

REZUMATELE LUCRĂRILOR PREZENTATE LA CONGRESUL ROMÂN DE REUMATOLOGIE

Braşov 6-10 Octombrie 2009

ANALIZA BIOMECANICĂ A MERSULUI ÎN POLIARTRITA REUMATOIDĂ (DINAMICA VICON). STUDIU PRELIMINAR

Codrina Ancuța^{1,2}, Smaranda Miu¹,
Codruța Belibou^{1,3}, Georgiana Stamate^{1,2}, E. Ancuța⁴,
Rodica Chiriac^{1,2}

¹Clinica Reumatologie, Spitalul Clinic Recuperare,

²Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr.T.Popa”,

³Nucleul Cercetare, Spitalul Clinic Recuperare și
Departamentul de Cercetare, Spitalul „Cuza-Vodă”, Iași

Poliartrita reumatoidă (PR) reprezintă o boală cu înalt potențial dizabilitant și implicații socio-economice deosebite. Evaluarea kinetică și kinematică, instrument necesar în cuantificarea deficitului funcțional în diferite patologii, și în mod particular a PR, a cunoscut o dezvoltare importantă în decursul ultimelor decenii, una dintre cele mai relevante metode de analiză biomecanică fiind sistemul VICON.

Obiective: Studiul de față și-a propus analiza biomecanică a mersului și evaluarea potențialului Health Assessment Questionnaire (HAQ) de a aprecia deficitul funcțional al articulațiilor portante în PR.

Pacienți și metode: Am realizat un studiu prospectiv observațional preliminar asupra unui lot de 35 de pacienți consecutivi cu PR (criteriile ACR 1987), în diferite stadii evolutive, cu afectarea articulațiilor portante. Pacienții au fost evaluați conform unui protocol standard ce a inclus parametri clinici, scoruri de activitate (DAS28) și funcționale (HAQ), analiza kinetică și kinematică a mersului utilizând sistemul VICON cu 6 camere care a furnizat informații referitoare la traiectoriile și unghiurile articulare (coxo-femorale, genunchi, tibio-tarsiene).

Rezultate: Am demonstrat limitarea statistic semnificativă a mobilității articulațiilor portante (χ^2 , $p < 0,05$), corelație semnificativă între modificarea pattern-ului mersului și activitatea PR ($p < 0,05$), fără corelație cu HAQ ($p > 0,05$).

Concluzii: Sistemul VICON se poate utiliza pentru evaluarea anomaliilor de mers în PR, modificări ce sunt parțial reflectate în afectarea funcțională cuantificată prin HAQ.

ACTUALITĂȚI PRIVITOARE LA CERCETAREA FUNȚIEI FIZICE, DIZABILITĂȚII ȘI CALITĂȚII VIEȚII ÎN POLIARTRITĂ

Mioara Banciu

Universitatea de Vest „Vasile Goldiș”, Facultatea de
Medicină, Arad

Clasificarea Internațională a Funcționabilității (CIF) în poliartrita reumatoidă (PR), boală evolutivă și invalidantă, cuprinde două părți: funcția și dizabilitatea cu două componente privind structurile și funcțiile organismului, activitățile și modul de participare la acestea, în contextul factorilor personali și de mediu.

Setul CIF include, pentru PR, 25 de categorii legate de funcționabilitate, 18 în relație cu structura osoasă, 32 legate de diverse activități și participare la acestea și 21 pentru factorii de mediu. S-a constatat că această clasificare are un caracter general și o concordanță redusă cu aspectele clinice, necesitând îmbunătățirea elementelor de evaluare integrativă cu alte activități.

HAQ (Chestionarul de Apreciere a Sănătății) se bazează pe 5 dimensiuni (dizabilitate, durere, efectele medicației, costurile îngrijirii medicale, mortalitate) în aprecierea calității vieții. HAQ-DI (Indicele de Dizabilitate) a fost adoptat în peste 60 de limbi și face parte din proiectul Institutului Național de Sănătate, bazat pe sistemul informatizat de măsurare a răspunsului raportat de pacient și pe scala analogă vizuală a durerii. Conține 20 de elemente eșalonate în 8 categorii de activități funcționale cu 2-3 chestionare (îmbrăcat, ridicat, mâncat, plimbat, igienă personală, întindere, prindere și alte activități uzuale), ce constituie un set reprezentativ al activităților funcționale. Pincus a propus MHAQ (Chestionar de Cercetare a Sănătății Modificat) care este folosit în trialurile clinice și reduce numărul de întrebări la 8 (o întrebare pentru fiecare categorie).

HAQ II a fost lansat în 2004 și înglobează 10 itemuri care măsoară statusul funcțional cu modificările respective în strânsă corelație clinică și cu studiile de cercetare, folosind expresia „sunteți capabil să” în loc de a efectua o activitate cu performanță.

MDHAQ (Chestionarul Multidimensional de Cercetare a Sănătății) este format din 8-10 item-uri

privind funcția fizică, durerea, starea globală a pacientului, redoarea matinală, suferințele psihologice (anxietatea, depresia, somnul, reacția la stres), modificările în starea de sănătate, examenul obiectiv pe aparate, activitatea bolii după numărul de articulații lezate, controlul medicației. Avantajul acestui chestionar constă în faptul că poate fi folosit în infrastructura reumatologică, incluzând date cantitative în standardul îngrijirii tuturor pacienților cu boli reumatismale.

