

## MINISTÉRIO DA SAÚDE

## ARTRITE PSORÍACA

PORTARIA CONJUNTA SAES/SCTIE/MS  
Nº 09, DE 21 DE MAIO DE 2021

## DIAGNÓSTICO

A artrite psoríaca é uma doença heterogênea, sendo possível o acometimento de pelo menos cinco manifestações, isoladas ou em associação:

- Psoríase (acometimento cutâneo).
- Artrite periférica - cinco subtipos clássicos de acometimento articular:
  - oligoarticular (quatro ou menos articulações e geralmente em distribuição assimétrica).
  - poliarticular (cinco ou mais articulações, podendo ser simétrico e semelhante à artrite reumatoide).
  - distal (articulações interfalângicas distais das mãos, pés ou ambos, geralmente ocorrendo com outros subtipos).
  - artrite mutilante (artrite destrutiva com reabsorção óssea acentuada ou osteólise).
  - acometimento axial.
- Artrite axial: em 20% a 70% dos casos, os pacientes com AP desenvolvem acometimento axial. A inflamação da coluna vertebral pode levar à fusão completa, como na espondilite anquilosante (EA), ou afetar apenas certas áreas, como a região lombar ou o pescoço.
- Entesites: dor e presença de edemas em enteses (locais de inserção óssea de tendões, ligamentos ou cápsula articular) ou alterações em imagem (RX, USG, TC ou RM). É observada em 30% a 50% dos pacientes com AP e os locais mais acometidos são a fásia plantar e o tendão calcâneo, inserção da patela, crista ilíaca, epicôndilos e inserção supraespinhal.
- Dactilites ("dedo em salsicha") – 40 a 50 % dos pacientes com AP.

O diagnóstico da AP é baseado no reconhecimento de **características clínicas e de imagem**.

Exames de imagem que podem auxiliar no diagnóstico de anomalias características da AP como alterações do esqueleto axial, entesites, dactilites e sinovites:

- radiografia (RX) simples,
- ultrassonografia (USG),
- ressonância magnética (RM),
- tomografia computadorizada (TC) ou
- cintilografia óssea.

Erosão óssea e cartilaginosa com formação de pontes ósseas é característica da AP sendo mais frequente nas articulações interfalângicas, calcificações paravertebrais, formação óssea justa-articular e deformidades do tipo lápis-na-xícara.

O paciente será considerado com AP quando apresentar doença inflamatória articular (periférica, axial ou entesítica) adicionado de três ou mais pontos das categorias apresentadas no Quadro I segundo a *Classification Criteria for Psoriatic Arthritis (CASPAR)*.

Quadro I – Critérios de classificação da artrite psoríaca

*Classification Criteria for Psoriatic Arthritis (CASPAR)*

Categoria	Pontuação
Psoríase atual (avaliada por reumatologista ou dermatologista)	2
História pessoal de psoríase	1
História familiar de psoríase (familiar de primeiro ou segundo grau)	1
Distrofia ungueal Psoríaca típica (observada no exame físico atual)	1
Fator reumatoide negativo	1
História de dactilite ou dactilite atual (registrado por reumatologista)	1
Formação óssea justa-articular à radiografia simples de mãos ou pés	1

Fonte: Adaptado de Taylor W. et al., 2006.

## INTRODUÇÃO

A **Artrite Psoríaca (AP)**, também dita psoriásica ou psoriática, é uma doença sistêmica inflamatória associada à psoríase.

Esta doença integra o grupo das espondiloartrites. A apresentação clínica da AP é heterogênea e varia desde manifestações articulares e dermatológicas a complicações articulares com erosão óssea, que ocorrem em até 40% a 60% dos casos. A prevalência global da AP pode atingir de 0,3% a 1,0% da população. A AP é a segunda espondiloartrite mais frequente no Brasil, com uma prevalência de 13,7% sendo superior a 33% na população previamente acometida com psoríase. Em 75% dos casos, a AP se manifesta após o aparecimento das lesões cutâneas; concomitantemente em 10%; e em 15% precede a psoríase.

## CID 10

**M070** Artropatia psoriática interfalangiana distal

**M072** Espondilite psoriásica

**M073** Outras artropatias psoriásicas

## CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Serão incluídos neste Protocolo pacientes com diagnóstico de artrite psoríaca estabelecido por meio da utilização dos critérios CASPAR (Quadro I).

## CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Serão excluídos os pacientes com outras doenças inflamatórias osteoarticulares ou com contra-indicação absoluta ao uso do respectivo medicamento preconizado neste Protocolo.

