

JAMILLE NASCIMENTO CARNEIRO

ARTRITE PSORIÁSICA EM PACIENTES COM PSORÍASE: AVALIAÇÃO DE
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EPIDEMIOLÓGICAS EM UM GRUPO DE 133
PACIENTES BRASILEIROS

BRASÍLIA

2011

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

JAMILLE NASCIMENTO CARNEIRO

ARTRITE PSORIÁSICA EM PACIENTES COM PSORÍASE: AVALIAÇÃO DE
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EPIDEMIOLÓGICAS EM UM GRUPO DE 133
PACIENTES BRASILEIROS

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção
do título de Mestre em Ciências da Saúde ao Programa de Pós-
Graduação em Ciências da Saúde da Universidade de Brasília.

Orientadora: Prof^a. Dra. Ana Patrícia de Paula
Coorientadora: Prof^a. Dra. Gladys Aires Martins

BRASÍLIA
2011

JAMILLE NASCIMENTO CARNEIRO

ARTRITE PSORIÁSICA EM PACIENTES COM PSORÍASE: AVALIAÇÃO DE
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E EPIDEMIOLÓGICAS EM UM GRUPO DE 133
PACIENTES BRASILEIROS

Dissertação apresentada como requisito
parcial para obtenção do título de Mestre em
Ciências da Saúde ao Programa de Pós-
Graduação em Ciências da Saúde da
Universidade de Brasília.

Aprovado em 19 de dezembro de 2011

BANCA EXAMINADORA

Dra. Ana Patrícia de Paula – (Presidente)

Professora orientadora do programa de Pós-graduação da Faculdade de Ciências
da Saúde do Hospital Universitário de Brasília

Dra. Izelda Maria Carvalho Costa

Professora orientadora do programa de Pós-graduação da Faculdade de Ciências
da Saúde do Hospital Universitário de Brasília

Dra. Lícia Maria Henrique da Mota

Professora orientadora do programa de Pós-graduação da Faculdade de Medicina
do Hospital Universitário de Brasília

AGRADECIMENTOS

À Dra. Ana Patrícia de Paula pela amizade, por sua orientação e participação nesta pesquisa.

À Dra. Gladys Aires Martins pelo exemplo de profissional, grande ajuda e trabalho árduo nesta pesquisa.

À amiga Narjara Ferretti por todo apoio e companheirismo nesses dois anos.

A todos os funcionários e pacientes do Hospital Universitário de Brasília por me ajudarem e aceitarem participar da pesquisa.

RESUMO

Introdução: A psoríase é uma doença crônica, inflamatória e multissistêmica com manifestações predominantemente na pele e articulações. Dentre as manifestações articulares inflamatórias a artrite psoriásica pode ocorrer em 5-40% desses pacientes.

Objetivos: Como não há consenso geral na literatura sobre a prevalência da artrite psoriásica e considerando a escassez de dados nacionais relacionados ao seu diagnóstico em pacientes com psoríase, o presente estudo teve como objetivos: 1) Descrever as características demográficas e clínicas em um grupo de pacientes com diagnóstico de psoríase atendidos no ambulatório de referência do Hospital Universitário de Brasília; 2) Avaliar o grupo de pacientes com psoríase quanto à presença e frequência de queixas e doenças reumatológicas; 3) Verificar a frequência de artrite psoriásica nessa população; 4) Avaliar diferenças das características demográficas, clínicas e laboratoriais entre os grupos sem e com o diagnóstico de artrite psoriásica.

Métodos: Foram avaliados 133 pacientes com diagnóstico de psoríase atendidos no Ambulatório de psoríase do Hospital Universitário de Brasília. Todos os pacientes foram submetidos a uma avaliação clínica dermatológica e reumatológica que incluía o preenchimento de fichas clínicas específicas e exame físico de cada um dos especialistas. Foram solicitados os exames de rotina do ambulatório de dermatologia para os pacientes com diagnóstico de psoríase. Os pacientes que receberam hipótese diagnóstica de artrite psoriásica foram encaminhados para realização de investigação complementar incluindo avaliação da presença do fator reumatóide e a realização de exames radiográficos. Os pacientes foram classificados quanto à presença ou não de manifestações e/ou doenças reumáticas. O diagnóstico de artrite psoriásica foi estabelecido segundo critérios de CASPAR.

Resultados: Apenas 31% da amostra de pacientes com psoríase não apresentava manifestações músculo-esqueléticas. A forma vulgar de psoríase foi a mais prevalente em ambos os sexos. Não houve correlação entre tipos de psoríase e presença de diagnóstico de artrite.

O diagnóstico prévio de Artrite Psoriásica foi relatado por 30 pacientes (22,6%) com psoríase. Dezesete pacientes, não previamente diagnosticados, receberam o diagnóstico utilizando o critério de CASPAR. O número total de pacientes com diagnóstico de artrite psoriásica na amostra do estudo foi de 47 pacientes (35% da amostra) e de 30 pacientes (22,6% da amostra) se considerados apenas os pacientes que preenchiam os critérios de CASPAR no momento da avaliação reumatológica.

Os pacientes com artrite psoriásica apresentavam média de idade de 49 ($\pm 13,2$) anos, predominância da forma poliarticular (67% dos pacientes), tinham mais entesites e dactilites. Não houve diferença entre os grupos relativa ao gênero e aos valores de VHS e PCR.

Conclusões: Manifestações reumatológicas foram identificadas em 69% dos pacientes avaliados e 17 casos novos de artrite psoriásica foram diagnosticados. Estes resultados confirmam a importância da interação das duas especialidades para identificação de pacientes com artrite psoriásica.

Palavras-chave: psoríase; artrite psoriásica

ABSTRACT

Introduction: Psoriasis is a chronic inflammatory disease with multisystem manifestations predominantly in the skin and joints. Among the inflammatory joint manifestations, psoriatic arthritis can occur in 5-40% of these patients.

Objectives: Since there is no general consensus in the literature about the prevalence of psoriatic arthritis and considering the lack of national data related to its diagnosis in patients with psoriasis, this study aimed to: 1) Describe the demographic and clinical characteristics in a group of patients with psoriasis treated at a referral outpatient clinic of the University Hospital of Brasilia, 2) evaluate in the group of patients with psoriasis the presence and frequency of complaints and rheumatic diseases, 3) assess the frequency of psoriatic arthritis in this population, 4) evaluate differences in demographic, clinical and laboratory among the groups with and without the diagnosis of psoriatic arthritis

Methods: We evaluated 133 patients with a diagnosis of psoriasis treated at the Clinic of Psoriasis of the University Hospital of Brasilia. All patients underwent a clinical dermatology and rheumatology evaluation that included the filling out of the specific clinical form and physical examination of each of the experts. We requested routine laboratory tests of the dermatology clinic for patients with psoriasis. Patients who received diagnosis of psoriatic arthritis were sent to conduct further investigation including assessment of the presence of rheumatoid factor and radiographic examinations. Patients were classified according to presence or absence of rheumatologic manifestations and / or rheumatic diseases. The diagnosis of psoriatic arthritis was established by the CASPAR criteria.

Results: Only 31% of the sample of patients with psoriasis had no musculoskeletal manifestations. The form of psoriasis vulgaris was the most prevalent in both sexes. There was no correlation between types of psoriasis and the presence of a diagnosis of arthritis.

The previous diagnosis of psoriatic arthritis was reported by 30 patients (22.6%) with psoriasis. Seventeen patients not previously diagnosed, were diagnosed using the CASPAR criteria. The total number of patients with psoriatic arthritis in the study sample was 47 patients (35% of the sample) and 30 patients (22.6% of the sample) if was considered only patients who met the CASPAR criteria at the time of rheumatologic evaluation.

Patients with psoriatic arthritis had an average age of 49 (\pm 13.2) years, the predominance of polyarticular form (67% of patients), more enthesitis and dactylitis. There was no difference between groups on gender and the values of ESR and CRP

Conclusions: Rheumatologic manifestations were identified in 69% of the patients and 17 new cases of psoriatic arthritis were diagnosed. These results confirm the importance of the interaction of the two specialties for identifying patients with psoriatic arthritis.

Keywords: psoriasis; psoriatic arthritis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Rotação cervical	41
Figura 2- Distância occíto-parede	41
Figura 3 – Expansibilidade torácica	42
Figura 4 – Teste de Schober modificado	42
Figura 5 – Lateralização da coluna	43
Figura 6 – Score de MASES	45
Figura 7 – Critérios classificatórios de CASPAR	48
Figura 8 – Distribuição da população total de pacientes com psoríase por gênero	52
Figura 9 – Presença de entesites na população total	56
Figura 10 – Presença de dactilites na população total	56
Figura 11 – Pacientes diagnosticados segundo critérios de CASPAR	58
Figura 12- Distribuição quanto ao sexo dos pacientes classificados com e sem artrite psoriásica	61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Diretriz de tratamento para artrite psoriásica dividida por características da doença e tipo de envolvimento proposta pelo GRAPPA	28
Tabela 2 – Distribuição da população total de pacientes com psoríase por etnia	53
Tabela 3 – História familiar de psoríase	53
Tabela 4 – Distribuição por sexo quanto ao tipo de psoríase	54
Tabela 5 – Valores de BSA	54
Tabela 6 - Valores de PASI	55
Tabela 7 – Envolvimento ungueal na população total	55
Tabela 8 – Envolvimento de couro cabeludo na população total	55
Tabela 9 - Diagnóstico reumatológico final	57
Tabela 10 – Início dos sintomas cutâneos	58
Tabela 11- Duração dos sintomas cutâneos, articulares e tempo transcorrido entre início dos sintomas articulares e diagnóstico de artrite psoriásica	59
Tabela 12 – Tipo de acometimento articular	60
Tabela 13 – Artrite psoriásica e etnia	62
Tabela 14 – Artrite psoriásica e história familiar	62
Tabela 15 – Artrite psoriásica e tipo de psoríase	62
Tabela 16 – Artrite psoriásica e envolvimento ungueal	63
Tabela 17 - Artrite psoriásica e envolvimento de couro cabeludo	63
Tabela 18 - Artrite psoriásica e daclites	64
Tabela 19 - Artrite psoriásica e entesites	64
Tabela 20 – Entesite e tipo de acometimento de artrite psoriásica	64
Tabela 21 – Valores VHS e PCR	65
Tabela 22 – Características do nosso estudo comparadas com as da literatura nacional	78

LISTA DE ABREVIATURAS

ACR – Colégio Americano de Reumatologia
AINE - Anti-inflamatórios não esteroidais
ASAS - *The Assessment of SpondyloArthritis International Society*
BSA - *Body Surface Area*
CASPAR - *Classification Criteria for Psoratic Arthritis*
CsA – Ciclosporina A
DMCD – Droga modificadora do curso da doença
DP – Desvio-padrão
ELISA – *Enzyme-linked immunoabsorbent assay*
ESSG - *European Spondyloarthropathy Study Group*
EUA - Estados Unidos da América
GRAPPA - *Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis*
HLA – Antígeno leucocitário humano
HUB – Hospital Universitário de Brasília
IA - Intraarticular
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IL – Interleucina
INF – Interferon
LEF – Leflunomida
MASES - *Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesitis Score*
MMP – Metaloproteinases
MTX – Metotrexato
OMERACT - *Outcome Measures in Rheumatology Clinical Trials*
PASE - *Psoriatics Arthritis Screening and Evaluation*
PASI - *Psoriasis Area Severity Index*
PCR – Proteína C reativa
PUVA – Psoraleno e luz ultravioleta A
RANKL - Receptor ativador do fator nuclear *kappa*- B ligante
SF-36 - *Medical Outcomes Study SF-36 Health Survey*
SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*
SSZ – Sulfasalazina
TNF – Fator de necrose tumoral

ToPAS - *Toronto Psoriatic Arthritis Screening Questionnaire*

UnB – Universidade de Brasília

UVB – Luz ultravioleta B

VHS – Velocidade de hemossedimentação

X² - Teste qui- quadrado

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 REVISÃO DA LITERATURA	17
1.1.1 Psoríase	17
1.1.1.1 Conceito	17
1.1.1.2 Epidemiologia	17
1.1.1.3 Quadro Clínico	18
1.1.1.4 Imunofisiopatologia	18
1.1.1.5 Prognóstico	20
1.1.2 Artrite Psoriásica	20
1.1.2.1 Conceito	20
1.1.2.2 Histórico	21
1.1.2.3 Imunofisiopatologia	21
1.1.2.4 Diagnóstico	22
1.1.2.5 Epidemiologia	23
1.1.2.6 Quadro Clínico	24
1.1.2.7 Prognóstico	26
1.1.2.8 Tratamento	27
2 JUSTIFICATIVA	30
3 OBJETIVOS	32
3.1 OBJETIVOS PRIMÁRIOS	32
3.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS	32
4 MÉTODOS	34
4.1 TIPO DE ESTUDO	34
4.2 LOCAL DO ESTUDO	34
4.3 DURAÇÃO DO ESTUDO	34
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	35
4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	35
4.6 AVALIAÇÃO DOS PACIENTES	35
4.6.1 Características gerais	35
4.6.1.1 Idade	36
4.6.1.2 Gênero	36
4.6.1.3 Etnia	36
4.6.2 Avaliação da dermatologia	36
4.6.2.1 Dados da história clínica e exame físico	37
4.6.2.2 Exame dermatológico	38
4.6.3 Avaliação reumatológica	39
4.6.3.1 Dados da história clínica e exame físico	39
4.6.3.2 Exame reumatológico	40
4.7 AVALIAÇÃO LABORATORIAL E RADIOGRÁFICA	46
4.7.1 Exames laboratoriais	46
4.7.1.1 Exames gerais	46
4.7.1.2 Fator reumatóide	46
4.7.2 Avaliação radiográfica	47
4.7.3. Diagnóstico	47
4.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA	48

4.9 PLANO AMOSTRAL	49
4.10 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	49
5 RESULTADOS	52
5.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DA POPULAÇÃO TOTAL DE PACIENTES COM PSORÍASE	52
5.1.1 Idade	52
5.1.2 Gênero	52
5.1.3 Grupo étnico	53
5.1.4 Doenças prévias e comorbidades associadas	53
5.1.5 História familiar de psoríase	53
5.1.6 Tipo de psoríase	54
5.1.7 Grau de extensão do envolvimento cutâneo	54
5.1.8 Envolvimento ungueal	55
5.1.9 Envolvimento de couro cabeludo	55
5.1.10 Presença de queixas no aparelho músculo-esquelético	55
5.1.11 Presença de entesites	56
5.1.12 Presença de dactilites	56
5.1.13 Frequência de medicamentos utilizados	57
5.2 FREQUÊNCIA DE MANIFESTAÇÕES E DOENÇAS REUMÁTICAS NA POPULAÇÃO DE PACIENTES COM PSORÍASE	57
5.3 PREVALÊNCIA DE ARTRITE PSORIÁSICA	57
5.4 VARIAÇÃO DE TEMPO ENTRE INÍCIO DOS SINTOMAS CUTÂNEOS,	58
5.5 CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO COM ARTRITE PSORIÁSICA	59
5.5.1 Idade	59
5.5.2 Gênero	59
5.5.3 Grupo étnico	60
5.5.4 Tipo de acometimento articular	60
5.5.5 Frequência de medicações utilizadas	60
5.6 COMPARAÇÕES ENTRE OS GRUPOS COM E SEM DIAGNÓSTICO DE	60
5.6.1 Idade	60
5.6.2 Gênero	61
5.6.3 Grupo étnico	61
5.6.4 História familiar	62
5.6.5 Tipo de psoríase	62
5.6.6 Presença de lesão ungueal	63
5.6.7 Presença de envolvimento de couro cabeludo	63
5.6.8 Presença de dactilites	64
5.6.9 Presença de entesites	64
5.6.10 História clínica de cervicalgia e lombalgia	65
5.6.11 Número de articulações dolorosas	65
5.6.12 Resultados das dosagens de VHS e PCR	65
6 DISCUSSÃO	68
6.1 DISCREPÂNCIAS ENTRE ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS	69
6.1.1 Quanto à definição dos casos	69
6.1.2 Quanto aos critérios diagnósticos utilizados	70
6.1.3 Quanto ao local do estudo	71
6.1.4 Quanto à população estudada	71
6.1.5 Quanto à seleção de pacientes	72
6.1.5.1 Faixa etária	72
6.1.5.2 Etnia	73

6.1.5.3 Gênero	73
6.2 JANELA DE OPORTUNIDADE	74
6.3 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS AVALIADAS QUANTO À CAPACIDADE	75
6.4 CARACTERÍSTICAS ENCONTRADAS NA NOSSA POPULAÇÃO DE	77
7 CONCLUSÕES	82
REFERÊNCIAS	85
APÊNDICES	93
APÊNDICE A- FICHA DERMATOLÓGICA	93
APÊNDICE B- PASI (Psoriasis Activity Severity Index)	94
APÊNDICE C – FICHA REUMATOLÓGICA	95
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	96
ANEXOS	98
ANEXO 1	98

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 REVISÃO DA LITERATURA

1.1.1 Psoríase

1.1.1.1 Conceito

A psoríase é uma doença comum, crônica, inflamatória e multissistêmica com manifestações predominantemente na pele e articulações afetando aproximadamente 2% da população (1).

