

# ESPONDILOARTRITES (EpAs):

## Entendendo os domínios clínicos conectados e seus impactos

---

As espondiloartrites (EpAs) são uma família de doenças inflamatórias crônicas com múltiplos sintomas,<sup>1,2</sup> que, se não tratadas, podem ter um efeito negativo significativo na qualidade de vida (QV) do paciente.<sup>1,2</sup>

Para tomar decisões de tratamento que contribuam com a melhora da vida dos pacientes, precisamos entender os domínios clínicos conectados das EpAs e seus impactos.<sup>2</sup>

# ESPONDILOARTRITES (EpAs):

Entendendo os domínios clínicos conectados e seus impactos

---

**01**

**Introdução**

2 páginas

**02**

**Sintomas das EpAs**

5 páginas

**03**

**Atrasos no diagnóstico**

3 páginas

**04**

**Impacto na qualidade de vida**

7 páginas

**05**

**Alinhando metas de tratamento**

7 páginas

**06**

**Tudo se conecta**

2 páginas

As condições mais comuns das EpAs são artrite psoriásica (APs) e espondiloartrite axial (EpAax).<sup>1</sup>



Todas as condições das EpAs carregam uma substancial carga física e emocional.<sup>3</sup>

Sem um tratamento efetivo, o impacto da APs e da EpAax levam à redução da qualidade de vida.<sup>3</sup>