## CASOS ESPECIAIS

- Mulheres em idade fértil em uso de medicamentos modificadores do curso da doença devem fazer uso de métodos contraceptivos seguros para evitar a gestação, uma vez que a maioria dos medicamentos dessa categoria é contra-indicado durante a amamentação e gravidez.
- Mulheres que desejam engravidar devem discutir as opções de tratamento da AP com o seu médico assistente. Idealmente, o quadro da paciente deve ser estabilizado antes que se iniciem as tentativas de concepção.

## TRATAMENTO

O objetivo do tratamento é a redução dos sintomas, a remissão ou o controle da atividade da doença para mínima ou baixa atividade, ofertar melhor qualidade de vida e evitar perda da capacidade funcional destas pessoas.

### Tratamento não medicamentoso e medicamentoso

#### Tratamento não medicamentoso

- Abandono do tabagismo, controle do consumo de álcool, prática de exercícios físicos supervisionada e perda de peso.
- Acompanhamento multidisciplinar.

#### Tratamento medicamentoso

<b>Tratamentos sintomáticos</b>	• Anti-inflamatórios não esteroides (AINE); glicocorticoides; injeções de glicocorticoides locais.
<b>Imunossuppressores</b>	• Ciclosporina.
<b>MMCDs</b>	• Metotrexato, sulfasalazina, leflunomida.
<b>MMCDBio</b>	
Inibidores do fator de necrose tumoral (Anti-TNF)	• Adalimumabe, etanercepte, golimumabe, infliximabe e certolizumabe pegol.
Inibidor da IL-17	• Secuquinumabe.
<b>MMCDsae</b>	
Inibidor da Janus Kinases (JAK)	• Tofacitinibe.

MMCDs: medicamentos modificadores do curso da doença sintéticos; MMCDBio: medicamentos modificadores do curso da doença biológicos; MMCDsae: medicamentos modificadores do curso da doença alvo específico.

Para fins de decisão terapêutica, os fatores de pior prognóstico encontram-se relacionados no quadro abaixo:

### Fatores de pior prognóstico dos casos de artrite psoriásica

- Muitas (cinco ou mais) articulações edemaciadas.
- Dano estrutural.
- Velocidade de hemossedimentação (VHS) ou dosagem da proteína C reativa (PCR) elevadas.
- Manifestações extra-articulares clinicamente relevantes (por exemplo, dactilite e acometimento ungueal).

Adaptado de Gossec L, et al 2020.

## MONITORIZAÇÃO

Os instrumentos utilizados para a avaliação da atividade da doença e a resposta terapêutica como o *Disease Activity Score* em 28 articulações (DAS28), a resposta EULAR e o *American College of Rheumatology* (ACR) *Response Criteria* são, na sua maioria, adaptações de instrumentos utilizados para casos de artrite reumatoide e, portanto, consideram apenas o acometimento articular. Já o *Minimal Disease Activity* (MDA) é um instrumento específico para a AP, o qual considera o acometimento articular, o acometimento cutâneo, entesite, dactilite, dor e avaliação global do paciente, inclusive a sua capacidade funcional, e qualidade de vida.

Um paciente atinge a MDA ao atender a cinco dos sete critérios a seguir:

- contagem articular sensível < ou = 1;
- contagem de articulações inchada < ou = 3;
- Índice de Atividade e Gravidade da Psoríase < ou = 1 ou área de superfície corporal < ou = 3;
- escore visual analógico (EVA) da dor do paciente < ou = 15;
- atividade global da doença do paciente EVA < ou = 20;
- questionário de avaliação de saúde < ou = 0,5;
- pontos enteses sensíveis < ou = 1.

## FÁRMACOS E ESQUEMAS DE ADMINISTRAÇÃO

Fármaco:	Esquema de administração
Ibuprofeno	600 a 3.200 mg/dia, por via oral, divididos em três administrações (8/8 h).
Naproxeno	500 a 1.500 mg/dia, por via oral, divididos em três administrações (8/8 h).
Prednisona	5 a 20 mg/dia, por via oral, divididos em até três administrações (8/8 h).
Metilprednisona	4 a 80 mg a cada 3-4 meses, por via intra- ou periarticular, a depender do tamanho da articulação: Grande: 20 a 80 mg; média: 10 a 40 mg; pequena: 4 a 10 mg.
Ciclosporina	3 a 5 mg/kg/dia, por via oral, divididos em duas administrações (12/12 h).
Leflunomida	20mg, por via oral, uma vez/dia.
Sulfasalazina	500 a 3.000 mg/dia, por via oral, divididos em até três administrações (8/8 h).
Metotrexato	7,5 a 25 mg, por via oral, subcutânea ou intramuscular, a cada semana.
Adalimumabe	40 mg, por via subcutânea, a cada duas semanas.
Etanercepte	50 mg, por via subcutânea, a cada semana.
Infliximabe	5 mg/kg, por via intravenosa, nas semanas 0, 2 e 6, e, posteriormente, a cada 8 semanas.
Golimumabe	50 mg, por via subcutânea, a cada 4 semanas. Aprovado apenas para pacientes adultos.
Secuquinumabe	150 mg/ml, por via subcutânea, nas semanas 0, 1, 2, 3 e 4; posteriormente, uma vez a cada 4 semanas. Com base na resposta terapêutica, a dose pode ser aumentada para 300 mg, se necessário. Para pacientes com artrite Psoriásica e psoríase em placas moderada a grave concomitantes ou que são maus respondedores a anti-TNF $\alpha$ , a dose é de 300 mg, nas semanas 0, 1, 2, 3 e 4; posteriormente, uma vez a cada quatro semanas. Cada dose de 300 mg é administrada em duas injeções subcutâneas de 150 mg. Apenas para pacientes adultos.
Certolizumabe pegol	400 mg (duas injeções de 200 mg cada), por via subcutânea, nas semanas 0, 2 e 4; posteriormente, 200 mg a cada duas semanas ou 400 mg a cada quatro semanas. Aprovado apenas para pacientes adultos.
Tofacitinibe	5 mg, por via oral, administrada duas vezes ao dia. Aprovado apenas para pacientes adultos.

