

ΨΩΡΙΑΣΙΚΗ ΝΟΣΟΣ

ΨΩΡΙΑΣΙΚΗ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ-ΨΩΡΙΑΣΗ

Δημήτρ. Ι Γουλές **Δεσπ. Παυλοπούλου**
Ρευματολόγος Ειδ/νη Ιατρός
ΙΑΤΡΕΙΟ ΣΠΟΝΔΥΛΙΚΗΣ ΣΤΗΛΗΣ, ΑΘΗΝΑ

Περίληψη

Η δερματική ψωρίαση συνοδεύεται από ψωριασική αρθρίτιδα με οστικές διαβρώσεις και περιοστικές βλάβες. Μπορεί να συνοδεύεται από προσβολή των οφθαλμών, της αορτής, του πνεύμονος (ίνωση κορυφής) και αυξημένους ορολογικούς δείκτες φλεγμονής. Τα ανωτέρω συνιστούν κατά τη γνώμη μας στοιχεία ικανά και αναγκαία για να χαρακτηριστεί η ψωρίαση ως συστηματική πάθηση με τον προτεινόμενο όρο «ψωριασική νόσος». Επιπλέον επιχειρείται μια νέα απλουστευμένη επαναταξινόμηση της ψωριασικής αρθρίτιδας επί τη βάση των θεμελιωδών βλαβών και της ηλικίας. Στο άρθρο αυτό αναπτύσσονται όλα τα επιχειρήματα ώστε να γίνει απόλυτα κατανοητό το βάσιμο των ισχυρισμών των προτάσεών μας.

Ορισμός, Επίδημιολογία

Η Ψωριασική αρθρίτιδα (ΨΑ) είναι μια φλεγμονώδης οροαρνητική και δυνητικά παραμορφωτική αρθρίτιδα που αναπτύσσεται σε ασθενείς με ψωρίαση. Προσβάλλει τις περιφερικές αρθρώσεις, την σπονδυλική στήλη και τα τενοντο-θυλακοσυνδεσμικά στοιχεία στις καταφύσεις τους. Έχει πολλές ομοιότητες με τη ρευματοειδή αρθρίτιδα και την αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα αλλά και ίδια χαρακτηριστικά που την αφορίζουν σε αυτόνομη κλινική οντότητα.

Η σχέση ψωρίασης και αρθρίτιδας περιγράφηκε το 1818 από τον Alibert ενώ ο Bazin χρησιμοποίησε πρώτος τον όρο αρθροπαθητική ψωρίαση το 1860. Η λέξη ψωρίαση προέρχεται από την ελληνική λέξη ψώρας, που σημαίνει λέπι. Ο Γαληνός πρώτος ανέφερε τον όρο ψωρίαση, ενώ περιγραφές ασθενών που οι αλλοιώσεις τους έμοιαζαν με ψωρίαση αναφέρονται από τον Ιπποκράτη και την Παλαιά Διαθήκη.

Η ψωρίαση είναι μια χρόνια φλεγμονώδης δερματοπάθεια που εμφανίζεται στο 2-3% του πληθυσμού, ιδίως στους καυκάσιους. Είναι σπάνια στους ασιάτες, μαύρους και γιαπωνέζους. Η ψωριασική αρθρίτιδα (ΨΑ) εμφανίζεται στο 5%-10% των ασθενών με δερματική ψωρίαση. Προσβάλλει εξίσου τα δύο φύλα με συχνότητα 6/100.000 ετησίως και με επιπολασμό 100/100.000¹.

Η συνήθης ηλικία έναρξης της ΨΑ είναι μεταξύ 30-55 ετών, ενώ της δερματικής ψωρίασης είναι μεταξύ 20-25 ετών, και το 75% κάτω των 40 ετών²⁻⁴. Η ψωρίαση και ιδιαίτερα η ψωριασική αρθρίτις είναι σχετικά σπάνιες στα παιδιά

Η αρθρίτιδα στο 70% ακολουθεί την εμφάνιση της ψωρίασης, η οποία προηγείται αρκετά έτη (μέχρι και 35), συνήθως ο μέσος όρος είναι περίπου τα επτά έτη. Στο 15% τα δύο νοσήματα εκδηλώνονται ταυτόχρονα στο ίδιο ημερολογιακό έτος. Στο υπόλοιπο 10% των περιπτώσεων η αρθρίτιδα προηγείται της ψωρίασης, η οποία εμφανίζεται συνήθως στα επόμενα δύο έτη²⁻⁵. Στη τελευταία περίπτωση η οριστικοποίηση της διάγνωσης είναι δυσχερής έως αδύνατη.

Ο Rahman et al.⁶ παρατήρησαν ότι σε ασθενείς με τύπου I ψωρίαση (ηλικία εκδήλωσης <40 ετών), οι δερματικές εκδηλώσεις προηγούνται της αρθρίτιδας κατά 9 έτη μέσο όρο. Απεναντίας, σε ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας των 40 ετών με τύπου II ψωρίαση (ηλικία εκδήλωσης >40 ετών), η αρθροπάθεια αναπτύσσεται σε ένα έτος κατά μέσο όρο από την εμφάνιση της δερματοπάθειας, υπαινίσσοντας ότι ένα μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων ασθενών παρουσιάζει σχεδόν συγχρόνως και τις δυο καταστάσεις.

Συσχέτιση με την HIV λοίμωξη

Η επίπτωση της ψωριασικής αρθρίτιδας σε ασθενείς με HIV λοίμωξη είναι μεγαλύτερη απ' ότι στον γενικό πληθυσμό⁷. Μια πρόσφατη μελέτη από την Ζάμπια αναφέρει ότι, οι οροαρνητικές σπονδυλαρθροπάθειες είναι 180/100.000 στον HIV-θετικό πληθυσμό συγκριτικά με 15/100.000 στον HIV-αρνητικό πληθυσμό⁸. Στα πλαίσια της HIV λοίμωξης, έχει αναφερθεί συχνά, σοβαρή δερματοπάθεια και πολυαρθροπάθεια να εκδηλώνονται ταυτόχρονα⁹⁻¹¹. Το εύρος της σοβαρότητας είναι μεγάλο και σε ορισμένες περιπτώσεις έχει παρατηρηθεί βελτίωση της αρθρίτιδας με την έναρξη του AIDS¹¹.