As cargas física, emocional, mental e socioeconômica das EpAs estão

**TODAS  
CONECTADAS.<sup>1</sup>**

A APs e a EpAax COMPARTILHAM MUITOS SINTOMAS, INCLUINDO

**DOR, RIGIDEZ,  
FADIGA E REDUÇÃO  
DA FUNÇÃO FÍSICA.<sup>3</sup>**



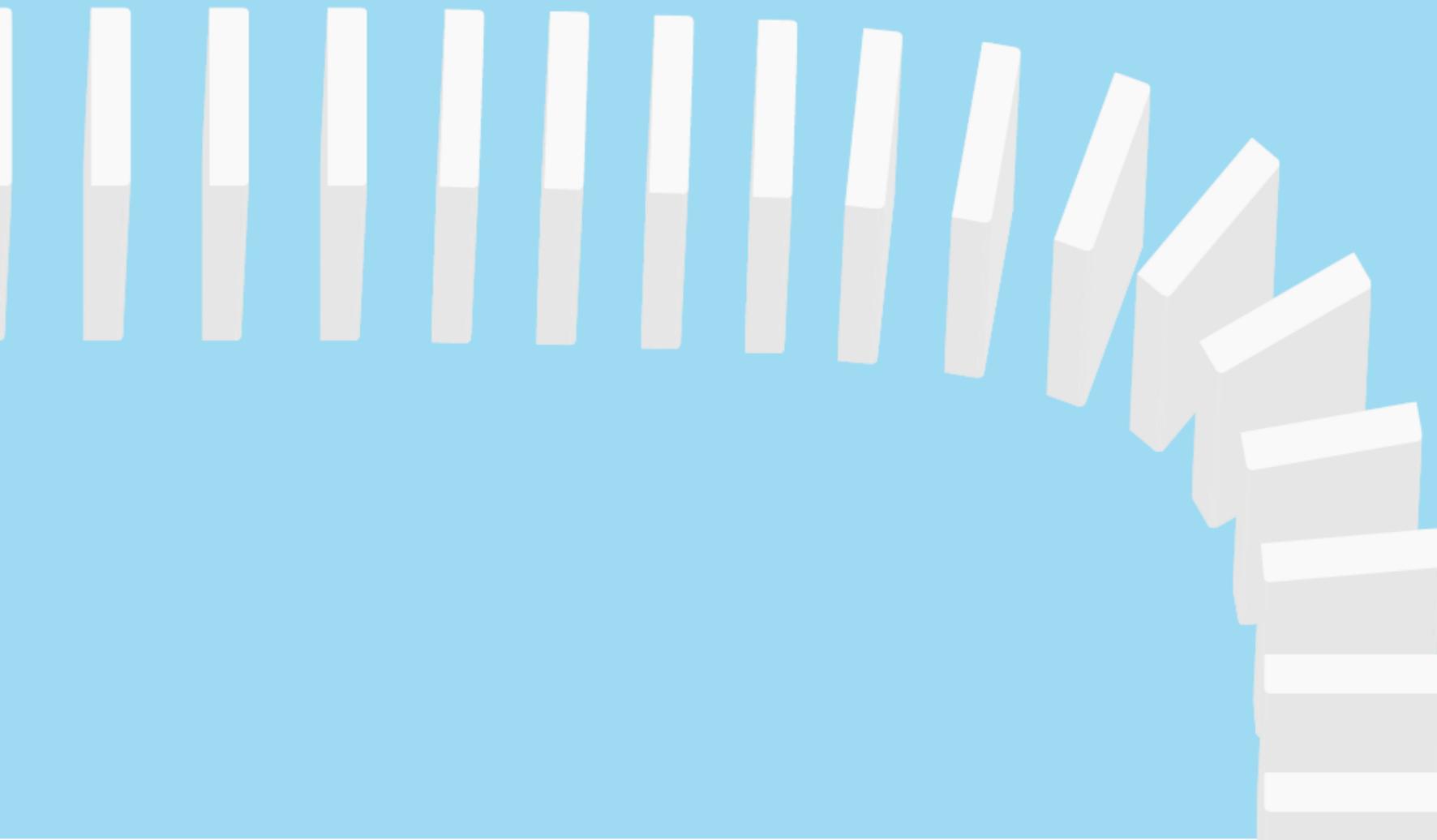


A dor associada às EpAs pode ser generalizada e é frequentemente descrita como

**persistente e  
incapacitante.<sup>4</sup>**

As EpAs podem causar

**danos  
estruturais  
ao  
esqueleto.<sup>3,5</sup>**



Em comparação com a população em geral, as pessoas que vivem com as EpAs apresentam

aumento da morbidade e mortalidade cardiovascular.<sup>6-9</sup>

Também podem apresentar comorbidades metabólicas e psiquiátricas significativas, incluindo:<sup>2,6,7</sup>



Pressão arterial alta



Diabetes



Colesterol alto



Depressão ou ansiedade

É por isso que uma abordagem multidisciplinar é amplamente recomendada.<sup>10</sup>

As EpAs MUITAS VEZES SEGUEM  
NÃO DIAGNOSTICADAS  
E OS PACIENTES APRESENTAM  
ATRASOS SIGNIFICATIVOS  
NO INÍCIO DO TRATAMENTO EFICAZ.<sup>5,11-13</sup>

## Atrasos no diagnóstico em pessoas com APs:

57% apresentaram um atraso de

**1 a 9 ANOS**\*<sup>12</sup>

20% apresentaram um atraso de

**MAIS DE 10 ANOS**\*\*<sup>12</sup>

## Atrasos no diagnóstico em pessoas com EpAax:

Os homens apresentaram um atraso de

**6,5 ANOS**<sup>†13</sup>

As mulheres apresentaram um atraso de

**8,8 ANOS**<sup>†13</sup>



Um atraso no diagnóstico entre

**6** & **12** MESES

pode agravar danos articulares a longo prazo e incapacidade funcional em pessoas com APs.<sup>7</sup>

Para pacientes que precisam de uma terapia biológica,  
um atraso no início da terapia de

**MAIS DE 10 ANOS**

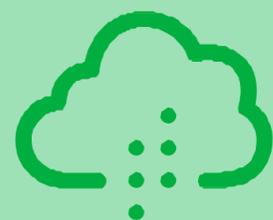
aumenta a probabilidade de danos estruturais em pessoas com EpAax.\*<sup>14</sup>

\*Os pacientes com espondilite anquilosante (EA) (N=334) com atraso de mais de 10 anos no início da terapia anti-TNF (n=120) foram mais propensos a progredir em comparação com aqueles que começaram mais cedo; razão de probabilidade (intervalo de confiança [IC] de 95%): 2,4 (1,09-5,3); p=0,03).<sup>14</sup>

Pessoas com EpAs frequentemente apresentam efeitos negativos em:



