

# Ocena dolegliwości ze strony układu mięśniowo-szkieletowego wśród pacjentów z łuszczycą

## Assessment of musculoskeletal symptoms in patients with psoriasis

OLGA BRZEZIŃSKA<sup>1,2</sup>, ANITA ŁUCZAK, DAWID MAŁECKI, DIANA KOBIAŁKA, ANNA LEWANDOWSKA-POLAK, KATARZYNA POZNAŃSKA-KUROWSKA<sup>3</sup>, JOANNA MAKOWSKA<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Klinika Immunologii, Reumatologii i Alergii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

<sup>2</sup> Klinika Reumatologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

<sup>3</sup> Klinika Dermatologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

### Streszczenie

**Wprowadzenie.** Łuszczycą jest przewlekłą chorobą zapalną dotyczącą około 2% populacji. Spośród pacjentów z łuszczycą skóry 20-40% choruje na łuszczycowe zapalenie stawów (ŁZS). U większości osób zmiany skórne wyprzedzają objawy stawowe nawet o 10 lat. Wczesne rozpoznanie zapalenia stawów i zastosowanie leczenia jest kluczowe dla osiągnięcia remisji choroby i poprawy rokowania.

**Cel pracy.** Celem pracy była ocena objawów ze strony układu mięśniowo-szkieletowego wśród pacjentów z łuszczycą.

**Materiał i metody.** Do badania włączono 180 osób z łuszczycą skóry i/lub paznokci. Opracowano ankietę oceniającą częstość występowania dolegliwości stawowych, a także ich natężenie i charakter. Zgłaszane przez chorych objawy zestawiono z kryteriami klasyfikacyjnymi CASPAR oraz ankietą przesiewową PEST.

**Wyniki.** Ponad 90% osób ankietowanych zgłaszało dolegliwości bólowe ze strony układu mięśniowo-szkieletowego, u 70% występowały one w momencie badania, a u prawie 40% osób spełniały kryteria bólu zapalnego stawów. Ból przyczepu ścięgna Achillesa) zgłaszało 43% pacjentów, a zapalenie palca 42% respondentów. Dość rzadko pacjenci zgłaszali dolegliwości o charakterze zapalnym ze strony kręgosłupa (11% pacjentów). W grupie badanej blisko 40% osób miało zdiagnozowane łuszczycowe zapalenie stawów. Około 23% (16/70) osób zgłaszających dolegliwości spełniające kryterium bólu zapalnego stawów, nie posiadało dotychczas diagnozy choroby reumatycznej, spośród chorych zgłaszających ból zapalny kręgosłupa odsetek ten wynosił aż 55% (10/18).

**Wnioski.** Dolegliwości ze strony układu mięśniowo-szkieletowego są powszechne wśród pacjentów chorujących na łuszczycę. Istotny odsetek chorych pozostających pod opieką lekarza dermatologa i spełniających kryteria dolegliwości o charakterze zapalnym nie posiada rozpoznania choroby stawów mimo prezentowanych objawów.

**Słowa kluczowe:** łuszczycowe zapalenie stawów, łuszczycą, zapalenie stawów

### Summary

**Introduction.** Psoriasis is a chronic autoimmune disease of skin which may affect around 2% of population and 20-40% of psoriatic patients develop psoriatic arthritis (PsA). It is estimated that cutaneous symptoms are present for about 10 years ahead of the musculoskeletal symptoms. Early diagnosis of arthritis and implementation of treatment are crucial for achieving remission and improved prognosis.

**Aim.** The aim of the study was to assess the musculoskeletal symptoms in patients with psoriasis.

**Material and methods.** 180 subjects with psoriasis of the skin and/or nails were enrolled in the study. The screening questionnaire was developed to assess the frequency of musculoskeletal symptoms and their character. The symptoms reported by the patients were compared with the CASPAR classification criteria and with the screening questionnaire PEST.

**Results.** More than 90% of respondents declared complaints from musculoskeletal system. In 70% of the surveyed, the symptoms were present at the time of completing the questionnaire and in 40% the reported symptoms fulfilled the criteria of inflammatory arthritis. 43% of the surveyed patients reported Achilles tendon pain and 42% reported dactylitis. The examined patients rarely reported back pain of inflammatory character (11%). In the study group nearly 40% of the patients were diagnosed with psoriatic arthritis. About 23% respondents (16/70) who reported symptoms fulfilling the criteria for psoriatic arthritis had not been previously diagnosed with rheumatic disease, and in patients reporting inflammatory back pain this figure amounted to 55% (10/18).

**Conclusions.** Musculoskeletal complaints are frequent among patients with psoriasis. The significant percentage of patients treated by dermatologists do not have any diagnosis of inflammatory joint disease despite the presented symptoms.