Η ψωριασική αρθρίτις (ΨΑ) είναι μια χρόνια φλεγμονώδης αρθρίτιδα με ευρύ κλινικό φάσμα. Ανήκει στις λεγόμενες οροαρνητικές σπονδυλίτιδες με τις οποίες μοιράζεται κοινά γενετικά, παθογενετικά, κλινικά και ακτινολογικά στοιχεία. Η κλασική ισχύουσα ταξινόμησή της φαίνεται στον πίνακα 1α. Θεωρείται μια ξεχωριστή κλινική οντότητα που συνδυάζεται με δερματική ψωρίαση, αρνητικό ρευματοειδή και αντι-CCP παράγοντα και εκδηλώνεται κατά την άποψη και εμπειρία μας με τις εξής κύριες κλινικές μορφές (Πίνακας 1β) : 1. Ασύμμετρη ολιγοαρθρική, 2. Συμμετρική πολυαρθρική 3. Αξονική μορφή (σπονδυλίτιδα-ιερολαγονίτιδα) 4. Αρθρο-μυαλγικό σύνδρομο, 5. Νεανική αρθρίτιδα, χωρίς να υπάρχουν απόλυτες διαχωριστικές γραμμές και με τη δυνατότητα της μετάπτωσης ή εξέλιξης της μιας υποκατηγορίας στην άλλη. Στις κλινικές εκδηλώσεις θα πρέπει να προστεθεί το συχνά εμφανιζόμενο αρθρομυαλγικό σύνδρομο χωρίς αρθρίτιδα (βλ. παρακάτω)

Η έναρξη της αρθρίτιδος είναι συνήθως ήπια και κατά κανόνα απουσιάζουν οι συστηματικές εκδηλώσεις. Σε ορισμένες περιπτώσεις η αρθρίτιδα εμφανίζεται μετά από τραυματισμό που παραπλανεί με τη προσωρινή διάγνωση της μετατραυματικής αρθρίτιδας.

Παθογένεια

Πολλοί παράγοντες εμπλέκονται στη παθογένεια του νοσήματος, όπως ανοσογενετικοί, λοιμώξεις, τραυματισμοί, στρες, φάρμακα και μεταβολές του αγγειακού συστήματος (αγγειογένεση), χωρίς να ενοχοποιείται απόλυτα κάποιος από αυτούς.

Θετικό οικογενειακό ιστορικό ψωρίασης αναφέρεται σε πολλούς ασθενείς με ψωρίαση και ψωριασική αρθρίτιδα, ενώ οι ιστολογικές βλάβες στον αρθρικό υμένα είναι πανομοιότυπες με αυτές του δέρματος. Περισσότερα για την παθογένεια και ανοσοπαθολογία της βλέπε στο αντίστοιχο άρθρο του παρόντος τόμου πρακτικών.

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

1. ΔΕΡΜΑΤΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Η ψωρίαση είναι μια χρόνια φλεγμονώδης και υποτροπιάζουσα δερματοπάθεια που δύσκολα θεραπεύεται. Κλινικά χαρακτηρίζεται από ερυθρηματώδεις κηλίδες ή πλάκες σαφώς αφοριζόμενες.

Καλύπτονται από αργυρόχροα λέπια που αιμορραγούν εύκολα με την απόξεση. Εντοπίζονται συχνότερα στους αγκώνες, γόνατο, στο τριχωτό της κεφαλής, στις κνήμες, στην οσφύ και στις μεσογλουτιαίες πτυχές. Η κοινή ψωρίαση δεν προσβάλλει το πρόσωπο. Τα λέπια μοιάζουν με αδρή πιτυρίδα ή με τρίματα σπαρματσέτου. Ο,τι είναι κόκκινο και φέρει λέπια είναι πάντα ψωρίαση. Μια τέτοια δερματοπάθεια είναι το έκζεμα. Συνήθως το έκζεμα προκαλεί κνησμό αλλά υπάρχουν και περιπτώσεις ψωρίασης με κνησμό^{12,13}.

Η πλειοψηφία των ψωριασικών ασθενών έχουν σχετικά ήπια νόσο. Ένα ποσοστό 20-25% χρειάζονται θεραπεία δεύτερης γραμμής (κυτταροστατικά, νοσοτροποποιητικά φάρμακα).

Μορφές Ψωρίασης

Χαρακτηριστική είναι η κλινική πολυμορφία της νόσου που μπορεί να εκδηλώνεται με διάφορες μορφές ψωρίασης, όπως :

Κοινή ψωρίαση ή κατά πλάκας. Είναι η πιο συχνή και αντιπροσωπεύει το 95% των περιπτώσεων. Εμφανίζεται στους ενήλικες και σπανίως στα παιδιά. Ο αριθμός και το μέγεθος των βλαβών ποικίλλει. Στην αρχή παρατηρούνται κηλίδες ή βλατίδες ποικίλου μεγέθους, οι οποίες συχνά και συνενώνονται και σχηματίζουν πλάκες που επεκτείνονται και καταλαμβάνουν μεγάλες περιοχές.

Έχουν περιγραφεί δύο τύποι ψωρίασης κατά πλάκας με βάση την ηλικία έναρξης, την HLA συσχέτιση και την πορεία της νόσου.

Ο τύπος I είναι ο συχνότερος, προσβάλλει νεαρούς ενήλικες με θετικό οικογενειακό ιστορικό, έχει βαρύτερη πρόγνωση και χρόνια ακανόνιστη πορεία. Το 80% των περιπτώσεων εμφανίζουν θετικό HLA-Cw6.

Ο τύπος II εμφανίζεται συνήθως σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας από 50-60 ετών. Έχουν σπανιότερα θετικό οικογενειακό ιστορικό και η νόσος διατρέχει ήπια και εντοπισμένα. Το 20% των ασθενών εμφανίζουν θετικό HLA-Cw6.

Σταγονοειδής ψωρίαση. Εμφανίζεται στα παιδιά, συνήθως μετά από στρεπτοκοκκική κυνάγχη. Οι πλάκες της ψωρίασης είναι πολύ μικρές διαμέτρου 1cm και μοιάζουν με σταγόνες. Οι βλάβες συνήθως υποχωρούν αυτόματα. Σε μερικές περιπτώσεις μεταπίπτουν σε κοινή ψωρίαση.

Φαινόμενο Koebner. Ονομάζουμε την εμφάνιση ψωριασικών βλαβών (ή και αρθρίτιδος) σε σημεία τραυματισμού του δέρματος μετά 15 ημέρες π.χ. σε χειρουργικές τομές. Παρεμφερές φαινόμενο είναι η μετατραυματική εμφάνιση ψωριασικής αρθρίτιδας.

Ερυθροδερμική ψωρίαση. Είναι σπάνια. Στη μορφή αυτή προσβάλλεται όλο το δέρμα. Χαρακτηρίζεται από γενικευμένη ερυθρότητα, λόγω της φλεγμονής και διαφόρου βαθμού απολέπιση. Λόγω της εκτεταμένης αγγειοδιαστολής μπορεί να εκδηλωθεί υποθερμία. Συχνά εμφανίζεται πυρετός και ρίγη, οίδημα κάτω άκρων από απώλεια λευκομάτων και ενδεχόμενα καρδιακή, ηπατική ή νεφρική ανεπάρκεια. Εκλύεται μετά από ακατάλληλη χρήση κορτικοειδών, λοιμώξεις ή μετά από φωτοθεραπεία.

