

Psoriaatilise artriidi esinemisest psoriaasi korral

Elle Elberg¹, Riina Kallikorm², Natalja Kisseljova³, Karolina Gekk³ – ¹TÜ nahahaiguste kliinik, ²TÜ sisekliinik, ³TÜ arstiteaduskond

Psoriaas (Ps) on põletikuline, geneetilise eelsoodumusega ja kroonilise kuluga dermatoos, mille puhul etendavad olulist osa haigust soodustavad/provotseerivad tegurid ning immunoloogilised protsessid (1, 2). Psoriaatiline artriit (PsA) on psoriaasiga assotsieeruv artriit, mis kuulub spondüloartropaatiade hulka (2, 3). 70%-l psoriaasahaigetest ilmneb artriit alles aastaid pärast nahakahjustuse vallandumist ning 1/10-l haigetest ägenevad ühel ajal nii nahanähud kui ka artriit. Artriidi vallandumine psoriaasi korral viib sageli invaliidisuse kujunemiseni ning selle vältimiseks on vajalik pidev süsteemne ravi (2).

Psoriaasi sagedus rahvastikus on 1–5% (4). PsA esinemissagedus on 0,02–0,1%, kusjuures artriiti esineb 5–7% psoriaasahaigetest (2–4).

Töö eesmärgiks oli selgitada PsA esinemissagedust 2002. aastal TÜ Kliinikumi nahahaiguste kliinikus viibinud psoriaasahaigetel; iseloomustada PsA-haigeid, kes vajavad psoriaasi ägenemise tõttu ravi spetsialiseeritud statsionaaris; saada ülevaade liigesehaiguse kliinilisest pildist ja võimalikest probleemidest artriidi käsitlusel.

Uurimismaterjal ja -meetodid. Analüüsiti kõiki psoriaasi diagnoosiga 2002. aastal hospitaliseeritud haigete haiguslugusid. Lisaks tugiaparaadi kahjustuse analüüsile fikseeriti kaasuvad haigused, kasutatud ravimid, medikamentoosne allergia, kahjulikud harjumused, puudeaste.

Tulemused

TÜ Kliinikumi nahakliiniku statsionaaris oli 2002. a 796 haiget, kellest psoriaasahaigeid oli 182 (23%).

Tabel 1. Uuritud haigete kontingent (n = 182)

	Psoriaas	Psoriaatiline artriit
Haigete arv	182	22 (12%)
Sh mehi	104 (56%)	13 (59%)
naisi	78 (44%)	9 (41%)
Keskmine vanus	37 aastat	33 aastat

Tabel 2. Psoriaatilise artriidi iseloomustus (n = 22)

Artriidi vorm	Haigete arv (%)
1. Sõrmeliigete haaratusega artriit	18 (82)
2. Asümmeetriline oligoartriit	16 (73)
3. Sakroiliit ja spondüliit	7 (32)
Küüntekahjustuse olemasolu	19 (86)

Haigete võrdlus ja psoriaatilise artriidi iseloomustus uuritavas rühmas on toodud tabelis 1 ja 2.

Soolise ning vanuselise jaotuse osas psoriaasi ja PsA haigetel erinevusi ei ole. PsA sagedus statsionaarsetel uuritavatel psoriaasahaigetel on suurenenud.

Tabel 3. Kaasuvad haigused psoriaatilise artriidiga haigetel (n = 22)

Kaasuvad haigused	Haigete arv (%)
Krooniline tonsilliit	5 (23)
II tüüpi diabeet	4 (18)
Arteriaalne hüpertensioon	4 (18)
Neerukahjustus (sh püelonefriit – 1 pt; nefriit – 1 pt; amüloidoos – 2 pt)	4 (18)
Pt – patsient.	