1.1.1.2 Epidemiologia

Sua distribuição é universal, no entanto, sua frequência varia amplamente entre os diversos grupos étnicos (2).

A incidência mundial oscila entre 1% a 3% e sua prevalência varia de 0% a 11,8% (2).

A psoríase é mais prevalente na América do Norte e em brancos europeus e é menos prevalente em orientais e populações africanas (3). Na Alemanha, Inglaterra e Estados Unidos estima-se que a doença acometa entre 1% a 2% da população. Os gastos com a psoríase nos Estados Unidos chegam ao valor de 3 bilhões de dólares/ano (4; 5). Altas prevalências da doença foram obtidas na Noruega e altas incidências foram reportadas na Europa, em locais como na Dinamarca (2,9%) e nas ilhas Faeroe (2,8%), com uma média no Norte da Europa em torno de 2% (6; 7). A incidência da psoríase parece ser menor em asiáticos com grandes estudos populacionais mostrando prevalências em torno de 0,3% (8). Em estudo com mais

de 12.500 samoanos e aproximadamente 26.000 índios sul-americanos nenhum caso de psoríase foi observado (2; 9).

No Brasil não existem estudos sobre a prevalência da psoríase (3).

A doença pode se manifestar logo após o nascimento ou tardiamente no idoso. O mais comum é o início entre a 2ª e a 5ª décadas de vida. É igualmente comum entre homens e mulheres (3).

1.1.1.3 Quadro Clínico

A lesão típica da psoríase, seja ela uma única pápula ou uma extensa placa, é sempre característica e apresenta eritema, escamação e pápula (3).

Caracteriza-se pelo aparecimento de lesões róseas ou avermelhadas, recobertas de escamas secas e esbranquiçadas que aparecem, em geral, no couro cabeludo, cotovelos e joelhos. Em alguns casos, as lesões podem se espalhar por toda a pele. Alterações ungueais podem preceder a psoríase na pele por vários anos e podem, inclusive, ser manifestação isolada da doença (3).

A psoríase possui diversas formas de apresentação clínica como: vulgar, pustulosa, eritodérmica, ungueal, linear ou zosteriforme, gutata ou eruptiva, mínima, invertida, medicamentosa, ceratodérmica e artropática. A forma mais comum é a psoríase em placas (10).

1.1.1.4 Imunofisiopatologia

A psoríase é uma doença multigênica com um número de *loci* suscetíveis em diferentes cromossomos. A patogênese da doença é caracterizada por dois principais componentes: a disfunção do sistema imune e alteração da homeostase do queratinócito (11).

O sistema imune tem um papel fundamental no desenvolvimento da psoríase. É possível que a existência de antígenos próprios, antígenos provenientes de

agentes microbianos ou superantígenos bacterianos iniciem uma resposta imune vigorosa. Diferentes tipos de células T e células dendríticas, células mastocitárias e granulócitos participam da patogênese e diversas citocinas foram identificadas nas lesões teciduais. O fator de necrose tumoral α (TNF α), a interleucina (IL) 17 e a IL 23 são as principais citocinas com um papel patogênico importante na psoríase. A angiogênese é um dos eventos iniciais na lesão cutânea psoriásica (12).

O conceito de que a psoríase é uma doença imunomediada com infiltrado celular principal composto por linfócitos T é amplamente aceito. Por outro lado, a lesão psoriásica só se desenvolverá na epiderme se existirem queratinócitos superproliferativos e estes forem resistentes à apoptose levando à alteração na homeostase da epiderme (13).

Além dos fatores genéticos e imunológicos, fatores comportamentais têm sido implicados na patogênese da psoríase (11). Apesar de apenas alguns deles poderem desencadear a doença, muitos outros parecem exacerbar ou modificar a doença, incluindo faringites bacterianas, estresse, infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (VIH) e várias medicações (12).

Agentes infecciosos podem estar envolvidos no desenvolvimento da psoríase. A infecção de garganta por estreptococos *pyogenes* β hemolítico do grupo A parece estar fortemente associada à doença. A infecção pelo VIH tem sido associada à exacerbação da psoríase (14).

Eventos de estresse agudo estão comumente associados a episódios de reagudização ou surgimento da doença (15).

O trauma de pele é bem conhecido como indutor de lesão psoriásica (2).

Alguns estudos demonstraram a influência do estilo e dos hábitos de vida nas manifestações da psoríase. Indivíduos obesos desenvolvem psoríase mais grave. Fatores dietéticos, tais como uma dieta rica em gorduras poliinsaturadas, em glúten e um alto consumo de álcool parecem ter influência no processo da doença. Já a exposição solar é considerada um fator protetor sendo um agente terapêutico comumente usado para tratamento da psoríase (16; 17).

Outros fatores que implicam no desenvolvimento da psoríase são o tabagismo e uso de medicações como antimaláricos, β bloqueadores, lítio, antiinflamatórios não esteroidais (AINE), inibidores da enzima conversora da angiotensina e gemfibrozila, interferon α e γ (18).

1.1.1.5 Prognóstico

A psoríase é uma doença crônica que está associada a uma série de conseqüências desfavoráveis e uma série de comorbidades sistêmicas (19; 20). Estudos epidemiológicos têm demonstrado que várias doenças costumam surgir com maior frequência nos pacientes com psoríase como a artrite psoriásica, doença cardiovascular, hipertensão arterial sistêmica, obesidade, diabetes *mellitus* tipo 2 , bem como algumas doenças autoimunes, como doença de Crohn (20). Esses pacientes apresentam uma maior mortalidade (21).

As manifestações articulares são 10 a 15 vezes mais comuns em indivíduos com diagnóstico de psoríase. Há relatos comprovando que pacientes com psoríase podem apresentar manifestações articulares inflamatórias em uma porcentagem acima de 40%. A artrite psoriásica pode ocorrer em 5% a 40% dos pacientes com diagnóstico de psoríase (10). Aproximadamente 25 a 30% dos pacientes com psoríase desenvolvem artrite psoriásica cinco a doze anos depois do surgimento de suas lesões cutâneas. Mas nem todo paciente com psoríase vai apresentar artrite psoriásica e nem toda manifestação articular em pacientes com psoríase trata-se de artrite. Fibromialgia, osteoartrite e artralgia são comuns na população geral bem como no grupo de pacientes com psoríase (22) e, por isso, recomenda-se que sintomas articulares devam ser procurados em todos os pacientes com psoríase (22).

1.1.2 Artrite Psoriásica

1.1.2.1 Conceito

A artrite psoriásica é uma artropatia inflamatória crônica, soronegativa associada à psoríase (23; 24).

1.1.2.2 Histórico

A primeira descrição de artrite psoriásica foi atribuída a Louis Aliberti em 1818 (25). A doença emergiu com sua própria identidade e como doença separada da artrite reumatóide principalmente após a descoberta do fator reumatóide (26). Em 1937, Jeghers e Robison já descreviam a artrite psoriásica como doença independente da artrite reumatóide. Contudo, em 1939, Walter Bauer e Piñol encontraram poucas evidências científicas que justificassem classificá-la como doença com identidade própria. Poucos anos após, Vilanova e Piñol discordaram da conclusão anterior e descreveram, novamente, a artrite psoriásica como doença independente (27). Somente em 1964 o Colégio Americano de Reumatologia (ACR) também reconheceu a artrite psoriásica como entidade única. E, finalmente, em 1973, Moll e Wright conseguiram, por meio de um estudo de revisão de estudos epidemiológicos, embasar cientificamente o conceito de que a artrite psoriásica é uma entidade única, com fatores clínicos, sorológicos e radiológicos característicos (28). Atualmente é classificada como um subtipo de espondiloartrite com base em características clínicas, imuno-histopatológicas e associação com antígenos leucocitários humanos do complexo maior de histocompatibilidade (HLA) (29).

1.1.2.3 Imunofisiopatologia

Com relação à patogênese da doença, a artrite psoriásica é uma doença poligênica autoimune de etiologia desconhecida em que células T-CD8+ e citocinas têm papéis fundamentais. A doença tem uma herança genética importante. A susceptibilidade genética tem sido amplamente reconhecida com participação dos genes do complexo maior de histocompatibilidade na patogênese da doença. A forma periférica da doença está associada com HLA B38 e HLA B39 e a forma axial da doença, com HLA de classe I alelo B27 (30; 31; 32).

Além do componente genético, o sistema imune tem um papel fundamental na fisiopatologia da artrite psoriásica ressaltando-se a expansão clonal de células T CD8+. Com ativação de células T, a pele, articulação e êntese inflamadas são invadidas por um infiltrado inflamatório importante rico em citocinas incluindo IL 1, IL2 e IL10, interferon (IFN) e TNF α . As citocinas pró-inflamatórias e, especialmente, o TNF α , induzem ativação endotelial com expressão de várias moléculas de adesão. O TNF α tem um papel crucial na degradação da cartilagem por meio da produção de metaloproteinases (MMP). As MMP levam à erosão da cartilagem e ao aumento da expressão de fatores angiogênicos (33; 34; 35; 36; 37; 38).

A artrite psoriásica também se caracteriza por um remodelamento ósseo anormal na articulação provavelmente secundário à expressão aumentada de TNF α nesse local. O TNF α , além disso, estimula a diferenciação de monócitos em células precursoras de osteoclastos e em osteoclastos maduros que vão ativar o receptor ativador do fator nuclear *kappa*- B ligante (RANKL) e IL1 no osso subcondral. Com a ativação dos osteoclastos há um aumento na osteoclastogênese levando à perda e surgimento de erosão óssea (39; 40).

Não foi demonstrada associação entre presença de infecções e o desenvolvimento da artrite psoriásica (32).

Foi observado que o estresse biomecânico pode ser responsável pelo aumento de citocinas inflamatórias na articulação e na êntese em indivíduos geneticamente susceptíveis, podendo levar ao surgimento da artrite (32).

1.1.2.4 Diagnóstico

Como disposto no artigo publicado por Gladman (41), ainda existem algumas dificuldades para o diagnóstico de artrite psoriásica. Sendo assim, vários critérios de classificação já foram propostos, como o de Vasey e Espinoza, McGonagle, Bennet, Moll e Wright, Gladman e o do *European Spondyloarthritis Study Group* (ESSG).

O critério de classificação de CASPAR (*Classification Criteria for Psoriatic Arthritis*) é um deles e, quando aplicado em pacientes com artropatia inflamatória, apresenta boa sensibilidade e especificidade para o diagnóstico da artrite psoriásica (42). Esse critério tem o inconveniente da difícil utilização em um contexto

epidemiológico. No estudo de Ibrahim *et al.* (43), está descrita uma outra limitação desse critério, ou seja, ele foi desenvolvido baseado em pacientes com doença estabelecida e, então, pode ser que ele não se aplique bem para quadros iniciais da doença. Mas, apesar disso, o critério classificatório de CASPAR, quando comparado aos demais, apresenta melhor sensibilidade e especificidade, facilitando o recrutamento de pacientes nos estudos de artrite psoriásica (44).

1.1.2.5 Epidemiologia

A artrite psoriásica apresenta acometimento igual entre os sexos e início predominantemente na quarta década de vida (45).

Usando a definição de artrite psoriásica como uma artrite inflamatória associada à psoríase que apresenta fator reumatóide negativo, observa-se, por exemplo, em uma coorte de pacientes do Reino Unido, uma incidência de 3,4/100000/ano em mulheres e 3,6/100000/ano em homens. Contudo, nessa avaliação, não foram incluídos pacientes que apresentavam monoartrite ou espondiloartrite (46).

Outros estudos estimam a incidência de artrite psoriásica entre 6 a 8/100000/ano e prevalência entre 0,1% a 1% (47).

Apesar do alto nível de miscigenação da população brasileira, a frequência da artrite psoriásica foi considerada alta em estudo realizado com pacientes atendidos com artrite inflamatória em dois hospitais universitários de referência no sudeste do país, talvez por essa população ser, em sua grande maioria, de descendentes de caucasianos (48). No estudo de Aslanian *et al.* (49), feito por meio da revisão de prontuários de um hospital universitário brasileiro, foi encontrada uma prevalência de envolvimento articular em 24% dos pacientes. Já em outro estudo brasileiro, realizado durante período de 2006 a 2007 com 28 centros universitários no Brasil usando um protocolo de investigação padronizado em que foram avaliadas variáveis epidemiológicas, clínicas e radiológicas de 1036 pacientes com diagnóstico de espondiloartrites, a prevalência de artrite psoriásica encontrada foi de 13,7% (50).

A exata prevalência da artrite psoriásica é desconhecida. De uma forma geral, evidencia-se, em estudos recentes, que a prevalência da artrite psoriásica na

população geral é de 0,06%-0,25%. Estimar a prevalência tem sido difícil, principalmente pela existência de vários critérios classificatórios utilizados para fazer o diagnóstico correto da doença (29). A prevalência da artrite psoriásica também pode estar subestimada, uma vez que muitos fatores dificultam o diagnóstico da doença, incluindo seu quadro insidioso e ausência de marcadores diagnósticos específicos (29).

1.1.2.6 Quadro Clínico

As manifestações clínicas da doença incluem dactilite, entesites, monoartrite, oligoartrite, poliartrite simétrica, acometimento predominantemente de interfalangeanas distais, sacroileíte, espondilite e artrite mutilante. A inflamação articular costuma vir acompanhada de dor e rigidez articular. Em muitos casos esses achados podem ocorrer em combinação (29). Com a progressão da doença há um predomínio do acometimento poliarticular, muitas vezes associado a uma maior disfunção (51). De uma forma geral, os sintomas vão depender da gravidade do acometimento (19).

As características clínicas típicas da artrite psoriásica incluem envolvimento articular distal que ocorre em mais da metade dos pacientes, apesar de sua ocorrência isolada ser rara. Cerca de metade dos pacientes com artrite psoriásica tem a forma espondiloartropática, que costuma ser menos sintomática quando comparada à espondilite anquilosante. Metade dos pacientes também apresenta dactilite e 40% apresenta entesites (28). Atualmente prefere-se classificar a doença em três padrões articulares: padrão periférico oligoarticular (≤ 4 articulações acometidas) ou poliarticular (≥ 5 articulações acometidas) e padrão axial com ou sem artrite periférica associada (32).

Existem também manifestações extra-articulares, como inflamação ocular (conjuntivite, irite), úlceras orais, uretrite e doença valvar aórtica (51).

Em 70% dos casos de psoríase, as lesões de pele antecedem o acometimento articular. Em 20% dos casos, são concomitantes e raramente (10%) o acometimento articular pode preceder as lesões cutâneas (10; 51). Como na maior parte dos casos a psoríase ocorre antes das manifestações articulares, torna-se

importante a triagem desses pacientes para diagnóstico precoce de doenças reumáticas, incluindo a artrite psoriásica (22; 41). Diante disso, atualmente, vêm sendo propostos vários questionários para triagem de manifestações articulares em doentes com psoríase, como o PASE (*Psoriatics Arthritis Screening and Evaluation*) e o ToPAS (*Toronto Psoriatic Arthritis Screening Questionnaire*), na tentativa de avaliar aqueles pacientes com maior chance de apresentar artrite psoriásica e encaminhá-los ao reumatologista para diagnóstico e instituição precoce de tratamento (52; 41).

Na artrite psoriásica não existem testes laboratoriais específicos mas, pode ser observada anemia de doença crônica, hipoalbuminemia, hipergamaglobulinemia, hiperuricemia, aumento da velocidade de hemossedimentação (VHS), proteína C reativa (PCR) e fibrinogênio. Na maior parte dos pacientes o fator reumatóide é negativo (51).

O aumento da velocidade de hemossedimentação, da proteína C reativa e do fibrinogênio é encontrado em 50% dos casos. Esses achados geralmente se correlacionam com um maior número de articulações acometidas e representam um fator prognóstico ruim. A hiperuricemia encontrada em 20% dos pacientes com artrite psoriásica está associada ao alto *turnover* celular ou a um distúrbio metabólico (32).

Alguns achados radiográficos são característicos da artrite psoriásica, como o acometimento assimétrico. Na coluna é comum encontrar alterações menos graves que na espondilite anquilosante, maior acometimento cervical e os sindesmófitos são geralmente paramarginais (45). O envolvimento de sacroilíacas pode permanecer desconhecido a menos que se faça uma análise radiográfica desses pacientes (29).

Várias características radiográficas vêm sendo descritas na artrite psoriásica periférica e axial, incluindo a predileção pelo acometimento de interfalangeanas distais, envolvimento assimétrico de articulações de mãos e pés, erosões marginais com proliferação óssea adjacente, ausência de osteopenia justa-articular, acroosteólise e artrite mutilante, periostite com falange em marfim, deformidade lápis na xícara, calcificação de tecidos moles paravertebrais, ossificação paravertebral assimétrica, proliferação óssea ao longo espinha cervical anterior e estreitamento do espaço apofisário, envolvimento grave da coluna cervical poupando coluna tóraco-lombar, envolvimento assimétrico de sacroilíacas e raramente envolvimento tipo coluna em bambu (32).

