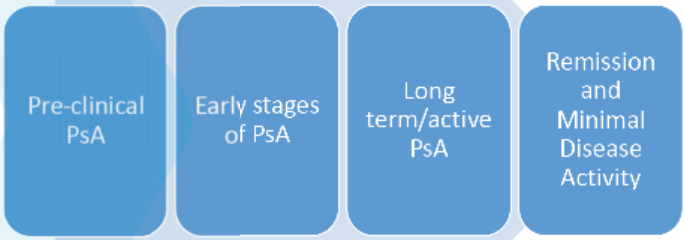
# VIÊM KHỚP VẢY NẾN: CỬA SỔ ĐIỀU TRỊ VÀ VỊ TRÍ THUỐC SINH HỌC

BS Nguyễn Hoàng Thanh Vân
Trường Đại Học Y- Dược Huế

## Nội dung

1. Cửa sổ điều trị- Chẩn đoán sớm?
2. Viêm khớp vảy nến
3. Vai trò của điều trị thuốc sinh học?
4. Tóm tắt



Trong các bệnh nhân sau bệnh nhân đang có "cửa sổ điều trị"?

Bệnh nhân 1: bn

Bệnh nhân 2:

Bệnh nhân 3: nữ, 35 tuổi

- Tiền sử: tổn thương da vùng chân tóc
- Ba và anh trai: vảy nến
- Lí do đến khám: ngón tay lò xo ngón 5 (p)

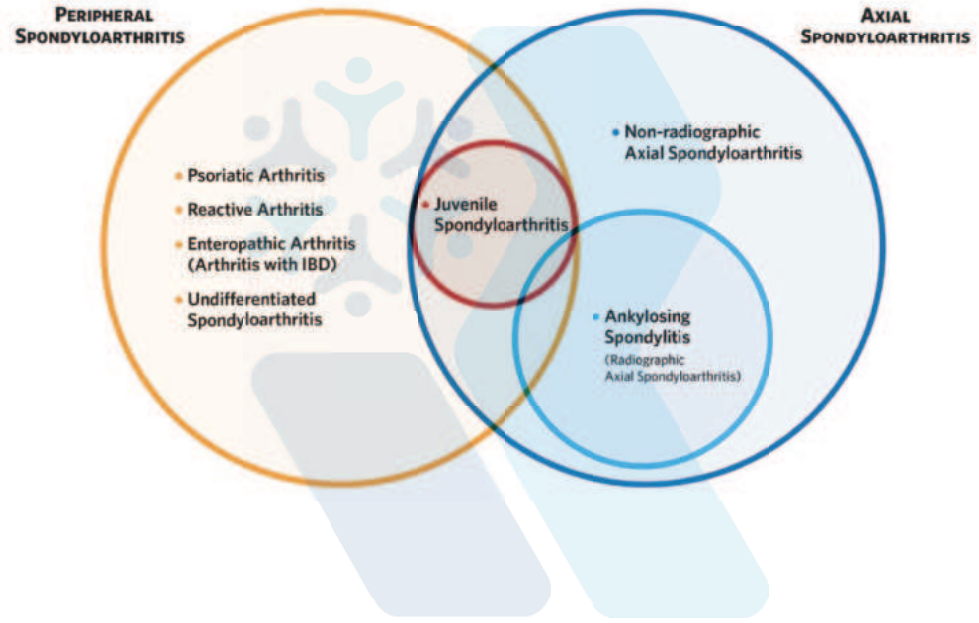
# 1. Giai đoạn cửa sổ

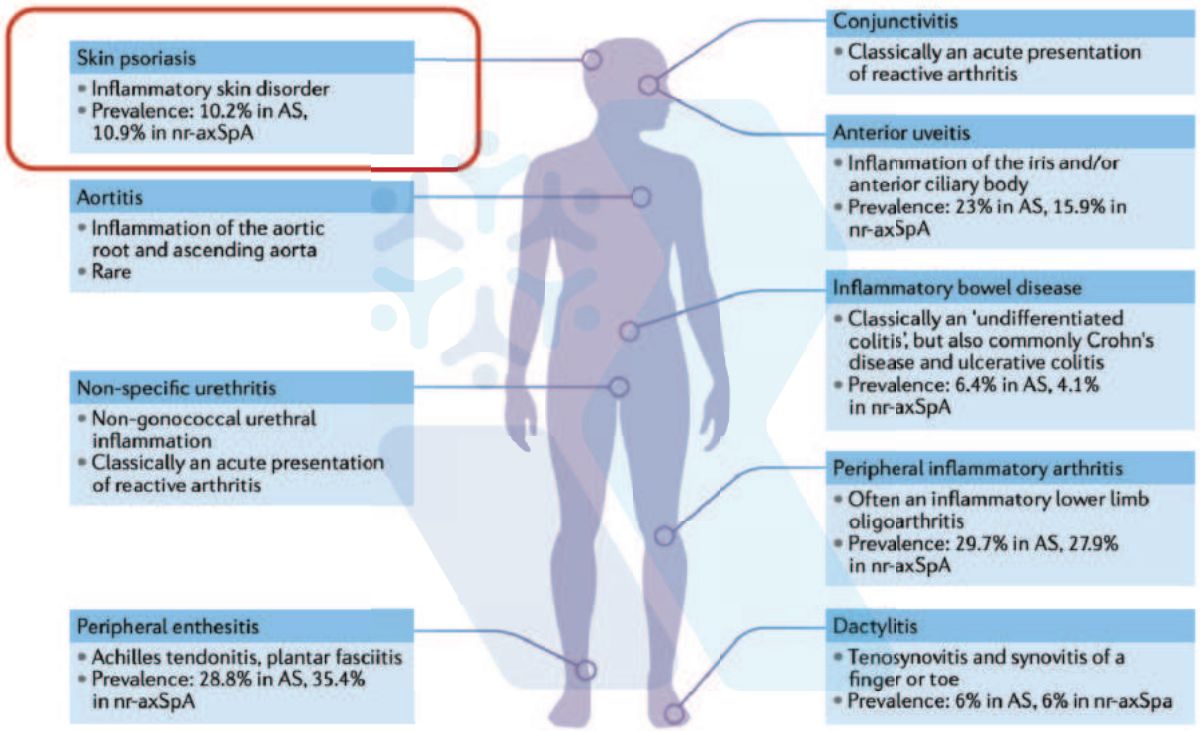
- Viêm khớp vảy nến giai đoạn sớm?
- Những vấn đề cần lưu ý để chẩn đoán sớm trong thực hành lâm sàng?