Tabel 4. Psoriaatilise artriidiga haigete (n = 22) süsteemne ravi nahakahjustuse ägenemise ajal

Ravi	Haigete arv
Süsteemne ravi oli olemas	11/22 (50%)
Sh metotreksaat	6 /11
glükokortikoidid	5 /11
retinoidid	2 /11
kombineeritud ravi	2 /11

Kõige sagedamini (82%) oli tegemist sõrmeliigeste artriidiga (18 juhtu 22st); 16-l haigel oli asümmeetriline oligoartriit (73%); artriidi tsentraalne vorm (sakroiliit ja spondüliit) oli 7-l (32%). Kүүnte muutused (punktiformne düstroofia, kүүnte hüperkeratoos) oli 19 patsiendil (86%). Füüsiline puue oli registreeritud 11 PsA-patsiendil.

Järgnevalt selgitati, millised kaasuvad haiguslikud seisundid esinesid uuritavatel artriidihaigetel (vt tabel 3).

Kaasuv haigus oli 17 PsA-haigel (77%). Kõige sagedamini oli tegemist kroonilise tonsilliidiga (5 patsienti), II tüüpi diabeet oli 4 haigel, arteriaalne hüpertensioon esines 4-l ja neeruhaigus 4 haigel. 50% PsA-haigetest pidas haiguse ägenemise põhjuseks hiljutist stress-situatsiooni. Psoriaasi esinemist sugulastel teadis 7 PsA-haiget (33%). Alkoholi tarbimist märkisid 15 isikut ja suitsetajaid oli 7. Allergia penitsilliini suhtes esines 2 patsiendil ja tundlikus tõrvapreparaatide suhtes ühel haigel.

Kombineeritud süsteemne ravi oli kahel haigel: metotreksaat + glükokortikoid ja retinoid + glükokortikoid.

Arutelu

TÜ Kliinikumi nahahaiguste kliinikusse 2002. a psoriaasi tõttu hospitaliseeritud haigetest leiti PsA-haigeid 12,1%; mis on enam kui psoriaasi korral keskmiselt (2, 3, 4) ja seletatav eeskätt nahakahjustuse raskusega.

PsA algab enamasti vanuses 35–45 aastat, tabades mehi ja naisi ühesuguse sagedusega (7). Tartus hospitaliseeritud haigetest 13 patsienti (59%) oli haigestunud vanuses alla 40 aasta. Uuritud juhtudel oli PsA mõnevõrra sagedasem meestel (59%).

Haigetel oli valdavalt sõrmeliigeste artriit ja asümmeetriline oligoartriit (82% ja 73%), mis on oluliselt sagedasem võrreldes kirjanduses avaldatuga. Distaalse artriidi sagedus kirjanduse andmetel on 20–29%, sageli (40–49%) kombinatsioonil polü- või oligoartriidiga (2). Sõrmeliigeste artriit on väga tüüpiline PsA-haigetele, ent selle tähendus haiguse prognostilise markerina ei ole veel selge (6). Uuritud haigetel võib selline

“artriidi muster” seletada ka kujunenud vaegurluse kõrget taset (50%), mis arvestades patsientide keskmist vanust (33 aastat) on äärmiselt alarmeeriv. Sakroiliiti ja spondüliiti on leitud 30–39%-l haigetest. Spondüliit ja sakroiliit esinesid Tartus ligilähedaselt sama sagedusega võrreldes kirjanduse andmetega (vastavalt 32% ja 30–39%).

Kaasuvatest haigustest oli PsA-haigetel sagedaseim krooniline tonsilliid (23%). Krooniline infektsioon, eeskätt stafülo- ja streptokokiline, võib oluliselt mõjutada nii psoriaasi kui PsA kulgu (2, 4). Ravimata kurguinfektsioon võis olla haiguse ägenemise oluline tegur, esinedes 5 juhul 22 PsA-haigest. Püelonefriit leiti ühel haigel. Kokku leiti seega 22 PsA-haigest kroonilise infektsiooni koldeid 6 juhul.