**Sono e fadiga<sup>16</sup>**



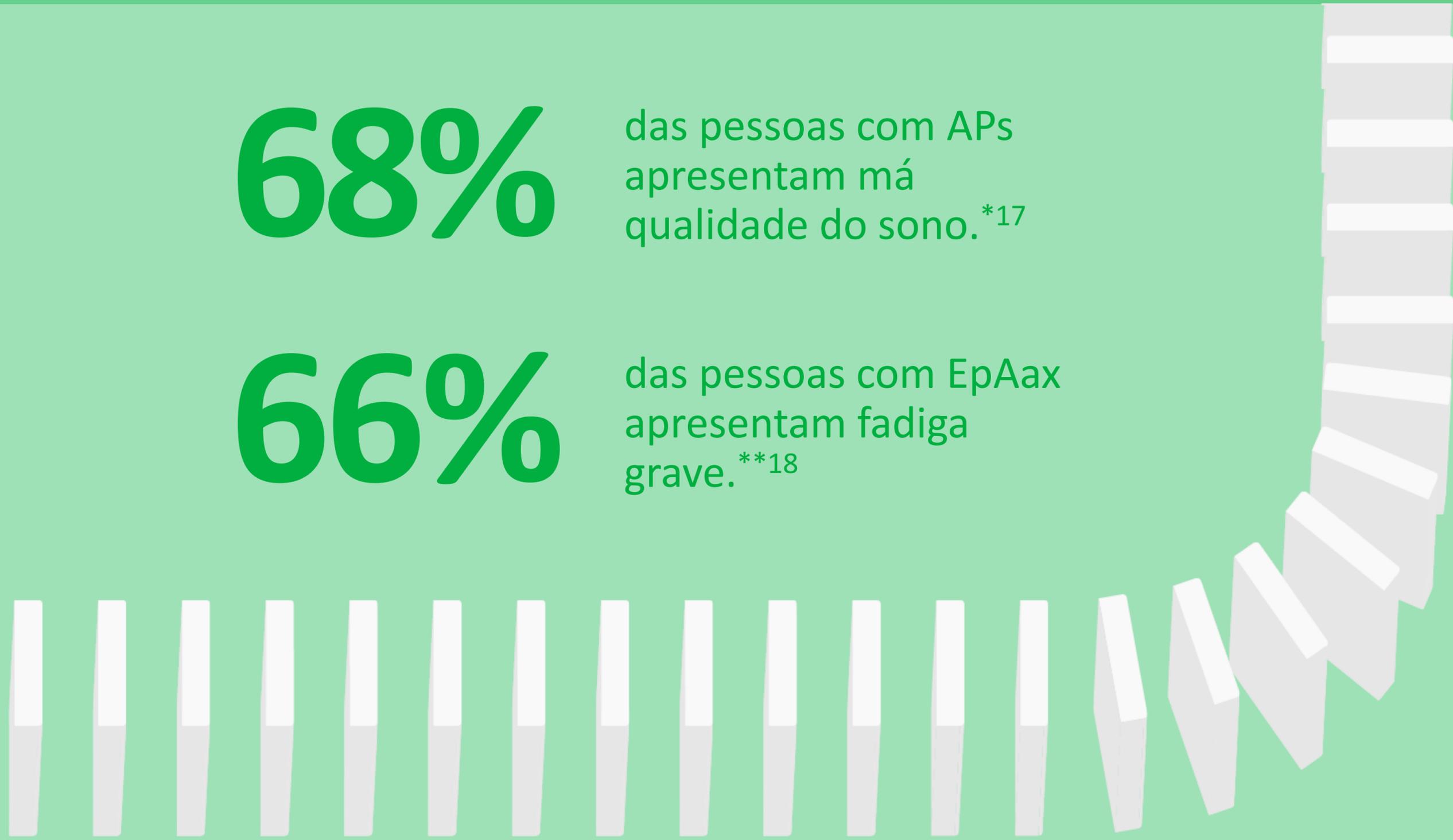
**Saúde emocional<sup>15,16</sup>**



**Atividades cotidianas<sup>15,16</sup>**



**Relacionamentos pessoais<sup>15,16</sup>**

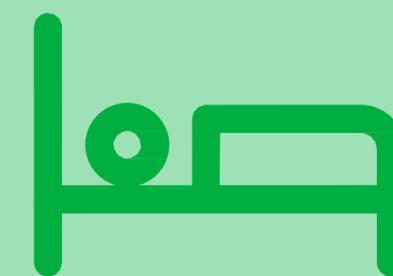


68%

das pessoas com APs  
apresentam má  
qualidade do sono.\*<sup>17</sup>

66%

das pessoas com EpAax  
apresentam fadiga  
grave.\*\*<sup>18</sup>



Problemas de  
fadiga e sono  
podem afetar  
profundamente  
a qualidade de  
vida.<sup>17,19</sup>