1.1.2.7 Prognóstico

Essa doença pode acarretar uma série de conseqüências negativas, como dor, disfunção funcional, dano ósseo e articular e, inclusive, um aumento na mortalidade (19).

Preditores de mau prognóstico incluem envolvimento de cinco ou mais articulações edemaciadas, a necessidade de uso de diversas medicações para controle da doença já no início do quadro e o uso de esteróides. O envolvimento poliarticular usualmente prediz o desenvolvimento de deformidades articulares e também de doença erosiva. Antígenos do HLA são correlacionados com uma maior progressão de dano clínico-articular. HLA B27 na presença de HLA-DR7, HLA-B39 e HLA-DQw3 associam-se ao dano articular. HLA B22 está associado a um bom prognóstico. Uma baixa velocidade de hemossedimentação no diagnóstico da doença tem sido vista, também, como um fator protetor (26).

Várias comorbidades também parecem estar associadas à artrite psoriásica. As comorbidades geralmente se manifestam clinicamente anos após o surgimento da psoríase e são frequentemente vistas nas formas graves da doença (20).

A artrite psoriásica correlaciona-se com doença cardiovascular, hipertensão arterial sistêmica, obesidade, diabetes *mellitus* tipo 2, doença coronariana (infarto agudo do miocárdio), outras doenças autoimunes (doença de Crohn), infecções, malignidades, depressão, tabagismo e aumento do consumo de álcool (20; 29; 53).

Pacientes com artrite psoriásica têm um risco aumentado de morte com razão de mortalidade de 1,62. As causas mais comuns de morte são similares às da população geral, ou seja, predominância das causas cardiovasculares. O risco de morte prematura está relacionado à doença ativa e grave, à quantidade e tipo de medicação usada, à presença de doença erosiva e ao alto valor de velocidade de hemossedimentação presente na apresentação clínica da doença (30).

Pacientes que possuem concomitantemente psoríase e artrite psoriásica apresentam resultados piores nos questionários de qualidade de vida comparados aos que têm presença de uma dessas doenças de forma isolada (29). O *Medical Outcomes Study SF-36 Health Survey* (SF – 36) é um dos questionários utilizados

para avaliação do impacto na qualidade de vida em pacientes com doenças reumáticas, incluindo artrite psoriásica (54). Em um estudo populacional envolvendo residentes dos Estados Unidos, mais de $\frac{3}{4}$ dos pacientes com artrite psoriásica relataram que sua condição leva a um moderado (38%) ou grave (39%) impacto em sua qualidade de vida. Apenas 23% dos pacientes, nesse estudo, não descreveram nenhum impacto importante em sua qualidade de vida. Além disso, análises posteriores do estudo revelaram que entre pacientes portadores de artrite psoriásica há um aumento no risco de mortalidade em associação com a presença dos seguintes indicadores: aumento importante da velocidade de hemossedimentação e alterações radiográficas com dano articular evidente no estágio inicial da doença (55).

Como observado, essas doenças levam a um grande impacto na saúde do indivíduo. O diagnóstico e instalação de tratamento nos estágios iniciais da doença são fundamentais para evitar suas complicações clínicas (52; 41).

1.1.2.8 Tratamento

Revisões da literatura sobre tratamento para manifestações clínicas mais significantes da artrite psoriásica (pele/unhas, artrite periférica, doença axial, dactilite e entesite) foram definidas e publicadas pelos membros do *Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis* (GRAPPA) (56).

Essas decisões terapêuticas foram definidas e debatidas por reumatologistas e dermatologistas e pelos próprios pacientes com artrite psoriásica. Tudo isso baseado em revisões sistemáticas da literatura e opinião de especialistas (56).

A artrite psoriásica tem sido descrita como uma entidade distinta e, diante disso, investigações são necessárias para avaliação e desenvolvimento de novas e bem toleradas terapias para a doença (56).

Para definição da proposta terapêutica, a doença foi definida em cinco domínios: pele/unhas, artrite periférica, doença axial, dactilite e entesite. Para cada um dos domínios, existem propostas de tratamento atualmente recomendadas como disposto na tabela 1 (56).

Tabela 1 – Diretriz de tratamento para artrite psoriásica dividida por características da doença e tipo de envolvimento proposta pelo GRAPPA (2010).

Artrite Periférica	Doença cutânea e ungueal	Doença axial	Dactilite	Entesites
Terapia inicial: AINE Esteróides IA DMCD (MTX, CsA, SSZ, LEF) Biológicos (Anti-TNF)	Terapia inicial: Tópica PUVA/ UVB Sistêmica (MTX, CsA, etc) Biológicos (Anti-TNF, etc.)	Terapia inicial: AINE FT Biológicos (Anti-TNF)	Terapia inicial: AINE Biológicos (Anti-TNF)	Terapia inicial: AINE FT Biológicos (Anti-TNF)
Reavaliar resposta à terapia e toxicidade				

Anti-TNF, anti fator de necrose tumoral; CsA ciclosporina A; DMCD, droga modificadora do curso da doença; IA intrarticular; LEF, leflunomida; MTX, metotrexato; AINE, anti-inflamatórios não esteroidais; FT, fisioterapia; PUVA psoraleno e luz ultravioleta A; SSZ, sulfasalazina; UVB, luz ultravioleta B.

Terapias efetivas para a artrite psoriásica serão aquelas que atuam sobre cada um desses domínios. Isto é, tratamentos que têm a capacidade de melhorar todos os domínios ou combinação de terapias que podem melhorar um dos domínios de forma isolada, mas que possam ser usados de forma segura simultaneamente (57).

Múltiplas opções terapêuticas existem e estão surgindo com o objetivo de melhorar sinais e sintomas da doença, impedir o dano articular estrutural e melhorar função e qualidade de vida (57).

2 JUSTIFICATIVA

2 JUSTIFICATIVA

A falta de um tipo de critério de classificação padrão leva a limitações na interpretação dos estudos epidemiológicos (23) e considerando que inexistente consenso quanto ao diagnóstico poderá ser subestimada a prevalência da artrite psoriásica (29).

Em revisão realizada de março de 1999 a julho de 2011 utilizando como base de dados o PubMed e o MEDLINE e usando termos como “psoriasis”, “psoriatic arthritis” e “Brazil”, foram encontrados apenas três artigos com análise semelhante à proposta por esse estudo (48;49; 50).

Os resultados de estudos epidemiológicos são variáveis a depender de fatores genéticos, comportamentais e da metodologia empregada no estudo isso leva a uma limitação em seu uso e interpretação, sendo importante a realização de um perfil de achados epidemiológicos, clínicos e laboratoriais de pacientes com psoríase e artrite psoriásica no nosso meio.

3 OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVOS PRIMÁRIOS

- Descrever as características demográficas e clínicas em um grupo de pacientes com diagnóstico de psoríase atendidos no ambulatório de referência do Hospital Universitário de Brasília.

3.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Avaliar o grupo de pacientes com psoríase quanto à presença e frequência de queixas e doenças reumáticas.
- Verificar a prevalência de artrite psoriásica nessa população.
- Avaliar diferenças das características demográficas, clínicas e laboratoriais entre os grupos sem e com o diagnóstico de artrite psoriásica.
- Determinar a possível associação entre a presença do diagnóstico de artrite psoriásica e variáveis como o tipo de psoríase, presença de lesões ungueais, lesões em couro cabeludo, história de cervicalgia e lombalgia, número de articulações dolorosas, entesites, dactilites, valores de velocidade de hemossedimentação e de proteína C reativa.
- Verificar variabilidade de tempo entre início dos sintomas cutâneos, articulares e diagnóstico de artrite psoriásica.

4 MÉTODOS

4 MÉTODOS

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo transversal com amostra por conveniência composta por pacientes com diagnóstico de psoríase incluídos consecutivamente quando compareciam para consulta no ambulatório de referência de Dermatologia do Hospital Universitário de Brasília (HUB).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

Os pacientes foram avaliados no ambulatório de Dermatologia do HUB da Universidade de Brasília (UnB), mais especificamente, no ambulatório de referência em psoríase dessa unidade.

Os exames laboratoriais foram realizados no Laboratório de Patologia Clínica do HUB. As radiografias foram realizadas no Serviço de Radiologia Músculo-Esquelética do HUB-UnB, Brasília, Distrito Federal. Em torno de 30% dos exames laboratoriais e radiográficos foram realizados em clínicas privadas do Distrito Federal mas ressalta-se, entretanto, que foi empregada a mesma metodologia dos exames realizados no HUB.

4.3 DURAÇÃO DO ESTUDO

Foram avaliados 133 pacientes com diagnóstico de psoríase em acompanhamento no ambulatório de Dermatologia do HUB que compareceram para consultas no período de novembro de 2009 a dezembro de 2010.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Ter confirmado diagnóstico de psoríase, de acordo com critérios clínicos por dermatologista experiente e/ou por biópsia.
- Estar de acordo e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice A).

4.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

- Não estar de acordo e não assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.
- Não houve restrições quanto à faixa etária do paciente.

4.6 AVALIAÇÃO DOS PACIENTES

Os pacientes que preencheram os critérios de inclusão foram submetidos a uma avaliação clínica.

A avaliação clínica do estudo foi combinada começando-se pela dermatologia e, em seguida, pela reumatologia.

4.6.1 Características gerais

Na avaliação dos dois especialistas, foram coletados inicialmente dados de identificação do paciente e características gerais, tais como idade, gênero e etnia.

4.6.1.1 Idade

Registro da idade em anos no momento da avaliação do estudo.

4.6.1.2 Gênero

Registro do gênero: masculino ou feminino.

4.6.1.3 Etnia

Pacientes foram questionados sobre sua etnia e divididos em cor branca, negra, mulata, amarela e outras.

4.6.2 Avaliação da dermatologia

Os pacientes eram avaliados pela equipe de dermatologia do ambulatório de psoríase, por médicos assistentes e residentes supervisionados por médico dermatologista experiente, coordenador do ambulatório.

Na avaliação da dermatologia foi aplicada, inicialmente, uma ficha clínica dermatológica (apêndice A) em que se questionava sobre início dos primeiros sintomas na pele, localização das primeiras lesões, ano de confirmação do diagnóstico, forma da doença, presença de envolvimento ungueal, presença de envolvimento de couro cabeludo, tabagismo, etilismo, comorbidades, medicamentos utilizados, presença de prurido, fatores de melhora e de piora das manifestações cutâneas, tratamentos realizados e história familiar de psoríase.

1. Dados da história clínica e exame físico

a) Manifestações clínicas

a.1) Duração dos sintomas

Registrou-se a duração (em meses) dos sintomas.

b) História patológica pregressa, hábitos de vida e história familiar de doenças reumáticas

b.1) Tabagismo

Foi definido tabagismo como consumo atual e regular de tabaco (58).

b.2) Etilismo

Foi definido etilismo como consumo de pelo menos duas doses diárias de álcool (58).

b.3) Antecedentes patológicos

Registradas as informações fornecidas pelos pacientes com relação às condições mórbidas prévias e atuais, incluindo hipertensão arterial sistêmica, diabetes *mellitus*, dislipidemia e outras informadas no momento da avaliação inicial.

b.4) História familiar de artrite psoriásica

Interrogou-se aos pacientes sobre a ocorrência de artrite psoriásica entre os familiares (considerando-se parentes até o segundo grau).

Após aplicação da ficha clínica era realizado o exame físico do paciente.

4.6.2.2 Exame dermatológico

Os pacientes foram avaliados quanto à presença de lesões psoriásicas, ou seja, presença de lesões com base eritematosa, espessas e descamativas e sua localização (59).

Foram avaliados se apresentavam ou não envolvimento ungueal, ou seja, presença de lesões incluindo depressões puntiformes irregulares, descoloração do leito ungueal em manchas de óleo e onicólise. Além disso, mudanças inflamatórias secundárias e menos específicas incluíam leuconíquia, espessamento ungueal e má formação distrófica da lâmina ungueal (60).

Foram classificados quanto à forma da psoríase em vulgar, gutata, palmoplantar, pustular, eritrodérmica e ungueal, bem como submetidos à avaliação do grau de envolvimento cutâneo.

Para a avaliação da extensão do envolvimento cutâneo, foram utilizados instrumentos de medida objetivos como o BSA (*Body Surface Area*) ou PASI (*Psoriasis Area Severity Index*) (apêndice B), sendo esse último o padrão ouro para esse tipo de avaliação (59).

A partir daí, os pacientes foram classificados quanto à gravidade de sua doença em psoríase leve, moderada ou grave (61). Psoríase leve foi definida como um BSA ou PASI menor que 2 (<2). Psoríase moderada definida como um BSA ou PASI entre 2 e 10. Psoríase grave definida como um BSA ou PASI maior que 10 (>10) (57).

Em seguida, baseado na história, exame físico, forma da doença e extensão de envolvimento cutâneo, era decidido pela Dermatologia a terapêutica final do paciente para as manifestações cutâneas, sendo esta anotada na ficha dermatológica.

4.6.3 Avaliação reumatológica

Na avaliação da Reumatologia, também, inicialmente, foi aplicada uma ficha clínica reumatológica (apêndice C) que incluía perguntas sobre as manifestações articulares, como presença de dor/edema articular, dactilite, entesite, cervicalgia, lombalgia, diagnóstico de artrite psoriásica prévio ou de outras formas de artrite, presença de rigidez matinal maior que 1 hora, data do diagnóstico da doença e tipo de acometimento articular.

4.6.3.1 Dados da história clínica e exame físico

a) Manifestações clínicas

a.1) Duração dos sintomas

Registrou-se a duração (em meses) dos sintomas.

a.2) Duração da rigidez matinal

Foram questionados sobre a duração da rigidez matinal (em minutos), informada pelo paciente, caracterizada por enrijecimento e sensação de edema, percebida, sobretudo pela manhã.

b) Exame físico geral

Com relação ao exame físico, foram anexados dados gerais, como peso, altura e os sinais vitais pressão arterial e frequência cardíaca.

4.6.3.2 Exame reumatológico

Os pacientes foram avaliados pelo mesmo médico reumatologista (reumatologista pesquisador).

No exame clínico reumatológico, os pacientes foram avaliados segundo as recomendações do GRAPPA (*Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis*) e do OMERACT (*Outcome Measures in Rheumatology Clinical Trials*), que vêm estabelecendo o conjunto de domínios a serem avaliados nos estudos clínicos da artrite psoriásica (59).

a) Envolvimento axial

O envolvimento axial foi avaliado seguindo o protocolo do grupo ASAS (*The Assessment of SpondyloArthritis International Society*). Para tal avaliação foram realizadas as seguintes medidas (62):

a.1) Rotação cervical

O paciente sentava-se na cadeira com queixo em posição neutra e mãos nos joelhos. O examinador colocava um goniômetro na região superior da cabeça alinhado com o nariz. O examinador pedia para que o paciente fizesse uma máxima rotação cervical para a esquerda seguida com o goniômetro e anotava o ângulo entre o plano sagital e o novo plano de rotação. Uma segunda medição para o lado esquerdo era feita e a melhor das medições era anotada. O mesmo procedimento era repetido para o lado direito. A média da esquerda e da direita era anotada em graus (0-90 graus) (figura 1).

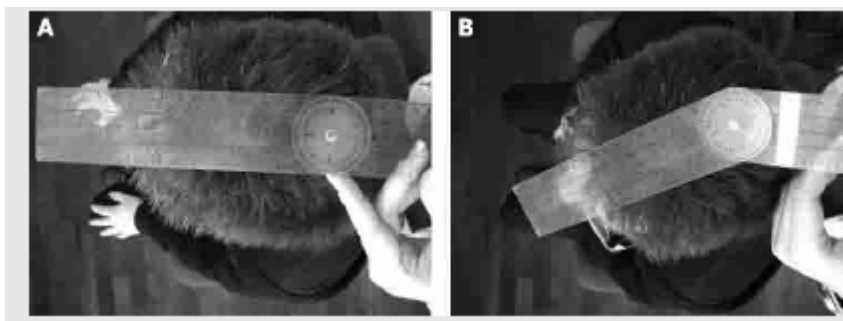


Figura 1 – Rotação cervical

a.2) Distância occípto-parede

Paciente encostava calcanhares e região posterior do tórax contra a parede. O queixo estava em alinhamento usual. Era feito máximo esforço para encostar occípto na parede. Era reportada a melhor de duas tentativas em cm (ex.: 10,2 cm) (figura 2).



Figura 2- Distância occíto-parede

a.3) Expansibilidade torácica

O paciente elevava suas mãos e as colocava por trás da cabeça. Media-se o quarto espaço intercostal anteriormente. Era feita a diferença entre a máxima inspiração e expiração em cm era anotada (ex.: 4,3cm). Era reportada a melhor de duas tentativas (figura 3).

