

Psoriasis Arthritis

M.Fauzan Abdillah Rasyid¹, Dwi Indria Anggraini², M.Fitra Wardhana³, M. Syafei Hamzah²

¹Mahasiswa, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

²Bagian Ilmu Kulit dan Kelamin, Rumah Sakit Abdul Moeloek
Bandar Lampung

³Bagian Farmasi, Fakultas Kedokteran, Universitas Lampung

Abstrak

Psoriasis Arthritis (PsA) merupakan penyakit peradangan kronis dengan manifestasi utama yaitu radang sendi enthesitis, tenosynovitis, dan spondyloarthritis yang mengakibatkan nyeri, kekakuan dan pembengkakan di dalam dan sekitar sendi atau di punggung. Kebanyakan pasien (60-75%) yang menderita psoriasis arthritis sudah didiagnosis psoriasis. Dalam 10-15% kasus, radang sendi adalah gejala pertama dan secara bersamaan timbulnya radang sendi dan penyakit kulit terjadi dengan frekuensi yang kira-kira sama. PsA mempengaruhi sekitar 0,1% sampai 0,2% dari populasi umum. Manifestasi klinis PsA cenderung muncul 5-12 tahun setelah presentasi kulit awal (yaitu, antara usia 30 dan 50 tahun pada individu yang terkena). Seperti halnya psoriasis, pria dan wanita memiliki kemungkinan yang sama untuk mengembangkan PsA. Gejala klinis biasanya meliputi nyeri dan kekakuan sendi yang terkena, kekakuan pagi > 30 menit, dan kelelahan. Etiologi PsA saat ini tidak diketahui, meskipun banyak faktor genetik, lingkungan, dan imunologis telah diidentifikasi yang berperan dalam patogenesis penyakit. Dalam pengaturan ini, proses imunologis yang menyebabkan peradangan terjadi di sinovium sendi, entesium, tulang, dan kulit pasien dengan PsA. Diagnosis PsA dibuat berdasarkan Kriteria Klasifikasi yang dimodifikasi untuk Psoriatic Arthritis (CASPAR).

Kata kunci : peradangan kronis, psoriasis, psoriasis arthritis, sendi

Psoriasis Arthritis

Abstract

Psoriatic Arthritis (PsA) is a chronic inflammatory disease with major manifestations as inflammatory arthritis, enthesitis, tenosynovitis, and spondyloarthritis resulting in pain, stiffness and swelling in and around the joints or in the back. Most people (60–75%) who develop PsA already have a diagnosed psoriasis. In 10–15% of the cases, inflammatory arthritis is the first symptom and simultaneously onset of arthritis and skin disease occurs with approximately the same frequency. PsA affects approximately 0.1% to 0.2% of the general population. The clinical manifestations of PsA tend to emerge 5-12 years after initial skin presentation (ie, between the ages of 30 and 50 years in affected individuals). As with psoriasis, men and women are equally likely to develop PsA. Symptoms usually include pain and stiffness at the minute affected, morning stiffness >30, and fatigue. The etiology of PsA is currently unknown, although many genetic, environmental, and immunologic factors have been identified that play a role in the pathogenesis of the disease. In this setting, immunologically mediated processes that cause inflammation occur in the synovium of joints, enthesium, bone, and skin of patients with PsA. The diagnosis of PsA is made on the basis of the modified Classification Criteria for Psoriatic Arthritis (CASPAR).

Keywords: inflammatory chronic, psoriasis, psoriatic arthritis, joints

Korespondensi: M.Fauzan Abilllah Rasyid, Fakultas Kedokteran Universitas Lampung, m.fauzanabdillahrasyid@gmail.com

PENDAHULUAN

Psoriasis arthritis (PsA) adalah penyakit kronis yang melibatkan peradangan jaringan sinovial, entheses, kulit pada pasien psoriasis, dan biasanya seronegatif untuk faktor rheumatoid.⁸ Frekuensi artritis terjadi pada 10-40% pasien psoriasis.¹¹ PsA tergolong sebagai salah satu bagian dari spondyloarthritis complex.⁵ Pasien PsA memiliki presentasi klinis yang heterogen, dengan fitur artikular dan dermatologis yang beragam serta perjalanan penyakit dan hasil yang bervariasi.⁸