Calitatea vieții (*QoL*) este un indicator important al tulburărilor musculo-scheletale cu repercusiuni asupra diminuării pragului durerii, vitalității, stării generale de sănătate, funcționalității fizice cât și a componentei psihosociale, necesitând terapie precoce și profilaxie primară.

AGENȚII ANTI-TNF ÎN TRATAMENTUL BOLILOR REUMATISMALE: PROFILUL EFECTELOR ADVERSE

Codruța Belibou, George Costin, Codrina Ancuța, Rodica Chiriac

Clinica de Reumatologie, Spitalul Clinic de Recuperare, Iași

Terapia biologică a revoluționat *managementul* bolilor reumatismale inflamatorii cronice. Pe lângă beneficiile obținute (remisiune în circa 40% dintre cazuri), agenții anti-TNF se însoțesc și de un profil de toxicitate (reacții alergice, anomalii imune, neoplazii etc.). Lucrarea de față își propune monitorizarea pe o perioadă de doi ani (2007 și 2008) a pacienților aflați sub inhibitori de TNF spitalizați în Clinica Reumatologie a Spitalului de Recuperare Iași și stabilirea frecvenței efectelor adverse (EA).

În anul 2007 am urmărit 101 pacienți aflați în terapie biologică: artrită reumatoidă (AR), 66, spondilită anchilozantă (SA), 10, artropatie psoriazică (AP), 26. Dintre aceștia, 34 (33,66%) au prezentat EA la infliximab (INF), 24, adalimumab (ADA), 6 sau etanercept (ETN), 4. Am înregistrat un singur EA major (șoc anafilactic la administrarea de INF), 19 EA moderate (anomalii imune de tipul anticorpilor anti-ADNc-8,5%, reacții alergice (18,95%), procese infecțioase specifice și nespecifice – urinare și ale căilor respiratorii superioare – (23,52%) și hiperergie tuberculinică (2,94%).

În anul 2008 au fost monitorizați în clinică 135 de pacienți (AR 81, AP 37, SA 17), dintre care 96 (71,1%) au prezentat efecte adverse (52 INF, 19 ADA, 25 ETN). Reținem frecvența crescută a sindromului dislipidemic, indiferent de tipul de agent biologic administrat (36 INF, 8 ADA 15 ETN). EA majore au constat în 4 (4,16%) neoplazii (câte un caz de carcinom bazocelular, epiteliom de buză inferioară, cancer de col uterin, și neoplasm ovarian) și 2 (2,08%) infecții tuberculoase pulmonare.

Un procent de 57,14% dintre reacțiile alergice au necesitat *switching* la o altă terapie anti-TNF. Anomaliile imune nu au fost însoțite de simptomatologie *lupus-like* și nu au necesitat întreruperea administrării terapiei

biologice. Infecția tuberculoasă a impus întreruperea tratamentului biologic și inițierea tuberculostaticelor.

În concluzie, administrarea terapiei biologice în condițiile *real-life* se însoțește de un profil de toxicitate similar cu datele din studiile clinice. Predomină EA moderate (75,75% în 2007 *versus* 84,37% în 2008) comparativ cu EA majore (3% în 2007 *versus* 6,25% în 2008), diferența fiind statistic semnificativă.

BLOCUL VERTEBRAL CERVICAL CONGENITAL ÎN PATOLOGIA ADULTULUI

Marinela Bezna, S. Bezna, Lavinia Drăghici, C. Bololoi, Maria Bezna

Universitatea de Medicină și Farmacie, Craiova

Un aspect anormal al coloanei vertebrale cervicale poate fi frecvent dobândit și, rareori, este produs prin anomalii congenitale.

Scop: Prezentarea blocului vertebral congenital din sindromul Klippel-Feil, la adult.

Pacienți și metode: Sunt prezentate modificări ale coloanei vertebrale cervicale observate la 3 pacienți cu vârste de 36, 48 și 60 de ani, fără antecedente patologice în zona gâtului, dar la care examinările radiologice descriu bloc anatomic între două vertebre. Pacienții nu au efectuat investigații imagistice anterioare cervicale și acuzele au fost fără relevanță clinică.

Rezultate: Diagnosticul de bloc vertebral cervical congenital a fost dat radiologic, prin lipsa de separare între două vertebre cervicale, aspectul fiind al unei vertebre mari, cu diametru mare vertical și conservarea diametrului antero-posterior și transversal. Aceste date se includ în Sindromul Klippel-Feil care se descrie la persoanele cu fuziuni congenitale de vertebre cervicale produse de lipsa de segmentare a somitelor cervicale, în săptămânile 3-8 de viață fetală, fără etiologie cunoscută și poate fi asociat cu alte anomalii embriologice cu agravarea bolii și diagnostic precoce.