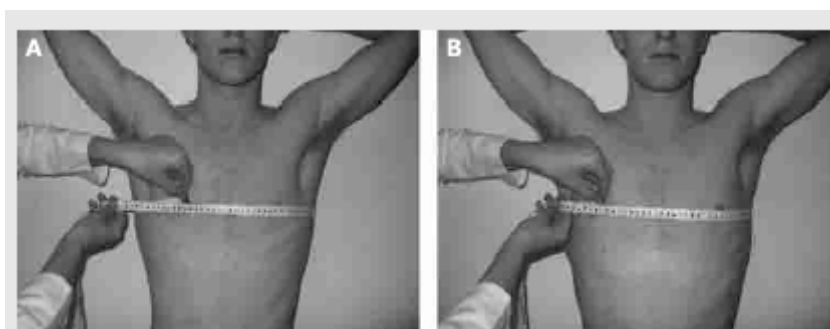


Figura 3 – Expansibilidade torácica

a.4) Teste de Schober modificado

Paciente permanecia em pé ereto. Era marcada uma linha imaginária entre as espinhas ilíacas superiores. A outra marca era colocada 10 cm acima da anterior. O paciente fazia flexão anterior da coluna máxima: era feita a medida da diferença entre as marcas. Era anotado o aumento entre as marcas e era reportada a melhor de duas tentativas (figura 4).

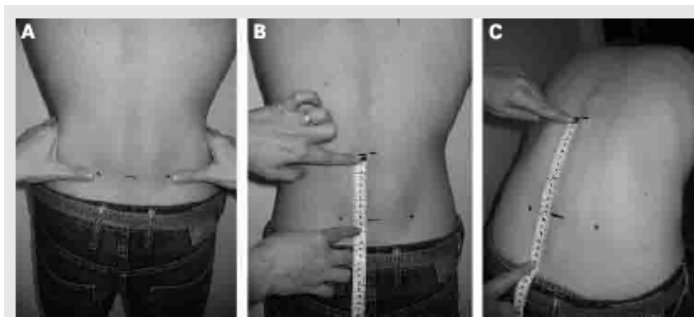


Figura 4 – Teste de Schober modificado

a.5) Lateralização da coluna

Paciente posicionava-se com calcanhares e região posterior do tórax contra a parede sem flexão dos joelhos e sem flexão anterior da coluna. Era colocada uma marca na coxa (A1) e pedido ao paciente para fletir para os lados sem flexão dos joelhos ou levantar calcanhares (A2), colocada uma segunda marca e registrada a diferença (A3).

Alternativamente, era medida a distância do dedo médio do paciente e o chão (B1). Antes e depois, paciente flexionava para os lados (B2) e era anotada a diferença (figura 5).

A melhor de duas tentativas para a direita e esquerda era registrada separadamente. A média da flexão direita e esquerda era relatada como flexão espinhal lateral.

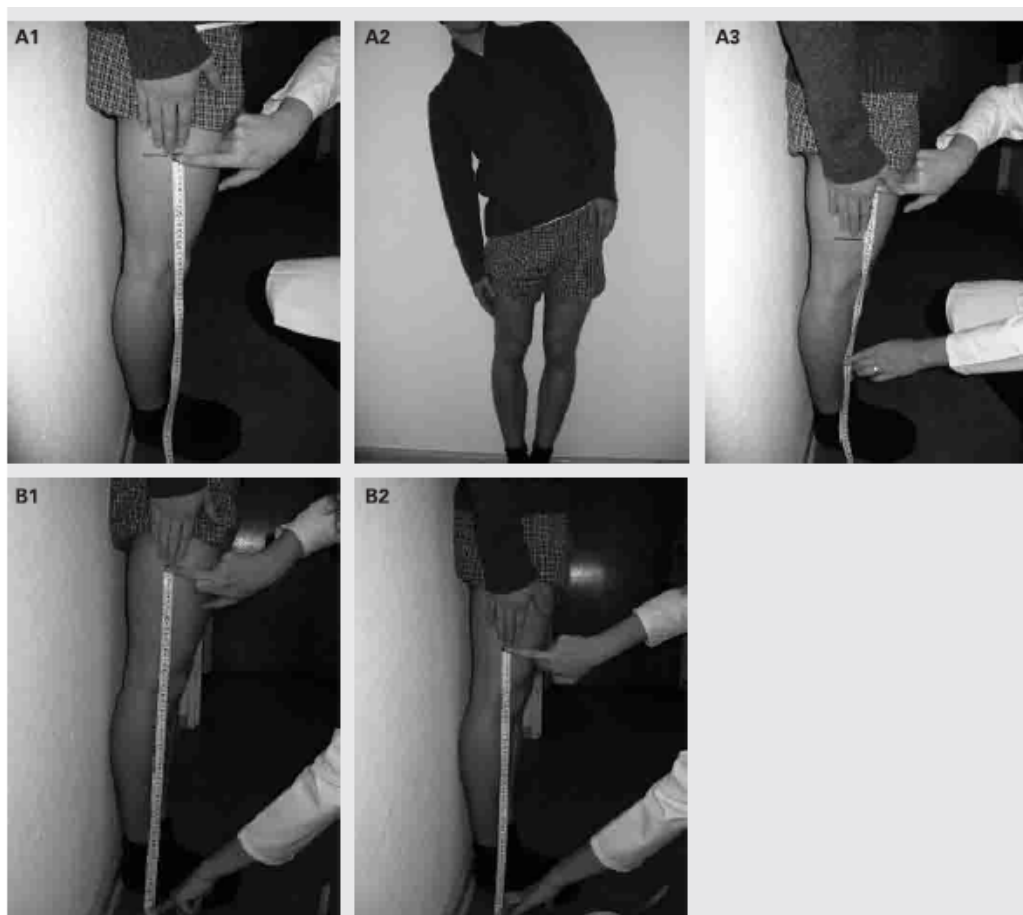


Figura 5 – Lateralização da coluna

b) Envolvimento periférico

Na avaliação do envolvimento periférico os pacientes foram submetidos à contagem articular.

A recomendação do OMERACT e GRAPPA é a avaliação de 68 articulações para dor: interfalangeanas distais, interfalangeanas proximais e metacarpofalangeanas de mãos, metatarsofalangeanas dos pés, carpometacarpeanas e articulação de punhos (avaliadas separadamente), cotovelos, ombros, acromioclaviculares, esternoclaviculares, quadril, joelhos, talo-tibiais e mediotársicas (61).

Recomenda-se a avaliação de sessenta e seis articulações para edema (exclui-se as articulações do quadril) (61).

Os pacientes ainda foram avaliados quanto à presença de dor ou limitação nas articulações sacroilíacas, ombros e coxofemurais.

b.1) Acometimento articular

Foram consideradas três possibilidades quanto ao número de articulações acometidas no início da doença: padrão periférico oligoarticular (≤ 4 articulações acometidas) ou poliarticular (≥ 5 articulações acometidas) e padrão axial com ou sem artrite periférica associada (32).

c) Dactilite

Os pacientes foram avaliados segundo a presença ou ausência de dactilite.

Para definição de dactilite utilizamos o mesmo critério de Rothschild et al. (63) que define dactilite como um edema uniforme de partes moles entre metacarpofalangenas e interfalangea proximal, interfalangea proximal e distal e/ou interfalangea distal até ponta do dedo, ou seja, um edema difuso de todo o dedo não sendo possível reconhecer o local da articulação independentemente.

d) Entesites

Para definição de êntese utilizamos a mesma denominação de Wright que a define como o local de inserção do ligamento, tendão ou cápsula articular no osso (64).

A presença de entesites foi avaliada sendo definida como presença de edema ou dor nos locais de inserção das enteses (31).

Foi utilizado um instrumento de quantificação de entesite, o *Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesitis Score* (MASES), que avalia 13 locais (figura 6).

<i>Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesitis Score</i> (MASES)

13 sítios.

Primeira costovertebral direita e esquerda.

Sétima costovertebral direita e esquerda.

Espinha ilíaca superior anterior superior direita e esquerda.

Crista ilíaca direita e esquerda.

Espinha ilíaca posterior direita e esquerda.

Processo espinhoso L5.

Tendão de Aquiles, inserção proximal direita e esquerda.

Todos os sítios levam um score de 0 ou 1.

O MASES é a soma do score de todos os sítios (de 0 a 13).

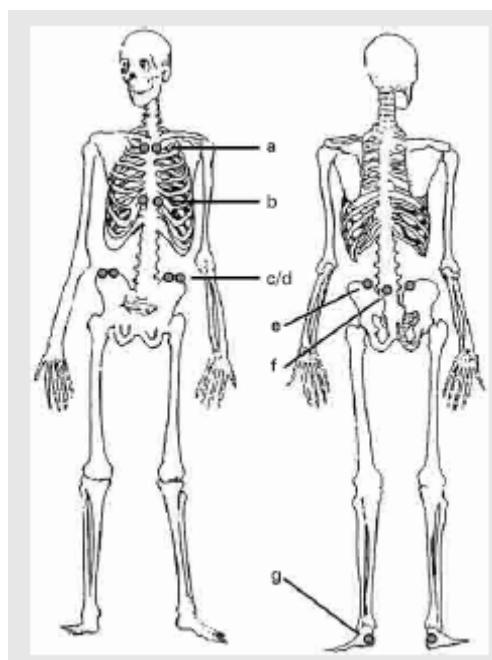


Figura 6 – Score de MASES

Em seguida, foi realizada investigação laboratorial e radiológica nos casos suspeitos de artrite psoriásica.

4.7 AVALIAÇÃO LABORATORIAL E RADIOGRÁFICA

4.7.1 Exames laboratoriais

4.7.1.1 Exames gerais

Na avaliação laboratorial foram incluídos os exames rotineiramente solicitados no ambulatório de Dermatologia para os pacientes com diagnóstico de psoríase.

Os exames solicitados eram o hemograma completo, provas de atividade inflamatória (VHS, PCR), função e enzimas hepáticas, os parâmetros renais, ácido úrico, lipidograma e demais exames necessários, quando pertinentes, que foram realizados no Laboratório de Patologia Clínica do Hospital Universitário de Brasília.

4.7.1.2 Fator reumatóide

Também foi solicitado o fator reumatóide nos casos suspeitos de artrite psoriásica, já que o fator reumatóide negativo faz parte dos critérios classificatórios de CASPAR que foi o utilizado nessa pesquisa.

Foram aceitas dosagens do fator reumatóide por qualquer método, exceto o látex, mas, preferencialmente, pelas técnicas de ELISA e nefelometria.

4.7.2 Avaliação radiográfica

Foram requeridas radiografias em pacientes com queixas articulares mecânicas ou inflamatórias ou naqueles que apresentavam alterações no exame físico. Foram solicitadas radiografias simples de mãos, pés, coluna lombar AP e lateral, lateral, coluna cervical, sacroilíacas e coxofemorais nos casos de envolvimento articular periférico e/ou axial.

Do ponto de vista radiográfico, os pacientes foram avaliados por meio do resgate de laudos emitidos por radiologistas que eram cegos em relação ao estudo. Imagens e laudos radiográficos foram revisados pela reumatologista pesquisadora.

Dessa forma, os pacientes foram classificados quanto à presença ou não de evidência radiográfica de formação óssea justarticular demonstrada como uma bem definida ossificação junto às margens articulares (excluindo osteófitos) nas radiografias de mãos e pés.

Outros achados característicos foram anotados em ficha clínica, como acometimento de interfalangeanas distais, envolvimento assimétrico de articulações de mãos e pés, erosões marginais com proliferação óssea adjacente, ausência de osteopenia justarticular, acro-osteólise e artrite mutilante, periostite com falange em marfim, deformidade tipo lápis na xícara, calcificação de tecidos moles paravertebrais, ossificação paravertebral assimétrica, proliferação óssea ao longo da espinha cervical anterior e estreitamento do espaço apofisário, envolvimento grave da coluna cervical poupando coluna tóraco-lombar, envolvimento assimétrico de sacroilíacas e envolvimento tipo coluna em bambu.

4.7.3. Diagnóstico

Após a avaliação clínica, laboratorial e radiográfica, os pacientes foram classificados quanto à presença ou não de artrite psoriásica seguindo os critérios de CASPAR (42) (figura 7).

Após diagnóstico de artrite psoriásica, terapêutica foi instituída pela Reumatologia para tratamento da doença que foi anotada em ficha clínica.

Para preencher o critério de CASPAR, o paciente deve ter doença articular inflamatória (articulação, coluna ou êntese) com ≥ 3 de 5 dos critérios abaixo:

1. Evidência de psoríase ativa, história pessoal de psoríase ou história familiar de psoríase.

Psoríase ativa é definida como uma lesão psoriásica cutânea ou em couro cabeludo presente quando avaliada pelo dermatologista ou reumatologista.

Uma história pessoal de psoríase é definida como uma história de psoríase que pode ser obtida do paciente, pelo médico da família, dermatologista, reumatologista ou outro profissional da saúde.

Uma história familiar de psoríase é definida como uma história de psoríase em um parente de primeiro ou segundo grau de acordo com relato do paciente.

2. Distrofia ungueal psoriásica típica, incluindo onicólise, *pitting* e espessamento observado no exame físico rotineiro.

3. Um teste negativo para presença do fator reumatóide por qualquer método exceto o látex, mas preferencialmente pelas técnicas de ELISA ou nefelometria, de acordo com a disponibilidade do laboratório de referência.

4. Presença de dactilite definida como um edema de todo o dígito ou uma história de dactilite vista por reumatologista.

5. Evidência radiográfica de formação óssea justarticular, demonstrada como ossificação patológica definida próxima às margens ósseas (excluindo-se formação osteofitária) em radiografias simples de mãos e pés.

*O critério de CASPAR tem especificidade de 98,7% e sensibilidade de 91,4%.

Psoríase ativa é classificada com o *score* de 2; todas as outras características recebem um *score* de 1.

Figura 7 – Critérios classificatórios de CASPAR

4.8 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Foi feita inicialmente uma análise descritiva. Em seguida utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov para verificar a normalidade da amostra.

Foram utilizados os teste qui-quadrado (χ^2), teste exato de Fischer, t de Student e Mann-Whitney para avaliar associação entre variáveis paramétricas e não paramétricas.

A análise estatística foi realizada pelo SPSS ® versão 15.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, EUA). Um valor-p inferior a 0,05 foi considerado estatisticamente significativo ($p < 0,05$).

4.9 PLANO AMOSTRAL

Nossa amostra de 133 pacientes foi por conveniência .

Os testes realizados apresentaram, um poder de 60%, considerando a prevalência de 25% de artrite psoriásica em pacientes com psoríase e uma diferença de 1 ponto entre os grupos.

Com base na prevalência da artrite psoriásica em pacientes com psoríase informada (7-42%), seriam necessários 375 pacientes para um maior poder estatístico.

4.10 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi realizada de acordo com as Normas Brasileiras para Pesquisas envolvendo Seres Humanos (1996) e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília sob o registro 023/09 (anexo 1).

Todos os pacientes que aceitaram participar da pesquisa, após o devido esclarecimento verbal sobre seus objetivos e métodos, assinaram e dataram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice D), que também foi datado e assinado pelo pesquisador responsável. Uma cópia foi entregue ao paciente e outra cópia foi arquivada sob a responsabilidade do pesquisador.

Não houve subsídio financeiro de terceiros para esse trabalho.

Todos os exames radiológicos e laboratoriais realizados foram os mesmos exames de diagnóstico e avaliação rotineira solicitados para todos os pacientes com psoríase e suspeita de artrite psoriásica.

Após diagnóstico de artrite psoriásica, terapêutica foi instituída pela reumatologia para tratamento da doença além de tratamento sintomático de acordo com as recomendações do GRAPPA.

Os pacientes que, por sua vez, não receberam diagnóstico de artrite psoriásica, mas de outras doenças reumáticas, foram informados sobre suas patologias, tendo também recebido tratamento para estas.

Todos os pacientes que receberam diagnóstico de doenças reumáticas bem como aqueles com diagnóstico indefinido foram acompanhados com consultas regulares trimestrais durante todo o período da pesquisa e lhes foi garantido seguimento na unidade de Reumatologia do HUB.

Aquelas cujo diagnóstico foi exclusivamente de psoríase receberam orientações sobre manifestações reumáticas que podem ser associadas à sua doença e que, com surgimento destas, devem procurar o mais breve possível um reumatologista.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

5.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DA POPULAÇÃO TOTAL DE PACIENTES COM PSORÍASE

5.1.1 Idade

A média de idade da amostra foi de 47,5 ($\pm 13,4$) anos e variação entre 17 e 82 anos.

5.1.2 Gênero

Foram avaliados 62 homens e 71 mulheres com diagnóstico de psoríase (figura 8).