**Keywords:** psoriatic arthritis, psoriasis, arthritis

**Wykaz skrótów:**

BMI - Body Mass Index

PASI - Psoriasis Area and Severity Index

PsA - psoriatic arthritis

ŁZS - łuszczycowe zapalenie stawów

PAQ - Psoriatic Arthritis Questionnaire

PASE - Psoriatic Arthritis Screening and Evaluation

ToPAS - Toronto Psoriatic Arthritis Screening

PEST - Psoriasis Epidemiology Screening Tools

PASQ - The Psoriasis &amp; Arthritis Screening Questionnaire

GEPARD - German Psoriatic Arthritis Diagnostic Questionnaire

EARP - Early Arthritis for Psoriasis Patients

CASPAR - Classification Criteria for Psoriatic Arthritis

**WSTĘP**

Łuszczycyca stanowi najczęstszą immunologiczną chorobę skóry. Częstość jej występowania waha się od 0,9-1% w populacji Stanów Zjednoczonych do 8,5% w Norwegii [1-2]. W Polsce choruje 2-4% osób dorosłych. Pośród pacjentów z łuszczycą, u 24% do 41% rozwinię się łuszczycowe zapalenie stawów (ŁZS) [3-7], które może prowadzić do trwałego inwalidztwa. Obecnie diagnostyka ŁZS opiera się przede wszystkim na obrazie klinicznym oraz nieswoistych parametrach laboratoryjnych. Nie zidentyfikowano dotychczas biomarkerów pozwalających na jednoznaczną diagnostykę oraz wczesne wykrywanie pacjentów należących do grup szczególnego ryzyka rozwoju choroby. Prawidłowe i wczesne rozpoznanie utrudnia dodatkowo fakt, że tylko u 2/3 pacjentów zmiany skórne poprzedzają rozwój zmian stawowych. Łuszczycowe zapalenie stawów może występować u 1% populacji, stanowiąc porównywalną z reumatoidalnym zapaleniem stawów (RZS) przyczynę inwalidztwa oraz obniżenia jakości życia [8]. Ze względu na wysokie osobiste i społeczne koszty choroby, kluczowe jest wczesne jej wykrycie oraz zapobieganie uszkodzeniu stawów poprzez prawidłowe leczenie [9-11]. Dotychczas nie powstała jednoznaczna definicja łuszczycowego zapalenia stawów, mimo iż zostało ono uznane za odrębną jednostkę chorobową już w latach sześćdziesiątych [12], a pierwsze opisy pacjentów pojawiały się na początku XIX wieku. Nie dysponujemy również jednoznacznymi kryteriami rozpoznania, w praktyce klinicznej używane są natomiast klasyfikacyjne kryteria CASPAR (*Classification Criteria for Psoriatic Arthritis*) (tab. I) z 2006 roku. Ich czułość szacowana jest na 91,7% przy swoistości sięgającej 99,1% [13-15]. Ze względu

du na konieczność szybkiej diagnostyki chorych, w czasie ostatnich dwudziestu lat powstało wiele ankiet przesiewowych skierowanych do lekarzy dermatologów i lekarzy pierwszego kontaktu mających na celu szybką identyfikację chorych, u których konieczne jest wdrożenie specjalistycznej diagnostyki w kierunku ŁZS.

Najbardziej popularnymi spośród nich są: *Psoriatic Arthritis Qs* (PAQ) [16]; *Psoriatic Arthritis Screening and Evaluation* (PASE) [17]; *Toronto Psoriatic Arthritis Screening* (ToPAS) [18]; *Psoriasis Epidemiology Screening Tools* (PEST) [19]; *The Psoriasis & Arthritis Screening Qs* (PASQ) [20]; *German Psoriatic Arthritis Diagnostic Qs* (GEPARD) [21] oraz *Early Arthritis for Psoriasis Patients* (EARP) [22]. Podsumowanie dostępnych ankiet przedstawia tabela II. Najwyższą czułość spośród dostępnych narzędzi przesiewowych wskazuje skala PEST (97%) przy swoistości 79%. Została ona wykorzystana w poniższej pracy jako walidowane narzędzie pozwalające na wytypowanie chorych, u których wskazana jest konsultacja reumatologiczna. Mimo mnogości dostępnych narzędzi przesiewowych, liczba pacjentów niezdiagnozowanych nadal utrzymuje się na wysokim poziomie a dostępne statystyki dotyczące częstości choroby w poszczególnych populacjach pozostają niepełne. Obecnie brak jest wiarygodnych badań epidemiologicznych prowadzonych dla polskiej populacji.

Celem poniższego badania była ocena częstości występowania dolegliwości ze strony układu kostno-szkieletowego w populacji osób z łuszczycą skóry i/ lub paznokci.

Tabela I. Kryteria klasyfikacyjne ŁZS CASPAR (2006)

Łuszczycowe zapalenie stawów można rozpoznać u pacjenta z chorobą zapalną stawów (zapaleniem stawów obwodowych, zapaleniem stawów kręgosłupa i stawów krzyżowo-biodrowych lub zapaleniem przyczepów ścięgniastych) i  $\geq 3$  pkt z poniższych:

Kryterium	Liczba pkt	Liczba respondentów
Objawy łuszczycy*	1 lub 2 pkt	180 (100%)
Zmiany łuszczycowe paznokci	1 pkt	133 (73,9%)
Ujemny wynik oznaczenia czynnika reumatoidalnego	1pkt	Nie sprawdzano
Dactylitis	1 pkt	75 (41,7%)
Cechy radiologiczne przystawowej proliferacji kostnej	1 pkt	Nie sprawdzano

Łuszczycowe zapalenie stawów można rozpoznać u pacjenta z chorobą zapalną stawów i  $\geq 3$  pkt z powyższych

1 pkt gdy zmiany łuszczycowe występowały u pacjenta w przeszłości lub występują jedynie u krewnych; 2 pkt odpowiadają aktywnym zmianom łuszczycowym u chorego; u wszystkich ankietowanych występowały aktywne zmiany łuszczycowe.