1. Chưa có tiêu chuẩn chẩn đoán giai đoạn
2. Chưa có test chẩn đoán vàng
3. Viêm khớp xuất hiện trước hay vảy nến xuất hiện trước, > 75% bệnh nhân vảy nến có biểu hiện hệ CXK,
4. 25-30% PsO: viêm khớp vảy nến, > 15% không được chẩn đoán
5. Vị trí khớp: bất kì vị trí nào và không có tính chất đối xứng
6. Có thể gây phá huỷ khớp và xương không hồi phục

*Jasmine Chang et al, Utilization of the Psoriasis Epidemiology Screening Tool (PEST): A Risk Stratification Strategy for Early Referral of Psoriatic Arthritis Patients to Minimize Irreversible Erosive Joint Damage, journal of Cutaneous Medicine and Surgery2022, Vol. 26(6) 600–603*

# 2. Viêm khớp vảy nến thuộc phân nhóm nào?



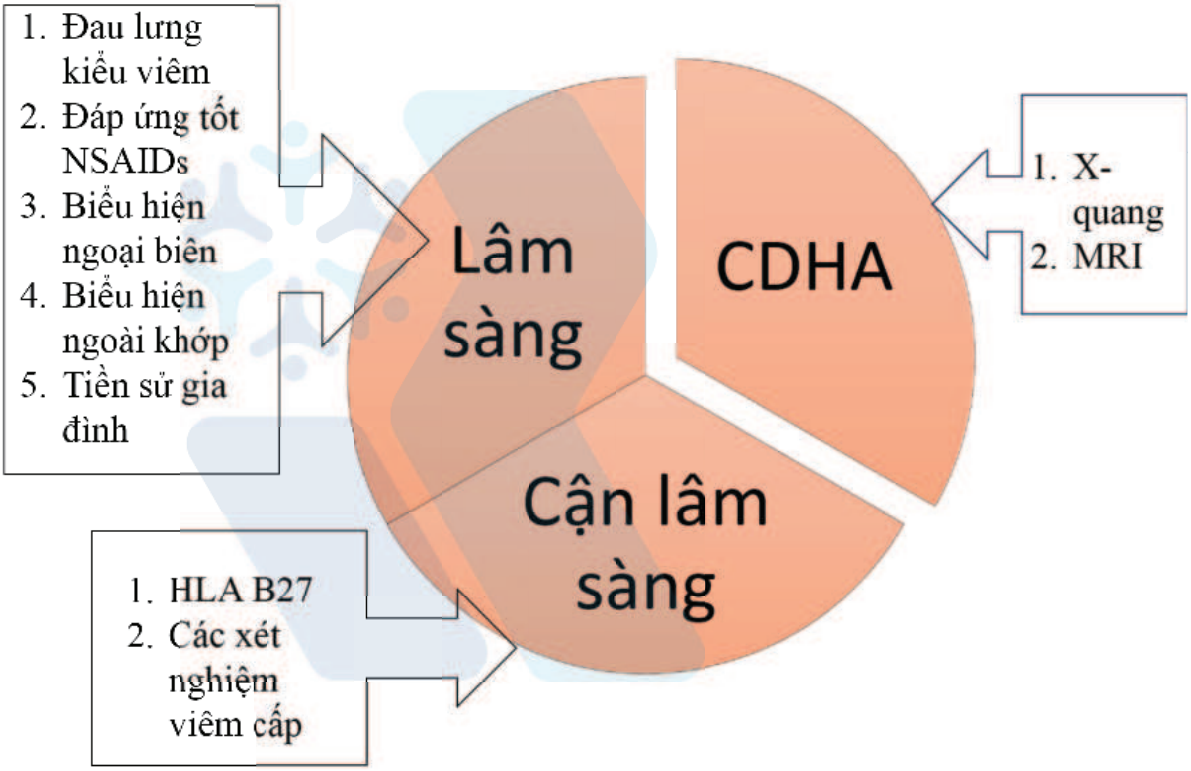



*de Winter, J. J. et al. Prevalence of peripheral and extra- articular disease in ankylosing spondylitis versus non- radiographic axial spondyloarthritis: a meta-analysis. Arthritis Res. Ther. 18, 196 (2016)*

## Triệu chứng thường gặp?

1. Tổn thương vùng trục
2. HLA B27
3. Tổn thương khớp ngoại biên: viêm khớp không đối xứng, viêm điểm bám gân/viêm gân, viêm ngón
4. Tổn thương ngoài khớp: viêm màng bồ đào trước, vảy nến, viêm ruột