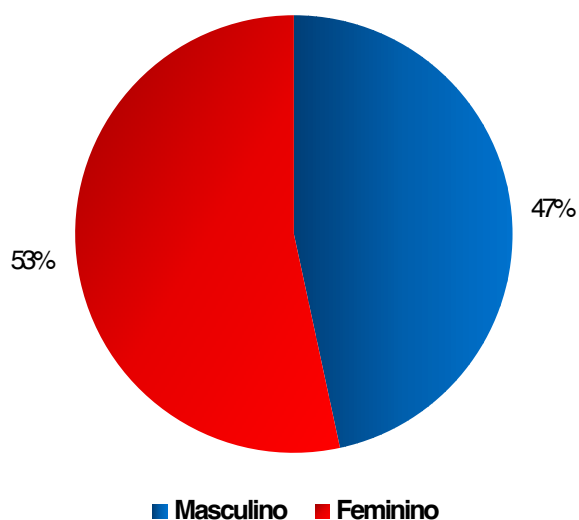


Figura 8 – Distribuição da população total de pacientes com psoríase por gênero

5.1.3 Grupo étnico

Tabela 2 – Distribuição da população total de pacientes com psoríase por etnia

Raça	Frequência	%
Branca	41	30,8%
Negra	6	4,5%
Mulata	2	1,5%
Amarela	0	0,0%
Outra	22	16,5%
Não informado	62	46,6%
Total	133	100,0%

5.1.4 Doenças prévias e comorbidades associadas

Sete pacientes informaram etilismo atual e 12 eram tabagistas. Dezoito pacientes (13,5%) eram hipertensos e 10 (7,5%) tinham o diagnóstico de diabetes *mellitus*.

5.1.5 História familiar de psoríase

Apenas cinco pacientes confirmaram história familiar de psoríase. Não havia informação registrada em 97 fichas dermatológicas (73%) (tabela 3). Dentre aqueles que informaram, 86% não tinham história de AP na família.

Tabela 3 – História familiar de psoríase

História Familiar	Frequência	%
Sim	5	3,8%
Não	31	23,3%
Não informou	97	72,9%
Total	133	100,0%

5.1.6 Tipo de psoríase

A tabela 4 apresenta a distribuição por sexo quanto ao tipo de psoríase. Não havia informação da classificação na ficha de 25 pacientes.

Tabela 4 – Distribuição por sexo quanto ao tipo de psoríase

Tipo de Psoríase	Homens	Mulheres
Vulgar	41	48
Gutata	2	3
Palmoplantar	0	5
Pustular	2	3
Eritrodérmica	2	0
Ungueal	1	1

Ressalta-se que todos os cinco pacientes que apresentaram a forma palmoplantar eram do sexo feminino e aqueles dois com a forma eritrodérmica eram do sexo masculino.

5.1.7 Grau de extensão do envolvimento cutâneo

Apenas 14 pacientes foram classificados quanto ao BSA e os valores encontrados são apresentados na tabela 5.

Tabela 5 – Valores de BSA

	Média	Mediana	Desvio-padrão	Varição
BSA	43,86	40	25,4	4 – 90

Valores de PASI foram descritos para 25 pacientes e encontram-se descritos na tabela 6.

Tabela 6 – Valores de PASI

	Média	Mediana	Desvio-padrão	Varição
PASI	5,05	2,9	5,77	0 – 22

5.1.8 Envolvimento ungueal

Trinta e nove pacientes (29%) apresentaram envolvimento ungueal, segundo o dermatologista. Entretanto, em 50 pacientes (38%), o dermatologista não relatou se houve ou não alteração ungueal (tabela 7).

Tabela 7 – Envolvimento ungueal na população total

Alteração Ungueal	Frequência	%
Sim	39	29,3%

Não	44	33,1%
Não informou	50	37,6%
Total	133	100,0%

5.1.9 Envolvimento de couro cabeludo

Quanto à presença de envolvimento do couro cabeludo, houve relato de lesões em 66 pacientes (49,6%), mas não havia informação sobre lesões em couro cabeludo em 49 pacientes (36,8%) (tabela 8).

Tabela 8 – Envolvimento de couro cabeludo na população total

Lesões do couro cabeludo	Frequência	%
Sim	66	49,6%
Não	18	12,5%
Não informou	49	36,8%
Total	133	100,0%

5.1.10 Presença de queixas no aparelho músculo-esquelético

Quanto às queixas do sistema músculo-esquelético, 101 pacientes (80,5%) apresentaram artralgia, 91 (68,4%) relataram lombalgia e 67 (50,4%) referiram cervicalgia.

5.1.11 Presença de entesites

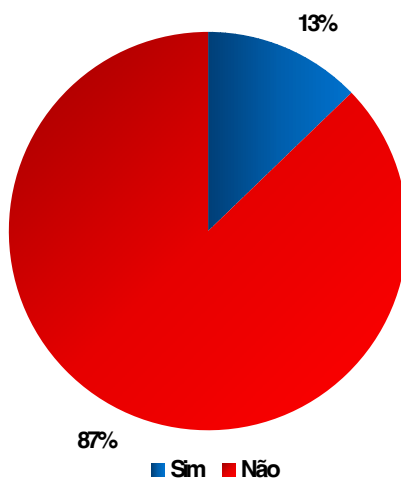


Figura 9 – Presença de entesites na população total

5.1.12 Presença de dactilites

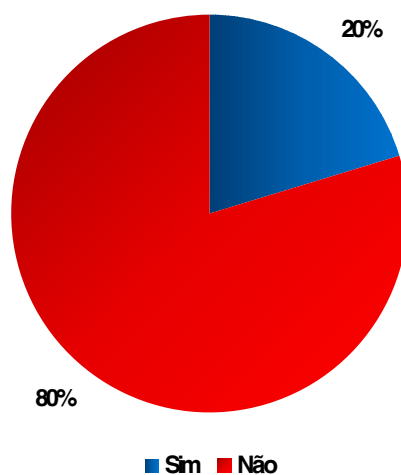


Figura 10 – Presença de dactilites na população total

5.1.13 Frequência de medicamentos utilizados

Quanto ao uso de medicamentos pelos pacientes, foi observado que 30 pacientes (22,6%) usavam AINH, 22 pacientes (16,5%) utilizavam drogas modificadoras de doença e o uso de biológicos foi reportado por 8 pacientes (6%).

5.2 FREQUÊNCIA DE MANIFESTAÇÕES E DOENÇAS REUMÁTICAS NA POPULAÇÃO DE PACIENTES COM PSORÍASE

A tabela 9 apresenta os dados de diagnóstico final quanto ao envolvimento músculo-esquelético.

Ressalta-se que apenas 31% da amostra de pacientes com psoríase não apresentava manifestação músculo-esquelética .

Tabela 9 - Diagnóstico reumatológico final

Diagnóstico reumatológico associado à psoríase	N (%)
Nenhum	41 (30,8)
Artrose	12 (9,0)
Síndrome Dolorosa Miofascial	27 (20,3)
Artrite Psoriásica	30 (22,6)
Indefinido	23 (17,3)

5.3 PREVALÊNCIA DE ARTRITE PSORIÁSICA

O diagnóstico prévio de artrite psoriásica foi relatado por 30 pacientes (22,6%) com psoríase.

Dezessete pacientes, não previamente diagnosticados, receberam o diagnóstico utilizando o critério CASPAR.

Portanto, o número de pacientes com artrite psoriásica na amostra do estudo foi de 47, ou seja, 35% da amostra avaliada.

Entretanto para fins de análise do grupo com artrite psoriásica, apenas os pacientes classificados no presente estudo pelo critério de CASPAR (30 pacientes ou 22,6% da amostra) foram considerados como representado na figura 11 .

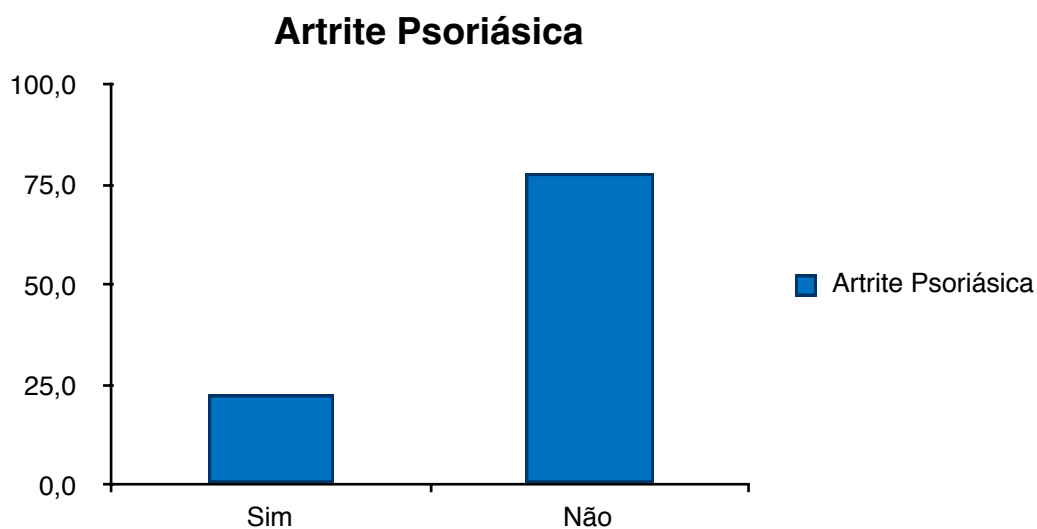


Figura 11 – Pacientes diagnosticados segundo critério de CASPAR

5.4 VARIAÇÃO DE TEMPO ENTRE INÍCIO DOS SINTOMAS CUTÂNEOS, ARTICULARES E DIAGNÓSTICO DE ARTRITE PSORIÁSICA

Houve uma grande variabilidade quanto ao tempo decorrido entre os primeiros sintomas na pele até o momento da avaliação, na população total do estudo, que foi em média 194 meses (16 anos) (tabela 10).

Tabela 10 – Início dos sintomas cutâneos

Início dos sintomas na pele	
Média	194,09
Mediana	174,0
Desvio-Padrão	119,49
Mínimo	8
Máximo	540

Ao avaliarmos apenas o grupo de pacientes com artrite psoriásica observamos que esses indivíduos tinham um tempo médio de doença cutânea de

13,8 anos, tempo médio de doença articular de 10 anos e uma média de 6,7 anos entre início das queixas articulares e diagnóstico de artrite psoriásica (tabela 11).

Tabela 11- Duração dos sintomas cutâneos, articulares e tempo transcorrido entre início dos sintomas articulares e diagnóstico de artrite psoriásica

	Duração dos sintomas cutâneos Meses (anos)	Duração dos sintomas articulares Meses (anos)	Tempo transcorrido entre início dos sintomas articulares e diagnóstico de artrite psoriásica Meses (anos)
Média	165,86 (13,8 anos)	121,1 (10 anos)	81,57 (6,7 anos)
Mediana	148 (12 anos)	114 (9,5 anos)	54 (4,5 anos)
DP	103,48 (8,6 anos)	83,72 (6,9 anos)	80,8 (6,7 anos)
Variação	8 – 312	12 – 264	3 – 360

Foi realizado o teste t de Student e observamos que não houve diferença significativa entre os grupos com e sem artrite psoriásica (p-valor = 0,860) quanto à duração dos sintomas cutâneos.

5.5 CARACTERÍSTICAS DA POPULAÇÃO COM ARTRITE PSORIÁSICA

5.5.1 Idade

Os pacientes com artrite psoriásica apresentavam média de idade de 49 anos (DP±13,2).

5.5.2 Gênero

O diagnóstico de Artrite Psoriásica estava presente em 16 homens (53,3%) e 14 mulheres (46,6%).

5.5.3 Grupo étnico

Nove pacientes informaram etnia branca e 9 relataram outras etnias. Em 22 pacientes com diagnóstico de artrite psoriásica não tínhamos informação sobre a etnia.

5.5.4 Tipo de acometimento articular

Tabela 12 – Tipo de acometimento articular

Tipo de acometimento	Frequência	%
Oligoartrite	3	10,0%
Poliartrite	20	66,7%
Escondiloartrite	7	23,3%
Total	30	100,0%

5.5.5 Frequência de medicações utilizadas

No grupo de pacientes com artrite psoriásica, nove pacientes (30%) faziam uso de AINH, doze pacientes (40%) com AP usavam DMCD e sete pacientes (23,3%) usavam biológicos.

5.6 COMPARAÇÕES ENTRE OS GRUPOS COM E SEM DIAGNÓSTICO DE ARTRITE PSORIÁSICA

5.6.1 Idade

Os pacientes com artrite psoriásica apresentavam média de idade de 49 anos ($\pm 14,3$) e a média de idade da população sem artrite foi de 47 anos ($\pm 13,1$). Ao aplicarmos o teste t de Student não houve diferença significativa na média de idade entre os pacientes que não apresentaram artrite psoriásica e aqueles com artrite psoriásica ($p = 0,471$).

5.6.2 Gênero

Ao aplicar o teste de X^2 , não se evidenciou diferença quanto ao sexo dos pacientes classificados com ou sem artrite psoriásica.

É possível notar, na figura 12, que as mulheres apresentaram menos artrite psoriásica, mesmo sendo a maioria dos pacientes. Entretanto, essa diferença não foi significativa ($p = 0,402$).

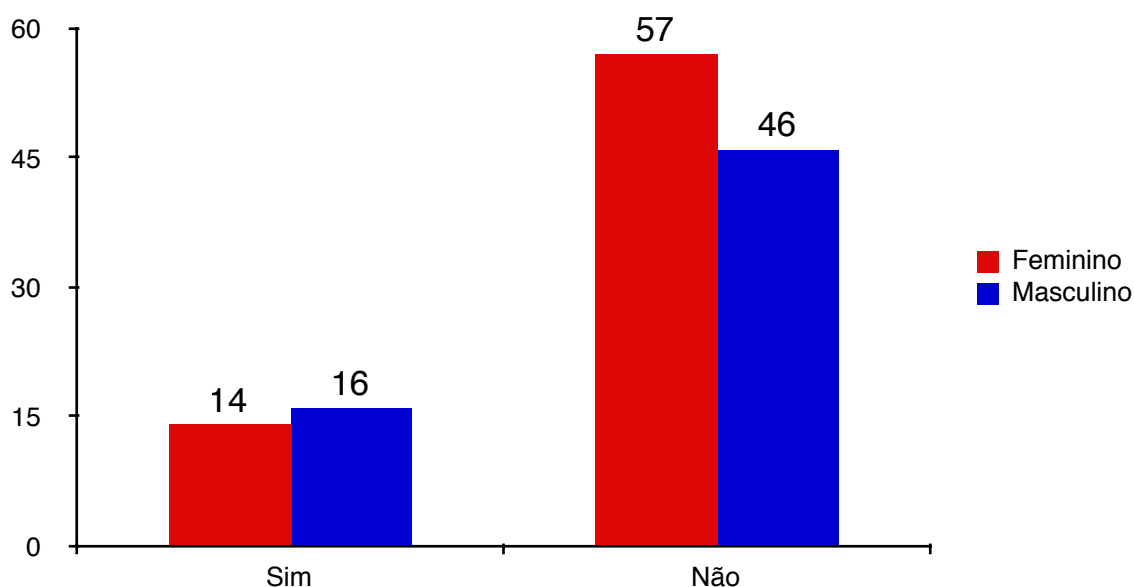


Figura 12- Distribuição quanto ao sexo dos pacientes classificados com e sem artrite psoriásica

5.6.3 Grupo étnico

Para analisar se a artrite psoriásica é mais comum em brancos, houve uma reclassificação das etnias em: branca e outra (tabela 13).

Tabela 13 – Artrite psoriásica e etnia

Artrite Psoriática	Branca	Outra	Total
Não	32	21	53
Sim	9	9	18
Total	41	30	71

Teste Qui-Quadrado, p-valor = 0,441

5.6.4 História familiar

Tabela 14 – Artrite psoriásica e história familiar

	Artrite Psoriásica		Total	
	Não	Sim		
História Familiar	Não	19	12	31
	Sim	4	1	5
Total		23	13	36

Teste Exato de Fisher

As variáveis são independentes e não existe associação significativa (p-valor = 0,634).

5.6.5 Tipo de psoríase

Não houve diferença entre os grupos quanto ao tipo de psoríase e a presença do diagnóstico de artrite psoriásica (tabela15).

Tabela 15 – Artrite psoriásica e tipo de psoríase

Tipo de psoríase	Artrite Psoriásica		Total
	Não	Sim	
Vulgar	70	19	89
Gutata	5	0	5
Palmoplantar	4	1	5
Pustular	4	1	5
Eritrodérmica	1	1	2
Ungueal	0	2	2
Total	84	24	108

Teste Exato de Fischer, * $p \leq 0,05$

Observa-se que nenhum dos cinco pacientes com psoríase tipo gutata apresentou o diagnóstico de artrite psoriásica, entretanto os dois pacientes com psoríase ungueal foram classificados como artrite psoriásica.

5.6.6 Presença de lesão ungueal

Não houve associação significativa entre a presença de envolvimento ungueal e a presença do diagnóstico de artrite psoriásica (tabela 16).