# 62%

das pessoas com EpAax disseram que tiveram sofrimento psicológico.\*<sup>6</sup>

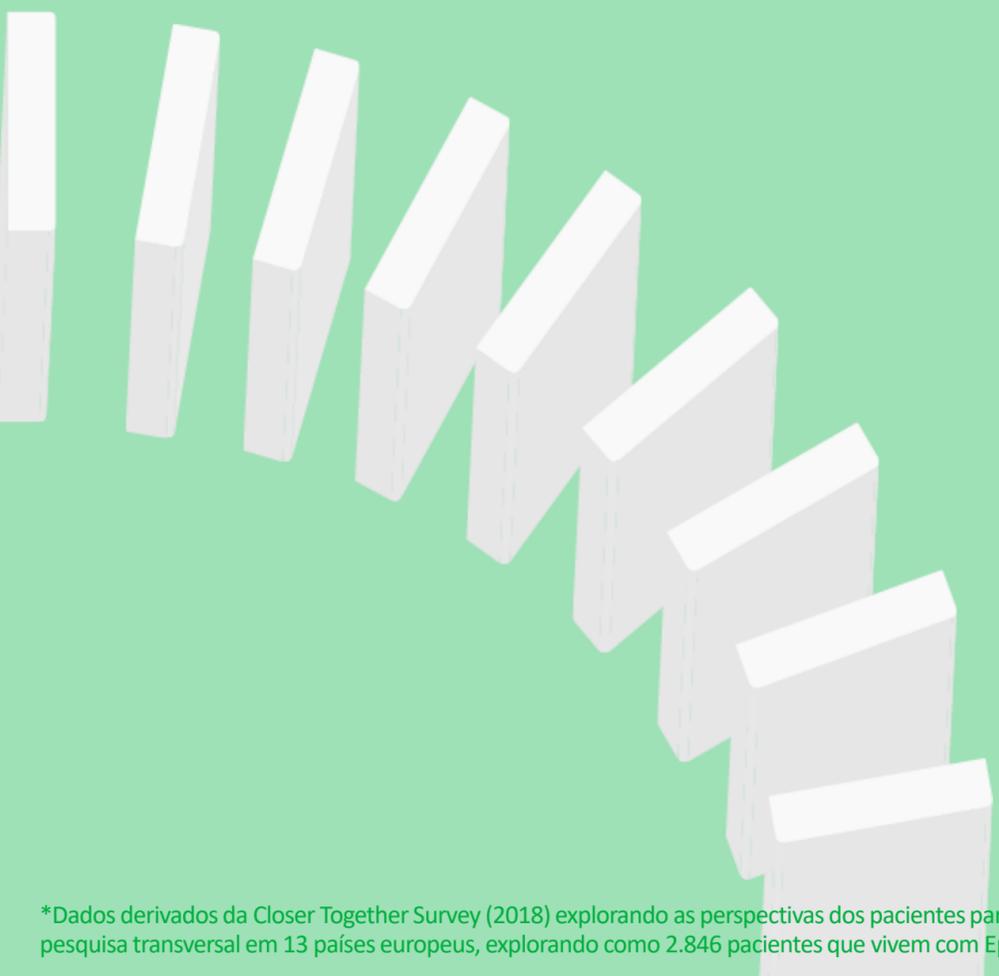


# 33%

das pessoas com EpAax tinham ansiedade e/ou depressão.\*<sup>6</sup>

# 20%

das pessoas com APs experienciaram pelo menos depressão leve.\*\*<sup>20</sup>

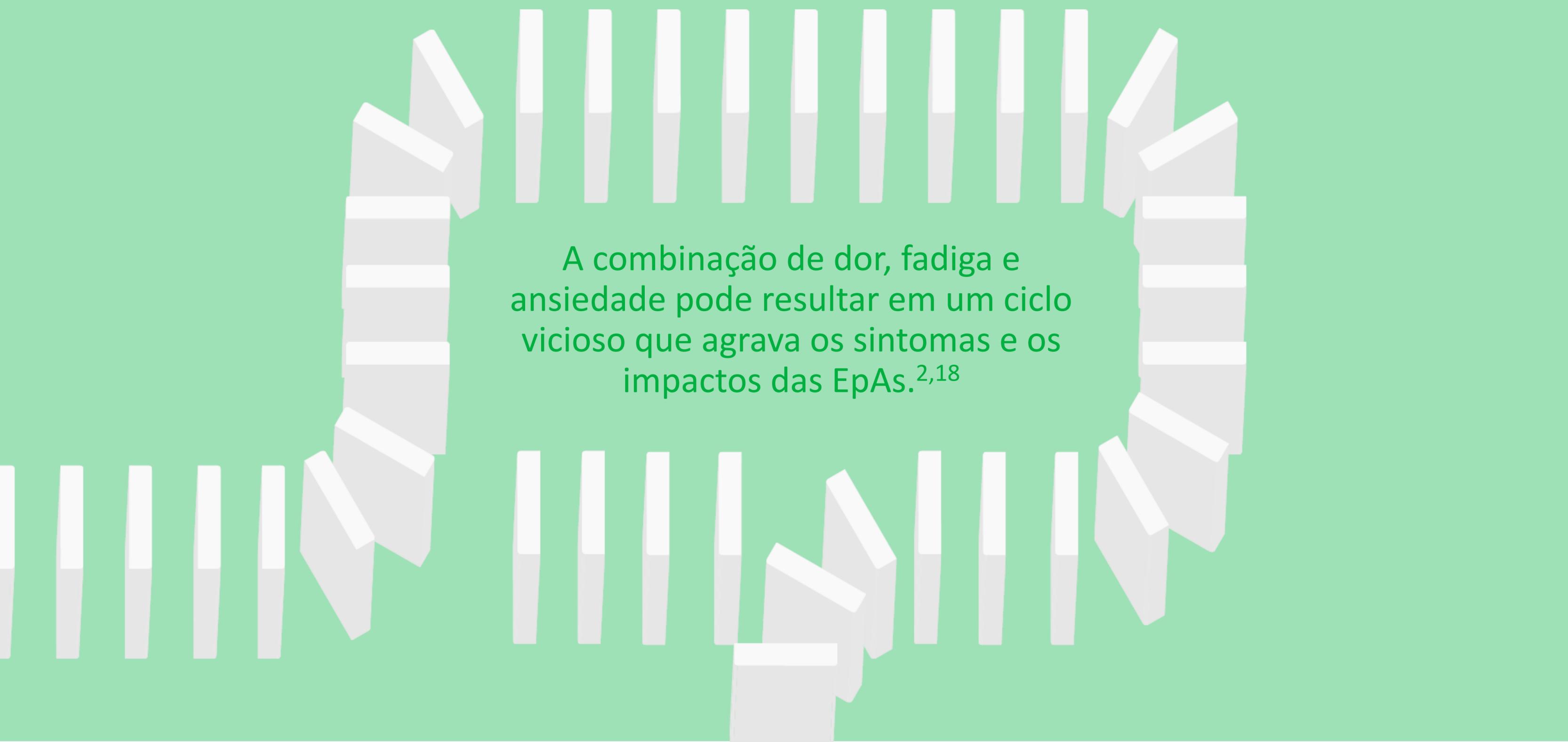


43%

das pessoas relatam que a APs afeta negativamente sua vida profissional.<sup>\*21</sup>