## MATERIAŁ I METODY

### Pacjenci

Do badania włączono 180 osób (61 mężczyzn, 119 kobiet, średni wiek  $38,6 \pm 14,4$ ) chorujących na łuszczycę skóry i/lub paznokci. Respondenci rekrutowani byli z poradni dermatologicznej oraz spośród członków Stowarzyszenia Chorych na Łuszczycę. Wszyscy włączeni do badania deklaruowali występowanie zmian skórnych lub zajęcie paznokci w przebiegu łuszczycy. Kryterium wyłączenia z badania był brak wyrażenia zgody na badanie ankietowe.

### Metody

W oparciu o dostępne, zwalidowane uprzednio ankiety przesiewowe oraz kryteria rozpoznania ŁZS przygotowano kwestionariusz ukierunkowany na typowe objawy chorób zapalnych stawów (ryc. 1). Respondenci poproszeni zostali o udzielenie odpowiedzi na 21 pytań – 12 dotyczących objawów stawowych, 1 – dotyczące zmian w obrębie płytki paznokciowej, 2 – odnośnie rozpoznanych uprzednio chorób stawów oraz 6 pytań dodatkowych obejmujących wiek, płeć, masę ciała, wzrost, używki oraz wykonywany

wysiłek fizyczny (tab. II). Następnie wykorzystując odpowiedzi udzielone przez respondentów wypełniono ankietę *Psoriasis Epidemiology Screening Tool* (PEST) [19].

Uzyskane wyniki zestawiono również z obecnie obowiązującymi kryteriami klasyfikacyjnymi CASPAR. Do analizy wykorzystano pytania o objawy kliniczne zawarte w klasyfikacji CASPAR. Ból zapalny stawów definiowany był jako ból trwający ponad 6 tygodni z towarzyszącym obrzękiem stawów. Obecność zapalnego bólu pleców rozpoznawaliśmy u respondentów, którzy udzielili odpowiedzi twierdzących na wszystkie wymienione pytania: „Czy kiedykolwiek skarżył się Pan/Pani na ból w okolicy lędźwiowej utrzymujący się powyżej 3 miesięcy?”; „Czy ból w okolicy lędźwiowej nasilał się w nocy?”; „Czy towarzyszyła mu sztywność poranna utrzymująca się ponad 30 minut?”; „Czy ból w okolicy lędźwiowej wycofywał się po ćwiczeniach?”.

Do porównania częstości występowania dolegliwości w grupie z rozpoznaniem ŁZS i bez rozpoznanego ŁZS wykorzystano program Statistica 13.1.( StatSoft), test chi<sup>2</sup>.

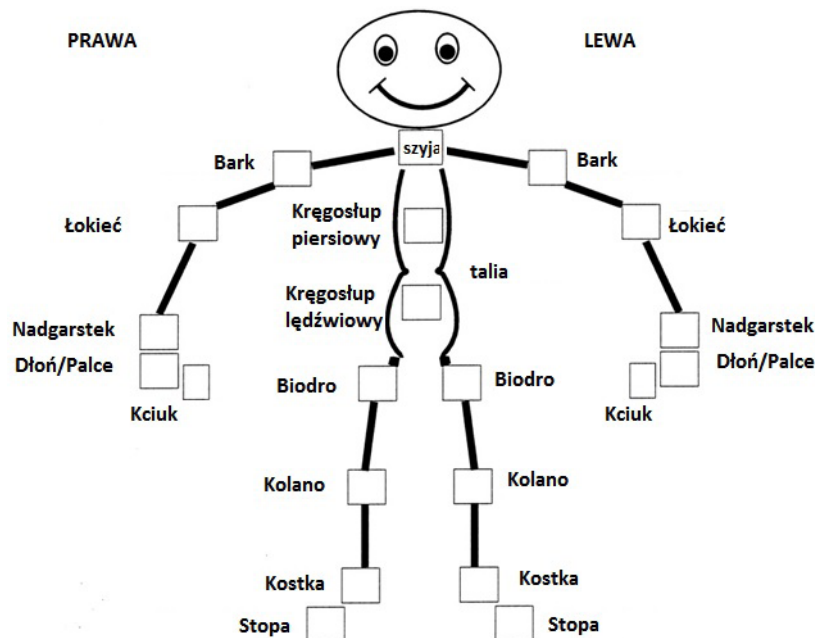
Tabela II. Podsumowanie dostępnych ankiet przesiewowych oraz kryteriów klasyfikacyjnych CASPAR