Jenis radang sendi ini dapat berkembang pada usia berapa pun tetapi biasanya terlihat antara usia 30 dan 50 tahun dengan pria yang terkena sama atau sedikit lebih banyak daripada wanita. Gejala klinis biasanya meliputi nyeri dan kekakuan sendi yang terkena, kekakuan pagi > 30 menit, dan kelelahan.²

PsA awalnya dianggap sebagai penyakit ringan, tetapi dalam dekade terakhir, 40% - 60% pasien dapat mengalami komplikasi erosif dan deformasi sendi. Komplikasi kerusakan sendi yang diinduksi PsA tidak hanya menyebabkan fungsi artikular yang lebih rendah dan kematian yang lebih tinggi tetapi juga mempengaruhi kemampuan pasien untuk bekerja dan mempengaruhi hubungan sosial mereka.¹²

Etiologi PsA saat ini tidak diketahui, meskipun banyak faktor genetik, lingkungan, dan imunologis telah diidentifikasi yang berperan dalam patogenesis penyakit. Dalam pengaturan ini, proses imunologis yang menyebabkan peradangan terjadi di sinovium sendi, entesium, tulang, dan kulit pasien dengan PsA.²

Lebih dari separuh pasien dengan PsA akan memiliki setidaknya 1 komorbiditas yang berkontribusi terhadap beban penyakit pasien

secara keseluruhan.⁶ Komorbiditas kardiovaskular menjadi perhatian khusus untuk pasien dengan PsA, mengingat beban morbiditas dan mortalitas yang tinggi dari penyakit kardiovaskular (CVD). CVD didefinisikan sebagai diagnosis aritmia, penyakit jantung iskemik, angina, MI, stroke, penyakit perikardial, hipertensi pulmonal, atau kematian mendadak. Tingkat insiden CVD adalah 12,8 kasus per 1000 orang-tahun di antara pasien dengan PsA, atau 33% lebih tinggi dari tingkat 9,6 kasus per 1000 orang-tahun pada individu tanpa PsA (IRR, 1,33; 95% CI, 1,23-1,44).

Pasien dengan PsA juga memiliki tingkat MACE yang lebih tinggi secara signifikan. MACE didefinisikan sebagai infark miokard [MI], stroke, atau kematian mendadak. Tingkat MACE adalah 4,6 kejadian per 1000 orang-tahun pada kelompok PsA dan 3,5 kejadian per 1000 orang-tahun pada kelompok non-PSA (IRR, 1,30; 95% CI, 1,15-1,47).

Kondisi komorbiditas tambahan pada pasien dengan PsA dapat mencakup osteoporosis, penyakit mata autoimun (uveitis), penyakit hati, penyakit radang usus, penyakit ginjal, keganasan, dan infeksi.⁶

ISI

Definisi

Psoriasis Arthritis (PsA) merupakan penyakit inflamasi kronis dengan manifestasi utama yaitu radang sendi enthesitis, tenosynovitis, dan spondyloarthritis yang mengakibatkan nyeri, kekakuan dan pembengkakan di dalam dan sekitar sendi atau di punggung. Kebanyakan pasien (60-75%) yang menderita psoriasis arthritis sudah didiagnosis psoriasis. Dalam 10-15% kasus, radang sendi adalah gejala pertama dan secara bersamaan timbulnya radang sendi dan penyakit kulit terjadi dengan frekuensi yang kira-kira sama.⁹

Epidemiologi

Di antara pasien dengan psoriasis, prevalensi Psoriasis Arthritis (PsA) dalam studi kohort AS baru-baru ini berkisar antara 22% hingga 27%.⁷ Secara keseluruhan, PsA mempengaruhi sekitar 0,1% sampai 0,2% dari populasi umum. Manifestasi klinis PsA cenderung muncul 5-12 tahun setelah presentasi kulit awal (yaitu, antara usia 30 dan 50 tahun pada individu yang terkena). Seperti halnya psoriasis, pria dan wanita memiliki kemungkinan yang sama untuk mengembangkan PsA.⁴

Patofisiologi

Beberapa jenis sel sistem kekebalan dan sitokin telah terlibat dalam aktivitas penyakit PsA.^{3,4} Cairan sinovial sendi yang terkena PsA akan menunjukkan peningkatan kadar sel-T dan sitokin seperti TNF, IL-6, IL-12/IL-23, dan IL-17.⁴ Bersama-sama dengan sitokin ini mendorong peradangan sendi dan efek biologis hilir lainnya, seperti aktivasi osteoblas dan osteoklas, yang selanjutnya berkontribusi pada kerusakan sendi.¹ Terapi biologis yang menargetkan penyimpangan ini jalur pensinyalan telah muncul sebagai pilihan pengobatan utama untuk PsA, terutama untuk pasien dengan penyakit sedang hingga parah.