74%

tiveram dificuldade em encontrar um emprego devido à EpAax.<sup>\*\*6</sup>



A combinação de dor, fadiga e  
ansiedade pode resultar em um ciclo  
vicioso que agrava os sintomas e os  
impactos das EpAs.<sup>2,18</sup>



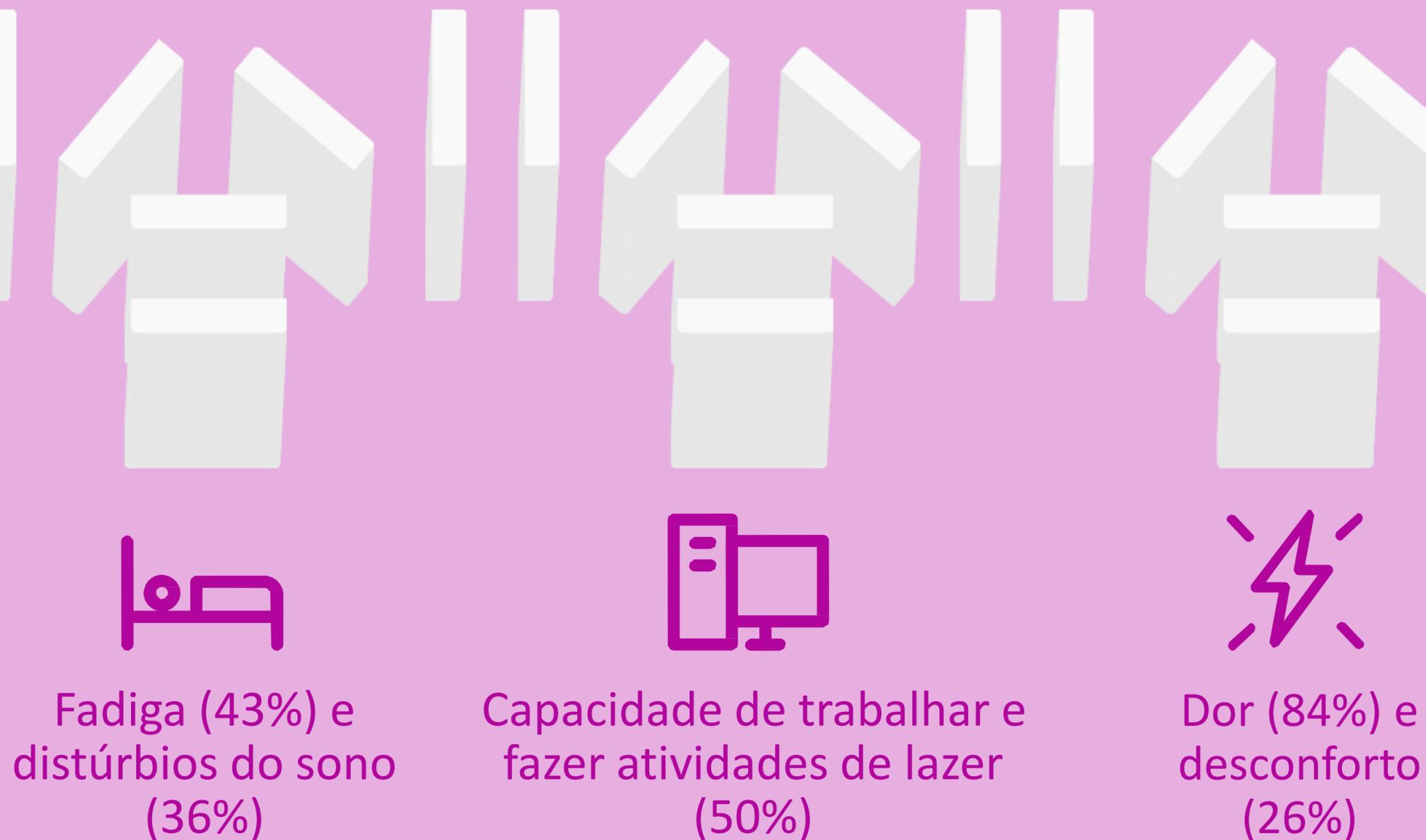
OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E OS PACIENTES DEVEM