## BENEFÍCIOS ESPERADOS

Espera-se que o tratamento adequado proporcione melhora dos sintomas, da capacidade funcional e da qualidade de vida dos pacientes.

Para maiores informações consulte o **item 7. Tratamento** do PCDT Artrite Psoriásica PT nº 09, de 21 maio de 2021.

Veja na última página deste PCDT Resumido o **Fluxograma do tratamento dos pacientes com artrite psoriásica**

### EXAMES LABORATORIAIS:

#### Antes e durante o tratamento (nos períodos de maior atividade, a cada 1-3 meses):

- níveis de velocidade de hemossedimentação (VHS).
- proteína C reativa (PCR).

#### Ao início do tratamento e a cada 3 meses.

- hemograma.
- contagem de plaquetas.
- dosagens séricas de creatinina.
- AST/TGO e ALT/TGP.

◊ Exames sorológicos para hepatites B e C, HIV.

◊ Radiografia simples de tórax.

◊ Prova Tuberculínica (PT) [PT com o insumo *purified protein derivative* (PPD)]. Não é necessário repetir o teste PPD ao longo do tratamento em pacientes com PT  $\geq$  5 mm ou pacientes que já receberam o tratamento completo para tuberculose. Pacientes com PT < 5 mm necessitam repetir o teste anualmente, enquanto estiverem em uso de MMCD.

## MONITORIZAÇÃO (continuação)

Em caso de alteração nos resultados destes exames ou insuficiência renal, elevação dos níveis pressóricos arteriais ou sintomas e sinais de infecção, durante a monitorização do paciente, o prescritor pode reduzir as doses do medicamento, espaçar o período entre elas ou até interrompê-lo.

Radiografia simples ou ressonância magnética deve ser feita no início do tratamento e durante o acompanhamento com o objetivo de detectar possíveis danos estruturais.