Comentarii și concluzii: Modificări de bloc vertebral cervical pot fi observate la adult. În afara unei patologii dobândite, blocul vertebral cervical este congenital, produs în primele 2 luni de gestație prin perturbarea de segmentare a coloanei vertebrale.

Malformație a coloanei vertebrale, blocul congenital vertebral cervical este inclus în sindromul Klippel-Feil, care asociază gât scurt cu mobilitate redusă, inserție joasă a părului și uneori alte embriopatii, care ajută la diagnostic.

În formele minore, fără alte asociații, blocul vertebral congenital cervical poate fi diagnosticat tardiv.

EFFECTUL COMBINAȚIEI CLORHIDRAT DE GLUCOZAMINĂ ȘI SULFAT DE CONDROITINĂ ASUPRA SIMPTOMATOLOGIEI GONARTROZEI: UN STUDIU RANDOMIZAT, DUBLU ORB, CONTROLAT PLACEBO

Anna-Iuliana Biró¹, Lia Georgescu¹, H.D. Boloșiu², C. Nedelcuț², C. Marinescu²

¹Clinica de Reumatologie, Universitatea de Medicină și Farmacie, Târgu Mureș

²Clinica Reumatologică, Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca

Obiective: Evaluarea eficienței combinației clorhidrat de glucozamină (CG)/sulfat de condroitină (SC) asupra simptomatologiei bolnavilor cu gonartroză, administrată în priză unică, la o doză zilnică de 1500mg + 1200mg, timp de 6 luni de zile.

Pacienți și metode: 95 de pacienți din două centre universitare au fost randomizați pentru a primi fie combinația 1500mg CG + 1200mg SC (n=48), fie placebo (n=47). Medicația de salvare a fost paracetamol în doze de până la 3 g pe zi. Principalul rezultat urmărit a fost modificarea durerii pe scala analogă vizuală (SAV). Rezultatele secundare evaluate au fost indexul algo-funcțional Lequesne, subscala WOMAC Likert pentru evaluarea redorii articulare, cât și durata redorii matinale în minute. În plus, s-a evaluat și percepția pacienților/medicului asupra statusului bolii (auto-evaluare și evaluare medic). La toți pacienții randomizați s-a făcut *analiza intention-to-treat (ITT)* iar pentru obiectivul primar și analiza per protocol (PP).

Rezultate: După 6 luni de tratament durerea s-a modificat la grupul CG/SC cu -34,3 mm (interval de încredere 95%, -40,8 la -26,7) iar la grupul placebo cu -23,3 mm (interval de încredere 95%, -30,9 la -15,7) cu o diferență între grupuri statistic semnificativă de 11,05 mm în favoarea grupului CG/SC (p=0,031). Funcția articulară măsurată conform indexului Lequesne s-a îmbunătățit cu -6,7 puncte la grupul CG/SC față de -4,3 la grupul placebo (p=0,028). Redoarea articulară s-a ameliorat, înregistrându-se diferențe semnificative între grupuri (p=0,008) în favoarea grupului CG/SC. Nu au fost diferențe între grupuri pentru durata redorii matinale (p=0,881). În grupul CG/SC, atât pacienții, cât și medicii au considerat mult mai frecvent statusul bolii îmbunătățit, diferențele între grupuri fiind statistic semnificative pentru parametrii autoevaluare (p=0,006) și evaluare medic (p=0,005). Siguranța în administrare a fost bună fără diferențe semnificative între grupuri.

Concluzii: Rezultatele studiului nostru au arătat că administrarea combinației 1500mg CG + 1200mg SC în priză unică, la pacienții cu gonartroză, pe o perioadă de 6 luni, ameliorează semnificativ simptomatologia față de tratamentul placebo.

TRATAMENTUL PACIENȚILOR CU RĂSPUNS INADECVAT LA PRIMUL INHIBITOR TNF – O DECIZIE GREA

Gabriela Boala, Luminița Vârzaru, C. Codreanu
CBR „Dr. Ion Stoia”, București

Obiectiv: În acest studiu retrospectiv am încercat identificarea unei relații între păstrarea eficienței terapiei

în timp al unui al 2-lea inhibitor TNF (după eșecul primului inhibitor TNF) și necesitatea inițierii tratamentului cu un agent biologic cu mecanism de acțiune diferit.

Material și metodă: Studiul a cuprins 70 de pacienți internați în clinica noastră între anii 2000-2009. Datele au fost obținute din foile de observație și din dosarele pacienților. S-au urmărit activitatea clinico-biologică (prin scorul DAS28) în timpul tratamentului și durata terapiei cu fiecare blocant TNF.

Rezultate: Dintre cei 70 de pacienți urmăriți care au primit tratament anti TNF, 56% au primit Infliximab ca prim anti TNF. Dintre acești pacienți mai continuă în prezent acest tratament, cu eficiență, 61%. Au renunțat pentru reacții adverse 7,9%. Dintre cei la care s-a inițiat tratament cu un al 2-lea blocant TNF, 86% prezintă astăzi un răspuns clinico-biologic nesatisfăcător.

Concluzii: Considerăm că după ce primul inhibitor TNF și-a pierdut eficiența este indicată alegerea unui tratament cu un agent biologic cu mecanism de acțiune diferit asupra patologiei AR.