Φλυκταινώδης Ψωρίαση. Χαρακτηρίζεται από την παρουσία φλυκταινών (επάρματα του δέρματος με άσηπτο περιεχόμενο πλούσιο σε πολυμορφοπύρηνια). Υπάρχουν δύο μορφές:

A) *Γενικευμένη φλυκταινώδης ψωρίαση.* Πρόκειται για σοβαρή κατάσταση που δυνητικά απειλεί τη ζωή του ασθενούς. Αρχικά εμφανίζεται ερύθημα έντονο που σε λίγες ώρες επεκτείνεται σε μεγάλες επιφάνειες. Στη συνέχεια εμφανίζονται φλύκταινες κατά σωρούς που προοδευτικά συνενώνονται και σχηματίζουν «λίμνες» με άσηπτο περιεχόμενο. Συνυπάρχει πυρετός κακουχία και έντονα συστηματικές εκδηλώσεις, ονυχόλυση κ.α.

B) *Φλυκταινώδης Ψωρίαση παλαμών και πελμάτων.* Χαρακτηρίζεται από την παρουσία πολυαριθμών μικρών άσηπτων φλυκταινών που εξελίσσονται σε ερυθρές εφελκίδες.

Σμηγματορροϊκή Ψωρίαση. Είναι δύσκολο να διαφοροποιηθεί από το σμηγματορροϊκό έκζεμα.

Εντοπίζεται στις ίδιες περιοχές με αυτό, όπως περιστοματικά, περιοφθαλμικά, μηρογεννητικές πτυχές.

Αρκετές φορές οι παραπάνω μορφές μοιάζουν πολύ με την κοινή ψωρίαση που δυσκολεύουν και τον πιο έμπειρο δερματολόγο.

Προσβολή των ονύχων. Η ψωριασική ονυχία συνδυάζεται με τα υψηλότερα ποσοστά ΨΑ. Οι αλλοιώσεις των ονύχων διαπιστώνονται στο 80% με ΨΑ και μόνο στο 20% με δερματική ψωρίαση. Μπορεί να αποτελεί μια πρώιμη ένδειξη για τη διάγνωση της ΨΑ.

Οι ονυχιακές βλάβες περιλαμβάνουν : Μικροβοθρίωση των ονύχων, πολλαπλά βοθρία (> 20), δυσχρωμία, πάχυνση, εγκάρσιες αυλακώσεις (γραμμώσεις), σχάσεις, λευκονυχία. Τα ευρήματα αυτά δεν είναι ειδικά της νόσου. Ενώ η φαιοκίτρινη χρώση (σημείο ελαιολάδου), δυστροφία, υπονύχια υπερκεράτωση και ονυχόλυση (διαχωρισμός του όνυχα από την κοίτη του) αποτελούν ισχυρές ενδείξεις. Η ψωριασική ονυχία συνοδεύει συχνά την ΨΑ και συγγέεται με την ονυχομυκητίαση. Κανένα από αυτά τα σημεία δεν είναι παθογνωμονικά ή ειδικά της ψωρίασης .

2. ΑΡΘΡΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Όπως αναφέρθηκε οι αρθρικές εκδηλώσεις είναι ετερογενείς, εμφανίζουν χαρακτηριστική πολυμορφία χωρίς ιδιαίτερες συστηματικές εκδηλώσεις (όπως στη ρευματοειδή) και έχουν συνήθως ήπια έναρξη. Προτείνουμε την επαναταξινόμηση της σε πέντε βασικούς τύπους (Πίνακας 1β) με βάση την ηλικία, τον αριθμό και τη θέση των βλαβών. Δεν αποκλείεται κατά την πορεία της νόσου η μετεξέλιξη από τον ένα τύπο στον άλλο ή να υπάρχουν μικτές μορφές. Επίσης συχνές είναι μέχρι και 30% οι διάχυτες ή εντετοπισμένες αρθρομυαλγίες, χωρίς υποκείμενη κλινικά αρθρίτιδα. Αποτελούν πιθανώς προστάδιο αρθρίτιδος ή λανθάνουσας μη εξελισσόμενης ενθεσίτιδας και συνοδεύουν τη δερματική ψωρίαση, χωρίς αρθρίτιδα, όπως τεκμηριώνεται υπερηχογραφικά. Κρίναμε σκόπιμο να «απομονώσουμε» τη κατηγορία αυτή σε ξεχωριστό τύπο ρευματικών εκδηλώσεων της ΨΑ, δεδομένου ότι οι ασθενείς αυτοί συνήθως πορεύονται για πολλά χρόνια χωρίς να καταλήγουν σε καμιά από τις γνωστές κλινικές μορφές της νόσου.

Πίνακας 1. Κλασική Ταξινόμηση ΨΑ (Moll and Wright)

1. Ολιγοαρθρίτιδα ασύμμετρη
2. Πολυαρθρίτιδα συμμετρική
3. Ψωριασική Σπονδυλίτιδα-Ιερολαγονίτιδα
4. Ακρωτηριαστική (mutilans) αρθρίτιδα
5. Αρθρίτιδα άπω μεσο- φαλαγγικών αρθρώσεων

Πίνακας 1β. Επαναταξινόμηση ΨΑ (Με βάση ηλικία, αριθμό και θέση βλαβών)

1. Ασύμμετρη Μονοαρθρίτιδα-Ολιγοαρθρίτιδα
 2. Συμμετρική Πολυαρθρίτιδα
 3. Ψωριασική Σπονδυλίτιδα-Ιερολαγονίτιδα
 4. Αρθρο-μυαλγικό Σύνδρομο
 5. Νεανική Μορφή Ψωριασικής Αρθρίτιδας
-

I. Ασύμμετρη Μονοαρθρίτιδα - Ολιγοαρθρίτιδα.

Η ασύμμετρη μονοαρθρίτιδα ή ολιγοαρθρίτιδα αφορά περίπου το 30-60% των περιπτώσεων^{2,14}. Η κλασική εμφάνιση του τύπου αυτού είναι η μονοαρθρίτιδα και συνηθέστερα η ολιγοαρθρίτιδα με προσβολή μιας μεγάλης άρθρωσης όπως του γόνατος σε συνδυασμό με 1-2 μεσοφαλαγγικές ή άπω (δακτυλικές) αρθρώσεις^{1, 4}. Η συμμετοχή των άπω φαλαγγικών αρθρώσεων εμφανίζεται στο 25% των ασθενών και χαρακτηρίζει κλινικά και διαγνωστικά τη νόσο¹⁵. Συνοδεύεται συχνά με ονυχοδυστροφία. Στους δακτύλους ο συνδυασμός αρθρίτιδος και τενοντοελυτρίτιδος ή συνδεσμίτιδος (δακτυλίτιδα) έχει ως αποτέλεσμα την ομοιομερή διόγκωση (πάχυνση) του δακτύλου ώστε να παίρνει χαρακτηριστικό αλλαντοειδές (λουκανικοειδές) σχήμα, σημαντικής διαγνωστικής αξίας.

Οι μισοί περίπου ασθενείς με τον ολιγοαρθρικό σύνδρομο μετεξελίσσονται με τη πάροδο του χρόνου σε πολυαρθρικό συμμετρικό τύπο, δυσδιάκριτο κλινικά από τη ρευματοειδή αρθρίτιδα^{16,17}. Αξίζει να σημειωθεί ότι σύμφωνα με τελευταία δεδομένα στις μονοαρθρικές μορφές αν γίνει υψηλής ευαισθησίας απεικονιστικός έλεγχος (υπέρηχο, MRI) ανιχνεύουμε βλάβες και σε άλλες ασυμπτωματικές αρθρώσεις.