Một số mô hình (mẫu) liên quan đến chẩn đoán và phân loại bệnh




## Dấu hiệu sớm trên lâm sàng

1. Sưng đau khớp: ngón tay, ngón chân, viêm gân/điểm bám gân
2. Tổn thương da: da đầu (vùng kín đáo)
3. Viêm ngón-ngón tay xúc xích

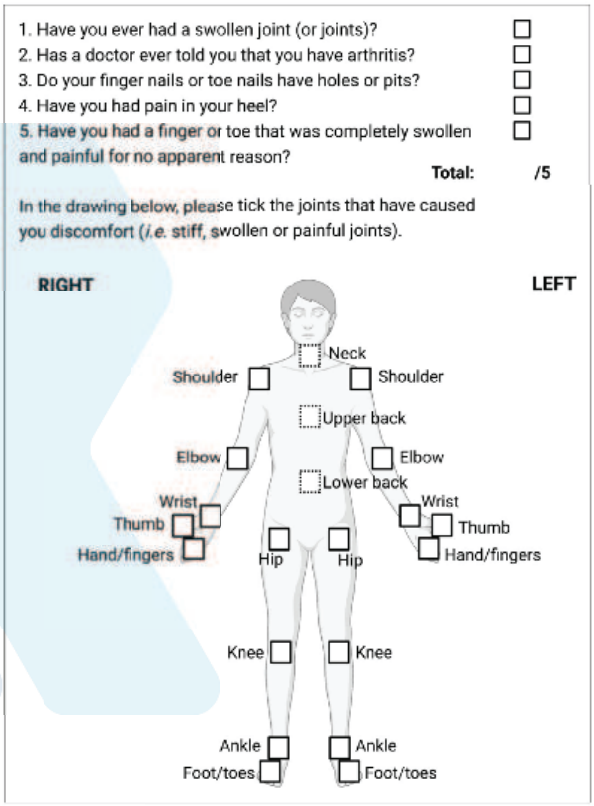
## Dấu hiệu sớm trên dấu hiệu hình ảnh

1. Siêu âm
2. MRI: khung chậu, cột sống, khớp NB

1. *Jasmine Chang et al, Utilization of the Psoriasis Epidemiology Screening Tool (PEST): A Risk Stratification Strategy for Early Referral of Psoriatic Arthritis Patients to Minimize Irreversible Erosive Joint Damage, journal of Cutaneous Medicine and Surgery2022, Vol. 26(6) 600–603*

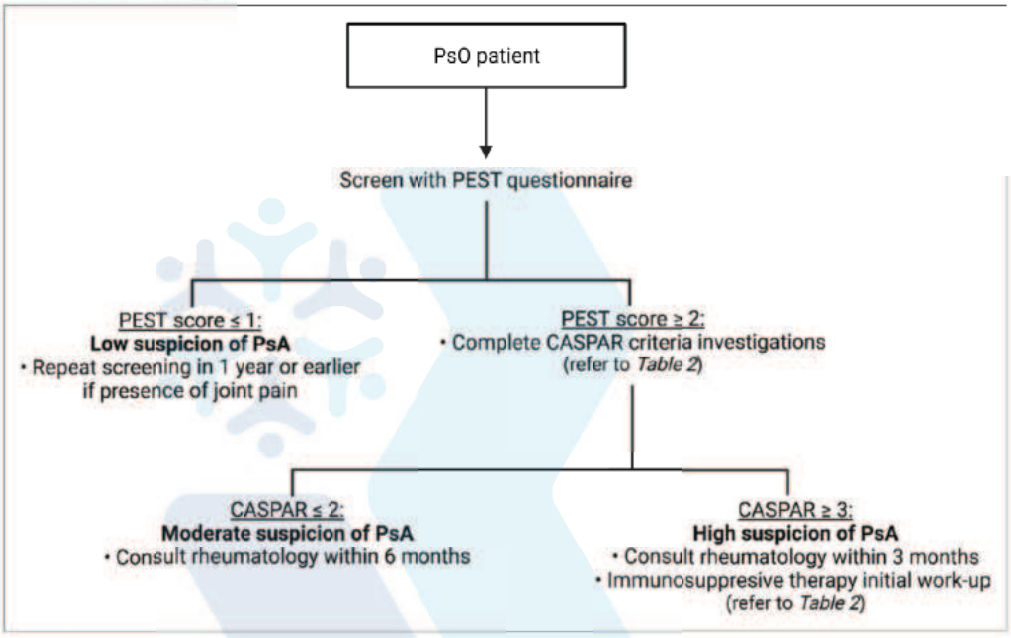
# PEST
(Psoriasis epidemiology screening tool)

sens 60-94%
spec 66-78%




*Ibrahim GH, Buch MH, Lawson C, Waxman R, Helliwell PS. Evaluation of an existing screening tool for psoriatic arthritis in people with psoriasis and the development of a new instrument: the Psoriasis Epidemiology Screening Tool (PEST) questionnaire. Clin Exp Rheumatol.*