# TRABALHAR JUNTOS

PARA GARANTIR QUE AS METAS DE TRATAMENTO ESTEJAM ALINHADAS.<sup>22</sup>



## As questões mais importantes que as pessoas com APs consideram uma prioridade:<sup>\*24</sup>

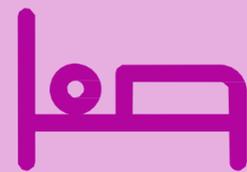




As questões mais importantes que as pessoas com EpAax querem discutir com seu profissional de saúde (por ordem de importância):\*<sup>16</sup>



Dor  
(o mais importante)



Sono



Fadiga

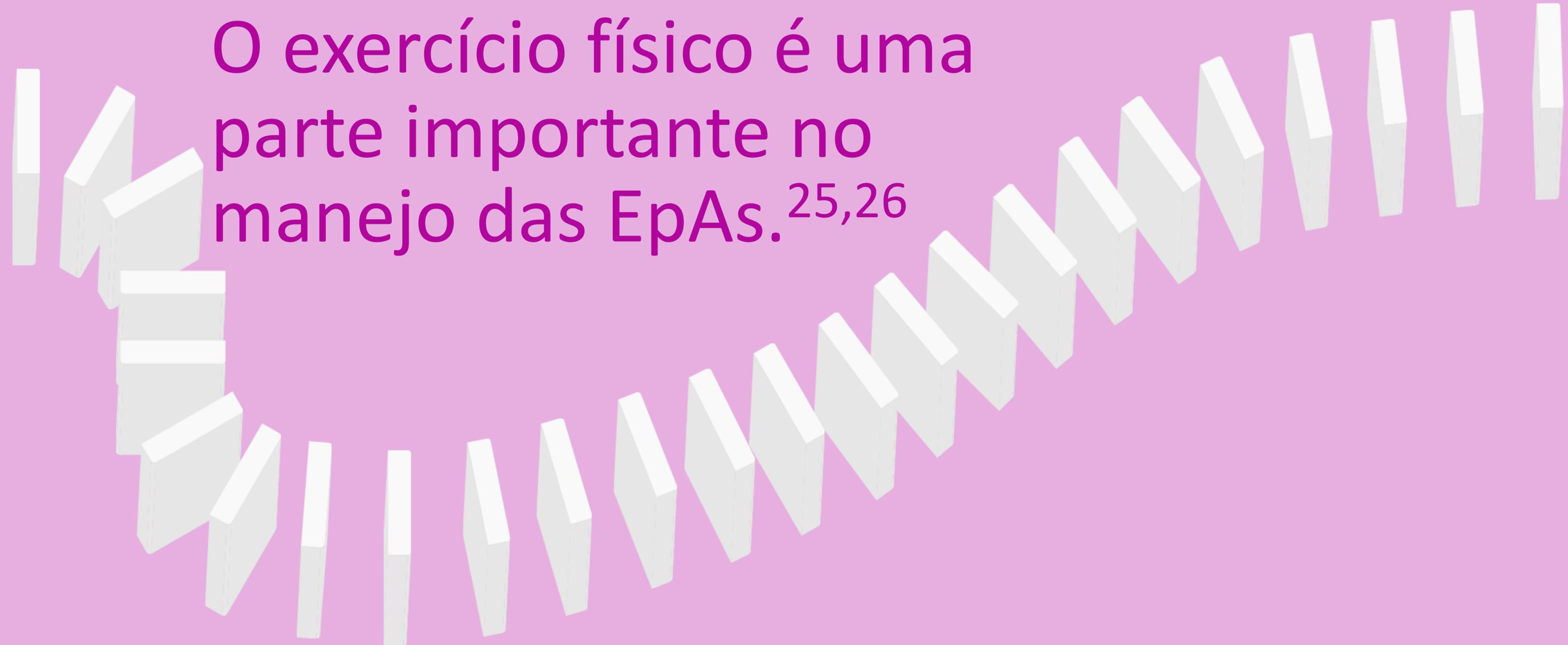


Ficar em pé