Η ασύμμετρη προσβολή των τελικών φαλαγγικών αρθρώσεων αναφέρεται συχνά ως κλασική ψωριασική αρθρίτιδα. Μπορεί να ενταχθεί αυτοδύναμα στην ολιγοαρθρική μορφή ή να αποτελεί «προσθετική έκφραση» όλων των μορφών ΨΑ⁴. Παρά το γεγονός ότι η εντόπιση αυτή θεωρείται υψηλής διαγνωστικής αξίας, κατά την άποψή μας πρέπει να θεωρείται ειδική εντοπιστική μορφή που δυνητικά επικάθεται ή επιπροστίθεται στους άλλους τύπους. Το ίδιο ισχύει και για την ακρωτηριαστική αρθρίτιδα (*mutilans*), η οποία δεν θα πρέπει να θεωρείται ξεχωριστός υποτύπος, αλλά εξέλιξη του πολυαρθρικού τύπου.

II. Συμμετρική Πολυαρθρίτιδα

Μοιάζει πολύ με τη ρευματοειδή αρθρίτιδα. Προσβάλλει συνήθως τις πηγεοκαρπικές, τις εγγύς και άπω φαλαγγικές αρθρώσεις, τα γόνατα και τις αρθρώσεις άκρων ποδών^{2, 18} κλπ. **Καταλήγει δυνητικά σε παραμορφώσεις των άκρων χειρών (δακτύλων) με αγκυλώσεις, γαμψοχειρία ή χείρα δίκην επιπίου.** Πρόκειται για συμμετρική πολυαρθρίτιδα αρκετές φορές δυσδιάκριτη από τη οροαρνητική ρευματοειδή αρθρίτιδα^{16, 17}. Διαφορικά διαγνωστικά στοιχεία είναι : ο ρευματοειδής παράγοντας, τα ρευματικά οζίδια, η έντονη πρωινή δυσκαμψία, η απουσία παρααρθρικής οστεοπόρωσης, οι αλλαντοειδείς δάκτυλοι, η ονυχοδυστροφία, η προσβολή των άπω φαλαγγικών αρθρώσεων με αγκυλώσεις και ωλένια απόκλιση των δακτύλων και η αξονική (ΣΣ) συμμετοχή. Αφορά το 15-20 % των περιπτώσεων^{2, 18}.

III. Ψωριασική Σπονδυλίτιδα -Ιερολαγονίτιδα

Χαρακτηρίζεται από την ασύμμετρη προσβολή των ιερολαγονίων αρθρώσεων, της ΘΜΣΣ με ήπια συμπτώματα και κατά τόπους ασύμμετρα οστεόφυτα καθώς και προσβολή του αυχένος. Παρατηρείται στο 10-33% των ασθενών και προσβάλλει εξίσου τα δύο φύλλα^{2, 15, 18}. Συχνά είναι ασυμπτωματική ή με ελάχιστα συμπτώματα παρά τις εκδηλές ακτινολογικές βλάβες. Μπορεί να εμφανισθεί σπάνια σαν πρώτη εκδήλωση της ΨΑ^{2, 14}, αλλά συνήθως ακολουθεί μετά από αρκετά έτη την περιφερική αρθρίτιδα.

Η ιερολαγονίτιδα παρατηρείται στο 1/3 των περιπτώσεων. Είναι συνήθως ασύμμετρη, εμφανίζεται συχνότερα στους άνδρες και σχετίζεται με το αντιγόνο HLA- B27¹⁸. Ιερολαγονίτις μπορεί να υφίσταται μεμονωμένα και ανεξάρτητα από την σπονδυλίτιδα και το αντίστροφο.

Η προσβολή του αυχένα εκδηλώνεται με δυσκαμψία και περιορισμό κινητικότητας, η οποία μπορεί να καταλήξει σε αγκύλωση^{19, 20}. Προσβάλλει την ανώτερη αλλά και την κατώτερη ΑΜΣΣ, ενώ

σπάνια μπορεί να προκαλέσει ατλαντοαξονικό υπεξάρθρημα.

Η αξονική προσβολή της ΨΑ είναι κλινικά και ακτινολογικά ηπιότερη από αυτή της αγκυλοποιητικής σπονδυλίτιδος²¹. Έχει ηπιότερη πρωινή δυσκαμψία, ασύμμετρα και παχύτερα οστεόφυτα (συνδεσμόφυτα). Εκδηλώνεται τυπικά με δυσκαμψία της σπονδυλικής στήλης, πρωινή ή μετά από ακινησία, διάρκειας τουλάχιστον 30 λεπτών. Η παρουσία επώδυνων συμπτωμάτων αποτελεί μια σημαντική κλινική και διαγνωστική ένδειξη για την ΨΑ. Σε αντίθεση με την αγκυλοποιητική σπάνια προσβάλλονται οι ζυγο-αποφυσιακές αρθρώσεις (facet)^{22, 23}.

IV. Νεανική μορφή ΨΑ

Η νεανική ΨΑ προσβάλλει κυρίως παιδιά κάτω των 16 ετών και έχει σχετικά καλή πρόγνωση. Αν και είναι σχετικά σπάνια αντιπροσωπεύει το 10% των χρόνιων παιδικών φλεγμονωδών αρθρίτιδων [24]. Εμφανίζεται συχνότερα στα κορίτσια κυρίως ως μονο-ολιγοαρθρίτιδα με συχνή προσβολή του γόνατος, δυνητική εξέλιξη σε πολυαρθρίτιδα²⁵, χρόνια ιριδοκυκλίτιδα και θετικά ANA στο 10-15% των μικρών ασθενών²⁵. Χαρακτηριστικό είναι ότι η εμφάνιση της αρθρίτιδας προηγείται των δερματικών εξανθημάτων στο 50% των περιπτώσεων²⁵.

Για την άρτια και ολοκληρωμένη αντιμετώπιση του ασθενούς επιβάλλεται ο συντονισμός και η συνεργασία δερματολόγου και ρευματολόγου.

V. Αρθρο-μυαλγικό σύνδρομο

Προτείνουμε τον όρο αυτό γιατί ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών με ψωρίαση χωρίς αρθρίτιδα, (περίπου το 20- 30% κατά την γνώμη μας), εμφανίζει ήπιες, περιοχικές ή διάχυτες μυαλγίες ή αρθραλγίες χωρίς αρθρίτιδα κλινικά ή ακτινολογικά. Την κατάσταση αυτή συνήθως παραβλέπουν οι ασθενείς ή την αντιμετωπίζουν μόνοι τους με περιοδική χρήση αναλγητικών χωρίς να καταφεύγουν σε ειδικό. Ενδεχόμενα τα συμπτώματα αυτά δικαιολογούνται από άτυπες ή υποβόσκουσες περιαρθρικές και περιοστικές ενθεσοπάθειες- τενοντοελυτρίτιδες. Μερικές φορές οι αρθραλγίες και οι μυαλγίες παίρνουν χρόνια ενοχλητικό χαρακτήρα και στις παροξύνσεις γίνονται βασανιστικές. Οι νεότερες απεικονιστικές τεχνικές ίσως μπορέσουν να αναδείξουν την υπεύθυνη παθολογοανατομική βλάβη. Δεδομένου ότι η ΨΑ συχνά μπορεί να συνδυάζεται με σύνδρομο ινομυαλγίας που εύλογα αναπτύσσεται στους ψωριασικούς λόγω του αισθητικού και κοινωνικού προβλήματος απαιτείται προσεκτική μελέτη του θέματος.