## Thực hành lâm sàng



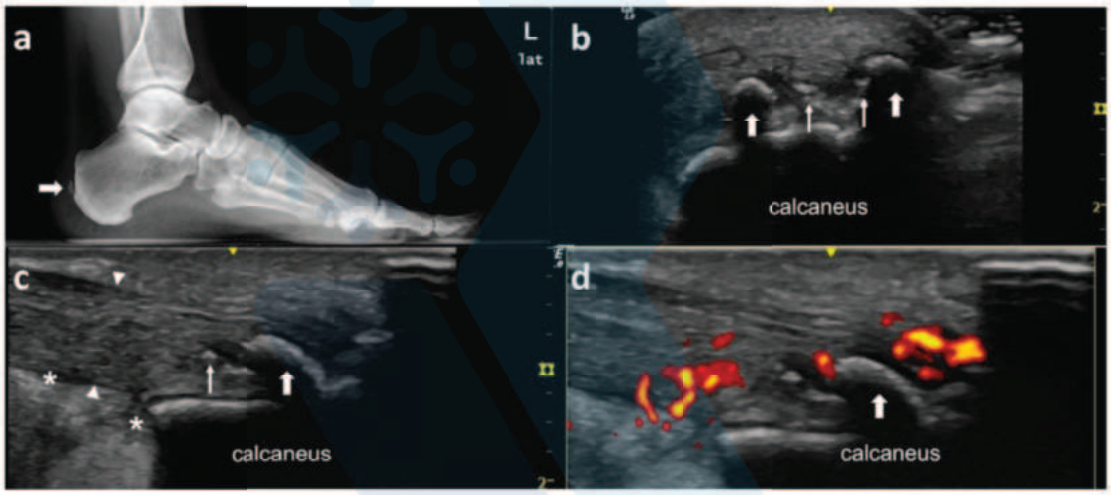

*Utilization of the Psoriasis Epidemiology Screening Tool (PEST): A Risk Stratification Strategy for Early Referral of Psoriatic Arthritis Patients to Minimize Irreversible Erosive Joint Damage, 2022*

## Các dạng biểu hiện khớp?

## Vai trò của chẩn đoán hình ảnh trong chẩn đoán sớm?

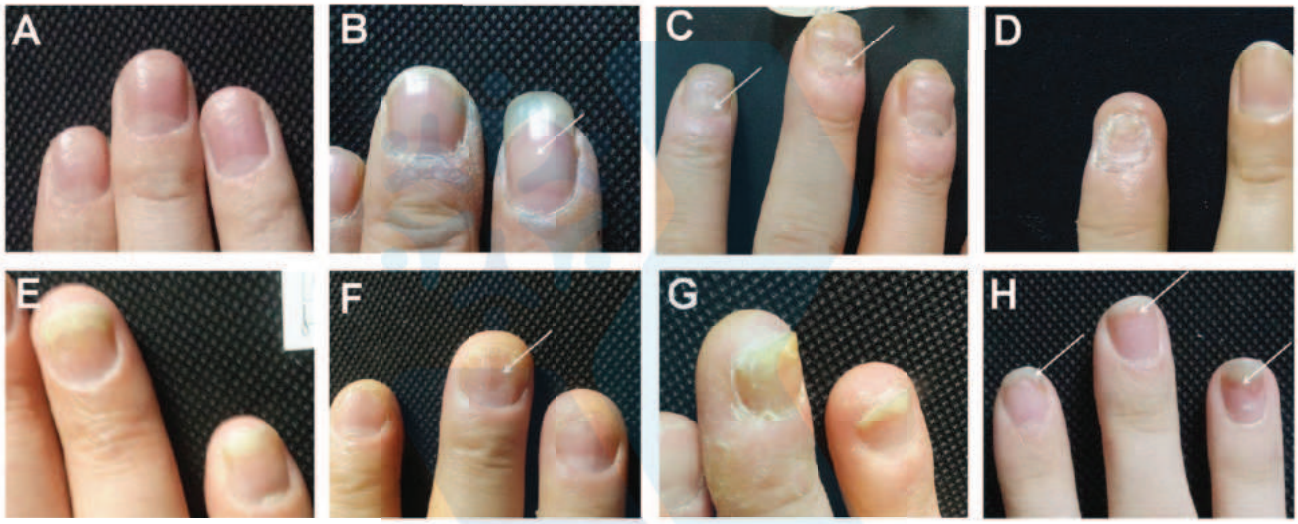
| Phương tiện chẩn đoán hình ảnh | Phát hiện tổn thương cấu trúc | Phát hiện tổn thương viêm |
|---|---|---|
| X quang thường quy | Có | Không |
| MRI | Có | Có |
| Cắt lớp vi tính | Có | Không |
| Siêu âm | Có | Có |

## Vai trò siêu âm chẩn đoán mức độ hoạt động bệnh



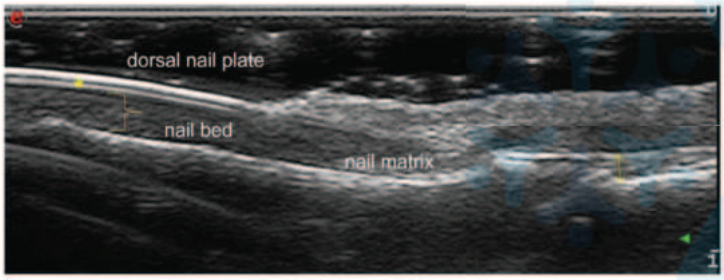

Viêm gân Achille ở bệnh nhân viêm khớp vảy nến

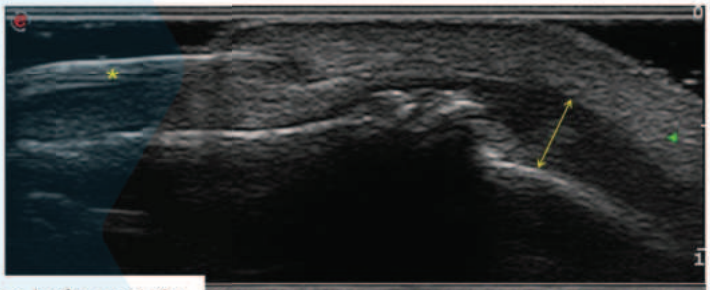
## Móng (nail) – Da (skin)




