

PRACTICI NECONVENȚIONALE ÎN BOLILE REUMATICE

*Document de poziție a Uniunii Europene a Medicilor Specialiști (UEMS),
Secțiunea Reumatologie (European Board of Rheumatology)*

Scopul acestei declarații este de a crește temerile în legătură cu prevalența, impactul, riscurile, costurile, nevoia unei mai bune informări și cunoașterea a ceea ce preferăm să numim *practici neconvenționale* în reumatologie. Alte denumiri larg utilizate sunt medicină alternativă, tratamente alternative, tratamente neconvenționale, medicină complementară, medicină biologică, medicină naturală, șamanism, pentru a menționa numai câteva.

DEFINIȚIE

Definim aici practicile neconvenționale ca metode aplicate persoanelor cu boli suspectate sau dovedite, pentru care nu a fost produsă nici un fel de documentație științifică acceptabilă. Conform acestei definiții, nu se exclude posibilitatea ca astfel de practici să fie găsite în viitor eficiente și prin aceasta să nu mai fie considerate neconvenționale.

Numeroase forme de medicină neconvențională proliferază în momentul de față și numărul acestora este de ordinul sutelor, fiind uneori considerate a reprezenta o nouă religie, denumită Noua Eră (*New Age*).

CE ANUME CARACTERIZEAZĂ PRACTICILE NECONVENȚIONALE?

În vechile culturi, șamanii și vindecătorii erau singurii furnizori de îngrijiri de sănătate. Aceștia era membrii distinși ai societății, care reprezentau înțelepciunea tradițională și aveau inteligența și îndemânarea de a o aplica în interesul cel mai bun al grupului. Ei aveau cunoștințe despre tradiția unor tratamente putative, utilizând, de exemplu, produse din plante. Ar putea fi menționate în acest sens belladonna, opiul sau digitala, ca exemple de resurse naturale cu virtuți curative înalte. Un exemplu mai recent este cel al extrasului nesaponifiabil din avocado și soia ca remediu pentru artroză (1). Ca element de deosebire între practicile acceptate și cele neconvenționale se situează studiile controlate.

Ca medici suntem adepții medicinei bazate pe dovezi, ori de câte ori este posibil. Prin definiție, practicile neconvenționale nu se califică în chip de medicină bazată pe dovezi.

IMPACTUL PRACTICILOR NECONVENȚIONALE

Se pare că practicile neconvenționale sunt mai populare decât oricând în SUA (2), Australia (3) sau Europa (4) și se pare că acestea sunt utilizate de către 30% până chiar spre 100% dintre pacienții noștri. Într-un studiu provenind din SUA, 4 din 10 americani utilizau medicina neconvențională, cu un cost de 21,2 milioane de dolari la nivelul anului 1997 (6). Pacienții cu boli cronice invalidante incurabile sunt țintele preferate ale tratamentelor nedovedite, practicate de terapeuți fără calificare medicală. Adesea acestea sunt implementate fără ca medicul să știe. Ar fi neînțelept ca reumatologii să nu se implice în această problemă, într-un mod deschis și constructiv.

În mai multe țări au fost alocate fonduri considerabile pentru studierea metodelor neconvenționale. În SUA, micul grup al Biroului de medicină alternativă din cadrul *National Institute of Health* a fost transformat în Centru, cu un buget anual de 50 milioane de dolari (7). Cu toate acestea, până în momentul de față, performanțele celor 30 de proiecte au fost slabe. În Marea Britanie, există un Departament de medicină complementară pe lângă *Postgraduate Medical School* din Exeter. Ar fi un scop al reumatologilor academici de a ajuta la buna utilizare a acestor resurse, sau ale altora, cu scopul de a descoperi noi tratamente și de a le îndepărta pe cele ineficace.

CÂT DE SIGURE SUNT PRACTICILE NECONVENȚIONALE?

Primum est nil nocere. Sunt numeroase exemple de practici terapeutice considerate utile și sigure de-a lungul multor ani, care în cele din urmă s-au

dovedit nocive. Utilizarea oxigenului în îngrijirea copiilor prematuri a fost până nu demult cauza principală de cecitate în țările vestice. Catastrofa SMON în Japonia este un alt exemplu în care un medicament relativ „sigur” a fost în cele din urmă recunoscut ca deosebit de toxic. Din păcate, acestea sunt aplicabile chiar și agenților cum ar fi vitaminele și antioxidanții, care sunt promovate agresiv și care pot fi obținute cu ușurință în farmacii sau magazine alimentare. Un recent studiu finlandez a arătat că suplimentarea cu alfa-tocoferol și/sau caroten este de fapt ineficace pentru prevenirea cancerului gastric (8). Un altul, efectuat în SUA, a dovedit creșterea incidenței cancerului pulmonar, prostatic sau gastric după administrare de alfa-tocoferol și creșterea cancerului gastric după beta-caroten (9). În realitate, nici o intervenție nu poate fi considerată sigură până nu este corespunzător testată. Mark Twain știa acest lucru când spunea: „Așa în cantități mici, este probabil sigură”.