Χαρακτηριστικές ρευματικές εκδηλώσεις ΨΑ

Ενθεσίτις ή ενθεσοπάθεια. Πρόκειται για ένα συχνό εύρημα που οφείλεται σε φλεγμονή στη θέση πρόσφυσης των τενόντων, των συνδέσμων και των θυλάκων στα οστά²⁶. Ειδικότερα εμφανίζεται στην κατάφυση του αχίλλειου τένοντα, στη πρόσφυση της πελματιαίας απονεύρωσης στην πτέρνα, στα δάκτυλα, στις μυοτενοντώδεις προσφύσεις της πυέλου, στον τροχαντήρα κλπ. Η ενθεσοπάθεια αποτελεί βασικό χαρακτηριστικό στοιχείο των οροαρνητικών σπονδυλίτιδων και απεικονίζεται ακτινολογικά με χνοώδη (βαμβακόμορφη) περιοστίτιδα, η οποία συχνά οστεοποιείται²⁷. Η φλεγμονώδης ενθεσοπάθεια φαίνεται ότι ευθύνεται για την κατά μήκος διόγκωση των δακτύλων και την αλλαντοειδή εμφάνισή τους. Ευθύνεται επίσης για άλγη στον άκρο πόδα και το πέλμα καθώς και σε άλλα σημεία του σώματος.

Αρθρίτις των άπω φαλαγγικών αρθρώσεων. Είναι η τυπική (κλασσική) ΨΑ και συνοδεύεται συχνά από ψωριασική ονυχία¹⁷. Κατά την αποψη μας εντάσσεται αυτόνομα στον τύπο της ασύμμετρης ολιγοαρθρίτιδας ή μπορεί να «προστίθεται» διαχρονικά στους άλλους τύπους της νόσου.

Αρθρίτις πυρωτική ή ακρωτηριαστική (mutilans). Είναι σπάνια και περιγραφόταν παλαιότερα και εξακολουθή να περιγράφεται ως ξεχωριστή μορφή. Χαρακτηρίζεται από οστεόλυση των φαλάγγων και των μετακαρπίων ή μεταταρσίων¹⁷. Οδηγεί σε έντονες παραμορφώσεις και την χαρακτηριστική εικόνα δίκην τηλεσκοπίου¹⁷. Κατά τη γνώμη μας η ακρωτηριαστική μορφή δεν θα πρέπει να αποτελεί ξεχωριστικό υποτύπο ΨΑ αλλά εξέλιξη των προαναφερθέντων τριών μορφών με χρόνιο επιθετικό χαρακτήρα. Η συχνότητα της (< 5%)^{4,15} προοδευτικά μειώνεται και προβλέπεται περαιτέρω δραστική μείωση με τη χρήση των νεότερων θεραπευτικών παραγόντων που προφυλάσσουν από τις οστικές διαβρώσεις-οστεολύσεις με την έγκαιρη εφαρμογή τους.

3. ΕΞΩΑΡΘΡΙΤΙΚΕΣ (ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΕΣ) ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Προσβολή των οφθαλμών με την εκδήλωση επιπεφυκίτιδας, επισκληρίτιδας ή ιριδοκυκλίτιδας². Η τελευταία σχετίζεται με ιερολαγονίτιδα ή σπονδυλίτιδα. Κατά τη γνώμη μας το ποσοστό εμφάνισης είναι πολύ μικρότερο του 30% που αναφέρεται στη βιβλιογραφία²⁸.

Αορτική ανεπάρκεια εμφανίζεται σε ένα πάρα πολύ μικρό ποσοστό²⁹, όπως αναφέρεται και στις άλλες οροαρνητικές σπονδυλίτιδες, ιδίως την αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα.

Πνευμονική ίνωση του άνω λοβού είναι ένα σπάνιο εύρημα παρατηρούμενο στις ακτινογραφίες²⁸.

3. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Η χρόνια ψωριασική αρθρίτις προκαλεί συχνά χαρακτηριστικές ακτινολογικές βλάβες, ικανές να τη διαφοροποιήσουν από τις άλλες πολυαρθρίτιδες. Σε αρκετές περιπτώσεις η διαφορική διάγνωση καθίσταται αδύνατος, ιδίως στα πρώιμα στάδια. Προσβάλλονται συχνά οι άκρες χείρες, οι άκροι πόδες, οι ιερολαγόνιες και η ΣΣ. Βασικά ακτινολογικά «χαρακτηριστικά» της ΨΑ είναι :

1. Η διαβρωτική αρθρίτιδα με συνοδό παραγωγή νέου οστού (proliferative erosions)
2. Η συχνή απουσία παρα-αρθρικής οστεοπόρωσης (οστεοπενίας)
3. Η περιοστική αντίδραση και το οίδημα μαλακών μοριών
4. Παρασπονδυλικά ασύμμετρα οστεόφυτα.
5. Ασύμμετρη ιερολαγονίτιδα
6. Χρόνιες πηρωτικές (καταστροφικές) μορφές.

1. Διαβρωτική Αρθρίτιδα. Συχνά και χαρακτηριστικά ευρήματα της ΨΑ είναι οι αρθρικές διαβρώσεις, η διεύρυνση (μη στένωση) του μεσαρθρίου διαστήματος και η υπαρθρική σκλήρυνση³⁰.

Η συνοστέωση είναι λιγότερο συχνή από την αγκυλοποιητική σπονδυλαρθροπάθεια.

Οι διαβρώσεις δείχνουν μια προτίμηση στις άπω μεσοφαλαγγικές αρθρώσεις³¹ και ειδικά στην άπω μεσοφαλαγγική του μεγάλου δακτύλου του ποδιού. Οι διαβρωτικές αλλοιώσεις είναι ασύμμετρες, ακόμη και πολύ καιρό μετά την εμφάνιση της αρθρίτιδας σε αντίθεση με ότι συμβαίνει στη ρευματοειδή αρθρίτιδα ιδίως όταν πάσχουν και οι μετακαρποφαλαγγικές αρθρώσεις. Στένωση του μεσάρθριου διαστήματος μπορεί να μη συμβεί ποτέ στη ΨΑ.