Nazwa ankiety	<i>Psoriatic Arthritis Qs</i> (PAQ) [21]	<i>Psoriatic Arthritis Screening and Evaluation</i> (PASE) [22]	<i>Toronto Psoriatic Arthritis Screening</i> (ToPAS) [23]	<i>Psoriasis Epidemiology screening tools</i> (PEST) [24]	<i>The Psoriasis &amp; Arthritis screening Qs</i> (PASQ) [25]	<i>German Psoriatic Arthritis Diagnostic Qs</i> (GEPARD) [26]	<i>Early Arthritis for Psoriasis patients</i> (EARP) [27]	Kryteria klasyfikacyjne CASPAR*** [18-20]
Rok	1997	2007	2008, 2015	2009	2010	2010	2012	2006
Liczba pytań	15	Brak dostępu do ankiety źródłowej	22 + 5 niepunktowanych	5	10 + 3 niepunktowane + ocena zajętych stawów	13	10	5 + cechy zapalnego bólu stawów
Pytania o zapalenie stawów	4 + 3*		7	1	4	4	6	0
Pytania o ból zapalny kręgosłupa	1 + 3*		6	0	2	5	1	0
Pytania o zapalenie palca	1		1	1	0	1	1	1
Pytania o zapalenie przyczepów ścięgnistych	0		0	1	0	0	1	0
Pytania o łuszczycę skóry/paznokci	0		8	1	3	0	0	2
Inne pytania (rozpoznanie zap. stawów / funkcjonowanie / wywiad rodzinny)	6		3	1	3	3	1	2
Czułość [%]	85	82	86,8	97	86,3	89	85,2	91,7-98,4
Swoistość [%]	88	73	93,1	79	88,9	69,1	91,6	99,1-99,7

\* pytania bez rozdzielenia dolegliwości osiowych i obwodowych

**Badanie przesiewowe w kierunku występowania łuszczycowego zapalenia stawów u pacjentów z łuszczycą**

1. Czy kiedykolwiek odczuwał pan dolegliwości bólowe ze strony stawów, które nie były poprzedzone urazem?  
Tak  Nie
- a. Czy dolegliwościom tym towarzyszył obrzęk stawu?  
Tak  Nie
- b. Czy dolegliwości te utrzymywały się powyżej 6 tygodni  
Tak  Nie
- c. Czy dolegliwości te występują obecnie Tak  Nie
- d. Których stawów dotyczyły dolegliwości- proszę zaznaczyć na rysunku



2. Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani obrzęknięty jeden palec (palec kciukowy)?  
Tak  Nie
3. Czy skarżył się Pan/Pani na bóle pięt?  
Tak  Nie
4. Czy kiedykolwiek skarżył się Pan/Pani na ból w okolicy lędźwiowej utrzymujący się powyżej 3 miesięcy  
Tak  Nie
- a. Czy ból w okolicy lędźwiowej nasilał się w nocy  
Tak  Nie
- b. Czy towarzyszyła mu sztywność poranna utrzymująca się ponad 30 minut?  
Tak  Nie
- c. Ile minut trwała .....min
- d. Czy ból w okolicy lędźwiowej wycofywał się po ćwiczeniach?  
Tak  Nie
5. Czy kiedykolwiek występowały zmiany na paznokciach
  - a. Naparstkowate wgłębienia tak  nie
  - b. Hiperkeratoza podpaznokciowa tak  nie
  - c. Objaw kropli oleju tak  nie

6. Czy miał Pan/Pani kiedykolwiek rozpoznaną chorobę stawów przez lekarza?  
Tak  Nie
7. Jaką chorobę stawów rozpoznano u Pana/Pani?  
a. Łuszczycowe zapalenie stawów  
b. Reumatoidalne zapalenie stawów  
c. Chorobę zwyrodnieniową stawów  
d. Dnę moczanową  
e. Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa  
f. Inną .....
8. Czy kiedykolwiek palił Pan/Pani papierosy?  
Tak  Nie   
Ile sztuk ..... Przez ile lat Pan/Pani palił/a.....
9. Czy uprawiał Pan/Pani sport częściej niż 3 x w tygodniu  
Tak  Nie
10. Proszę podać swoją datę urodzenia .....
11. Płeć K  M
12. Wzrost ..... Waga .....
13. Data badania .....
14. Rozpoznanie łuszczycy postawione przez dermatologa tak  nie

Ryc. 1. Kwestionariusz ukierunkowany na typowe objawy chorób zapalnych stawów opracowany w oparciu o zwalidowane uprzednio ankiety przesiewowe oraz kryteria rozpoznania

## WYNIKI

Spośród 180 osób, które wzięły udział w badaniu, 94% zgłaszało kiedykolwiek występowanie dolegliwości ze strony układu mięśniowo-szkieletowego. Ponad 90% respondentów zgłaszało (kiedykolwiek) występowanie dolegliwości bólowych stawów, u 70% z nich utrzymywały się one w momencie wypełniania ankiety, a u około 40% spełniały kryteria bólu zapalnego. Ankietowani najczęściej wskazywali ból dotyczący stawów stóp - 52% i rąk - 46% oraz kolan - 32%. Wśród osób, u których dolegliwości spełniały kryteria bólu zapalnego najczęściej zajęte były stawy: stóp 64%, dłoni 60% i nadgarstków 54%. Jedynie u 5 osób zgłaszane były tylko objawy zapalenia stawów - bez objawów enthesitis, dactylitis i bólu zapalnego kręgosłupa (tab. III).