Problema este probabil augmentată și de faptul că vânzările prin *Internet* nu cunosc granițe. Industria suplimentelor nutritive înfloarește într-o manieră necontrolabilă. Multe astfel de produse pot fi inocente, deși pot interveni contaminanți dăunători chiar și în remedii herbale (10).

CONCLUZII

Practicile neconvenționale sunt larg răspândite, ca să nu spunem ubicuitare. Este imposibil să se nege dovezile din câteva date observaționale în care 3-10 din 10 subiecți le-au încercat. Credem însă util să subliniem nevoia de a supune practicile neconvenționale încercărilor clinice științifice. Motivele principale ar fi:

1. Siguranța unei intervenții poate fi garantată numai prin studii intervenționale controlate. Multe metode și practici pot fi întradevăr nocive.
2. Anumite tratamente pot avea efecte benefice și aduc informație utilă, din nou cu condiția verificării științifice.
3. Impactul economic al industriei remediilor neconvenționale este îngrijorător, pentru că acestea sunt destinate îndeosebi persoanelor sărace și vulnerabile.
4. Dereglarea pieții ca urmare a distribuției electronice contribuie la augmentarea problemelor ridicate de practicile neconvenționale.

Studiile controlate sunt costisitoare și laborioase. Manufacturile remediilor neconvenționale sunt adesea mici în comparație cu companiile de medicamente. Ca atare, cele dintâi nu sunt capabile sau interesate să dezvolte astfel de studii. Este nevoie să se găsească resurse pentru a dezvolta protocoale de cooperare între parteneri. Viitorul este al interactivității mai multor organisme cu scopul de a înlătura practicile nocive și a descuraja utilizarea acestora.

BIBLIOGRAFIE

1. Maheu E col – *Arthr Rheum* 1998, 41: 81-91
2. Angell M, Kassirer JP – *N Engl J Med* 1998, 339: 839-841
3. Maclennan MH col – *Lancet* 1996, 347: 569-573
4. Fisher P – Ward A, *Br Med J* 1994, 309: 107-111
5. Ernst E – *Clin Rheumatol* 1998, 17: 301-305
6. Eisenberg DM col – *JAMA* 1998, 280: 1569-1573
7. Birmingham K, Cimon M – *Nat Medicine* 1998, 4: 1348
8. Varis K col – *Scand J Gastroenterol* 1998, 33: 294-300
9. Albanes D col – *Am J Clin Nutr* 1995, 62: 1427-1430
10. Siifman NR col – *N Engl J Med* 1998, 339: 806-811

Vizitați *site-ul*

SOCIETĂȚII ROMÂNE DE REUMATOLOGIE

www.srreumatologie.ro

**Scăderea în înălțime poate reprezenta un test clinic
util pentru detectarea fracturilor vertebrale prevalente osteoporotice**

Scăderea în înălțime, alături de cifoză dorsală „rotundă” reprezintă semne clinice utile în diagnosticul fracturilor vertebrale osteoporotice la femeile în postmenopauză. Acest parametru clinic rezultă din diferența între cea mai mare valoare a înălțimii pe care pacienta și-o amintește și înălțimea actuală. Într-un studiu pe 323 femei în post-menopauză cu vârste cuprinse între 50 și 92 ani a fost

evaluată capacitatea predictivă a scăderii în înălțime pentru fracturile vertebrale prevalente. Măsurarea înălțimii actuale s-a făcut cu ajutorul unui stadiometru. Rezultatele cercetării au arătat că probabilitatea prezenței unei fracturi vertebrale crește pe măsură ce scăderea în înălțime a pacientei sporește. Astfel, dacă scăderea în înălțime este de peste 6 cm, există o probabilitate de 60% ca aceasta

să se datoreze unei fracturi vertebrale și necesită efectuarea unei radiografii vertebrale. În plus, studiul sugerează că și scăderea în înălțime urmărită prospectiv poate indica fracturile vertebrale. Astfel, dacă pacienta scade în înălțime mai mult de 2 cm pe o perioadă de 1 până la 3 ani, există o probabilitate de peste 40% ca o fractură vertebrală să fie cauza acesteia.