https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fimmu.2021.740968/full

# Siêu âm móng tay-giường móng



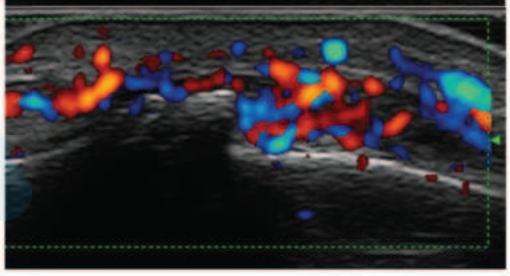


**Table 1.** Worstman's morphological classification of ultrasonographic changes in the psoriatic nail [14].

| | |
|---|---|
| type I | Intact and hyperechoic dorsal plate with focal hyperechoic areas on the ventral plate |
| type II | A normal hyperechoic dorsal plate with blurring and loss of ventral plate margins |
| type III | Wavy appearance of both nail plates |
| type IV | Loss of definition of both plates |

1. Mihaela Agache et al, Nail Ultrasound in Psoriasis and Psoriatic Arthritis—A Narrative Review, Diagnostic, 2023
2. Ximena Wortsman, C.; Elizabeth, A.H.; Gregor, B.E.J.; Monika, G. Ultrasonido de alta resolucion (15 MHz) en el estudio de la uña psoriatica. Rev. Chil. Radiol. 2004, 10, 6–11

# Một số nghiên cứu: thay đổi móng-dày gân duỗi (ngón xa)

1. Moya Alvarado và CS (2018): 48 PsO và 23 PsA, 18-22Mhz, chưa thấy mối liên quan

2. Krajewska-Wlodarczyk và CS (2019): 41 PsO, 31 PsA và 20 nhóm chứng, 24 MHz

- PsO: dày gân duỗi liên quan với dày giường móng (r=0.316, p=0.027) và matrix móng (r=0.421, p=0.012)

- PsA: liên quan với dày giường móng (r=0.402, p=0.031)

3. Elliot và CS (2021): 46 PsA, 18 MHz, mối liên quan tổn thương móng với khớp ngón xa (r=0.43, p=0.003)

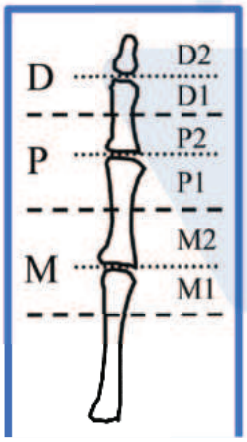
4. Mahmoud và CS (2022): 31 PsA, dày gân duỗi ngón xa liên quan với dày giường móng (r=0.412, p=0.00), tấm móng (0.310, p=0.00) và da kế cận (r=0.509, p=00)

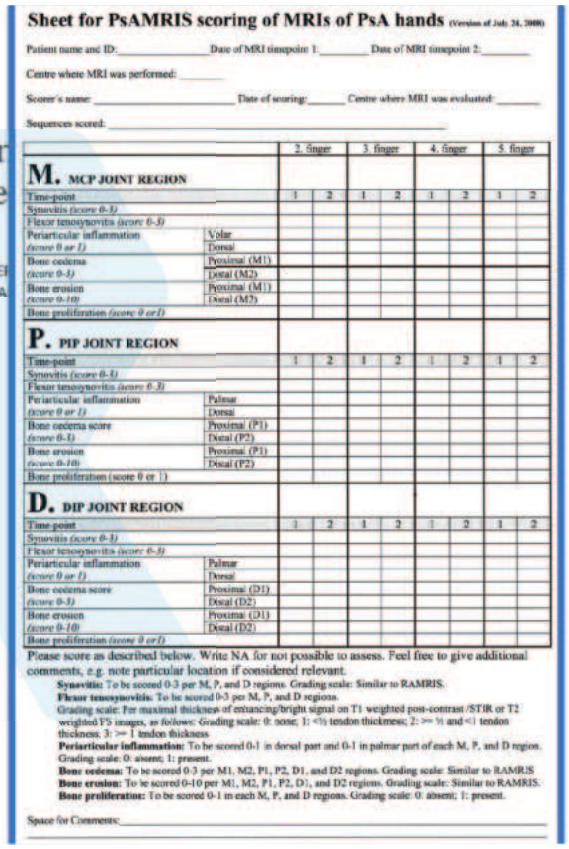
1. Moya Alvarado et al, Subclinical enthesopathy of extensor digitorum tendon is highly prevalent and associated with clinical and ultrasound alterations of the adjacent fingernails in patients with psoriatic disease. J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. 2018, 32,1728–1736.
2. Krajewska-Włodarczyk et al, Distal inter-phalangeal joint extensor tendon enthesopathy in patients with nail psoriasis. Sci. Rep. 2019, 9, 3628.
3. Elliott, A. et al, Integrating imaging and biomarker assessment to better define psoriatic arthritis and predict response to biologic therapy. Rheumatology 2021, 60 (Suppl. S6), vi38–vi52
4. Mahmoud, I et al, The relationship between the extensor tendon enthesis and the nail in distal interphalangeal joint disease in psoriatic arthritis: Ultrasound study. Ann. Rheum. Dis. 2022, 81, 1607

The OMERACT Psoriatic Arthritis Magnetic Resonar
(PsAMRIS): Definitions of Key Pathologies, Suggeste
Scoring System for PsA Hands

