

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

Tratamentos sintomáticos	• Anti-inflamatórios não esteroides (AINE); glicocorticoides; injeções de glicocorticoides locais.
Imunossuppressores	• Ciclosporina.
MMCDs	• Metotrexato, sulfassalazina, leflunomida.
MMCDBio	
Inibidores do fator de necrose tumoral (Anti-TNF)	• Adalimumabe, etanercepte, golimumabe, infliximabe e certolizumabe pegol.
Inibidor da IL-17	• Secuquinumabe.
MMCDsae	
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.
Sulfassalazina	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 α , 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.

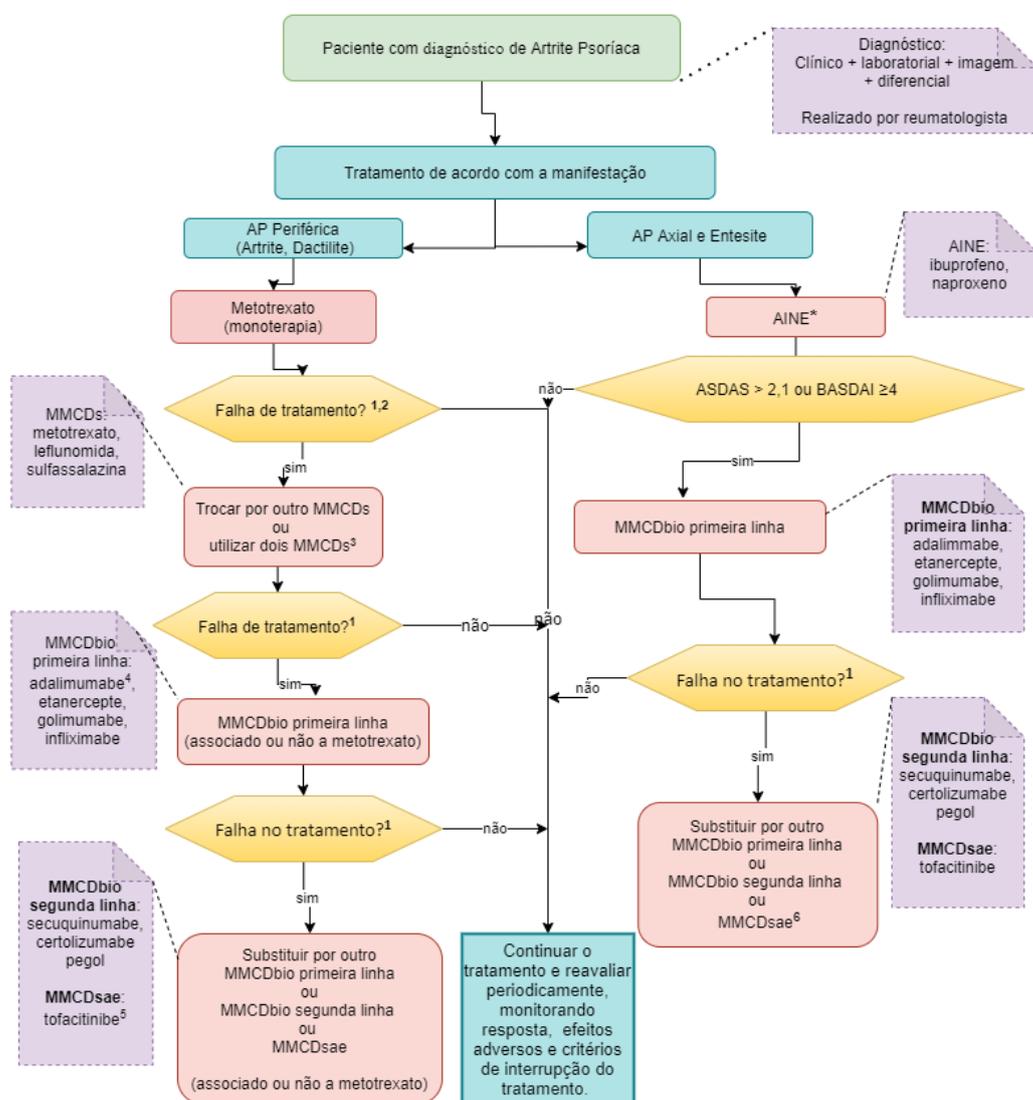
Antes do início do uso de MMCD deve-se pesquisar: ocorrência de infecção ativa, tuberculose ativa ou latente não tratada, insuficiência cardíaca moderada ou grave, hipersensibilidade prévia a MMCD, esclerose múltipla, neurite óptica, imunodeficiência, linfoma e outras neoplasias malignas.

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