Tabela 16 – Artrite psoriásica e envolvimento ungueal

		Artrite Psoriásica		Total
		Não	Sim	
Alteração Ungueal	Não	34	10	44
	Sim	27	12	39
Total		61	22	83

Teste Qui-Quadrado, p-valor = 0,461

5.6.7 Presença de envolvimento de couro cabeludo

Não foi encontrada associação significativa entre a presença de lesões em couro cabeludo e a presença do diagnóstico de artrite psoriásica (tabela 17).

Tabela 17 - Artrite psoriásica e envolvimento de couro cabeludo

		Artrite Psoriásica		Total
		Não	Sim	
Lesão do couro cabeludo	Não	13	5	18
	Sim	50	16	66
Total		63	21	84

Teste Exato de Fisher, p-valor = 0,765

5.6.8 Presença de dactilites

O diagnóstico de dactilite foi verificado em 46,7% daqueles com diagnóstico de artrite psoriásica e em apenas 12,6% daqueles sem diagnóstico de artrite psoriásica (tabela 18). Houve fraca associação entre a presença de dactilite e o diagnóstico de artrite psoriásica (coeficiente de contingência = 0,334).

Tabela 18 - Artrite psoriásica e dactilites

		Artrite Psoriásica		Total
		Não	Sim	
Dactilite	Não	90	16	106
	Sim	13	14	30
Total		103	30	133

Teste Qui-Quadrado, p-valor < 0,000

5.6.9 Presença de entesites

Os pacientes com artrite psoriásica apresentaram mais entesite do que o grupo sem artrite (tabela 19). Não se verificou associação entre a presença de entesite e o tipo de acometimento da artrite psoriásica (tabela 20).

Tabela 19 – Artrite psoriásica e entesite

		Artrite Psoriásica		Total
		Não	Sim	
Entesite	Não	96	20	116
	Sim	7	10	17
Total		103	30	133

Teste qui- quadrado, p-valor = 0,001

Tabela 20 – Entesite e tipo de acometimento de artrite psoriásica

		Artrite Psoriásica		Total
		Não	Sim	
Tipo de Acometimento	Oligoartrite	3	0	3
	Poliartrite	14	6	20

	Espondiloartrite	3	4	7
Total		20	10	30

Teste exato de Fischer, p-valor = 0,192

Ressalta-se que nenhum paciente com oligoartrite tinha entesite.

5.6.10 História clínica de cervicalgia e lombalgia

Ao utilizarmos o teste qui-quadrado observamos uma não associação entre os grupos com e sem artrite psoriásica e a sintomatologia prévia de cervicalgia (p-valor = 0,644) e lombalgia (p-valor = 0,260)..

5.6.11 Número de articulações dolorosas

Houve diferença estatisticamente significativa (teste de Mann-Whitney, p-valor <0.000) entre os grupos quanto ao número de articulações dolorosas. Os pacientes com artrite psoriásica tinham em média 13,3 articulações dolorosas, enquanto aqueles que não tinham apresentaram em média 3,6 articulações dolorosas.

5.6.12 Resultados das dosagens de VHS e PCR

A tabela 21 apresenta os valores de VHS e PCR nos grupos avaliados.

Tabela 21- Valores de VHS e PCR

Artrite Psoriásica	N	Média	Mediana	Desvio-padrão	Erro-padrão
--------------------	---	-------	---------	---------------	-------------

VHS (mm/1 ^ª h)	Não	45	19,15	36,21	15,21	2,27
	Sim	27	19,89	36,98	14,14	2,72
PCR (ng/ml)	Não	33	0,96	0,96	1,52	0,27
	Sim	26	1,90	1,90	2,24	0,45

Os valores da VHS e PCR não foram diferentes nos grupos com e sem artrite psoriásica (teste Mann-Whitney, $p > 0,05$). Entretanto, houve tendência a maior valor de PCR no grupo com artrite psoriásica.

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

A artrite psoriásica pode ser definida como uma artrite inflamatória associada à psoríase. Sua exata prevalência é desconhecida. Estimativas revelam que ela pode variar de 0,3% a 1% da população (26).

Sua estimativa tem sido difícil devido à falta de critérios diagnósticos amplamente aceitos para a artrite psoriásica o que dificulta, até mesmo especialistas, fazerem o diagnóstico correto dessa doença (26).

Resultados dos estudos epidemiológicos na artrite psoriásica têm sido influenciados por diversos fatores: critério diagnóstico utilizado, frequência da psoríase em diferentes áreas geográficas, média de idade da população estudada, definição do caso e metodologia do estudo (32).

A prevalência da artrite psoriásica na população geral, nos estudos publicados antes de 2000, variava entre 0,02% a 0,05%. Essas estimativas parecem ser menores que a dos estudos mais recentes (0,06% a 0,25%). Esse tipo de variação pode ser explicado tanto por tendências seculares como pelo aumento da detecção da artrite, diferenças na definição dos casos, diferentes populações de estudo, exposições comportamentais e outros aspectos metodológicos (29).

Algumas prevalências podem estar subestimadas devido a diversos fatores. Um desses fatores é a dificuldade de acesso de pacientes com psoríase e manifestações articulares de pequena intensidade à consulta reumatológica impossibilitado o diagnóstico precoce e outro fato é a existência de períodos de remissão da psoríase que também poderia contribuir para subestimar a prevalência da artrite psoriásica. Outro fator é que a artrite pode preceder o aparecimento das lesões cutâneas que poderia conduzir ao não reconhecimento da artrite psoriásica. Além disso, a forma espondiloartropática pode permanecer não reconhecida caso não investigada radiograficamente (29).

Em outros estudos, as prevalências podem estar superestimadas por possíveis erros na classificação dos casos e potenciais erros de resposta dos entrevistados. Um exemplo disso é o estudo conduzido por Gelfand *et al.* (55). Esse estudo consistiu de uma pesquisa nacional por meio de ligações telefônicas com o intuito de determinar a prevalência da artrite psoriásica nos Estados Unidos. Os casos de artrite psoriásica foram definidos pelo relato pessoal de diagnóstico feito

por médico. Os autores entrevistaram 27.220 indivíduos, sendo que a prevalência de artrite psoriásica encontrada nessa população foi de 0,25%.

6.1 DISCREPÂNCIAS ENTRE ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS

6.1.1 Quanto à definição dos casos

As prevalências podem variar de acordo com a definição de casos.

O estudo transversal realizado por Trontzas *et al.* (65) foi conduzido por meio de uma entrevista utilizando questionário aplicado em indivíduos com lesões de pele ou ungueais típicas de psoríase seguido da avaliação de um reumatologista para classificação dentro do critério ESSG. A população do estudo era de 14.233 gregos adultos, de etnia homogênea e com 98,3% de caucasianos. O grau de participação foi de 81,2% e a prevalência estimada de artrite psoriásica foi de 0,17%. A média de idade de pacientes com artrite psoriásica foi de 45,2 anos. Esse estudo concluiu que reumatologistas tiveram um diagnóstico correto de artrite em 87,5% dos casos enquanto outros médicos, apenas em 7,7%, demonstrando a dificuldade de não reumatologistas em diagnosticar a artrite psoriásica.

Em outro estudo realizado na Noruega de 1999 a 2002 por Madland *et al.* (66), foram considerados como casos de artrite psoriásica indivíduos com psoríase e artrite periférica e/ou evidência radiográfica de espondiloartrite, sendo excluídas outras formas de artrites. A prevalência estimada encontrada foi de 0,2%, sendo maior nas idades entre 40 e 59 anos. Não houve diferença na prevalência entre homens e mulheres.

No presente estudo considerando os casos previamente diagnosticados por reumatologistas a prevalência encontrada foi de 35% de artrite psoriásica.

6.1.2 Quanto aos critérios diagnósticos utilizados

Em revisão realizada por Prey *et al.* (67), a prevalência de artrite psoriásica nos estudos com pacientes com psoríase foi de 7% a 26% quando avaliados oito estudos que utilizaram critérios diagnósticos para essa doença validados pela Reumatologia.

Dentre os critérios diagnósticos existentes observamos uma baixa sensibilidade nos critérios de Bennet e do grupo ESSG e alta sensibilidade nos critérios de Vasey e Espinoza e McGonagle. Os critérios classificatórios de Moll e Wright e Gladman apresentam boa especificidade quando comparados com o de Vasey e Espinoza (42). Dentre todos os critérios acima o de CASPAR vem sendo o mais utilizado.

O critério de CASPAR por incluir parâmetros como a avaliação do fator reumatóide, com técnica diferente do látex, e radiografias torna-se de difícil utilização no contexto de grandes populações (42). Esses exames muitas vezes não são disponíveis para grande parcela da nossa população.

O critério de Vasey e Espinoza apresenta maior sensibilidade para os quadros iniciais da artrite psoriásica (42). Apesar de ter menor sensibilidade que o critério de Vasey e Espinoza o critério de CASPAR parece ser o melhor a ser utilizado em estudos onde vai ser realizado algum tipo de intervenção clínica ou terapêutica por ser um critério mais específico que o anterior (42).

O critério de CASPAR também parece ser melhor aplicável para pacientes com doença articular estabelecida e para aqueles em tratamento para o quadro cutâneo permitindo o diagnóstico de artrite psoriásica mesmo com psoríase inativa diferentemente do critério de Vasey e Espinoza onde é mandatória a presença de psoríase e/ou distrofia ungueal ativas (42).

Utilizando para classificação os critérios de CASPAR foram diagnosticados neste estudo 30 casos de artrite psoriásica.

6.1.3 Quanto ao local do estudo

Uma ampla variação de prevalência e incidência de artrite psoriásica tem sido reportada em diferentes países, variando de 10 a 100 por 100000 habitantes na China e a 1/100000 no Japão. Entre asiáticos com psoríase, diagnóstico de artrite psoriásica é confirmado para 1%-9% dos pacientes. Distribuições divergentes de HLA em grupos étnicos diferentes e outros determinantes genéticos podem ser responsáveis por essas diferenças (68).

6.1.4 Quanto à população estudada

Estudos realizados na comunidade ou em ambulatórios específicos de psoríase ou artrite psoriásica apresentam resultados diferentes. Nos estudos que avaliam a prevalência de artrite psoriásica em ambulatórios específicos para pacientes acompanhados com psoríase, a prevalência pode variar de 6%-42% (21).

Estudos realizados com pacientes com população hospitalar relatam prevalências que podem variar de 13,8% (69) até 39%. Nos estudos com relato do diagnóstico pelo próprio paciente, como o de Altobelli *et al.* (70), as prevalências chegam a 26% e, nos estudos com populações que incluem tanto indivíduos da comunidade quanto os de ambiente hospitalar, como o de Reich *et al.* (71), as prevalências chegam a 20,6%.

Estudos transversais com população hospitalar referenciada resultam em prevalências mais altas. Isso se explica em parte por uma investigação mais detalhada e sistemática para definição do caso e ainda porque esses pacientes refletem os casos mais graves da doença (72).

Além disso, a maioria dos estudos do tipo transversal não reflete verdadeiramente a evolução natural da artrite psoriásica (72).

No presente estudo a amostra de pacientes foi referenciada de ambulatório específico para psoríase e a prevalência de artrite psoriásica encontrada total foi de

35% quando incluídos tanto os pacientes com diagnóstico prévio (30 pacientes) quanto aqueles recém-diagnosticados (17 pacientes). Ao considerar apenas os pacientes que preencheram o critério de CASPAR na nossa avaliação, a prevalência encontrada foi de 22,6 % da amostra (30 pacientes).

Como no estudo de Leonard *et al.* (69) identifica-se no presente estudo o viés de seleção, já que eram pacientes referenciados com formas mais graves de psoríase. Corroborando com o explicitado por Ibrahim *et al.* (43) que concluiu que o fato de ter forma mais grave confere uma maior chance de o paciente apresentar artrite psoriásica e com isso estudos envolvendo esse tipo de população costumam apresentar prevalências mais altas.

A prevalência de artrite psoriásica em pacientes com psoríase encontrada nesse estudo foi similar ao relatado pela literatura.

6.1.5 Quanto à seleção de pacientes

6.1.5.1 Faixa etária

A faixa etária da população estudada é outro fator que pode influenciar na prevalência da doença. No nosso estudo a média de idade foi de 47,35 anos (\pm 13,42 anos). A média de idade encontrada no presente estudo foi similar a de muitos estudos epidemiológicos em artrite psoriásica (29). A amostra deste estudo apresentou uma variação de idade entre 17 e 82 anos e a maioria dos pacientes estava na faixa etária de 41 a 50 anos de idade. Essa é a faixa etária de maior prevalência da doença, o que também poderia contribuir para superestimar a prevalência da doença no nosso estudo.

Os pacientes do estudo tiveram seus diagnósticos de psoríase e artrite psoriásica confirmados após avaliação clínica de um dermatologista e de um reumatologista, respectivamente e, como dito por Ibrahim *et al.* (43), tais estudos costumam ter estimativas mais próximas da realidade.

6.1.5.2 Etnia

Com relação à etnia, lembramos que o estudo foi feito em Brasília, cuja população residente, segundo censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) 2010, era de 2.570.160 pessoas, sendo divididos da seguinte forma: cor branca, 1.084.418 pessoas; preta, 198.072 pessoas; parda, 1.239.882 pessoas; amarela, 41.522 pessoas; indígena, 6.128 pessoas; e sem declaração, 138 pessoas, ou seja, uma população não homogênea etnicamente (73).

Sabemos que a doença é mais comum em caucasianos, mas no estudo não verificamos associação entre o fato de apresentar cor branca e maior prevalência de artrite psoriásica.

No estudo de Bonfiglioli *et al.* (48), apesar do alto nível de miscigenação da população brasileira, havia uma maior porcentagem de caucasianos no grupo de pacientes estudados com artrite psoriásica. Mas, lembramos que esse estudo foi realizado no sudeste do país, onde a população costuma ser mais homogênea etnicamente, em sua maioria brancos descendentes de europeus.

6.1.5.3 Gênero

A maior parte dos estudos coloca que a prevalência da artrite psoriásica é igual entre homens e mulheres. Geralmente não há diferença na distribuição entre sexos na artrite psoriásica, apesar de alguns estudos identificarem pequenas diferenças. Contudo, no subgrupo com doença axial, o gênero masculino é mais frequente e mais acometido agressivamente (48).

Com relação ao sexo, o presente estudo apresentou resultado similar ao de Jamshidi *et al.* (22), sem diferença entre homens e mulheres quanto à prevalência da doença. Ressaltamos que a prevalência foi numericamente maior em homens, o

que poderia significar uma tendência a maior acometimento neste gênero, o que poderia ser comprovado ou não após avaliação de um número maior de pacientes com psoríase. Jajic e el-Assadi *et al.* (74) encontraram uma alta prevalência de artrite psoriásica em homens.

6.2 JANELA DE OPORTUNIDADE

O tempo referido de diagnóstico de psoríase foi bastante variável, de 8 a 540 meses, sendo o tempo médio de diagnóstico de psoríase na população total de 16 anos.

Avaliando apenas o grupo de pacientes com artrite psoriásica observou-se que os pacientes referiram um tempo médio de doença cutânea de 13,8 anos, um tempo médio de doença articular de 10 anos e uma média de 6,7 anos entre início das queixas articulares e diagnóstico de artrite psoriásica.

Dois fatores podem ser responsáveis por esse atraso no diagnóstico: dificuldade dos dermatologistas em avaliar os sintomas articulares e reconhecer a doença e a demora, no nosso sistema público de saúde, no acesso a consultas com especialistas.

Segundo estudo de Gelfand *et al.* (55), a psoríase antecedeu a artrite psoriásica em 8,5 anos e a artrite psoriásica antecedeu a psoríase em 4 de 36 pacientes (11%). No artigo de revisão de Cantini *et al.* (32), os autores concluíram que habitualmente a maioria dos pacientes (70%) desenvolve psoríase antes do envolvimento articular, em 15% dos casos a artrite acontece antes do surgimento da psoríase e nos 15% restantes as manifestações cutâneas e articulares ocorrem concomitantemente. No estudo atual, assim como na literatura, a psoríase precedeu a artrite na maior parte dos pacientes, mas não necessariamente quem teve doença cutânea de início mais precoce desenvolveu mais artrite psoriásica. Ressalta-se que a média de tempo de diagnóstico de psoríase foi maior em quem tinha artrite psoriásica.

Como a doença costuma se apresentar inicialmente na pele, daí a importância do dermatologista, que pode ser o primeiro a identificar os sinais de artrite psoriásica para em seguida referir a um reumatologista.

Neste estudo, todos os pacientes foram referenciados ao reumatologista independentemente de apresentarem queixas reumáticas e, após submetê-los a

avaliação, procedeu aos seguintes diagnósticos: 30,8% apresentaram apenas o diagnóstico de psoríase, em 9% psoríase associou-se o diagnóstico de osteoartrite, em 20,3% havia concomitantemente o diagnóstico de síndrome dolorosa miofascial, em 22,6% foi diagnosticada artrite psoriásica segundo critérios de CASPAR e em 17,3% dos casos não houve definição do diagnóstico do envolvimento articular.