MIKKEL ØSTERGAARD, FIONA McQUEEN, CHARLOTTE WIELL, PAUL BIRD, PERNILLE BOYESEN, BO EJBJE
ANNE DUER-JENSEN, LAURA COATES, ESPEN A. HAAVARDSHOLM, KAY-GEERT A. HERMANN, MARISSA LA
PHILIP G. CONAGHAN

The Journal of Rheumatology August 2009, 36 (8) 1816-1824; DOI: https://doi.org/10.3899/jrheum.090352



**Sheet for PsAMRIS scoring of MRIs of PsA hands** (Version of July 24, 2008)

Patient name and ID: _____ Date of MRI timepoint 1: _____ Date of MRI timepoint 2: _____

Centre where MRI was performed: _____

Scorer's name: _____ Date of scoring: _____ Centre where MRI was evaluated: _____

Sequences scored: _____

| | | 2. finger | | 3. finger | | 4. finger | | 5. finger | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **M. MCP JOINT REGION** | | | | | | | | | |
| Time-point | | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Synovitis (score 0-3) | | | | | | | | | |
| Flexor tenosynovitis (score 0-3) | | | | | | | | | |
| Periarticular inflammation (score 0 or 1) | Volar | | | | | | | | |
| | Dorsal | | | | | | | | |
| Bone oedema (score 0-3) | Proximal (M1) | | | | | | | | |
| | Distal (M2) | | | | | | | | |
| Bone erosion (score 0-10) | Proximal (M1) | | | | | | | | |
| | Distal (M2) | | | | | | | | |
| Bone proliferation (score 0 or 1) | | | | | | | | | |
| **P. PIP JOINT REGION** | | | | | | | | | |
| Time-point | | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Synovitis (score 0-3) | | | | | | | | | |
| Flexor tenosynovitis (score 0-3) | | | | | | | | | |
| Periarticular inflammation (score 0 or 1) | Palmar | | | | | | | | |
| | Dorsal | | | | | | | | |
| Bone oedema score (score 0-3) | Proximal (P1) | | | | | | | | |
| | Distal (P2) | | | | | | | | |
| Bone erosion (score 0-10) | Proximal (P1) | | | | | | | | |
| | Distal (P2) | | | | | | | | |
| Bone proliferation (score 0 or 1) | | | | | | | | | |
| **D. DIP JOINT REGION** | | | | | | | | | |
| Time-point | | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| Synovitis (score 0-3) | | | | | | | | | |
| Flexor tenosynovitis (score 0-3) | | | | | | | | | |
| Periarticular inflammation (score 0 or 1) | Palmar | | | | | | | | |
| | Dorsal | | | | | | | | |
| Bone oedema score (score 0-3) | Proximal (D1) | | | | | | | | |
| | Distal (D2) | | | | | | | | |
| Bone erosion (score 0-10) | Proximal (D1) | | | | | | | | |
| | Distal (D2) | | | | | | | | |
| Bone proliferation (score 0 or 1) | | | | | | | | | |

Please score as described below. Write NA for not possible to assess. Feel free to give additional comments, e.g. note particular location if considered relevant.

**Synovitis:** To be scored 0-3 per M, P, and D regions. Grading scale: Similar to RAMRIS.

**Flexor tenosynovitis:** To be scored 0-3 per M, P, and D regions.
Grading scale: For maximal thickness of enhancing/bright signal on T1 weighted post-contrast /STIR or T2 weighted FS images, as follows: Grading scale: 0: none; 1: <½ tendon thickness; 2: >= ½ and <1 tendon thickness; 3: >= 1 tendon thickness

**Periarticular inflammation:** To be scored 0-1 in dorsal part and 0-1 in palmar part of each M, P, and D region. Grading scale: 0: absent; 1: present.

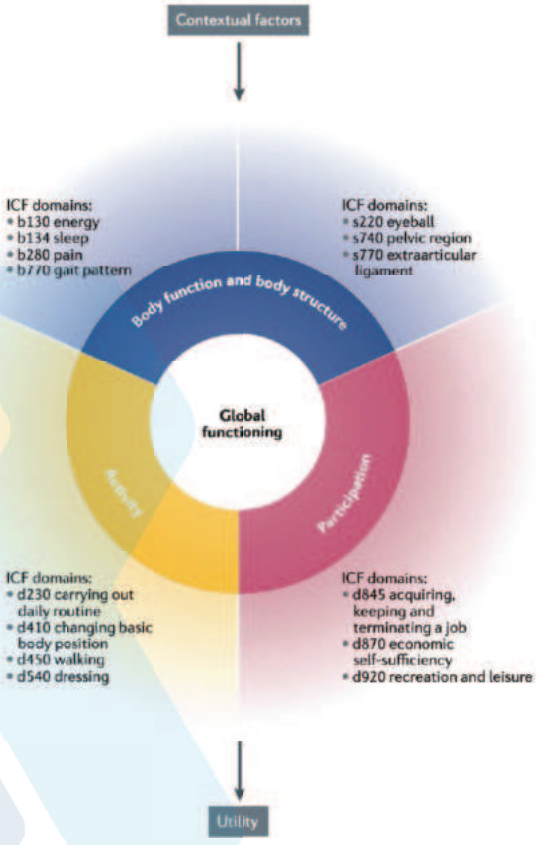
**Bone oedema:** To be scored 0-3 per M1, M2, P1, P2, D1, and D2 regions. Grading scale: Similar to RAMRIS