Dolegliwości bólowe ze strony kręgosłupa zgłaszało 50% respondentów, natomiast u 20 osób dolegliwości te spełniały kryteria bólu zapalnego (11% grupy ankietowanej). U większości ankietowanych dolegliwościom osiowym towarzyszyły dolegliwości ze strony stawów obwodowych. Tylko jedna osoba zgłaszała izolowany ból kręgosłupa o charakterze zapalnym.

Ból przyczepu ścięgniętego (ścięgna Achillesa) zgłaszało 43% respondentów a zapalenie palca 42%. Izolowane ob-

jawy o typie enthesitis podało 26 (14%) osób a izolowany obrzęk całego palca 13 (7%).

Pośród badanych 83 (46%) miało zdiagnozowaną chorobę układu mięśniowo-szkieletowego: 78 pacjentów (43%) miało wcześniej rozpoznaną chorobę zapalną stawów, z czego 68 osób - ŁZS (37,7%), 12 reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) (6,7%), 10 respondentów chorobę zwyrodnieniową stawów (5,5%), 4 dnę moczanową (2,2%) oraz jeden zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa (0,06%). Sześć osób podało, kilka rozpoznań ze strony narządu ruchu w tym jeden badany miał postawioną diagnozę ŁZS, RZS, choroby zwyrodnieniowej stawów i dny moczanowej.

Około 23% (16/70) osób zgłaszających dolegliwości spełniające kryterium bólu zapalnego stawów, nie posiadało dotychczas diagnozy choroby reumatycznej, spośród chorych zgłaszających ból zapalny kręgosłupa odsetek ten wynosił 55% (10/18).

Zwraca uwagę fakt, że w grupie niezdiagnozowanej (n=112) u 19% występował ból zapalny stawów, u 4% ból zapalny kręgosłupa, 38% podawało ból pięty a 27% zapalenie palca. Większość objawów była istotnie częściej de-



Tabela III. Porównanie częstości objawów u pacjentów z rozpoznaniem ŁZS oraz u pacjentów, u których nie postawiono dotychczas rozpoznania ŁZS

Cecha	Procent ankietowanych / średnia wartość parametru ±SD		
Osoby z rozpoznaną chorobą zapalną stawów (sumarycznie ŁZS, RZS, ZZSK, Dna moczanowa, inne)	78 (43,3%)		
Osoby z postawionym wcześniej rozpoznaniem	68 (37,7%)		
	Wszyscy respondenci (n=180)	Rozpoznany ŁZS (n=68)	Bez rozpoznania ŁZS (n=112)
Kobieta vs mężczyzna	M119 (66%) vs K61 (34%)	M27 (40%) vs K41 (60%)	M34 (30%) vs K78 (70%)
Wiek	38,6±14,4	40,37±14,64	38,29±14,27
BMI	27,1±6,04	27,95±5,60	26,62±6,26
Ból stawów	163 (90,5%)	67 (99%)*	96 (86%)*
Ból stawów spełniający kryteria bólu zapalnego <sup>1</sup>	70 (39%)	49 (72%)*	21 (19%)*
Izolowany ból zapalny stawów	5 (3%)	1 (1,5%)	4 (4%)
Zapalny ból kręgosłupa <sup>2</sup>	20 (11%)	7 (10%)	13 (12%)
Izolowany ból zapalny kręgosłupa	4 (2%)	0	4 (4%)
Aktualnie odczuwane dolegliwości	115 (70,5%)	52 (76%)*	63 (56%)*
Cechy zapalenia przyczepów ścięgniastych	77 (42,8%)	35 (51%)	42 (38%)
Izolowane zapalenie przyczepów ścięgniastych	26 (14%)	21 (31%)	5 (4,5%)
Dactylitis	75 (42%)	45 (66%)*	30 (27%)*
Izolowany dactylitis	13 (7%)	10 (15%)	3 (2%)
<b>Dodatni wynik ankiety PEST</b>	<b>83 (46,11%)</b>	<b>61 (89,7%)</b>	<b>22 (19,64%)</b>
<b>Spełniający kryteria CASPAR</b>	<b>83 (46,11%)</b>	<b>52 (76,47%)</b>	<b>31 (27,68%)</b>

\* Grupa pacjentów z i bez ŁZS, istotność statystyczna p<0,05;

<sup>1</sup> jako ból zapalny stawów definiowano dolegliwości trwające >6 tygodni, z towarzyszącymi obrzękami;

<sup>2</sup> jako zapalny ból kręgosłupa definiowano dolegliwości trwające >3 miesiące, zlokalizowane w okolicy lędźwiowej, nasilające się w godzinach nocnych, z towarzyszącą sztywnością poranną i ustępujące po ćwiczeniach.

klarowana przez osoby z już postawionym rozpoznaniem, z wyjątkiem zapalenia przyczepów ścięgniastych (tab. III).