Siminoski K, Warshawski RS, Jen H etc, – The accuracy of historical height loss for the detection of vertebral fractures in postmenopausal women, Osteop Int 2006, 17: 290-296

Denosumab, un nou agent anti-resorbtiv pentru tratamentul osteoporozei post-menopauză

Ligandul receptorului activatorului factorului nuclear kappa B (*RANKL*) reprezintă factorul cheie al diferențierii, activării și supraviețuirii osteoclastelor. Denosumab (anterior cunoscut ca AMG 162, Amgen) este un anticorp monoclonal complet uman (IgG₂) care se leagă cu mare afinitate și specificitate de *RANKL* și blochează interacțiunea acestuia cu receptorul activator al factorului nuclear kappa B (*RANK*), mimând

efectele endogene ale osteoprotegerinei.

Eficacitatea și siguranța unor doze variabile de Denosumab au fost evaluate într-un studiu multicentric, randomizat, controlat *placebo* și parțial dublu orb, cu durata de un an. Creșterea de masă osoasă sub tratamentul cu denosumab a fost cel puțin la fel de mare ca și cea realizată de alendronat, fiind chiar mai mare la nivelul radiusului distal. Efectele

biologice maxime au fost obținute cu doza de 30 mg administrată subcutanat la fiecare 3 luni și cu doza de 60 mg la fiecare 6 luni. Incidența reacțiilor adverse a fost similară la pacientele tratate cu denosumab, *placebo* sau alendronat, cu excepția dispepsiei care a fost întâlnită cu o frecvență mai mare în grupul tratat cu alendronat.

McClung MR, Lewiecki EM, Cohen SB etc., Denosumab in postmenopausal women with low bone mineral density, – N Engl J Med – 2006, 354: 821-831; Whyte MP, The long and short of bone therapy, – N Engl J Med. 2006, 354: 860-863

Vizitați *site-ul*

SOCIETĂȚII ROMÂNE DE REUMATOLOGIE

www.srreumatologie.ro

Instrucțiuni pentru autori

Structura revistei

Revista Română de Reumatologie publică următoarele tipuri de materiale: editoriale, articole de orientare, lucrări originale, cazuri clinice, subiecte pentru rezidențiat, vignete terapeutice sau imagistice, chestionare de autoevaluare, *quiz*-uri, actualități și articole de sociomedicină și educație medicală, corespondență (întrebări, comentarii, puncte de vedere etc), recenzii.

Principalele secțiuni cu format impus sunt:

Articole de orientare

- Conținut: informație generală de actualitate axată pe probleme teoretice și/sau practice (revista literaturii).
- Dimensiuni: maximum 12 pagini (la nevoie, articolul poate fi împărțit pentru a fi publicat în numere consecutive).
- Format: text compact (nu schematizat), fără sau cu puține subcapitole.
- Bibliografie: recentă (75% titluri din ultimii 5 ani), cu prioritate pentru articole publicate *in extenso*, citând puține rezumate, capitole de manual sau cărți în întregime, introdusă în text.

Lucrări originale

- Conținut: cercetări fundamentale sau clinice (diagnostic sau tratament).
- Dimensiuni: 6-8 pagini, cu 4-5 materiale ilustrative (texte, grafice sau figuri).
- Format: introducere (starea actuală a problemei, premisele și scopul cercetării), material și metode, rezultate, discuții, concluzii (numerotate, redactate sintetic și *strict* referitoare la constatările personale).
- Bibliografia introdusă în text (vezi mai jos).

Cazuri clinice

- Conținut: observații clinice de excepție sau care pun/clarifică o problemă, din categoria celor care se încheie cu o confirmare (morfologică, terapeutică, evolutivă etc).
- Dimensiuni: 3-5 pagini, cu 1-2 ilustrații originale (clinice, imagistice, morfologice etc).
- Format: prezentarea cazului, comentarii.
- Bibliografie în text (la comentarii).

Instrucțiuni pentru redactare

Autorii sunt rugați să respecte cu strictețe *toate* recomandările care urmează, pentru a facilita munca de (tehno)redactare.