**Bone erosion:** To be scored 0-10 per M1, M2, P1, P2, D1, and D2 regions. Grading scale: Similar to RAMRIS.

**Bone proliferation:** To be scored 0-1 in each M, P, and D regions. Grading scale: 0: absent; 1: present.

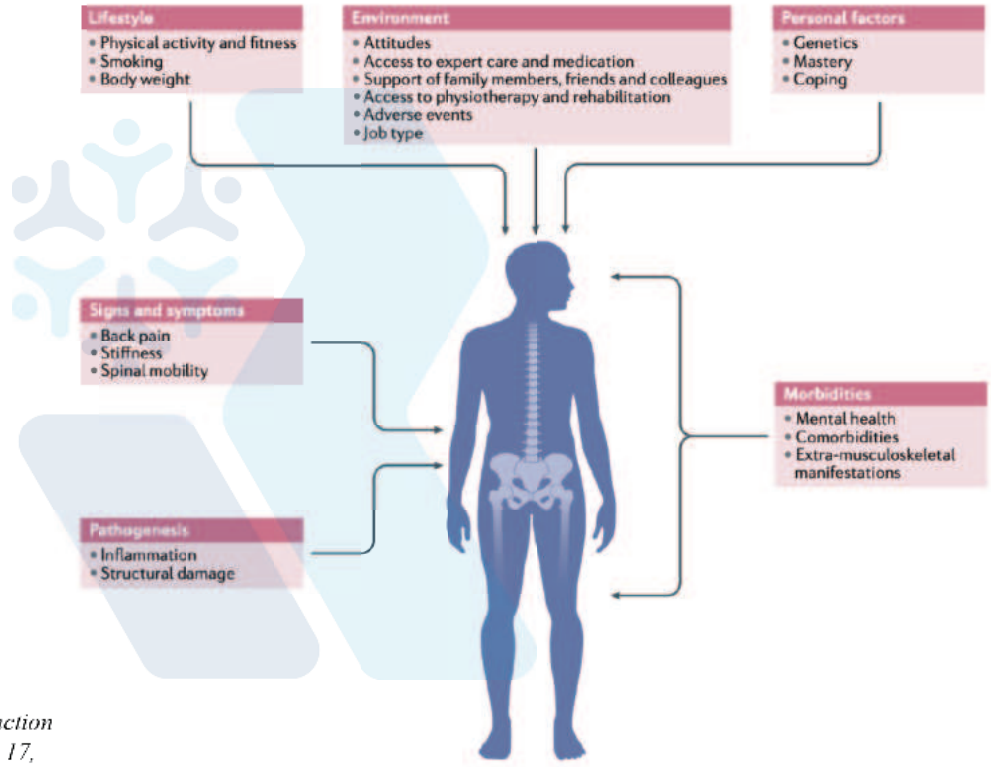
Space for Comments: _____

The biopsychosocial model of function in axial spondyloarthritis




*Jürgen Braun et al. Treat-to-target in axial spondyloarthritis — what about physical function and activity?, Nature reviews rheumatology, 17, 565-576, 2021*

# Một số yếu tố ảnh hưởng đến khả năng vận động của bệnh nhân ?




*Jürgen Braun et al, Treat-to-target in axial spondyloarthritis — what about physical function and activity?, Nature reviews rheumatology, 17, 565-576, 2021*

# Điều trị không dùng thuốc: cá thể hoá-bắt đầu sớm

1. Nghỉ ngơi: toàn thân-tại chỗ
2. Tập thể dục: thụ động, chủ động, kéo giãn, tăng cường sức mạnh và sức bền
3. Nhiệt: nóng, lạnh
4. Chỉnh hình: chi trên, chi dưới, cột sống, các thiết bị hỗ trợ (môi trường công cộng, gia đình, cá nhân)
5. Giáo dục bệnh nhân
6. Lưu ý về nghề nghiệp (điều chỉnh?)

| | |
|---|---|
| Non-pharmacologic therapies | • physical therapy, occupational therapy, smoking cessation, weight loss, massage therapy, exercise |
| Symptomatic treatments | • nonsteroidal anti-inflammatory drugs, glucocorticoids, local glucocorticoid injections |
| csDMARD | • methotrexate, sulfasalazine, cyclosporine, leflunomide, apremilast |
| TNFi | • etanercept, infliximab, adalimumab, golimumab, certolizumab pegol |
| IL12/23i | • ustekinumab |
| IL17i | • secukinumab, ixekizumab, brodalumab |
| CTLA4-Ig | • abatacept |
| JAK inhibitor | • tofacitinib |

*Jasvinder A. Singh et al, 2018 American College of Rheumatology/National Psoriasis, Foundation Guideline for the Treatment of Psoriatic Arthritis, Arthritis and Rheumatology, 2019*