W dalszej analizie sprawdzono ile osób spełnia kryteria CASPAR rozpoznania ŁZS (z wyłączeniem kryterium radiologicznego i serologicznego). Stwierdzono, że aż 47,8% badanych spełniło kryteria CASPAR. Do wytypowania grupy respondentów o wysokim ryzyku wystąpienia łuszczykowego zapalenia stawów wykorzystano również najbardziej czułą z dostępnych ankiet przesiewowych PEST – wykazano, że na jej podstawie pogłębionej diagnostyce poddanych powinno zostać 46% ankietowanych, w tym 17,6% osób, u których nie postawiono dotychczas rozpoznania zapalnej choroby stawów.

Spśród respondentów z uprzednio rozpoznaną chorobą zapalną stawów 78% wciąż odczuwało dolegliwości bólowe spełniające kryteria bólu zapalnego, co może świadczyć o niedostatecznej intensywności leczenia.

## DYSKUSJA

W uzyskanych wynikach zwraca uwagę bardzo wysoka częstość zgłaszania dolegliwości ze strony układu mięśniowo-szkieletowego. W badanej grupie częstość deklarowanego ŁZS wynosiła 37%. Obserwowane wartości odpowiadają tym opisywanym w literaturze, gdzie częstość występowania ŁZS w populacji chorych z łuszczyką skóry szacowana jest na 24% do 41% [3-7]. Zwraca uwagę fakt, że w grupie respondentów, u których nie postawiono dotychczas rozpoznania choroby stawów dość często występują dolegliwości ze strony układu mięśniowo-szkieletowego spełniające kryteria bólu stawów lub bólu kręgosłupa o charakterze zapalnym. Wydaje się jednak, że wciąż mimo znaczącej grupy osób już zdiagnozowanych, nadal istotny odsetek badanych pozostaje bez opieki reumatologicznej. Niepokoii również fakt, że większość pacjentów z ustaloną diagnozą nadal odczuwa dolegliwości bólowe, co może sugerować zbyt małą intensywność leczenia, słabą reakcję

pacjenta na stosowaną terapię lub jej niepowodzenie wynikające z późnego rozpoznania choroby.

Analiza poszczególnych objawów wykazała, że najczęściej zgłaszane są objawy zapalenia stawów obwodowych oraz zapalenia przyczepów ścięgniastych, natomiast najrzadziej pacjenci zgłaszają objawy związane z zajęciem stawów kręgosłupa. Dolegliwości osiowe najczęściej występują u osób z innymi objawami ŁZS, tylko u jednej osoby występował izolowany ból zapalny kręgosłupa. Wydaje się więc, że trudno wyróżnić tę postać jako osobną, tak jak w kwalifikacji Molla i Wrighta [23].

W badanej grupie zwraca uwagę wysoka częstość zgłaszania objawów zapalenia przyczepów ścięgniastych (w badaniach klinicznych obejmujących pacjentów z ŁZS od 24% do nawet 83% pacjentów skarży się na powyższe objawy) [24]. Objaw ten jest o tyle istotny, że biorąc pod uwagę najnowsze doniesienia dotyczące patogenezы ŁZS mówiące o przyczepach ścięgniastych jako miejscu inicjacji procesu zapalnego, objawy te mogą być markerem wczesnego etapu choroby i pozwalać szybciej ją diagnozować [25, 26]. W grupie pacjentów z wczesnym łuszczycowym zapaleniem stawów 43% zgłaszało objawy zapalenia przyczepów ścięgniastych a u 95% obserwowano zapalenie przyczepów w badaniu USG z opcją *power doppler* [27]. Tym bardziej wydaje się zasadne umieszczenie pytania dotyczącego zapalenia przyczepów w ankietach przesiewowych. Niestety w kryteriach klasyfikacyjnych CASPAR objawy te nie są uwzględnione.

Dane dotyczące częstości występowania zapalenia palca (42% w badanej populacji), który jest jednym z bardziej swoistych objawów ŁZS (12), są zbieżne z danymi z literatury [28, 29]. Również częstość występowania objawów osiowych w badanej grupie jest zgodna z dostępną literaturą [30].

W uzyskanych wynikach zwraca uwagę istotny odsetek osób niediagnozowanych dotychczas pod kątem zapalenia stawów a jednak zgłaszających typowe objawy. U 84% osób z łuszczycą skóry zaobserwowano przynajmniej jeden objaw ŁZS, z kolei ponad 26% badanych bez ustalonej dotychczas diagnozy spełniło kryteria CASPAR, mimo trudności w ich zastosowaniu, ze względu na ankiety charakter badania. Podobny odsetek osób chorych, niediagnozowanych mimo objawów, wykazano we wcześniejszych prowadzonych badaniach populacyjnych [31, 32], a także w wielośrodowym badaniu PREPARE [33], w którym 30% pacjentów chorowało na ŁZS a ponad 40% tej grupy mimo pozostawania pod opieką dermatologów nie posiadało wcześniejszej diagnozy. Powyższe badanie wykazało dodatkowo zasadność diagnostyki łuszczycowego zapalenia stawów opartej jedynie na wywiadzie i badaniu fizykalnym, zmiana rozpoznania po dodaniu wyników badań laboratoryjnych i obrazowych dotyczyła bowiem jedynie 1,2% pacjentów. Zwiększa to istotnie wartość badania przesiewowego jako miarodajnego markera choroby pozwalającego na przyspieszenie wdrożenia leczenia i zmniejszenie ryzyka rozwoju niepełnosprawności.