STUDIUL AFECTĂRII RENALE ÎN VASCULITELE SISTEMICE

A. Caraba¹, Viorica Crișan², Rodica Mihăescu³,
I. Romoșan¹

¹Disciplina Medicină Internă IV, U.M.F. „Victor Babeș”

²Departamentul de Reumatologie, Spital Clinic Municipal și

³Disciplina Semiologie Medicală, U.M.F. „Victor Babeș”,
Timișoara

Afectarea renală în vasculitele sistemice reprezintă un factor de prognostic rezervat, din cauza posibilității evoluției spre boala renală cronică terminală. Spectrul manifestărilor renale este diferit, în funcție de tipul vaselor afectate de procesul inflamator.

Obiectiv: Scopul lucrării este reprezentat de studiul afectării renale în vasculitele sistemice.

Material și metodă: Studiul a fost efectuat pe un grup de 11 pacienți cu afectare renală secundară vasculitelor sistemice. Tuturor pacienților li s-au determinat: tensiunea arterială, proteinuria, sedimentul Addis, creatinina serică, clearance-ul cu creatinină și indicele de rezistență (IR) la nivelul arterelor interlobare renale. Datele au fost exprimate sub forma medie ± deviație standard. Prelucrarea statistică a utilizat testul t-Student, p < 0,05 fiind considerat semnificativ din punct de vedere statistic.

Rezultate: Grupul a fost format din 5 pacienți cu poliarterită nodoasă (PAN) și 6 pacienți cu vasculite sistemice ANCA (+) (1 caz: cANCA, 5 cazuri: pANCA), având vârsta medie 50,62 ± 14,25 ani. Afectarea renală din PAN s-a caracterizat prin: predominanța hipertensiunii arteriale (p < 0,05), a hematuriei microscopice eumorfe și a creșterii IR intrarenală (p < 0,001). Vasculitele sistemice ANCA (+) s-au caracterizat prin: predominanța proteinuriei non-nefrotice (p < 0,05) și a hematuriei microscopice dismorfe.

Concluzie: Afectarea renală în vasculitele sistemice este diferită în funcție de tipul acestora. Dacă PAN este caracterizată de hipertensiunea arterială, creșterea IR intrarenală și hematuria eumorfă, vasculitele ANCA (+) sunt definite de hematuria dismorfă și proteinuria non-nefrotică.

VALOAREA PROGNOSTICĂ ȘI TERAPEUTICĂ A EXAMENULUI HISTOPATOLOGIC ÎN NEFROPATIA LUPICĂ

A. Caraba¹, Viorica Crișan², Rodica Mihăescu³, I. Romoșan¹

¹Disciplina Medicină Internă IV, U.M.F. „Victor Babeș”,

²Departamentul de Reumatologie, Spital Clinic Municipal,

³Disciplina Semiologie Medicală, U.M.F. „Victor Babeș”, Timișoara

Nefropatia lupică (NL) reprezintă una dintre cele mai severe manifestări ale lupusului eritematos sistemic, putând îmbrăca mai multe forme: NL mezangială minimă, NL mezangială proliferativă, NL focală, NL difuză, NL membranoasă, NL avansată sclerotică, NL tubulo-interstițială, vasculită renală, microangiopatie trombotică. Schemele terapeutice și implicit prognosticul sunt dependente de tipul histologic, precum și de markerii histologici de activitate (IA) și cronicitate (IC).

Obiectiv: Obiectivul lucrării este reprezentat de cercetarea valorii prognostice și terapeutice a examenului histopatologic în NL.

Material și metodă: Studiul a fost efectuat pe un grup de 19 pacienți cu NL. Au fost determinate: proteinuria, sedimentul Addis, creatinina serică, clearance-ul cu creatinină. Tuturor pacienților li s-a efectuat puncția biopsie renală, examenul histopatologic evidențind tipul histologic și permițând calcularea IA și IC. Datele au fost exprimate sub forma media \pm deviația standard. Prelucrarea statistică a utilizat testele ANOVA și Pearson, $p < 0,05$ fiind considerat semnificativ statistic.

Rezultate: Vârsta medie a pacienților a fost $30,85 \pm 5,72$ ani, durata de evoluție a lupusului eritematos sistemic în momentul efectuării examenului histopatologic fiind de $2,05 \pm 1,28$ ani. Au fost descrise următoarele tipuri histologice: NL mezangială proliferativă (5 pacienți), NL focală (4 pacienți), NL difuză (6 pacienți), NL membranoasă (4 pacienți). Valorile proteinuriei, hematuriei, creatininei serice, clearance-ului cu creatinină nu au prezentat diferențe semnificative din punct de vedere statistic între cele 4 clase histologice (cu excepția proteinuriei între NL mezangială-NL membranoasă, $p < 0,001$ și hematuriei între NL proliferativă-NL membranoasă, $p < 0,01$). IA s-a corelat invers doar cu clearance-ul cu creatinină ($p < 0,05$), alte corelații nefiind evidențiate.