Diagnosis

Diagnosis PsA dibuat berdasarkan Kriteria Klasifikasi yang dimodifikasi untuk Psoriatic Arthritis (CASPAR).¹³ Untuk memastikan diagnosis PsA, pasien dengan gejala muskuloskeletal, seperti artritis, enthesitis, dan/atau spondilitis, harus dinilai setidaknya 3 poin menggunakan kriteria CASPAR.

Tabel 1. Classification Criteria for Psoriatic Arthritis (CASPAR)¹³

Criteria	Point Value*
Current psoriasis	2
Personal history of psoriasis (in the absence of current psoriasis)	1
Family history of psoriasis (in the absence of current psoriasis or a personal history of psoriasis)	1
Dactylitis (current or personal history)	1
Juxta-articular new bone formation	1
Rheumatoid factor negativity	1
Psoriatic nail dystrophy (onycholysis, pitting, and/or hyperkeratosis)	1

*The diagnosis of psoriatic arthritis requires a total score of ≥ 3 in patients with psoriasis and musculoskeletal symptoms (arthritis, enthesitis, and/or spondylitis).
Reprinted from *Dermatol Clin*, 33(1), Tintle SJ, Gottlieb AB, Psoriatic arthritis for the dermatologist, 127-148, Copyright (2015), with permission from Elsevier.

Kisaran kriteria diagnostik menggambarkan keragaman fenotipe klinis PsA. Sebagai contoh, pasien dengan gejala muskuloskeletal dan psoriasis saat ini dapat memenuhi kriteria diagnostik untuk PsA dengan adanya satu tanda tambahan, seperti distrofi kuku psoriatik. Sebaliknya, pasien dengan gejala muskuloskeletal tetapi tidak memiliki riwayat psoriasis pribadi atau keluarga dapat memenuhi kriteria diagnostik dengan menunjukkan 3 gambaran klinis lain yang menunjukkan PsA, seperti actylitis, pembentukan tulang baru jukstaartikular, dan faktor reumatoid negatif.¹³

Gejala sendi adalah keluhan utama di antara pasien dengan PsA. Dalam survei MAPP, hampir setengah dari pasien dengan PsA dan psoriasis (48,1%) menilai nyeri dan pembengkakan sendi sebagai faktor terpenting yang berkontribusi terhadap keparahan penyakit mereka. Faktor tambahan yang dikutip termasuk gatal (14,8%), lokasi/ukuran lesi psoriasis (10,0%), pengelupasan (5,6%), dan scaling (3,0%).⁷

Deteksi dini PsA sangat penting untuk memulai pengobatan yang tepat.¹⁴ Namun, membuat diagnosis PsA yang tepat waktu merupakan tantangan di seluruh spesialisasi penyedia. Dalam survei MAPP, 37,6% dermatologists (N = 101) menjelaskan

membedakan PsA dari penyakit rematik lainnya sebagai tantangan terbesar dalam mengelola pasien dengan PsA.

Untuk meminimalkan keterlambatan dalam mendiagnosis PsA, dokter kulit dianjurkan untuk menyaring pasien dengan psoriasis untuk tanda dan gejala PsA pada setiap kunjungan klinik.^{13,4} Kuesioner skrining adalah alat yang berguna untuk mendeteksi gejala rematik pada pasien dengan psoriasis.¹⁴ Kuesioner Skrining Psoriasis dan Arthritis, Alat Skrining Epidemiologi Psoriasis, dan Layar Arthritis Psoriatik Toronto dapat digunakan oleh dokter kulit dan penyedia lainnya untuk mengidentifikasi pasien dengan potensi PsA yang memerlukan penilaian lebih lanjut oleh ahli reumatologi.^{14,10}