## Piśmiennictwo

1. Parisi R, Symmons DP, Griffiths CE, et al. Identification and Management of Psoriasis and Associated Comorbidity (IMPACT) project team. Global epidemiology of psoriasis – a systematic review of incidence and prevalence. *J Invest Dermatol* 2013; 133: 377-85.
2. Kurd SK, Gelfand JM. The prevalence of previously diagnosed and undiagnosed psoriasis in US adults—results from NHANES 2003-2004. *J Am Acad Dermatol* 2009; 60: 218-24.

Pod względem trafności diagnostyki na podstawie ankiety przesiewowej, PEST [19] wydaje się być poręcznym i skutecznym narzędziem odnoszącym się do większości typowych objawów ŁZS. Ankieta PEST jest to pakiet 5 pytań z odpowiedziami tak/nie, charakteryzujący się wg literatury wysoką czułością (97%) i swoistością (79%) [19]. Jej mankamentem jest brak pytania dotyczącego dolegliwości zapalnych ze strony kręgosłupa co może prowadzić do braku skryningu pacjentów z wyłącznie osiową manifestacją choroby. Należy jednak podkreślić, że w naszej populacji objawy osiowe praktycznie zawsze towarzyszyły innym dolegliwościom takim jak zapalenie stawów, przyczepów czy palca. Na podstawie przeprowadzonego badania, wykazaliśmy, że PEST jest dobrym narzędziem identyfikującym pacjentów chorych na ŁZS (prawie 90% właściwie rozpoznanych). Skala charakteryzuje się również dobrą dyskryminacją innych zapaleń stawów (40% błędnie wskazanych). Jej krótka, poręczna forma sprzyja rutynowemu stosowaniu nie tylko w warunkach poradni dermatologicznej, ale również podstawowej opieki zdrowotnej. Jedną z głównych zalet ankiety PEST jest uwzględnianie szerokiego spektrum objawów klinicznych w przeciwieństwie do innych dostępnych narzędzi, które mogą prowadzić do niediagnozowania pacjentów chorujących z zajęciem głównie np. przyczepów ścięgniastych.

Łuszczycowe zapalenie stawów jest często chorobą o stosunkowo łagodnym przebiegu, prawdopodobnie z tego powodu, istotny odsetek pacjentów nie poszukuje pomocy u specjalistów reumatologów. Lekami pierwszego rzutu stosowanymi w ŁZS są niesteroidowe leki przeciwzapalne, z których wiele dostępnych jest bez recepty. Stanowią one również leki pierwszego rzutu zalecane w warunkach poradni lekarza POZ ponieważ jako działające w głównej mierze objawowo, nie wymagają uprzedniego postawienia konkretnej diagnozy. Może spowodować to opóźnienie diagnostyki, ponieważ w trakcie niewielkich zaostrzeń zapalenia stawów stosowane leczenie powoduje zmniejszenie dolegliwości zgłaszanych przez pacjentów. Brak wdrożenia odpowiedniego leczenia może skutkować nieodwracalnym uszkodzeniem stawów. Istotne jest więc, aby jak najwcześniej kierować pacjentów do lekarzy specjalistów.

## WNIOSKI

Dolegliwości bólowe ze strony układu mięśniowo-szkieletowego są powszechnie zgłaszane wśród pacjentów z łuszczycą a wielu chorych zgłaszających objawy sugerujące chorobę zapalną stawów nie ma postawionego rozpoznania. Tym istotniejsze wydaje się podniesienie świadomości pacjentów z łuszczycą i lekarzy oraz systemowe wdrożenie narzędzi przesiewowych, takich jak np. ankieta PEST, które ułatwią dermatologom i lekarzom POZ wyodrębnienie grupy chorych, którzy powinni być skonsultowani przez reumatologa.