Teiste kaasuvate haigustena leiti nefriiti, hüpertensiooni, II tüüpi diabeeti. Proteiinuuria ja hematuuria kui PsA suhteliselt sageda ekstra-artikulaarne kahjustus esines 1 juhul (4,5%), mis on tunduvalt vähem (11%) kirjanduse andmetest (8). Retrospektiivselt on raske analüüsida hüpertensiooni ja II tüüpi diabeedi seost PsA ja/või eelneva raviga. Diabeet (4 haiget) võib olla provotseeritud pikaajalisest glükokortikoidravist.

Pikaajalise ja raske PsA kulu korral on amüloidoosi teke võimalik komplikatsioon. Sekundaarne amüloidoos oli kujunenud 2 uuritaval, kellel psoriaasi anamnees oli vastavalt 20 ja 49 aastat, PsA kestus 10 ja 20 aastat.

Süsteemne ravi, sagedamini metotreksaat ja glükokortikoidid, oli haiglaravile saabunud patsientidel olemas vaid pooltel PsA-haigetest (11-l 22-st). Samas oli füüsiline puue määratud 50%-l haigetest, mis arvestades uuritavate keskmist vanust (33 aastat), näitab eeskätt artriidi äärmiselt kontrollimatut arengut. Pahaloomulise haigusliku põhjuseks on kindlasti ka süsteemse ravi järjepidevuse katkemine ja infektsiooni ebaadekvaatne kontroll. Adekvaatne raviprogramm tuleks rakendada juba PsA diagnoosimisel, et ära hoida luu-lihaskonna komplikatsioone, mis viivad funktsionaalsete häirete tekke ja invaliidsuse väljakujunemiseni (9).

Kokkuvõte

1. 2002. aastal TÜ Kliinikumi nahahaiguste kliinikusse hospitaliseeritud psoriaasahaigetest moodustasid psoriaatilise artriidi haiged 12%.
2. Kõigil psoriaatilise artriidi haigetel esines naha psoriaatiline kahjustus; künnetekahjustus oli 86%-l uuritavatest artriidiga haigetest.
3. Enamusel psoriaatilise artriidi haigetest (73%) oli kaasuvaid, sh infektsioonhaigusi.

4. Ainult 50% haigetest sai süsteemset ravi.
5. Pooled (50%) haigetest olid artriidi tõttu invaliidistunud, mis viitab haiguse raskusele ja/või võimalikule ebaefektiivsele ravile.
6. Psoriaatilise artriidi haigete ravi järjepidevuse ja efektiivsuse analüüsist TÜ Kliinikumi nahahaiguste kliiniku 2002. a andmetele tuginedes järeldub, et on vaja tõhustada erinevate erialade arstide koostööd, parandamaks ravi kvaliteeti ja vähendamaks vaegurluse väljakujunemist.

elle.elberg@kliinikum.ee

Kirjandus

1. Elberg E. Soomussammaspool. 1997; lk. 5–43.
2. Klippel JH, Dieppe PA. Spondyloarthropathies. Rheumatology. Tokio, New York; 1998; 6.21.1–8.
3. Dougados M, van der Linden SM, Jhulin R. The European Spondylo-arthropathy Study Group preliminary criteria for the classification of spondyloarthropathy. Arthr Rheum 1991;34:1218–27.
4. Braun-Falco O, Plewig G, Wolff HH, Burgdorf WHC. Psoriasis. Dermatology. Springer; 2000. p.585–608.
5. Birkenfeld R, Haviko T, Kallikorm R, Päi L, Päi S, Veinpalu L. Psoriaatiline artriit. Reumatoloogia. 2000. lk.165–70.
6. Gladman DD. Psoriatic arthritis. Rheum Dis Clin North Am 1998;24:829–43.
7. Christophers E, Mrowietz U, Sterry W. Psoriasis. 2002. p.64–6.
8. Omdal R, Husby G. Renal affection in patients with ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis Clin Rheumatol 1987;6:74–9.
9. Espinoza LR, Cuellar ML. Psoriatic arthritis and spondylitis: a clinical approach. The Spondylarthritis. 1998. p.97–111.