SIMPULAN

Psoriasis Arthritis (PsA) adalah penyakit kronis yang dimediasi kekebalan dengan tingkat penyakit kardiovaskular dan penyakit penyerta lainnya yang tinggi. Wawasan terbaru tentang patofisiologi yang mendasari penyakit ini telah mengungkapkan target terapi baru. Penyakit ini kurang dikenali dan kurang diobati dalam praktik klinis saat ini. Mengenali beban sebenarnya dari psoriasis arthritis dan komorbiditas umumnya adalah langkah pertama untuk meningkatkan prognosis untuk pasien yang terkena.

DAFTAR PUSTAKA

1. Adamopoulos, I. E., & Pflanz Stefan. (2014). The emerging role of Interleukin 27 in inflammatory arthritis and bone destruction. *Cytokine Growth Factor Rev*, 24(2), 115-21.
2. Cunha, J. S., Qureshi, A. A., & Reginato, A. M. (2015). Management of Psoriasis and Psoriatic Arthritis in a Multidisciplinary Rheumatology/Dermatology Clinic. *Federal Practitioner*, 14-20.
3. Ferri, F. (2016). *Psoriatic arthritis*. In: Ferri FF, ed. *Ferri's Clinical Advisor*. Philadelphia: Elsevier.
4. Gottlieb, A., Korman, N. J., Gordon, K. B., Feldman, S. R., Lebwohl, M., Koo, J. Y., et al. (2008). Guidelines of care for the management of psoriasis and psoriatic arthritis: Section 2. Psoriatic arthritis: overview and guidelines of care for treatment with an emphasis on the biologics. *J Am Acad Dermatol*, 58(5), 851-64.
5. Helliwell, P. S. (2019). Verna Wright: father of the spondyloarthropathies. *Ann Rheum Dis*, 78, 454-5.
6. Husni, M. E. (2015). Comorbidities in Psoriatic Arthritis. *Rheum Dis Clin North Am*, 41(4), 677-98.
7. Lebwohl, M. G., Kavanaugh, A., Armstrong, A. W., & Voorhees, A. S. (2016). US Perspectives in the Management of Psoriasis and Psoriatic Arthritis: Patient and Physician Results from the Population-Based Multinational Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis (MAPP) Survey. *Am J Clin Dermatol*, 17(1), 87-97.
8. Liu, J. T., Yeh, H. M., Liu, S. Y., & Chen, K. T. (2014). Psoriatic arthritis: Epidemiology, diagnosis, and treatment. *World Journal of Orthopedics*, 5(4), 537-543.
9. Löfvendahl, S., Theander, E., Svensson, Å., Carlsson, K. S., Englund, M., & Petersson, I. F. (2014). Validity of Diagnostic Codes and Prevalence of Physician-Diagnosed Psoriasis and Psoriatic Arthritis in Southern Sweden – A Population-Based Register Study. *PLoS One*, 9(5), 1-10.
10. Mease, P. J., Gladman, D. D., Helliwell, P., Khraishi, M. M., Fuiman, J., Bananis, E., et al. (2014). Comparative performance of psoriatic arthritis screening tools in patients with psoriasis in European/North American dermatology clinics. *J Am Acad Dermatol*, 71(4), 649-55.
11. Napolitano, M., Caso, F., Scarpa, R., Megna, M., Patri, A., Balato, N., et al. (2016). Psoriatic arthritis and psoriasis: differential diagnosis. *Clin Rheumatol*, 35(8), 1893-1901.

12. Slobodin, G., Rosner, I., Rozenbaum, M., Boulman, N., Kessel, A., & Toubi, E. (2009). Psoriatic arthropathy: where now? *Isr Med Assoc J*, 11(7), 430-4.
13. Tintle, S. J., & Gottlieb, A. B. (2015). Psoriatic arthritis for the dermatologist. *Dermatol Clin*, 33(1), 127-48.
14. Villani, A. P., Rouzaud, M., Sevrain, M., Barnetche, T., Paul, C., Richard, M. A., et al. (2015). Prevalence of undiagnosed psoriatic arthritis among psoriasis patients: Systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Dermatol*, 73(2), 242