Concluzie: Parametrii clinico-biologici ai NL nu pot defini tipul histologic al acesteia și nici gradul de activitate, respectiv de cronicitate. De aceea, pentru

aprecierea corectă a tipului histologic, a prognosticului pe termen lung și alegerea terapiei corespunzătoare, examenul histopatologic este deosebit de important.

TROMBOCITOPENIE AUTOIMUNĂ ȘI SPONDILITĂ ANCHILOZANTĂ: O ASOCIERE RARĂ

Simona Caraiola, Doina Nițescu, C. Băicuș, R. Ionescu, C. Tănăsescu

Spitalul Clinic Colentina, UMF „Carol Davila”, București

Prezintă cazul unei paciente de 53 ani diagnosticată în decembrie 2007 cu spondilită ankilozantă formă axială cu afectare intestinală. Debutul bolii a fost cu scădere ponderală, tulburare de tranzit asociate cu dureri lombare joase cu caracter inflamator; examenul obiectiv coroborat cu aspectul radiologic (sacroiliită bilaterală stadiu III) au stabilit diagnosticul de spondilită ankilozantă. Biologic se remarcă sindrom inflamator intens, anemie hipocromă microcitară și trombocitoză, iar aspectul colonoscopic și examenul histopatologic obținut prin colonoscopie pledau pentru afectare colonică în cadrul spondilitei ankilozante. Între decembrie 2007 și decembrie 2008 pacienta a urmat tratament combinat (corticoterapie + Sulfasalazină 3 gr/zi + Methotrexat 20 mg / zi + AINS la nevoie) care s-a dovedit inefficient, motiv pentru care în decembrie 2008 s-a inițiat terapie cu Adalimumab. La un bilanț de rutină efectuat după 2 administrări se constată trombocitopenie ($100.000/\text{mm}^3$), care impune sistarea terapiei. Ulterior numărul de trombocite revine la valori normale, pentru ca după aproximativ 3 luni să se constate din nou trombocitopenie ($70.000-80.000/\text{mm}^3$) cu manifestări minime hemoragipare (echimoze la traumatisme minore). Bilanțul biologic extensiv evidențiază măduvă bogată pe toate liniile (puncție medulară și biopsie osoasă), anticorpi antitrombocitari pozitivi, anticorpi antifosfolipidici negativi, FAN și anticorpi antiADNc negativi; se exclud HIV, hepatita HBV, HCV, infecția cu citomegalovirus, Epstein Barr. Particularitatea cazului este asocierea rară a spondilitei ankilozante cu trombocitopenia autoimună la o pacientă care a avut terapie cu un antiTNF α și evident dificultatea în a stabili conduita terapeutică viitoare.

RISCU MORBIDITĂȚII CARDIOVASCULARE ÎN ARTRITA PSORIAZICĂ

Paulina Ciurea, Ioana Raluca Cojocar Gofita, Anca Roșu, Anca Mușetescu

Departamentul de Reumatologie, Facultatea de Medicină, Universitatea de Medicină și Farmacie, Craiova

Introducere: Artrita psoriazică reprezintă la ora actuală o maladie ce afectează un procent de 0,3-1 din populația generală. Este etichetată drept una dintre spondiloartropatiile seronegative, o artrită inflamatorie cronică asociată psoriazisului. Pacienții diagnosticați

cu artrită psoriazică prezintă de asemenea și un risc crescut de a dezvolta o afecțiune de tip cardiovascular.

Materiale și metodă: Prin lucrarea de față, se încearcă determinarea prevalenței factorilor de risc cardiovascular asociați artritei psoriazice, precum și descrierea lor. Au fost incluși 52 de pacienți (19 de sex feminin și 33 de sex masculin) cu vârste cuprinse între 46 și 65 de ani, diagnosticați cu artrită psoriazică și aflați în evidența Clinicii de Reumatologie din cadrul Spitalului Județean de Urgență Craiova. Pacienții au fost reevaluați inițial la fiecare 1,5 luni, apoi la interval de 3-6 luni, atât clinic, cât și paraclinic, utilizându-se un protocol standardizat în acest sens, pe o perioadă de minim 5 ani.

Rezultate: În momentul analizei efectuate, s-a observat ca 14 (26,92%) dintre pacienți au dezvoltat un grad de hipertensiune arterială, alți 2 (3,84%) au prezentat la un moment dat un eveniment coronarian acut (infarct miocardic), iar 6 (11,53%) dintre ei au fost diagnosticați și li s-a administrat terapie adecvată pentru angina pectorală. Factorii de risc adițional, asociați acestor manifestări cardiovasculare dezvoltate de subiecții incluși în studiu, sunt: diabetul zaharat tip II non-insulinonecitant, dislipidemia mixtă, fumatul, obezitatea și severitatea înaltă a bolii psoriazice.

Concluzii: Artrita psoriazică reprezintă un factor predictiv de reală importanță, independent de ceilalți factori de risc cunoscuți, în dezvoltarea unei afecțiuni cardio-vasculare. Recunoașterea importanței acestui fapt ar putea conduce la modificarea abordării diagnostice și terapeutice în cazul pacienților suferinzi de artrită psoriazică.