Motivação

O exercício físico é uma parte importante no manejo das EpAs.<sup>25,26</sup>





Em pessoas com EpAax, o exercício demonstrou melhorar:<sup>25</sup>



Níveis de atividade



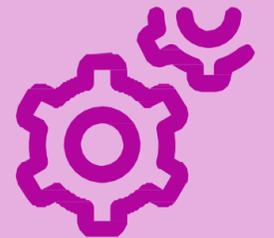
Sintomas da EpA



Função cardiorrespiratória

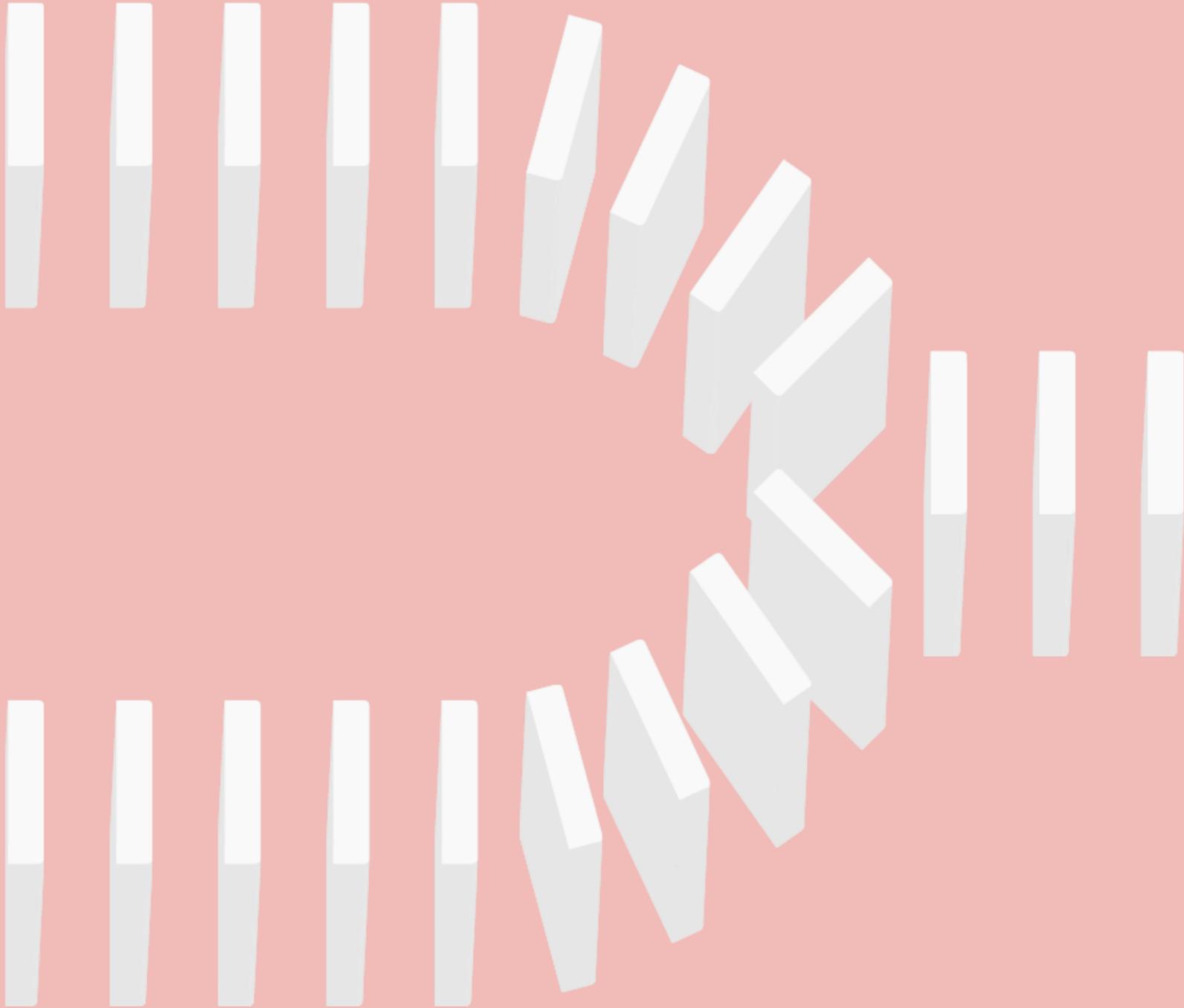


Qualidade de vida



Funcionamento

Exercícios de baixo impacto também são recomendados nos pacientes com APs.<sup>26</sup>



PARA SEUS  
PACIENTES,  
TUDO SE  
CONECTA.