Materialele trimise pentru publicare vor fi culese în programul *Word* cu caractere *Arial* de 12, la un rând și jumătate, în trei exemplare, tipărite pe o singură parte a filei și salvate pe dischetă (păstrați și dvs un exemplar!). Pentru a evita întârzierile și corespondența inutilă, vă rugăm să aveți în vedere următoarele:

- Titlul cu *font 14 bold*.
- Numele autorilor precedat de inițiala prenumelui pentru bărbați și de prenumele în întregime pentru femei.
- Denumirea completă a instituției/instituțiilor cărora le aparțin autorii indicând prin cifre apartenența (dacă este cazul) și localitatea, culese cu corp italic (*cursive*).
- Adresa completă a primului autor sau a celui din colectivul de autori, care este abilitat să poarte corespondență în numele acestuia (cu redacția, pentru cerere de extrase etc), cu numerele de telefon/fax și, dacă există, adresa de *e-mail*.
- Rezumat în limbile română și *engleză*, redactat sintetic, de preferință structurat pe scop, material și metode, rezultate, discuții și concluzii (pentru lucrările originale). Rezumatul trebuie întocmit și pentru articolele de orientare.
- Nu utilizați prescurtări. Folosiți acronime, sub formă de caractere capitale, numai dacă un termen revine de mai multe ori în text și aveți grijă să le explicați la prima utilizare.
- Evitați termenii împrumutați din alte limbi preferând traducerea românească acceptată în literatură. Dacă acest lucru nu este posibil, culegeți-i cu italice.
- Folosiți unitățile sistemului metric și prescurtările acceptate.

Bibliografia va fi alcătuită în sistemul Oxford (adaptat ca mai jos). Indicați în text numărul titlului bibliografic de pe lista citărilor, acolo unde ideea a fost preluată, între paranteze. Lista bibliografică va fi întocmită în ordinea citărilor în text, nu după alfabet. Componentele surselor, care trebuie redactate *strict* ca în exemplele de mai jos, pot fi:

- **Cărți în întregime:**

Autori/editori, cu numele și inițiala prenumelui

Titlul între ghilimele și cu majuscule inițiale

Ediția (dacă este cazul)

Editura

Locul publicării

Anul apariției

Exemplu: Iagăru N., „Reumatologie Pediatrică“, Editura Medicală Amaltea, București, 2003

- **Capitole din cărți sau tratate, semnate de autori distincți:**

Autorul capitolului, cu numele și inițiala prenumelui

Titlul capitolului

Autorii sau editorii volumului, cu nume și inițiala prenumelui, urmați de

Titlul volumului, între ghilimele și cu majuscule inițiale, introduși prin particula „în:”

Ediția (dacă este cazul)

Editura

Locul publicării

Anul apariției urmat de două puncte

Paginile între care este cuprins capitolul

Exemplu: Boloșiu H.D., Man L., Rednic S., The effect of methylprednisolone pulse therapy in polymyositis/dermatomyositis, in: Mallia C., Uitto J. „Current Issues in Rheumatology and Dermatology“, Kulver Academic and Plenum Press, New York, 1999: 349-358

- **Articole:**

Autori, cu numele și inițiala prenumelui (numai primii trei, urmați de „etc“, în cazul în care sunt mai mulți de patru)

Titlul articolului

Titlul revistei în prescurtare internațională, în italice

Anul, urmat de virgulă

Volumul, urmat de două puncte

Paginile între care este cuprins articolul

Notă: Dacă articolul citat este publicat în rezumat (ex. revistă, volum cu rezumatele unor manifestări științifice), sursa va fi indicată precedată de „Rez. în:“ sau „Abstr. in:“

Exemplu: Lems W.F., Ader H.J., Lodder M.C. etc, Reproducibility of bone mineral density measurements in daily practice, *Ann Rheum Dis* 2004, 63: 285-289

Exemplu: Bălănescu A., Nat R., Predețeanu D. etc, Influența tratamentului imunosupresor asupra imunofenotipului celulelor dendritice din sinoviala reumatoidă, *Rez. în: Rev Reumatol* 2003, 11 (Supliment): 56

Correspondență

Orice corespondență adresată revistei va fi expediată la următoarea adresă: Dr. Laura Damian, Secretar de redacție, Revista Română de Reumatologie, Clinica Reumatologică, Str. Clinicilor nr. 4, 400006 Cluj-Napoca, tel 0264 598443 sau 0264 591942 int 464, fax 0264 431040, e-mail: meddoi@cluj.astral.ro

Abonamente

Membrii Societății Române de Reumatologie sunt abonați de drept la Revista Română de Reumatologie, prin efectul plății cotizației. Persoanele din afară se pot abona adresându-se secretariatului redacției, la adresa de mai sus.

Reclame

Angajarea activităților de reclamă și plata pentru aceste servicii se face prin negociere cu editorul (Editura Medicală AMALTEA, București, Str. Spătarului nr. 31, tel. 021/210.45.55; Persoană de contact: Dr. M.C. Popescu). Societatea Română de Reumatologie își rezervă dreptul de a aviza includerea oricărui material promoțional în revista sa și percepe o cotă parte din beneficii, în condițiile contractului cu acesta.