IMPORTANȚA DIAGNOSTICĂ A ANALIZEI LICHILULUI SINOVIAL LA PACIENȚII CU MONOARTRITĂ

Paulina Ciurea¹, M. Florea², A.F. Vreju¹,
A.E. Mușetescu¹, Ioana Cojocaru-Gofita

¹Disciplina Reumatologie, Universitatea de Medicină și Farmacie,

²Clinica de Reumatologie, Spitalul Clinic Județean de Urgență, Craiova

Introducere: După afectarea ganglionară, tuberculoza osteoarticulară reprezintă a doua localizare a tuberculozei extrarespiratorii. În prezent, maladia a devenit din ce în ce mai rară, pe de o parte datorită evoluției socio-economice mondiale și, pe de altă parte, a tratamentului agresiv. Tocmai raritatea acestei afecțiuni este unul dintre motivele pentru care, de cele mai multe ori, este subdiagnosticată. Un înalt grad de suspiciune coroborat cu investigații țintite reprezintă cheia diagnosticului. Una dintre investigațiile cu o deosebită importanță în stabilirea diagnosticului constă în analiza și cultura pe medii a lichidului sinovial sau examenul histopatologic al fragmentelor bioptice de membrană sinovială sau os.

Material și metode: Vă prezentăm cazul unui pacient în vârstă de 32 de ani, cu antecedente personale de tuberculoză pulmonară pentru care a urmat tratament strict supravegheat, care s-a prezentat în clinica noastră cu dureri lombare joase și fenomene inflamatorii la nivelul articulației genunchiului drept instalate în urmă cu aproximativ 11 luni. Pe baza examenului clinic general, local și a analizelor inițiale de laborator s-a formulat diagnosticul de artrită reactivă.

Rezultate: Explorările paraclinice au relevat viteza de sedimentare și CRP crescute (VSH=82mm/1h; CRP=12mg/dl), iar serologia anticorpilor IgG anti Chlamydia Trachomatis a fost pozitivă. Radiografia articulațiilor genunchilor a evidențiat osteoporoză difuză și zone transparente cu lizereu opac la nivelul platoului tibial extern drept.

Examenul IRM al articulațiilor genunchiului pleda pentru infarcte osoase tibio-femorale bilaterale în stadiul subacut/cronic și inflamație la nivelul părților moi peri-articulare, iar examinarea bazinului și a coloanei vertebrale lombare nu a evidențiat semne de inflamație.

Rezultatele analizei biochimice și citologice a lichidului sinovial orientau către o etiologie de tip infecțios. Având în vedere antecedentele bacilare, am luat în considerație și etiologia tuberculoasă a fenomenului articular, cultura lichidului pe medii confirmând diagnosticul de artrită septică tuberculoasă.

Concluzii: Dorim să subliniem încă o dată importanța recoltării, analizei biochimice și citologice precum și a culturii pe medii a lichidului sinovial în cazul pacienților cu suferință inflamatorie de tip mono sau poliarticular ca și investigație capitală în ceea ce privește diagnosticul diferențial al afecțiunilor articulare inflamatorii.

SIMVASTATINA ÎN TRATAMENTUL POLIARTRITEI REUMATOIDE

Lucia Cojocaru¹, Anamaria Ramazan², A. Rusali³,
Maria Șuța⁴

¹Disciplina Medicină Internă, Facultatea de Medicină, Universitatea „Ovidius”

²Departament Reumatologie, Clinica Medicală III, Spitalul Clinic Județean de Urgență

³Disciplina Medicină Internă, Facultatea de Medicină, Universitatea „Ovidius”

⁴Disciplina Medicină Internă, Șef Catedră Discipline Medicale I, Facultatea de Medicină, Universitatea „Ovidius”, Constanța

Introducere: Artrita reumatoidă (AR), cea mai frecventă artrită inflamatorie, se asociază cu creșterea comorbidității și mortalității rezultate prin boli cardiovasculare, urmare mai ales a aterosclerozei accelerate. Astfel, abordarea optimă a AR trebuie să cuprindă modificarea riscului vascular în plus față de obiectivele cunoscute ale tratamentului. Statinele reprezintă principalul regim terapeutic utilizat în corectarea hiper-

colesterolemiei, modificând astfel un important factor de risc cardiovascular. Efectele benefice ale statinelor în patologia cardiovasculară nu pot fi explicate însă numai prin proprietățile hipolipemice, acestea având și alte modalități de acțiune (efecte pleiotrope). Dintre acestea, proprietățile antiinflamatorii și cele imunomodulatoare sugerează faptul că potențialul terapeutic al statinelor se poate extinde la alte afecțiuni printre care și AR.

Scop: Studiul de față are drept scop determinarea siguranței și eficienței utilizării simvastatinei în controlul inflamației la pacienții cu AR.