## Referências

1. Terenzi R, et al. One year in review 2017: spondyloarthritis. *Clin Exp Rheumatol*. 2018;36:1–14.
2. Husni ME, et al. The psychosocial burden of psoriatic arthritis. *Semin Arthritis Rheum*. 2017;47:351–360.
3. Mease PJ, et al. Comparative Disease Burden in Patients with Rheumatoid Arthritis, Psoriatic Arthritis, or Axial Spondyloarthritis: Data from Two Corrona Registries. *Rheumatol Ther*. 2019;6:529–542.
4. Atzeni F, et al. Chronic widespread pain in spondyloarthritis. *Reumatismo*. 2014;66:28–32.
5. Garrido-Cubrerá M, et al. Improving the management of psoriatic arthritis and axial spondyloarthritis: roundtable discussions with healthcare professionals and patients. *Rheumatol Ther*. 2017;4:219–231.
6. Garrido-Cubrerá M, et al. The European Map of Axial Spondyloarthritis: Capturing the Patient Perspective—an Analysis of 2846 Patients Across 13 Countries. *Curr Rheum Reports*. 2019;21:19.
7. Coates LC, Helliwell PS. Psoriatic arthritis: state of the art review. *Clin Med*. 2017;17:65–70.
8. Bakland G, et al. Increased mortality in ankylosing spondylitis is related to disease activity. *Ann Rheum Dis*. 2011;70:1921–1925.
9. Moltó A, et al. Comorbidities in Spondyloarthritis. *Front Med (Lausanne)*. 2018;5:62.
10. Rizzello F, et al. Multidisciplinary Management of Spondyloarthritis-Related Immune-Mediated Inflammatory Disease. *Adv Ther*. 2018;35:545–562.
11. Coates LC, et al. Comparison of screening questionnaires to identify psoriatic arthritis in a primary-care population: a cross-sectional study. *Br J Dermatol*. 2016;175:542–548.
12. Danielsen K, et al. Prevalence of Psoriasis and Psoriatic Arthritis and Patient Perceptions of Severity in Sweden, Norway and Denmark: Results from the Nordic Patient Survey of Psoriasis and Psoriatic Arthritis. *Acta Derm Venereol*. 2019;99:18–25.
13. Jovaní V, et al. Understanding how the diagnostic delay of spondyloarthritis differs between women and men: a systematic review and metaanalysis. *J Rheumatol*. 2017;44:174–183.
14. Haroon N, et al. The impact of tumor necrosis factor a inhibitors on radiographic progression in ankylosing spondylitis. *Arthritis Rheum*. 2013;65:2645–2654.
15. Kiltz U, et al. Which aspects of health are most important for patients with spondyloarthritis? A Best Worst Scaling based on the ASAS Health Index. *Rheumatology*. 2016;55:1771–1776.
16. Krajewska-Włodarczyk M, et al. Sleep disorders in patients with psoriatic arthritis and psoriasis. *Reumatologia*. 2018;56:301–306.
17. Aissaoui N, et al. Fatigue in patients with ankylosing spondylitis: prevalence and relationships with disease-specific variables, psychological status, and sleep disturbance. *Rheumatol Int*. 2012;32:2117–2124.
18. Strand V and Singh JA. Patient Burden of Axial Spondyloarthritis. *J Clin Rheumatol*. 2017;23:383–391.
19. Zhao SS, et al. Systematic review of mental health comorbidities in psoriatic arthritis. *Clin Rheumatol*. 2020;39:217–225.
20. National Institute for Health and Care Excellence. NG65. Spondyloarthritis in over 16s: diagnosis and management. February 2017. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/NG65/chapter/Recommendations#pharmacologicalmanagement-of-spondyloarthritis> [Accessed June 2020].
21. Giacomelli R, et al. Quality of life and unmet needs in patients with inflammatory arthropathies: results from the multicentre, observational RAPSODIA study. *Rheumatol (Oxford)*. 2015;54:792–797.
22. Gossec L, et al. A patient-derived and patient-reported outcome measure for assessing psoriatic arthritis: elaboration and preliminary validation of the Psoriatic Arthritis Impact of Disease (PsAID) questionnaire, a 13-country EULAR initiative. *Ann Rheum Dis*. 2014;73:1012–1019.
23. Flórez García MT, et al. Recommendations for the prescription of physical exercise for patients with spondyloarthritis. *Reumatol Clin*. 2019;15:77–83.
24. Singh JA, et al. 2018 American College of Rheumatology/National Psoriasis Foundation Guideline for the Treatment of Psoriatic Arthritis. *Arthritis Rheumatol*. 2019;71:5–32.