Οι διαβρώσεις αντιρροπούνται από παραγωγή νέου οστού στα όρια των διαβρώσεων των μεσοφαλαγγικών αρθρώσεων και πολύ περισσότερο γύρω από τις διαβρώσεις της πτέρνας όπου επεκτεινόμενες σχηματίζονται μεγάλες, ανώμαλες, χνουδωτές (fluffy), επώδυνες άκανθες. Τέτοιου

είδους αλλοιώσεις είναι ακόμη πιο συχνές στο σύνδρομο Reiter, ενώ είναι σπάνιες στη ρευματοειδή αρθρίτιδα. Προφανώς οφείλονται σε ενθεσίτιδα, δηλαδή φλεγμονή στα σημεία περιοστικής πρόσφυσης των αρθρικών θυλάκων, συνδέσμων και τενόντων στα οστά.

Οι αρθρικές **διαβρώσεις** της ψωρίασης διαφέρουν από αυτές άλλων διαβρωτικών αρθριτίδων γιατί δεν έχουν σαφή, αλλά «θαμπά και ξεφτισμένα» όρια και από την άλλη επειδή από αυτές εκφύονται «τούφες» πριοστίτιδος (βαμβακόμορφη ή χνοώδης περιοστίτις)³². Οι βαριές και χρόνιες μορφές συχνά συνδυάζονται με οστική αγκύλωση και πηρωτική (καταστροφική) αρθρίτιδα.

Προσβολή των μεγάλων αρθρώσεων δεν είναι συχνή. Στα αρχικά στάδια η αρθρίτις δεν έχει διαβρωτικό χαρακτήρα.

Οι αλλοιώσεις των ονύχων συνδέονται με την απορρόφηση των τελικών φαλάγγων (ακροοστεόλυση) χωρίς να συσχετίζονται με ειδικές αρθρικές βλάβες αρθρώσεων.

2. Παρααρθρική οστεοπόρωση. Η φυσιολογική επασβέσωση των οστών (δηλαδή η έλλειψη οστεοπόρωσης) θεωρείται βασικό διαγνωστικό χαρακτηριστικό της ΨΑ, αλλά δεν είναι ιδιαιτέρως συχνό όταν η νόσος χρονίσει. Αντίθετα η παρααρθρική οστεοπόρωση (οστεοπενία) είναι σταθερό χαρακτηριστικό της ρευματοειδούς αρθρίτιδος.

3. Χνοώδης περιοστίτις³². Κατά μήκος των διαφύσεων των μακρών οστών (φαλάγγων) των άκρων χεριών και των ποδιών εκδηλώνεται περιοστική αντίδραση, η οποία παίρνει χνοώδη ή βαμβακόμορφο εμφάνιση. Τα οστά παχύνονται και γίνονται σκληρυντικά. Σε συνδυασμό με το συνοδό οίδημα μαλακών μορίων και την ενθεσοπάθεια δημιουργούν στα δάκτυλα αλλαντοειδή εμφάνιση ή «δάκτυλου - λουκάνικου».

4. Παρασπονδυλική οστεοποίηση (ossification)- Κατακόρυφα ασύμμετρα οστεόφυτα³³. Πρόκειται για μετρίως παχειά συνδεσμόφυτα, ασυνεχή, παχύτερα από αυτά της αγκυλοποιητικής. Είναι κατακόρυφως προσανατολισμένα και δεν είναι πάντοτε προσκολλημένα στα όρια των σπονδυλικών σωμάτων. Πρέπει να διακρίνονται από τα οστεόφυτα της εκφυλιστικής σπονδυλαρθροπάθειας, τα οποία έχουν οριζόντιο προσανατολισμό και είναι ακόμη παχύτερα από αυτά. Μπορεί να είναι το μοναδικό ακτινολογικό εύρημα της ΨΑ, ακόμη και επί απουσίας ιερολαγονίτιδας ή νόσου των δακτύλων, καθοδηγώντας την διάγνωση επί απουσίας άλλων χαρακτηριστικών ακτινολογικών ευρημάτων. Μεμονωμένα επιχείλια ή μη επιχείλια συνδεσμόφυτα (οστεόφυτα) μπορεί να παρατηρηθούν σε οποιοδήποτε επίπεδο της ΣΣ, κυρίως αναζητούνται στη Θωρακοσφυϊκή περιοχή .

Ο τετραγωνισμός των σπονδυλικών σωμάτων χαρακτηριστικό της αγκυλοποιητικής σπονδυλίτιδος είναι σπάνιο έως ανύπαρκτο εύρημα στην ψωριασική σπονδυλίτιδα. Ενώ λιγότερο συχνή είναι η εικόνα baboo που χαρακτηρίζει την αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα.

5. Ιερολαγονίτιδα. Η ιερολαγονίτιδα είναι συνήθως ετερόπλευρη και ασύμμετρη, ιδίως στα πρώιμα στάδια²³. Μπορεί να εξελιχθεί σε αμφοτερόπλευρη αγκύλωση. Ψωριασική οροαρνητική νόσος μπορεί να υφίσταται και χωρίς ιερολαγονίτιδα. Μέχρι και στο 50% των ασθενών με ψωριασική αρθρίτιδα μπορεί να εμφανισθεί διαχρονικά ιερολαγονίτιδα²¹.

Χρόνια μορφή

Στις χρόνιες επιθετικές εκδηλώσεις της ΨΑ περιλαμβάνονται οι εξεσημασμένες διαβρώσεις, αγκυλώσεις, οι οστεολύσεις και οι απορροφήσεις των τελικών φαλάγγων.

Χρόνιες εκδηλώσεις της νόσου στις άκρες χείρες περιλαμβάνουν την οστική συγκόλληση (αγκύλωση) στις μεσοφαλαγγικές αρθρώσεις, εμφάνιση των προσβεβλημένων αρθρώσεων δίκην

μολυβιού και κυπέλου, καλύμματος (σημείο του τηλεσκοπίου) καθώς και πηρωτική αρθρίτιδα (arthritis mutilans) χωρίς όμως ωλένια απόκλιση των δακτύλων.

Οι διαβρώσεις στις μεσοφαλαγγικές και τελικές φάλαγγες μπορούν να εξελιχθούν σε λέπτυνση της κεφαλής της δεύτερης φάλαγγας σαν μολύβι και διαβρωτική διεύρυνση της βάσεως της τρίτης φάλαγγας σαν κούπα με αποτέλεσμα να έχουμε την χαρακτηριστική εμφάνιση σαν του μολυβιού μέσα στο κύπελο «pencil-in-cup».

Οι άκρες χείρες και οι άκροι πόδες προσβάλλονται συχνά από διαβρωτικές αλλοιώσεις σε αντίθεση με ό,τι συμβαίνει στο Reiter.

Στην ΑΜΣΣ έχουν περιγραφεί ατλαντοαξονικά, πλάγια και υποαξονικά υπεξαρθρήματα τα οποία θεωρούνται σπάνια.

Συχνό εύρημα είναι η πτερνική άκανθα η οποία όμως σε αντίθεση με ό,τι συμβαίνει στην εκφυλιστική σπονδυλαρθροπάθεια καθώς και μετατραυματικά, έχει ασαφές και θαμπό περίγραμμα.