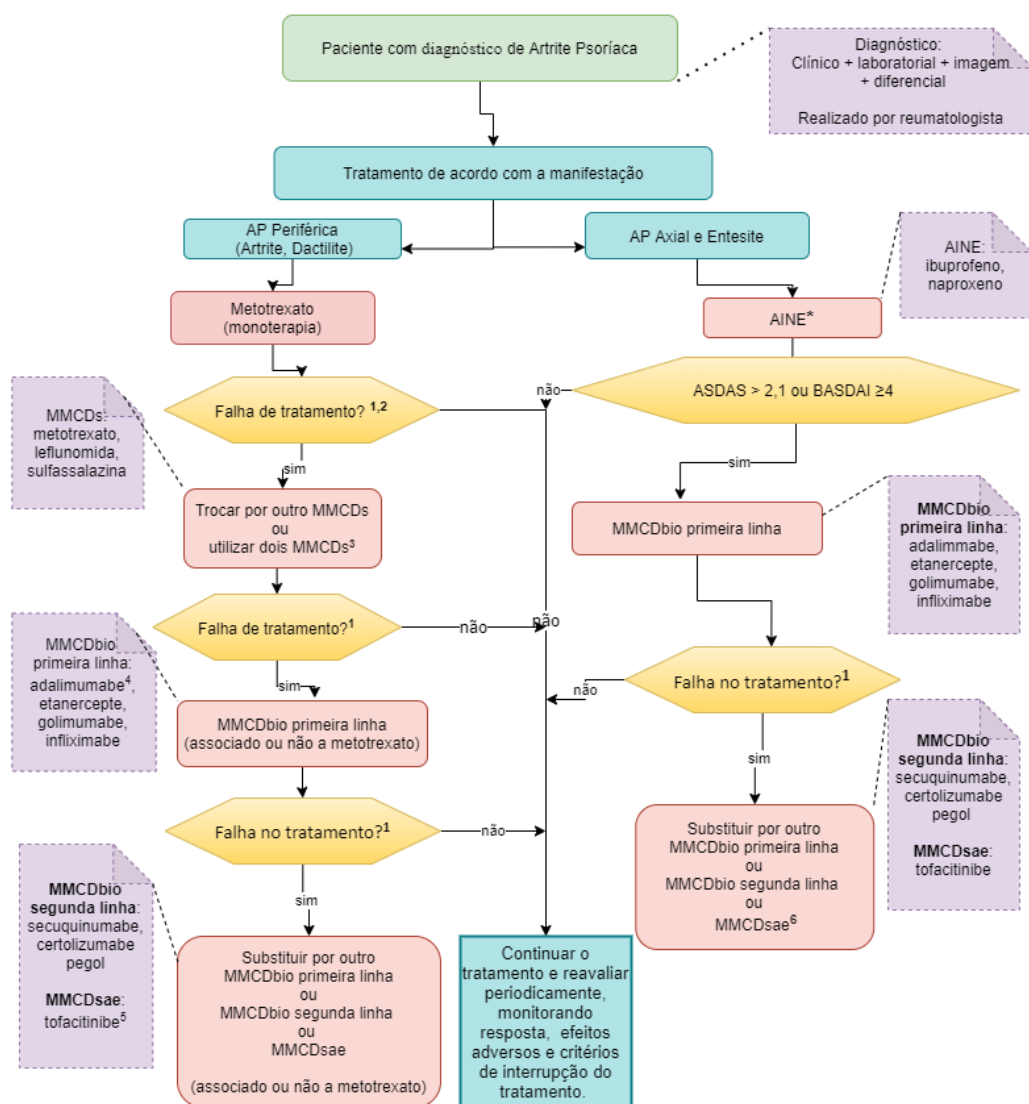
Antes do início do uso de MMCD deve-se pesquisar: ocorrência de infecção ativa, tuberculose ativa ou latente não tratada, insuficiência cardíaca moderada ou grave, hipersensibilidade prévia a MMCD, esclerose múltipla, neurite óptica, imunodeficiência, linfoma e outras neoplasias malignas.

Efeitos adversos relacionados aos MMCD: hipersensibilidade, elevação dos níveis das enzimas hepáticas, descompensação de insuficiência cardíaca, infecções graves, infestações, cefaléia, reações hematológicas e doença neurológica desmielinizante (leucoencefalopatia multifocal progressiva - LEMP).

## REGULAÇÃO E CONTROLE

Pacientes com AP devem ser atendidos, preferencialmente, por equipe em serviço especializado, que conte com reumatologista ou médico com experiência e familiaridade com manifestações clínicas próprias desta doença, para seu adequado diagnóstico, inclusão no tratamento e acompanhamento.

### FLUXOGRAMA DO TRATAMENTO DOS PACIENTES COM ARTRITE PSORÍACA



\* Em qualquer das etapas e linhas discriminadas, anti-inflamatórios não esteroidais (AINE) ou glicocorticoides podem ser prescritos para o controle sintomático. AINE em monoterapia deve ser utilizado, no máximo por três meses.

¹ A suspensão do tratamento pode ser dar por eventos adversos intoleráveis ou por falha terapêutica (não atingimento de meta terapêutica). Deve aguardar pelo menos 3 meses de tratamento vigente, não devendo troca de linha ou etapa terapêutica em intervalo de tempo inferior.

² Pacientes com AP periférica grave e pior prognóstico que não atingiram a meta de tratamento com o uso de MMCDs, o uso de MMCDbio primeira linha pode ser considerado, não sendo necessário a utilização de um segundo MMCDs. Nesses casos o período mínimo de uso de MMCDs pode ser de três meses.

³ Considerar a substituição do uso de MTX injetável ou outras combinações de terapias duplas ou triplas. Considerar MTX injetável, leflunomida, terapia dupla ou tripla, sem MTX oral.

⁴ Tem indicação de associação com a LEF, além do MTX.

⁵ Tem indicação de associação com outro MMCDs, além do MTX.

⁶ Ainda há poucas evidências do benefício do tofacitinibe em pacientes com manifestação axial.

As informações inseridas neste material tem a finalidade de direcionar a consulta rápida dos principais temas abordados no PCDT. A versão completa corresponde a Portaria Conjunta SAES/SCITE/MS nº 09, de 21 de Maio de 2021 e pode ser acessada em [https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/20210531\\_pcdt\\_min\\_artrite\\_psoriaca.pdf](https://www.gov.br/conitec/pt-br/midias/protocolos/20210531_pcdt_min_artrite_psoriaca.pdf)