3. Ogdie A, Weiss P. The Epidemiology of Psoriatic Arthritis. *Rheum Dis Clin North Am* 2015; 41: 545-68.
4. Kerschbaumer A, Fenzl K, Erlacher L, et al. An overview of psoriatic arthritis – epidemiology, clinical features, pathophysiology and novel treatment targets. *Wien Klin Wochenschr* 2016; 128: 791-5.
5. Coates LC, Aslam T, Al Balushi F, et al. Comparison of three screening tools to detect psoriatic arthritis in patients with psoriasis (CONTEST study). *Br J Dermatol* 2013; 168: 802-7.
6. Haroon M, Kirby B, FitzGerald O. High prevalence of psoriatic arthritis in patients with severe psoriasis with suboptimal performance of screening questionnaires. *Ann Rheum Dis* 2013; 72: 736-40.
7. Walsh JA, Callis Duffin K, Krueger GG, et al. Limitations in Screening Instruments for Psoriatic Arthritis: a Comparison of Instruments in Patients with Psoriasis. *J Rheumatol* 2013; 40: 287-93.
8. Sokoll KB, Helliwell PS. Comparison of disability and quality of life in rheumatoid and psoriatic arthritis. *J Rheumatol* 2001; 28: 1842-6.
9. Tillett W, de-Vries C, McHugh N. Work disability in psoriatic arthritis: a systematic review. *Rheumatology (Oxford)* 2012; 51: 275-83.
10. Kawalec P, Malinowski KP. The indirect costs of psoriatic arthritis: systematic review and meta-analysis. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2015; 15: 125-32.
11. McLaughlin M, Ostör A. Early treatment of psoriatic arthritis improves prognosis. *Practitioner* 2014; 258: 21-4.
12. Blumberg BS, Bunim JJ, Calkins E, et al. ARA nomenclature and classification of arthritis and rheumatism (tentative). *Arthritis Rheum* 1964; 26: 93-7.
13. Zlatkovic-Svenda M, Kerimovic-Morina D, Stojanovic RM. Psoriatic arthritis classification criteria: Moll and Wright, ESSG and CASPAR - a comparative study. *Acta Reumatol Port* 2013; 38: 172-8.
14. Taylor W, Gladman D, Helliwell P, et al. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum* 2006; 54: 2665-73.
15. Maharaj AB, Govender J, Maharaj K, et al. Summary of Sensitivity and Specificity for Psoriatic Arthritis in a South African Cohort according to Classification Criteria. *J Rheumatol* 2015; 42: 6.
16. Peloso PM, Behl M, Hull P, et al. The psoriasis and arthritis questionnaire (PAQ) in detection of arthritis among patients with psoriasis. *Arthritis Rheum* 1997; 40: S64.
17. Husni ME, Meyer KH, Cohen DS, et al. The PASE questionnaire: pilot-testing a psoriatic arthritis screening and evaluation tool. *J Am Acad Dermatol* 2007; 57: 581-7.
18. Gladman DD, Schentag CT, Tom BD, et al. Development and initial validation of a screening questionnaire for psoriatic arthritis: the Toronto Psoriatic Arthritis Screen (ToPAS). *Ann Rheum Dis* 2009; 68: 497-501.
19. Ibrahim GH, Buch MH, Lawson C, et al. Evaluation of an existing screening tool for psoriatic arthritis in people with psoriasis and the development of a new instrument: the Psoriasis Epidemiology Screening Tool (PEST) questionnaire. *Clin Exp Rheumatol* 2009; 27: 469-74.
20. Khraishi M, Landells I, Mugford G. The Self-Administered Psoriasis and Arthritis Screening Questionnaire (PASQ): A Sensitive and Specific Tool for the Diagnosis of Early and Established Psoriatic Arthritis. *Psoriasis Forum* 2010; 16: 9-16.
21. Härle P, Hartung W, Lehmann P, et al. Detection of psoriasis arthritis with the GEPARD patient questionnaire in a dermatologic outpatient setting. *Z Rheumatol* 2010; 69: 157-60, 162-3.
22. Tinazzi I, Adami S, Zanolin EM, et al. The early psoriatic arthritis screening questionnaire: a simple and fast method for the identification of arthritis in patients with psoriasis. *Rheumatology (Oxford)* 2012; 51: 2058-63.
23. Moll JM, Wright V. Psoriatic arthritis. *Semin Arthritis Rheum* 1973; 3: 55-78.
24. Kaeley GS, Eder L, Aydin SZ, et al. Enthesitis: A hallmark of psoriatic arthritis. *Semin Arthritis Rheum* 2018, doi: 10.1016/j.semarthrit.2017.12.008 [Epub ahead of print].
25. McGonagle D, Tan AL. The enthesitis in psoriatic arthritis. *Clin Exp Rheumatol* 2015; 33: S36-9.
26. McGonagle D, Gibbon W, Emery P. Classification of inflammatory arthritis by enthesitis. *Lancet* 1998; 352: 1137-40.
27. Perrotta FM, Astorri D, Zappia M, et al. An ultrasonographic study of enthesitis in early psoriatic arthritis patients naive to traditional and biologic DMARDs treatment. *Rheumatol Int* 2016; 36: 1579-83.
28. Gladman D, Ziouza O, Thavaneswaran A, et al. Dactylitis in psoriatic arthritis: prevalence and response to therapy in the biologic era. *J Rheumatol* 2013; 40: 1357-9.
29. Yamamoto T. Optimal management of dactylitis in patients with psoriatic arthritis. *Open Access Rheumatol* 2015; 7: 55-62.
30. Cervini C, Leardini G, Mathieu A, et al. Psoriatic arthritis: epidemiological and clinical aspects in a cohort of 1.306 Italian patients. *Reumatismo* 2005; 57: 283-90.
31. Henes JC, Ziupa E, Eisfelder M, et al. High prevalence of psoriatic arthritis in dermatological patients with psoriasis: a cross-sectional study. *Rheumatol Int* 2014; 34: 227-34.
32. Kumar R, Sharma A, Dogra S. Prevalence and clinical patterns of psoriatic arthritis in Indian patients with psoriasis. *Indian J Dermatol Venereol Leprol* 2014; 80: 15-23.
33. Mease PJ, Gladman DD, Papp KA, et al. Prevalence of rheumatologist-diagnosed psoriatic arthritis in patients with psoriasis in European/North American dermatology clinics. *J Am Acad Dermatol* 2013; 69: 729-35.