Μαγνητική Τομογραφία και Υπέρηχογραφικός έλεγχος

Υπάρχει διαρκώς αυξανόμενο ενδιαφέρον για τη χρήση της μαγνητικής τομογραφίας και των υπερήχων με σκοπό την περιγραφή των κλινικών εκδηλώσεων σε νόσους όπως η ψωριασική αρθρίτιδα. Μελέτες με μαγνητική τομογραφία έχουν καταδείξει ότι στην ψωριασική αρθρίτιδα υπάρχει συχνά συμμετοχή των εξω-αρθρικών ιστών όπως των συνδέσμων, των περιαρθρικών μαλακών μορίων, των τενόντιων ελύτρων και των οστών^{34, 35}. Επιπρόσθετα, η μαγνητική τομογραφία είναι δυνατό να αποκαλύψει υποκλινικές μυοσκελετικές αλλοιώσεις σε ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών με μη επιπλεγμένη ψωρίαση³⁶. Επίσης η σπινθηρογραφική μελέτη ασθενών με ψωριασική αρθρίτιδα είναι δυνατό να αποκαλύψει περισσότερο εκτεταμένη προσβολή απ'όσο γίνεται κλινικά αντιληπτή, ιδιαίτερα στο πρόσθιο θωρακικό τοίχωμα και στις μεγάλες περιφερικές αρθρώσεις¹⁶. Τέτοιες τεχνικές μπορούν κατ'επέκταση να διευκολύνουν την κλινική αξιολόγηση των ασθενών με ψωρίαση και αρθρική συμμετοχή.

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ

Παρά τα γεγονότα ότι η ΨΑ θεωρείται αυτόνομη νοσολογική οντότητα δεν διαθέτει παθογνωμονικά ή χαρακτηριστικά διαγνωστικά εργαστηριακά ευρήματα από το αίμα και το βιοχημικό έλεγχο. Τα ευρήματα αυτά χαρακτηρίζονται ως μη ειδικά, ήπια ή απόντα σε πολλές περιπτώσεις, ανάλογα με το επίπεδο ενεργότητας της νόσου. Κατά την άποψή μας στους έλληνας ασθενείς οι δείκτες φλεγμονής, η ενεργότητα και η επιθετικότητα (διαβρώσεις) της νόσου είναι σε πολύ χαμηλότερο επίπεδο από την παρατηρούμενη στις δυτικές χώρες.

Η ΤΚΕ μπορεί να εμφανίσει ελαφρά αύξηση σχετιζόμενη με τη βαρύτητα και τη δραστηριότητα της νόσου.³⁷

Η CRP μπορεί να μείνει ανεπηρέαστη ή να παρουσιάσει ελαφρά ή μετρία αύξηση παράλληλη με την ενεργότητα της νόσου^{18, 37, 38}. Το ίδιο ισχύει και με το ινωδογόνο³⁷.

Ηπια αναιμία, ορθόχρωμη και ορθοκυτταρική διαπιστώνεται σε ένα μικρό ποσοστό σχετικά σοβαρών περιπτώσεων αρθρίτιδος³⁷.

Υπερουριχαιμία αναφέρεται στο 20% των ασθενών, ιδίως σε περιπτώσεις εκτεταμένων δερματικών αλλοιώσεων ή ενδογενών μεταβολικών διαταραχών³⁹.

Αυξημένη IgA εμφανίζεται ιδίως στους πάσχοντες από σπονδυλική νόσο¹⁸.

Θετικά ANA αναφέρονται στο 10-14%^{2, 18} ενώ αντι-CCP αντισώματα βρίσκονται σε ένα μικρό ποσοστό ασθενών^{40, 41}.

Αρθρικό Υγρό

Τα ευρήματα από το αρθρικό υγρό είναι επίσης μη ειδικά. Συνήθως παρατηρείται μετρία αύξηση των λευκοκυττάρων με επικράτηση των πολυμορφοπύρηνων που κυμαίνεται από 1.500-3000 ανά κχ., ενώ σε σπάνιες ειδικές περιπτώσεις μπορεί να υπερβεί τις 5-10.000. Στις περιπτώσεις αυτές χρειάζεται έλεγχος για επιμόλυνση από μικρόβια ή παρουσία κρυστάλλων ουρικού ή πυροφωσφορικού οξέος.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η γενική εντύπωση είναι ότι η ΨΑ έχει σαφώς καλύτερη πρόγνωση και μικρότερου βαθμού ανικανότητα από τη ρευματοειδή αρθρίτιδα¹⁴. Υπάρχουν λίγες προδρομικές (prospective) μελέτες αναφορικά με τη πρόγνωση και τη φυσική εξέλιξη της ΨΑ. Καθολική είναι η άποψη ότι ο πολυαρθρικός τύπος της ΨΑ σχετίζεται με μεγαλύτερη ανικανότητα. Οι ασθενείς με πέντε τουλάχιστον οίδηματώδεις αρθρίτιδες έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να αναπτύξουν μελλοντικά παραμορφώσεις και αναπηρία. Δυσμενείς προγνωστικοί δείκτες θεωρούνται η παρουσία των αντιγόνων HLA-B27,-B39, και Qw3⁴² καθώς και οι εκτεταμένες δερματικές βλάβες. Οι σημαντικότεροι όμως δείκτες για νοσηρότητα και θνησιμότητα θεωρούνται οι βαρείες ακτινολογικές βλάβες, η αυξημένη ΤΚΕ και η χρήση νοσοτροποποιητικών φαρμάκων⁴³.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Shbeeb M, Uramoto KM, Gibson LE, O'Fallon WM, Gabriel SE. The epidemiology of psoriatic arthritis in Olmsted County, Minnesota, USA, 1982-1991. *J Rheumatol* 2000;27(5):1247-50.
2. Gladman DD, Shuckett R, Russell ML, Thorne JC, Schachter RK. Psoriatic arthritis (PSA)--an analysis of 220 patients. *Q J Med* 1987;62(238):127-41.
3. Harrison BJ, Silman AJ, Barrett EM, Scott DG, Symmons DP. Presence of psoriasis does not influence the presentation or short-term outcome of patients with early inflammatory polyarthritis. *J Rheumatol* 1997;24(9):1744-9.
4. Jones SM, Armas JB, Cohen MG, Lovell CR, Evison G, McHugh NJ. Psoriatic arthritis: outcome of disease subsets and relationship of joint disease to nail and skin disease. *Br J Rheumatol* 1994;33(9):834-9.
5. Scarpa R, Oriente P, Pucino A, Torella M, Vignone L, Riccio A, Biondi Oriente C. Psoriatic arthritis in psoriatic patients. *Br J Rheumatol* 1984;23(4):246-50.
6. Rahman P, Schentag CT, Gladman DD. Immunogenetic profile of patients with psoriatic arthritis varies according to the age at onset of psoriasis. *Arthritis Rheum* 1999;42(4):822-3.
7. Solinger AM, Hess EV. Rheumatic diseases and AIDS--is the association real? *J Rheumatol* 1993;20(4):678-83.
8. Njobvu P, McGill P, Kerr H, Jellis J, Pabee J. Spondyloarthropathy and human immunodeficiency virus infection in Zambia. *J Rheumatol* 1998;25(8):1553-9.
9. Duvic M, Johnson TM, Rapini RP, Freese T, Brewton G, Rios A. Acquired immunodeficiency syndrome-associated psoriasis and Reiter's syndrome. *Arch Dermatol* 1987;123(12):1622-32.
10. Espinoza LR, Berman A, Vasey FB, Cahalin C, Nelson R, Germain BF. Psoriatic arthritis and acquired immunodeficiency syndrome. *Arthritis Rheum* 1988;31(8):1034-40.
11. Njobvu P, McGill P. Psoriatic arthritis and human immunodeficiency virus infection in Zambia. *J Rheumatol* 2000;27(7):1699-702.
12. Burd RM. Psoriasis: a general overview. *Br J Hosp Med (Lond)* 2006;67(5):259-62.
13. Stern RS. Psoriasis. *Lancet* 1997;350(9074):349-53.