Material și metode: Un număr de 144 de pacienți cu AR au urmat vizita de screening, 100 dintre aceștia (cu forme active de boală) fiind incluși în studiu și distribuiți în 2 loturi (un lot martor la care s-a păstrat nemodificată medicația de fond și un lot de studiu la care s-au adăugat 20mg simvastatină/zi la medicația de fond) funcție de prezența sau nu a indicațiilor de administrare a tratamentului cu statină. Pacienții au fost urmăriți un interval de 3 luni, timp în care s-au făcut două vizite de studiu ce au cuprins: anamneză, examen fizic și analize de laborator (hemogramă, VSH, PCR, transaminaze serice, creatinfosfokinază, iar la prima vizită s-au recoltat și: profil lipidic, factor reumatoid, Ac anti-CCP și creatinină serică). Obiectivele primare ale studiului au fost reprezentate de reducerea activității bolii măsurată prin DAS28 VSH și proporția de pacienți care au întrunit criteriile EULAR de răspuns. Datele au fost analizate statistic cu programul SPSS v.15.0, analiza fiind „intention to treat”.

Rezultate: La 3 luni DAS28 (VSH) s-a îmbunătățit semnificativ statistic în lotul cu simvastatină (-0,560; 95% CI = -0,849, -0,270; p<0,001) comparativ cu lotul martor (0,076; 95% CI = -0,312, 0,465; p=0,693; diferența medie între grupuri = -0,636; 95% CI = -1,112, -0,160; p=0,009), iar răspunsul EULAR (funcție de DAS28-VSH) a fost obținut la 16 (32%) dintre cei 50 de pacienți din lotul cu simvastatină comparativ cu 7 (14%) dintre cei 50 de pacienți din lotul martor (OR = 2,89; 95% CI = 1,068, 7,823; p=0,037). De asemenea, în lotul cu statină s-au îmbunătățit semnificativ statistic DAS28 (PCR) (-0,574; 95% CI = -1,058, -0,091; p=0,02), SDAI (-5,659; 95% CI = -9,307, -2,012; p=0,003), CDAI (-5,379; 95% CI = -8,987, -1,772; p=0,004), EGA (10,560; 95% CI = -14,955, -6,166; p<0,001) și numărul de articulații dureroase (-2,775; 95% CI = -5,750, 0,200; p=0,03). În lotul cu statină s-a înregistrat o scădere mai marcată a numărului de articulații tumefiate, evaluării globale a durerii, PGA, PCR și VSH fără a atinge însă semnificația statistică. În ceea ce privește efectele adverse înregistrate, acestea au fost ușoare și au apărut cu aceeași frecvență în ambele loturi.

Concluzii: Aceste date susțin afirmația că simvastatina are efecte antiinflamatorii modeste, dar clinice semnificative, la pacienții cu AR. Aceste efecte nu au

magnitudinea care să justifice utilizarea statinelor în locul terapiei cu DMARDs însă, ținând cont de profilul de siguranță bun și de efectul vasculoprotector al acestora, statinele pot fi agenți terapeutici atractivi în asociere cu medicația convențională modificatoare de boală.

HEMORAGIA PULMONARĂ MASIVĂ ÎN LUPUSUL ERITEMATOS SISTEMIC: O SERIE NEAGRĂ

Laura Damian¹, Ioana Felea¹, Adina Istrate¹, Iren Geczi-Toth², Simona Cocu², Cristina Pamfil¹, Siao-Pin Simon¹, Liliana Bene³, Maria-Magdalena Tamaș¹, Simona Rednic¹

¹Clinica Reumatologie

²ATI-Clinica Chirurgie I

³Laboratorul central de Imunologie, Spitalul Clinic Județean de Urgență, Cluj-Napoca

Introducere: Hemoragia pulmonară (HP) este o manifestare dramatică în lupusul eritematos sistemic (LES), cu prognostic în general sever, supraviețuirea fiind ameliorată odată cu detecția precoce și tratamentul prompt, cu susținerea funcțiilor vitale.

Obiectiv: Prezentarea unei serii de cazuri de HP fulminantă, cu sindrom de detresă respiratorie acută, la pacienții cu LES internați în clinică sau în serviciul ATI al Spitalului Clinic Județean de Urgență în ultimii 4 ani.

Material și metodă: Au fost incluse în studiu 4 paciente cu LES, cu vârste de 28-35 de ani (în medie 32 de ani), la care s-a diagnosticat HP masivă, manifestă clinic prin dispnee, hemoptizie, detresă respiratorie acută, scăderea hemoglobinei cu 1 g/dl în cursul episodului acut. Nu au fost luate în studiu cazurile de suspiciune de hemoragie pulmonară sau cele de pneumonită lupică cu hemosideroză alveolară consecutivă hemoragiilor mici oculte.