Apenas 31% dos pacientes do presente estudo não apresentaram queixas reumáticas. Observou-se que após a avaliação da reumatologia, 17 casos novos de artrite psoriásica foram detectados. Isso também foi demonstrado no estudo de Trontzas *et al.* (65), que chegou a conclusão de que reumatologistas identificaram corretamente os pacientes com artrite psoriásica em 87,5% dos casos, enquanto não reumatologistas apenas o fizeram em 7,7%. Sabemos que no Brasil o acesso a um especialista muitas vezes é difícil, entretanto estudos recentes demonstram que reumatologistas e dermatologistas, quando treinados, podem avaliar tanto a pele quanto a articulação com alto grau de concordância e acurácia (75). Dessa forma, ressalta-se a importância da cooperação entre reumatologistas e dermatologistas para a detecção precoce da artrite psoriásica (67).

6.3 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS AVALIADAS QUANTO À CAPACIDADE DE PREDIZER O DIAGNÓSTICO DE ARTRITE PSORIÁSICA

Considerando a dificuldade de diagnóstico da doença, algumas características clínicas foram avaliadas quanto à possibilidade de prever o diagnóstico de artrite psoriásica.

A forma mais comum de psoríase encontrado no estudo atual foi a vulgar.

A psoríase vulgar tem-se mostrado a principal forma de psoríase associada à artrite psoriásica, entretanto as formas de psoríases pustular e gutata também já foram correlacionadas à artrite psoriásica (22). No presente estudo, não houve correlação entre tipo da psoríase e maior prevalência de artrite psoriásica, mas nenhum dos pacientes com psoríase da forma gutata recebeu diagnóstico de artrite psoriásica e todos os pacientes com psoríase ungueal apresentavam concomitantemente o diagnóstico de artrite psoriásica

Na literatura é bem documentado que lesões ungueais ocorrem com maior frequência em pacientes com artrite psoriásica. A prevalência do envolvimento ungueal em pacientes com artrite psoriásica não é conhecida. Scarpa *et al.* (76) e Gladman *et al.* (77) encontraram lesões ungueais em 63% e 87% dos pacientes com artrite, respectivamente. Em outros estudos, lesões ungueais foram encontradas em todos pacientes com artrite psoriásica. Apesar da discrepância entre as prevalências relatadas de alterações ungueais, concluí-se que a presença desse tipo de lesão conduz à necessidade de investigar doença articular (22).

No presente estudo, não houve associação estatisticamente significativa entre a presença de alterações ungueais e o diagnóstico de artrite psoriásica, mas, como esse dado, era proveniente das fichas preenchidas pelos dermatologistas não havia essa informação em muitas das fichas

Um dado importante descrito no estudo de Setty *et al.* (29) é que nos 88% dos pacientes em que a doença articular precedeu as manifestações cutâneas, as alterações ungueais apareceram primeiro do que as lesões de pele.

No estudo de Wilson *et al.* (72), as lesões do couro cabeludo tiveram forte associação com artrite psoriásica.. Apesar de nossos pacientes apresentarem uma frequência de lesões do couro cabeludo de 49,6%, no presente estudo, não houve correlação estatística significativa entre esse tipo de lesão e o diagnóstico de artrite psoriásica, mas, como ocorreu com as lesões ungueais, não havia esse dado nas fichas de muitos dos pacientes, o que pode ter influenciado nos resultados.

Neste estudo não houve correlação entre a sintomatologia dolorosa no esqueleto axial e o diagnóstico de psoríase.

Neste estudo, a presença de dactilite estava associada ao diagnóstico de artrite psoriásica corroborando com outros resultados, já que essa variável tem associação independente com artrite psoriásica, inclusive fazendo parte dos critérios de CASPAR (42).

Apesar de ser considerada a lesão primária da artrite psoriásica (32), a entesite não foi encontrada em grande frequência no nosso estudo. Isso pode ser explicado pela dificuldade na avaliação clínica, já que grande parte dos sítios de entesite é de localização profunda, necessitando de avaliação complementar de ultrassom ou ressonância magnética para definir sua presença (32). Não se dispunha de tais métodos complementares disponíveis no presente estudo.

Apesar da baixa prevalência da entesite, houve associação estatisticamente significativa entre presença de entesite e diagnóstico de artrite psoriásica.

Ressaltamos que, no nosso estudo, que nenhum paciente com oligoartrite apresentou entesite sendo essa manifestação encontrada nos casos de envolvimento poliarticular.

A velocidade de hemossedimentação e de proteína C reativa elevadas costumam estar presentes em 50% dos casos de artrite psoriásica. Apesar dos valores encontrados da VHS e PCR não serem diferentes nos grupos com e sem artrite psoriásica (teste Mann-Whitney, $p > 0,05$) houve tendência a maior valor de PCR no grupo com artrite psoriásica.

A velocidade de hemossedimentação trata-se de uma medida indireta de atividade inflamatória, podendo seus valores serem influenciados por uma série de fatores, como idade do paciente e presença de grandes quantidades de outras proteínas no plasma, e o PCR é um melhor indicador de atividade inflamatória (33).

6.4 CARACTERÍSTICAS ENCONTRADAS NA NOSSA POPULAÇÃO DE PACIENTES COM ARTRITE PSORIÁSICA QUANDO COMPARADAS ÀS DA LITERATURA NACIONAL E INTERNACIONAL

A prevalência de artrite psoriásica, no nosso estudo, foi a maior encontrada quando comparada com os três estudos brasileiros existentes de enfoque semelhante (48; 49; 50). Mas há que se considerar que dois desses estudos foram realizados com população referenciada ao ambulatório de Reumatologia (46; 48). O outro estudo foi retrospectivo feito por meio de revisões de prontuário de uma população de pacientes com psoríase e os pacientes não foram avaliados clinicamente. Esse estudo avaliou 106 prontuários e, portanto, o número de pacientes foi menor que o do presente estudo (49) (tabela 22).

Neste estudo, foram encontrados os seguintes padrões de envolvimento articular: poliartrite (49,6%), espondiloartrite (24,1%) e oligoartrite (21,1%). Não foi encontrado nenhum paciente com a forma mutilante. Nenhum paciente tinha a forma de envolvimento exclusivo da interfalangeana distal. Tais achados corroboram os dados da literatura ao demonstrar que o padrão de envolvimento poliarticular foi

mais comumente diagnosticado, muito provavelmente por esses pacientes apresentarem doença articular de longa data (32).

De uma forma geral, grande parte dos estudos tem resultados semelhantes ao nosso estudo, tendo a forma poliarticular como a mais comum (32). Segundo Cantini, o envolvimento oligoarticular assimétrico é o padrão mais freqüente na fase inicial da psoríase. A frequência da doença axial tem sido estimada em torno de 5%-36% dos casos com artrite psoriásica (32).

Tabela 22 – Características do nosso estudo comparadas com as da literatura nacional

Estudo	Aslanian FM et al. Clinical and epidemiological evaluation of psoriasis: clinical variants and articular manifestations	Bonfiglioli R et al. Frequency of HLA-B27 alleles in Brazilian patients with psoriatic arthritis.	Sampaio Barros PD. Epidemiology of spondyloarthritis in Brazil.	Carneiro JN et al. Artrite psoriásica em pacientes com psoríase: avaliação de características clínicas e epidemiológicas em um grupo de 133 pacientes brasileiros
	J Eur Acad Dermatol Venereol. 2005 Jan; 19(1):141-2.	Clin Rheumatol. 2008; 27:709-712.	Am J Med Sci. 2011 Apr;341(4):287-8.	2011
Tipo	Revisão de prontuários	Prospectivo	Transversal	Transversal
Local	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho UFRJ Rio de Janeiro- RJ	Hospital Universitário de Campinas e Hospital e Maternidade Celso Pierro Campinas- SP	Multicêntrico 28 centros universitários brasileiros	Hospital Universitário de Brasília Brasília- DF

População	Psoriásicos	Referenciada ao ambulatório de reumatologia	Referenciada ao ambulatório de reumatologia	Psoriásicos
n	106	102	1036	133
Prevalência de artrite psoriásica	24%		13,7%	35%

A exata frequência dos padrões tem variado desde as publicações de Moll e Wright *et al.* (24). Em suas publicações, eles identificaram o padrão oligoarticular como o mais comum. Nos últimos quarenta anos uma série de estudos foi publicada mostrando os diferentes padrões encontrados na artrite psoriásica. A frequência de distribuição desses padrões tem variado devido a diferentes definições usadas por investigadores e também porque o padrão pode variar com o tempo de acordo com a evolução da doença (26).

Por outro lado, o estudo brasileiro de Bonfiglioli *et al* (48) teve resultados diferentes: 62,7% tinham oligoartrite, espondiloartrite foi observado em 16,7% e poliartrite em 15,7% dos pacientes, ou seja, uma frequência bem menor de poliartrite. Ressalta-se, porém, que esse estudo foi realizado em população referenciada ao ambulatório de Reumatologia. Isso demonstra que no Brasil são necessários mais estudos para confirmar e explicar as razões para essa divergência de distribuições.

Alguns estudos colocam o fato de ter doença poliarticular como um fator de mau prognóstico onde a presença de doença poliarticular no início da doença prediz não só desenvolvimento de deformidades, mas também doença erosiva (26).

O uso de várias medicações já no início do quadro também é um fator de mau prognóstico. Nos pacientes, do presente estudo, com artrite psoriásica, 30% faziam

uso regular de anti-inflamatórios, 40% utilizavam algum tipo de droga modificadora do curso da doença e apenas 7 pacientes (23,3%) usavam biológico.

Similarmente ao relatado em vários estudos, os pacientes deste estudo também apresentaram diversas comorbidades como diabetes, hipertensão, dislipidemia e doenças articulares mecânicas. Vários artigos sugerem que a presença de artrite inflamatória é um fator de risco para o desenvolvimento dessas comorbidades (21).

Diante do potencial agressivo e debilitante da artrite psoriásica, cada vez mais se observa a necessidade de se traçar um perfil de achados clínicos, radiográficos e capacidade funcional de pacientes com psoríase e artrite psoriásica no nosso meio. Ressalta-se que os resultados de estudos epidemiológicos variam na dependência de fatores genéticos e comportamentais, o que leva a limitação em seu uso e interpretação. Além disso, observa-se a importância da cooperação entre reumatologistas e dermatologistas para diagnóstico e instituição de estratégias terapêuticas precoces, evitando várias complicações clínicas comumente associadas a essa doença.

7 CONCLUSÕES

7 CONCLUSÕES

- A média de idade dos pacientes com psoríase avaliados foi de 47,5 (\pm 13,4) anos.
- As comorbidades mais frequentemente relatadas pelos pacientes foram a hipertensão arterial sistêmica e diabetes *mellitus* .
- A forma vulgar de psoríase foi a mais prevalente em ambos os sexos
- Envolvimento ungueal foi referido por dermatologista em 29% dos pacientes com psoríase.
- Envolvimento do couro cabeludo foi observado por dermatologista em 49,6% dos pacientes com psoríase.
- Apenas 31% da amostra de pacientes com psoríase não apresentava manifestação musculoesquelética.
- O diagnóstico prévio de Artrite Psoriásica foi relatado por 30 pacientes (22,6%).
- Dezessete pacientes, não diagnosticados previamente, receberam o diagnóstico utilizando o critério CASPAR.
- O número total de pacientes com artrite psoriásica na amostra do estudo foi de 47 pacientes, ou seja, 35% da amostra avaliada.
- Considerados apenas os pacientes que preencheram os critérios de CASPAR, no momento do estudo, a prevalência de artrite psoriásica encontrada foi de 22,6% (30 pacientes).
- Houve uma grande variabilidade quanto ao tempo decorrido entre os primeiros sintomas articulares e o diagnóstico de artrite psoriásica.

- Os pacientes com artrite psoriásica tinham média de idade de 49 ($\pm 13,2$) anos, prevalência igual entre os sexos, predominância da forma poliarticular (67% dos pacientes), maior frequência de entesites e dactilites (46,7%)
- O grupo de pacientes com artrite psoriásica relatou alta frequência de uso de medicações: nove pacientes (30%) usavam anti-inflamatórios não esteroidais, doze (40%) pacientes com artrite psoriásica usavam drogas modificadoras da doença e sete (23,3%) pacientes referiram uso de biológicos.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

1. Menter A, Korman NJ, Elmets CA, Feldman SR, Gelfand JM, Gordon KB, et al. Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: section 6. *J Am Acad Dermatol*. 2011; 65(1):137-174
2. Gudjonsson JE, Elder JT. Psoriasis: epidemiology. *Clin Dermatol*. 2007;25:535-46.
3. Consenso Brasileiro de psoríase da Sociedade Brasileira de Dermatologia. [Internet]. [Acesso 2011 Aug 5]. Disponível em: <http://www.sbd.org.br/>.
4. Elder JT, Nair RP, Voorhees JJ. Epidemiology and the genetics of psoriasis. *J Invest Dermatol*. 1994;102:24-7.
5. Christophers E, Mrowietz. Psoriasis. In: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Katz SI, editores. *Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine*. New York: McGraw-Hill; 2003. p. 407-27.
6. Falk ES, Vandbakk O. Prevalence of psoriasis in a Norwegian Lapp population. *Acta Derm Venereol Suppl (Stockh)*. 1993;182:6-9.
7. Lomholt G. Psoriasis: prevalence, spontaneous course, and genetics. [published MD thesis]. Copenhagen: GEC GAD, 1963.
8. Yip SY. The prevalence of psoriasis in the Mongoloid race. *J Am Acad Dermatol*. 1984;10:965-8.
9. Convit J. Investigation of the incidence of psoriasis among Latin American Indians. *Proceedings of the 13th Congress on Dermatology, Amsterdam*; 1962. p. 196.
10. Azulay & Azulay. *Dermatologia*. 4a ed. Rio de Janeiro(RJ): Guanabara Koogan, 2006.

11. Pincelli C, Lotti R. What's new in laboratory research? *J Rheumatol.* 2009;36(83):17-8.
12. Loffredo S, Ayala F, Marone G, Delfino G, Stranges S, Marone G. Immunopathogenesis of psoriasis and pharmacological perspectives. *J Rheumatol.* 2009;36(83):9-11.
13. Gudjonsson JE, Elder JT. The problem with upward mobility. *Nat Med.* 2007;13:786-7.
14. Gudjonsson JE, Thorarinsson AM, Sigurgeirsson B, Kristinsson KG, Valdimarsson H. Streptococcal throat infections and exacerbation of chronic plaque psoriasis: a prospective study. *Br J Dermatol.* 2003;149:530-4.
15. Seville RH. Psoriasis and stress. *Br J Dermatol.* 1977;97:297-302.
16. Herron MD, Hinckley M, Hoffman MS, et al. Impact of obesity and smoking on psoriasis presentation and management. *Arch Dermatol.* 2005;141:1527-34.
17. McGowan JW, Pearce DJ, Chen J, Richmond D, Balkrishnan R, Feldman SR. The skinny on psoriasis and obesity. *Arch Dermatol.* 2005;141:1601-2.
18. O'Brien M, Koo J. The mechanism of lithium and beta-blocking agents in inducing and exacerbating psoriasis. *J Drugs Dermatol.* 2006;5:426-32.
19. Young M. The morbidity of psoriatic disease. *Dermatol Nurs.* 2006. [Acesso 2011 Aug 5]. Disponível em : <http://www.dermatologynursing.net/>
20. Christophers E. Comorbidities in psoriasis. *Clin Dermatol.* 2007;25:529-34.
21. Kimball A, Gladman D, Gelfand J, Gordon K, Horn E, Korman ND, et al. National psoriasis foundation clinical consensus on psoriasis comorbidities and recommendations for screening. *J Am Acad Dermatol.* 2008;58:1031-42.

22. Jamshidi F, Bouzari N, Seirafi H, Farnaghi F, Firooz A. The prevalence of psoriatic arthritis in psoriatic patients in Tehran, Iran. *Arch Iranian Med*. 2008;11(2):162-5.
23. Alamanos Y, Papadopoulos NG, Voulgari PV, et al. Epidemiology of psoriatic arthritis in northwest Greece, 1982-2001. *J Rheumatol*. 2003;30:2641-4.
24. Moll JMH, Wright V. Psoriatic arthritis. *Semin Arthritis Rheum*. 1973;3:55-78.
25. O'Neill T, Silman AJ. Psoriatic arthritis. Historical background and epidemiology [review]. *Baillieres Clin Rheumatol*. 1994;8:245-61.
26. Gladman D, Antoni C, Mease P, et al. Psoriatic arthritis: epidemiology, clinical features, course, and outcome. *Ann Rheum Dis*. 2005;64:ii14-ii17.
27. Vilanova X, Pinol J. Psoriasis arthropathica. *Rheumatism*. 1951;7:197-208.
28. Gladman D. Psoriatic arthritis from Wright's Era Until Today. *J Rheumatol*. 2009;36(83):4-8.
29. Setty A, Choi H. Psoriatic arthritis epidemiology. *Curr Rheumatol Rep*. 2007;9:449-54.
30. Myers A, Kay LJ, Lynch SA, et al. Recurrence risk for psoriasis and psoriatic arthritis within sibships. *Rheumatology (Oxford)*. 2005;44:773-6.
31. Pedersen OB, Svendsen AJ, Ejstrup L, et al. On the heritability of psoriatic arthritis. Disease concordance among mozygotic and dizygotic twins. *Ann Rheum Dis*. 2008;67:1417-21.
32. Cantini F, Niccoli L, Nannini C, Kaloudi O, Bertoni M, Cassara E. Psoriatic arthritis: a systematic review. *Int J Rheum Dis*. 2010;13:300-17.
33. Gabay C, Kushner L. Acute phase proteins and other systemic responses to inflammation. Review. *N Engl J Med*. 1999;340:448-54.

