitui o sarcină considerabilă pentru clinician. Utilizarea instrumentelor de screening poate ajuta la descoperirea pacienților care au nevoie de trimitere către alte specialități sau pentru investigații suplimentare.

Bibliografie

1. Husni ME. Comorbidities in Psoriatic Arthritis. *Rheum Dis Clin North Am*. 2015;41(4):677-698. doi:10.1016/j.rdc.2015.07.008
2. Ogdie A, Yu Y, Haynes K, et al. Risk of major cardiovascular events in patients with psoriatic arthritis, psoriasis and rheumatoid arthritis: a population-based cohort study. *Ann Rheum Dis*. 2015;74(2):326-332. doi:10.1136/annrheumdis-2014-205675
3. Eder L, Thavaneswaran A, Chandran V, Cook R, Gladman DD. Increased burden of inflammation over time is associated with the extent of atherosclerotic plaques in patients with psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2015;74(10):1830-1835. doi:10.1136/annrheumdis-2014-205267
4. Labitigan M, Bahçe-Altuntas A, Kremer JM, et al. Higher rates and clustering of abnormal lipids, obesity, and diabetes mellitus in psoriatic arthritis compared with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2014;66(4):600-607. doi:10.1002/acr.22185
5. Armstrong AW, Guérin A, Sundaram M, et al. Psoriasis and risk of diabetes-associated microvascular and macrovascular complications. *J Am Acad Dermatol*. 2015;72(6):968-77.e2. doi:10.1016/j.jaad.2015.02.1095
6. Haddad A, Ashkenazi RI, Bitterman H, et al. Endocrine Comorbidities in Patients with Psoriatic Arthritis: A Population-based Case-controlled Study. *J Rheumatol*. 2017;44(6):786-790. doi:10.3899/jrheum.161274
7. Rossini M, Viapiana O, Adami S, et al. In patients with rheumatoid arthritis, Dickkopf-1 serum levels are correlated with parathyroid hormone, bone erosions and bone mineral density. *Clin Exp Rheumatol*. 2015;33(1):77-83.
8. Rosenblat JD, Cha DS, Mansur RB, McIntyre RS. Inflamed moods: a review of the interactions between inflammation and mood disorders. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2014;53:23-34. doi:10.1016/j.pnpbp.2014.01.013
9. Dowlatshahi EA, Wakke M, Arends LR, Nijsten T. The prevalence and odds of depressive symptoms and clinical depression in psoriasis patients: a systematic review and meta-analysis. *J Invest Dermatol*. 2014;134(6):1542-1551. doi:10.1038/jid.2013.508
10. Brikman S, Furer V, Wollman J, et al. The Effect of the Presence of Fibromyalgia on Common Clinical Disease Activity Indices in Patients with Psoriatic Arthritis: A Cross-sectional Study [published correction appears in *J Rheumatol*. 2019 Jan;46(1):119]. *J Rheumatol*. 2016;43(9):1749-1754. doi:10.3899/jrheum.151491

Recepționat – 08.03.2023, acceptat pentru publicare – 16.12.2023

Autor corespondent: Lucia Dutca, e-mail: lucia.dutca@usmf.md

Declarația de conflict de interes: Autorii declară lipsa conflictului de interes.

Declarația de finanțare: Autorii declară lipsa de finanțare.

Citare: Dutca L, Groppa L, Russu E. Comorbidități în artrita psoriazică și psoriazis: considerații pentru clinician [Comorbidities in psoriatic arthritis and psoriasis: considerations for the clinician]. *Arta Medica*. 2023;89(4):20-25.