14. Moll JM, Wright V. Psoriatic arthritis. *Semin Arthritis Rheum* 1973;3(1):55-78.
15. Veale D, Rogers S, Fitzgerald O. Classification of clinical subsets in psoriatic arthritis. *Br J Rheumatol* 1994;33(2):133-8.
16. Helliwell P, Marchesoni A, Peters M, Barker M, Wright V. A re-evaluation of the osteoarticular manifestations of psoriasis. *Br J Rheumatol* 1991;30(5):339-45.
17. Wright V. Rheumatism and psoriasis: a re-evaluation. *Am J Med* 1959;27:454-62.
18. Torre Alonso JC, Rodriguez Perez A, Arribas Castrillo JM, Ballina Garcia J, Riestra Noriega JL, Lopez Larrea C. Psoriatic arthritis (PA): a clinical, immunological and radiological study of 180 patients. *Br J Rheumatol* 1991;30(4):245-50.
19. Jenkinson T, Armas J, Evison G, Cohen M, Lovell C, McHugh NJ. The cervical spine in psoriatic arthritis: a clinical and radiological study. *Br J Rheumatol* 1994;33(3):255-9.
20. Salvarani C, Macchioni P, Cremonesi T, et al. The cervical spine in patients with psoriatic arthritis: a clinical, radiological and immunogenetic study. *Ann Rheum Dis* 1992;51(1):73-7.
21. Gladman DD, Brubacher B, Buskila D, Langevitz P, Farewell VT. Psoriatic spondyloarthropathy in men and women: a clinical, radiographic, and HLA study. *Clin Invest Med* 1992;15(4):371-5.
22. Hanly JG, Russell ML, Gladman DD. Psoriatic spondyloarthropathy: a long term prospective study. *Ann Rheum Dis* 1988;47(5):386-93.
23. Helliwell PS, Hickling P, Wright V. Do the radiological changes of classic ankylosing spondylitis differ from the changes found in the spondylitis associated with inflammatory bowel disease, psoriasis, and reactive arthritis? *Ann Rheum Dis* 1998;57(3):135-40.
24. Ansell BM. Juvenile psoriatic arthritis. *Baillieres Clin Rheumatol* 1994;8(2):317-32.
25. Southwood TR, Petty RE, Malleson PN, Delgado EA, Hunt DW, Wood B, Schroeder ML. Psoriatic arthritis in children. *Arthritis Rheum* 1989;32(8):1007-13.
26. Scarpa R. Peripheral enthesopathies in psoriatic arthritis. *J Rheumatol* 1998;25(11):2288-9.
27. McGonagle D, Gibbon W, Emery P. Classification of inflammatory arthritis by enthesitis. *Lancet* 1998;352(9134):1137-40.
28. Boumpas D. Psoriatic Arthritis. In: Klippel J, ed. *Primer On The Rheumatic Diseases*. Atlanta: Arthritis Foundation, 2004.
29. Gladman DD. Psoriatic arthritis. *Curr Opin Rheumatol* 1990;2(4):577-81.
30. Marsal S, Armadans-Gil L, Martinez M, Gallardo D, Ribera A, Lience E. Clinical, radiographic and HLA associations as markers for different patterns of psoriatic arthritis. *Rheumatology (Oxford)* 1999;38(4):332-7.
31. van Romunde LK, Cats A, Hermans J, Valkenburg HA, de Vries E. Psoriasis and arthritis. III. A cross-sectional comparative study of patients with "psoriatic arthritis" and seronegative and seropositive polyarthritis: radiological and HLA aspects. *Rheumatol Int* 1984;4(2):67-73.
32. Wright V. Psoriasis and arthritis; a study of the radiographic appearances. *Br J Radiol* 1957;30(351):113-9.
33. Bywaters EG, Dixon AS. Paravertebral ossification in psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis* 1965;24(4):313-31.
34. Jevtic V, Watt I, Rozman B, Kos-Golja M, Demsar F, Jarh O. Distinctive radiological features of small hand joints in rheumatoid arthritis and seronegative spondyloarthritis demonstrated by contrast-enhanced (Gd-DTPA) magnetic resonance imaging. *Skeletal Radiol* 1995;24(5):351-5.
35. Olivieri I, Barozzi L, Favaro L, et al. Dactylitis in patients with seronegative spondylarthropathy. Assessment by ultrasonography and magnetic resonance imaging. *Arthritis Rheum* 1996;39(9):1524-8.
36. Offidani A, Cellini A, Valeri G, Giovagnoni A. Subclinical joint involvement in psoriasis: magnetic resonance imaging and X-ray findings. *Acta Derm Venereol* 1998;78(6):463-5.

37. Troughton PR, Morgan AW. Laboratory findings and pathology of psoriatic arthritis. *Baillieres Clin Rheumatol* 1994;8(2):439-63.
38. Laurent MR, Panayi GS, Shepherd P. Circulating immune complexes, serum immunoglobulins, and acute phase proteins in psoriasis and psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis* 1981;40(1):66-9.
39. Mijiyawa M, Oniankitan O, Khan MA. Spondyloarthropathies in sub-Saharan Africa. *Curr Opin Rheumatol* 2000;12(4):281-6.
40. Bogliolo L, Alpini C, Caporali R, Scire CA, Moratti R, Montecucco C. Antibodies to cyclic citrullinated peptides in psoriatic arthritis. *J Rheumatol* 2005;32(3):511-5.
41. Vander Cruyssen B, Hoffman IE, Zmierzak H, et al. Anti-citrullinated peptide antibodies may occur in patients with psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis* 2005;64(8):1145-9.
42. Gladman DD, Farewell VT. The role of HLA antigens as indicators of disease progression in psoriatic arthritis. Multivariate relative risk model. *Arthritis Rheum* 1995;38(6):845-50.
43. Gladman DD, Farewell VT, Wong K, Husted J. Mortality studies in psoriatic arthritis: results from a single outpatient center. II. Prognostic indicators for death. *Arthritis Rheum* 1998;41(6):1103-10.