34. Veale DJ, Barnes L, Rogers S, et al. Immunohistochemical markers for arthritis in psoriasis. *Ann Rheum Dis*. 1994;53:450-4.
35. Laloux L, Voisin MC, Allain J, et al. Immunohistological study of entheses in spondyloarthropathies: comparison in rheumatoid arthritis and osteoarthritis. *Ann Rheum Dis*. 2001;60:316-21.
36. Costello P, Bresnihan B, O'Farrelly C, et al. Predominance of CD8+ T lymphocytes in psoriatic arthritis. *J Rheumatol*. 1999;26:1117-24.
37. Ritchlin C, Haas-Smith SA, Hicks D, et al. Patterns of cytokine production in psoriatic synovium. *J Rheumatol*. 1998;25:1544-52.
38. Fearon U, Reece R, Smith J, et al. Synovial cytokine and growth factor regulation of MMPs/TIMPs: implications for erosions and angiogenesis in early rheumatoid and psoriatic arthritis patients. *Ann NY Acad Sci*. 1999;878:619-21.
39. Fearon U, Griosios K, Fraser A, et al. Angiopoietins, growth factors, and vascular morphology in early arthritis. *J Rheumatol*. 2003;30:260-8.
40. Ritchlin CT, Haas-Smith SA, Li P, et al. Mechanisms of TNF-alpha- and RANKL-mediated osteoclastogenesis and bone resorption in psoriatic arthritis. *J Clin Invest*. 2003;111:821-31.
41. Gladman DD, Schentag CT, Tom BDM, Chandran V, Brockbank J, Rosen CF et al. Development and initial validation of a screening questionnaire for psoriatic arthritis: The Toronto Psoriatic Arthritis Screen (ToPAS). *Ann Rheum Dis*. 2008. [Acesso em 2008 Jun 19]. Disponível em <http://ard.bmj.com/>.
42. Taylor W, Gladman D, Helliwell P, Marchesoni A, Mease P, Mielants H et al. Classification criteria for psoriatic arthritis development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum*. 2006;54(8):2665-73.

43. Ibrahim G, Waxman R, Helliwell PS. Arthritis Rheum (Arthritis Care & Research). 2009;61(10):1373-8.
44. Leung YY, Tam LS, Ho KW, Lau WM, Li TKY, Zhu TY et al. Evaluation of the CASPAR criteria for psoriatic arthritis in the Chinese population. Rheumatology. 2010;(49):112-5.
45. Gladman DD. Clinical, radiological, and functional assessment psoriatic arthritis: is it different from other in inflammatory joint diseases? Ann Rheum Dis. 2006;65:22-4.
46. Harrison BJ, Silman AJ, Barret EM, Scott DG, Symmons DP. Presence of psoriasis does not influence the presentation or shortterm outcome of early inflammatory polyarthritis. J Rheumatol. 1997; 24(9): 1744-9
47. Ho P, Barton A, Worthington J. Genetic epidemiology of psoriatic arthritis. Mod Rheumatol. 2004;14:91-100.
48. Bonfiglioli R, Conde R, Sampaio-Barros P, Louzada-Junior P, Donadi E, Bertolo M. Frequency of HLA-B27 alleles in Brazilian patients with psoriatic arthritis. Clin Rheumatol. 2008;27:709-12.
49. Aslanian FM, Lisboa FF, Iwamoto A, Carneiro SC. [Clinical and epidemiological evaluation of psoriasis: clinical variants and articular manifestations.](#) J Eur Acad Dermatol Venereol. 2005 Jan;19(1):141-2.
- [Sampaio-Barros PD.](#) Epidemiology of spondyloarthritis in Brazil. [Am J Med Sci.](#) 2011 Apr;341(4):287-8.
51. Rochberg MC, Silman AJ, Smolen JF et al. Rheumatology. 4a ed. Mosby Elsevier, 2008.
52. Husni M, Meyer K, Cohen D, Mody E, Qureshi A. The PASE questionnaire: pilot-testing a psoriatic arthritis screening and evaluation tool. J Am Acad Dermatol. 2007; 57(4):581-7.

53. Ayala F, Ayala F. Clinical aspects and comorbidities of psoriasis. *J Rheumatol.* 2009;36(83):19-20.
54. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. [Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 \(Brasil SF-36\).](#) *Rev Bras Reumatol.* 1999;39(3): 143-150.
55. Gelfand JM, Gladman DD, Mease PJ, Smith N, Margolis DJ, Nijsten T, et al. Epidemiology of psoriatic arthritis in the population of the United States. *J Am Acad Dermatol.* 2005;53(4):573-7.
56. Ritchlin C, Kavanaugh A, Gladman D, et al. Treatment recommendations for psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2009;68:1387-94.
57. Mease PJ. Psoriatic arthritis assessment and treatment update. *Curr Opin Rheumatol.* 2009;21:348-55.
58. Wolf K, Lotus M, Larsson P, Rosenblad A, Vingard E, Stahle M. Excessive body weight and smoking associates with a high risk of onset plaque psoriasis. *Acta Derm Venereol.* 2009; 89:492-97.
59. Feldman SR, Krueger GG. Psoriasis assessment tools in clinical trials. *Ann Rheum Dis.* 2005;64:65-8.
60. Tosti A, Ricotti C, Romanelli P, Cameli N, Piraccini. [Efficacy of acitretin therapy for nail psoriasis.](#) *BM Arch Dermatol.* 2009;145:269-71.
61. Gladman D, Mease P, Strand V, Healy P, Helliwell P, Fitzgerald O, et al. Consensus on a core set of domains for psoriatic arthritis. *J Rheumatol.* 2007;34:1167-70.

62.Sieper J, Rudwaleit M, Baraliakos X, Brandt J, Braun J, Burgos-Vargas R, et al. The assessment of spondyloarthritis international society (ASAS) handbook: a guide to assess spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis*. 2009;68:1-44.

Rothschild BM, Pingitore C. Dactylitis: implications for clinical practice. *Semin Arthritis Rheum*. 1998 Aug;28(1):41-7.

64.Wright V. Seronegative polyarthritis: a unified concept. *Arthritis Rheum*. 1978;21:619-33.

65.Trontzas P, Andrianakos A, Miyakis S, et al. Seronegative spondyloarthropathies in Greece: a population-based study of prevalence, clinical pattern, and management. The ESORDIG study. *Clin Rheumatol*. 2005;24:583-9.

66.Madland TM, Apalset EM, Johannessen AE, et al. Prevalence, disease manifestations, and treatment of psoriatic arthritis in Western Norway. *J Rheumatol*. 2005;32:1918-22.

67.Prey S, Paul C, Bronsard V, Puzenat E, Gourraud P-A, Aractingi S, et al. Assessment of risk of psoriatic arthritis in patients with plaque psoriasis: a systematic review of the literature. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2010;24(2):31-5.

68.Tam L, Leung Y, Li E. Psoriatic arthritis in Asia. Advance Access publication, *Rheumatology*. 2009;48:1473-7.

69.Leonard DG, O'Duffy JD, Rogers RS. Prospective analysis of psoriatic arthritis in patients hospitalised for psoriasis. *Proc Mayo Clin*. 1978;53:511-8.

70.Altobelli E, Maccarone M, Petrocelli R, Marziliano C, Giannetti A, Peris K, et al. Analysis of health care and actual needs of patients with psoriasis: a survey on the Italian population.2007. [Acesso 2011 Aug 5]. Disponível em : [http:// www. Biomedcentral.com/1471-2458/7/59](http://www.Biomedcentral.com/1471-2458/7/59)

- 71.Reich K, Kruger K, Mossner R, Augustin M. Epidemiology and clinical pattern of psoriatic arthritis in Germany: a prospective interdisciplinary epidemiological study of 1,511 patients with plaque-type psoriasis. *Br J Dermatol*. 2009;160:1040-7.
- 72.Wilson FC, Icen M, Crowson CS, Mcevoy MT, Gabriel SE, Kremers HM. Incidence and clinical predictors of psoriatic arthritis in patients with psoriasis: a population-based study. *Arthritis Rheum (Arthritis Care & Research)*. 2009;61(2):233-9.
- 73.Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/>.
- 74.Jajic Z, el-Assadi G. Prevalence of psoriatic arthritis in a population of patients with psoriasis. *Acta Med Croatica*. 2003;57:323-6.
- 75.Chandran V, Cook R, Helliwell P, Kavanaugh A, McHugh N, Mease P, et al. International multi-centre psoriasis and psoriatic arthritis reability trial (GRAPPA-IMPART): Assessment of skin, joints, nails and dactylitis. *Arthritis Rheum*. 2007;56(9):798-9.
- 76.Scarpa R, Oriente P, Pucino A, Torella M, Vignone L, Riccio A, et al. Psoriatic arthritis in psoriatic patients. *Br J Rheumatol*. 1984;23:246-50.
- 77.Gladman DD, Anhorn KB, Schachter RK, Mervart H. HLA antigens in psoriatic arthritis. *J Rheumatol*. 1986;13:586-92.

APÊNDICES

APÊNDICE A- FICHA DERMATOLÓGICA

<p>Nome: Registro: Sexo: Cor: Estado civil: Está trabalhando? Estudante? Naturalidade: Endereço: Telefones: Data: Idade atual:</p> <p>PRÉ-CONSULTA Idade de início dos primeiros sintomas na pele: Localização das primeiras lesões: Ano em que foi confirmado o diagnóstico: Já consultou um reumatologista? Fez biópsia de pele? Se positivo, quando? Tem dores nas articulações ou nas costas? Desde quando? Suas juntas (articulações) às vezes incham e ficam vermelhas? Desde quando? Já tratou com reumatologista? Tem alterações nas unhas? Se positivo, quantas? Tem lesões no couro cabeludo? E nos genitais? Fuma? Há quanto tempo? Fumou no passado? Ingere bebidas alcoólicas? Quantos dias por semana? Já bebeu no passado? Tem pressão alta? Tem diabetes? Outras doenças? Sente coceiras? Sua doença lhe impede de dormir bem? Melhora com o sol? Usa hidratante ou óleos na pele diariamente? Piora quando fica nervoso ou deprimido? E quando tem infecção? Piora no período de seca (maio a setembro)?</p>	<p>Toma algum medicamento que não seja para o tratamento da psoríase? Quais? Já esteve hospitalizado alguma vez por causa da psoríase? Quais pomadas já usou? Já fez fototerapia? Já tomou ou toma Metotrexato () Neotigason (acitretina) () Ciclosporina () Outros () Já participou de algum estudo como voluntário? Fez ou faz psicoterapia (com psicólogo)? E com psiquiatra? Já tomou antidepressivo? E medicamentos para dormir? Resuma em uma palavra o que a psoríase significa para sua vida:</p> <p>FICHA MÉDICA: Exame dermatológico:</p> <p>Unhas: Articulações:</p> <p>FORMA CLÍNICA PRINCIPAL: Leve () Moderada () Grave ()</p> <p>PASI: PSSI: BSA: NAPSI: PPPASI:</p> <p>EXAMES SOLICITADOS:</p> <p>TRATAMENTO PROPOSTO:</p>
--	--

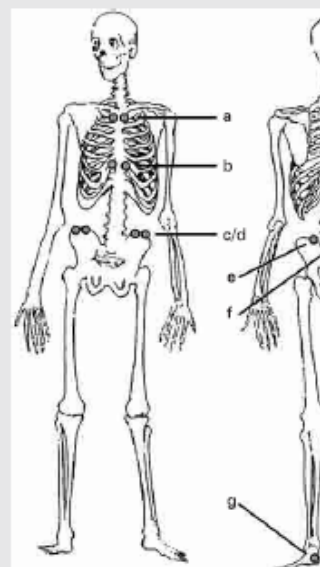
APÊNDICE C – FICHA REUMATOLÓGICA

NOME:
 REGISTRO:
 DATA DE NASCIMENTO:

QUESTIONÁRIO

Teve dor articular ou edema/hiperemia articular não traumática? S N
 Teve dactilite? S N
 Teve entesíte? S N
 Teve cervicalgia nos últimos 3 meses? S N
 Teve lombalgia nos últimos 3 meses? S N
 Diagnóstico prévio de alguma forma de artrite que não artrite psoriásica?
 S N
 Artrite reumatoide Osteoartrite LES FM EA Esclerodermia Outros
 Diagnóstico de artrite psoriásica? S N
 Critério de classificação de CASPAR
 Data do diagnóstico:
 Data do início dos sintomas articulares:
 Tipos de acometimento:
 Oligoarticular Poliarticular Mutilante Espondiloartropatia IFD
 Exame clínico
 PA
 Peso
 Altura
 Teste de Schöber
 Distância occípto parede
 Rotação cervical direita esquerda
 Expansibilidade torácica
 Distância dedo-solo direita esquerda
 Lateralização direita esquerda

Laboratório
 Radiografias
 Tratamento proposto:



APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Informação ao paciente

Você está sendo convidado a participar, voluntariamente, de uma pesquisa clínica que busca obter informações mais detalhadas sobre a psoríase e artrite psoriásica.

Instituição: Hospital Universitário de Brasília

Título dos estudos: Análise epidemiológica, clínica, radiológica e funcional em pacientes com psoríase e com artrite psoriásica atendidos no ambulatório de dermatologia do HUB.

Seu médico lhe explicou que você sofre de uma doença chamada psoríase. A psoríase é uma doença que provoca manchas avermelhadas e escamas no corpo principalmente nos joelhos, cotovelos, costas e cabeça. Quem tem psoríase também pode ter inchaço nas juntas, o que é chamado de artrite psoriásica.

A artrite psoriásica geralmente surge depois das manchas e descamações da pele, por isso é importante que se investigue sua presença para diagnosticar e tratar o quanto antes.

Como parte do acompanhamento da psoríase, as equipes da reumatologia e dermatologia farão uma consulta, preencherão fichas com dados cadastrais e solicitarão os exames laboratoriais habituais e radiografias simples, se for necessário. Como essas doenças podem atrapalhar o seu dia a dia, você responderá um questionário para avaliação de qualidade de vida. Não serão realizados procedimento ou exames que lhe tragam riscos ou danos desnecessários. O único desconforto que você sentirá será porque sua consulta será mais demorada para uma avaliação completa.

Se descobirmos que você tem artrite psoriásica, você continuará sendo tratado para psoríase com a dermatologia e será acompanhado também no ambulatório de reumatologia.

O seu nome não será escrito no trabalho e você será identificado apenas pelas suas iniciais e data de nascimento.

Participação

Você pode fazer as perguntas que quiser sobre o projeto, a qualquer momento. Sua participação nesse projeto é voluntária. Você pode decidir não participar ou pode deixar o projeto a qualquer momento sem nenhum motivo e sem que isso afete seu acompanhamento e tratamento médico.

Termo de participação e assinaturas

Eu li as informações acima e entendi o propósito do projeto. Eu tive oportunidade de fazer perguntas e todas as perguntas foram respondidas. Ao assinar esse documento, eu dou meu consentimento para ser um participante desse projeto. Eu recebi uma cópia desse documento.

Nome do paciente:

Assinatura do paciente:

Data:

Investigador (nome): Jamille Nascimento Carneiro

CRM: 13944-DF

Assinatura do investigador:

Hospital Universitário de Brasília – SGAN 605 – Divisão de Reumatologia

Data:

telefone:

ANEXOS

ANEXO 1



Universidade de Brasília
Faculdade de Ciências da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/FS

PROCESSO DE ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro do Projeto no CEP: **023/09**

Título do Projeto: “Análise clínica e funcional de 400 pacientes com psoríase ou artrite psoriásica”.

Pesquisadora Responsável: Jamille Nascimento Carneiro

Data de Entrada: 16/04/2009

Com base na Resolução 196/96, do CNS/MS, que regulamenta a ética em pesquisa com seres humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília, após análise dos aspectos éticos e do contexto técnico-científico, resolveu **APROVAR** o projeto **023/09** com o título: “Análise clínica e funcional de 400 pacientes com psoríase ou artrite psoriásica”, analisado na 4ª Reunião Ordinária, realizada no dia 12 de maio de 2009.

A pesquisadora responsável fica, desde já, notificada da obrigatoriedade da apresentação de um relatório semestral e relatório final sucinto e objetivo sobre o desenvolvimento do Projeto, no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item VII.13 da Resolução 196/96).

Brasília, 03 de novembro de 2009.

Prof. Volnei Garrafa
Coordenador do CEP-FS/UnB