# Vai trò của thuốc sinh học?

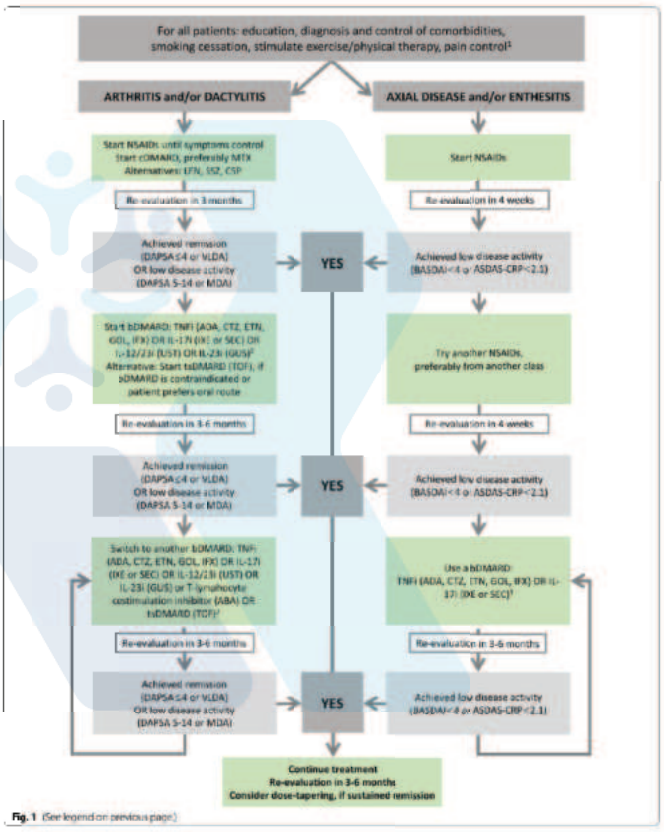
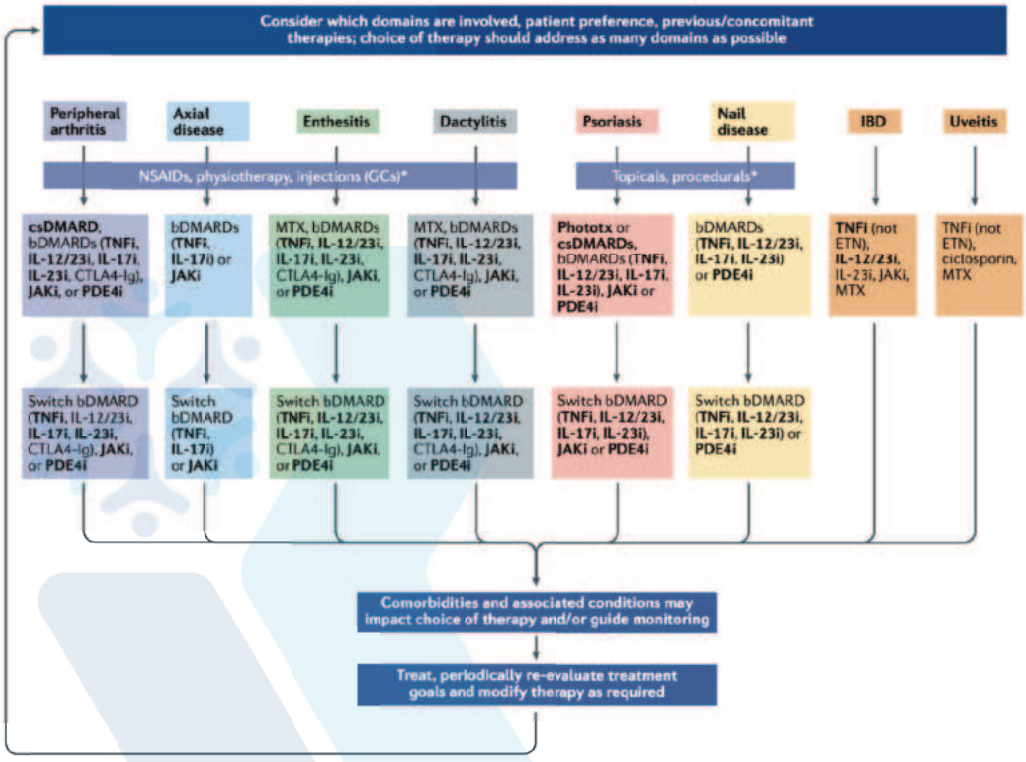


Fig. 1 (See legend on previous page.)

*Sueli Carneiro et al, Brazilian Society of Rheumatology 2020 guidelines for psoriatic arthritis*
*Advances in Rheumatology (2021) 61:69*

# GRAPPA 2021

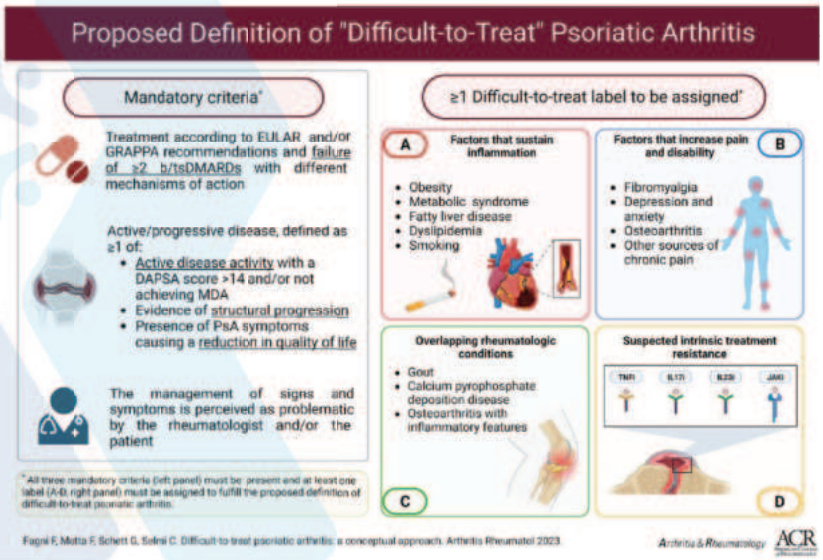


# Tóm tắt

1. Lưu ý các dấu hiệu sớm:

Nên sử dụng các công cụ sàng lọc-lặp lại

2. Cá thể hoá trong chẩn đoán-điều trị
   - Thể bệnh viêm khớp vảy nến
   - bệnh kèm
   - điều trị không dùng thuốc
   - điều trị dùng thuốc
3. Phối hợp nhiều chuyên khoa




Cảm ơn sự chú ý lắng nghe của quí Thầy Cô và Đồng nghiệp!