Rezultate: Cazurile studiate erau la prima prezentare în serviciul nostru, cu diagnosticul de LES (conform criteriilor ACR) stabilit de 8-36 luni la 3 paciente, iar la o pacientă – doar succesiv HP. Hemoragia a apărut la 3 cazuri la interval de 2 până la 6 zile de la internarea pentru LES în puseu de activitate, o pacientă fiind transpusă de la Clinica de boli infecțioase la ATI pentru HP. Radiologic erau prezente infiltrate pulmonare marcate pe ambii câmpii pulmonari. Biologic – toate pacientele aveau la prezentare limfopenie semnificativă (cu neutrofilie relativă de până la 98% în tabloul sanguin, ceea ce a sugerat inițial prezența unei infecții) și titruri mari de AAN și Ac antiADNdc și consum de complement C3 și C4. VSH a fost elevat (55-110/h), cu CRP elevat moderat (2,4-3,2 mg/dl). Anticorpii anticardiolopină și/sau beta-2 glicoproteină au fost prezenți la 3/4 paciente, iar APTT a fost prelungit la momentul diagnosticului la 2/4 paciente (prezența anticoagulantului lupic nu a fost testată suplimentar). Toate pacientele din serie aveau criterii pentru „flare”, cu manifestări renale (3/4), SNC (3/4), cardiace (2/4), poliserozită (3/4), artrită (4/4), leucopenie (2/4) cu limfopenie

(4/4), trombocitopenie (2/4). La o pacientă IgM pentru *Mycoplasma pneumoniae* a fost (fals?) pozitivă. Hemoculturile au fost negative în toate cazurile. Cele 3 paciente aflate în tratament anterior aveau la prezentare corticoterapie în doze mici (5-10 mg/zi); 2/4 paciente urmaseră la domiciliu tratamente naturiste (ceaiuri cu compoziție neprecizată, cu „indicație pentru boli autoimune”). HP masivă a apărut în ciuda pulseurilor de metilprednisolon administrate la internare, iar la o pacientă – la 2 zile și după administrarea ciclofosfamidei „pulse”. Odată instalată, hemoragia pulmonară a impus tratament în colaborare cu ATI. Protezarea respiratorie a fost instituită la 3/4 paciente (una decedând în decurs de o oră de la instalarea hemoragiei fudroaiante, fiind ventilată pe balon în absența ventilației mecanice disponibile la acel moment). S-au administrat pulse-uri repetate de metilprednisolon și ciclofosfamidă „pulse” (4/4), imunoglobuline intravenos (1/4) și plasmafereză (1/4), antibiotice cu spectru larg, transfuzii de sânge și susținerea funcțiilor vitale. La una dintre paciente s-a reușit după o săptămână de la pulse-ul de ciclofosfamidă stabilizarea funcțiilor vitale și reluarea funcției respiratorii spontane; după 4 zile a prezentat însă un accident vascular cerebral hemoragic, în afara resurselor terapeutice. Celelalte paciente au decedat prin insuficiență multiorganică succesivă detresei respiratorii. Terapia a fost complicată și de necesitatea anticoagularii din cauza sindromului antifosfolipidic coexistent. Autopsia a relevat capilarită pulmonară, trombi și formarea de membrane hialine.

Concluzii: Hemoragia pulmonară este o complicație redutabilă în LES. În seria noastră, neglijarea urmăririi de specialitate și administrarea tratamentelor naturiste par să fi influențat prognosticul. HP a fost asociată cu limfopenie importantă (factor de risc care nu a fost menționat în alte serii) și a coexistat cu sindromul antifosfolipidic. HP trebuie suspionată activ la orice pacient lupic cu dispnee, prin urmărirea frecventă a hemoglobinei și eventual lavaj bronho-alveolar, înainte de instalarea hemoragiei masive.

MANIFESTĂRI NEUROLOGICE ÎN SINDROMUL CHURG-STRAUSS

Laura Damian¹, Adina Istrate¹, Ioana Felea¹,
Siao-Pin Simon¹, Laura Muntean¹, Ileana Nicoară¹,
Florina Moldovan², Liliana Bene³, Simona Rednic¹

¹Clinica Reumatologie,

²Clinica Neurologie,

³Laboratorul de Imunologie, Spitalul Clinic Județean de Urgență, Cluj-Napoca

Introducere: Manifestările neurologice sunt frecvente în sindromul Churg-Strauss, apărând de regulă în faza a treia, vasculitică, de evoluție a bolii.

Obiectiv: Evaluarea manifestărilor neurologice la cazurile de sindrom Churg-Strauss (SCS) diagnosticate în Clinica Reumatologie Cluj în perioada 1999-2009.

Material și metodă: Au fost analizate retrospectiv cazurile de vasculită sistemică primară care au îndeplinit criteriile ACR de diagnostic pentru SCS (istoric de alergii, astm bronșic, eozinofilie, infiltrate pulmonare migratorii, sinuzită, mononeuritis/polineuropatie, prezența infiltratelor eozinofilice tisulare), fiind necesare minim 4 criterii pentru diagnostic. Au fost excluși din studiu pacienții cu sindroame vasculitice intricate și cei cu sindrom hipereozinofilic idiopatic.

Rezultate: Au fost luați în studiu 5 pacienți (2 bărbați și 3 femei), cu vârsta medie de 58 de ani (42-71) la momentul diagnosticului, urmăriți între 5-8 ani (în medie 6,5 ani). Afectarea neuropatică a fost prezentă la 4/5 pacienți, ca mononeuritis multiplex (4/5), afectând nervii sciatic popliteu extern, tibial, ulnar sau median, urmată apoi de polineuropatie senzitivomotorie asimetrică, neuropatie optică ischemică (1/5), neuropatie trigeminală (1/5) sau afectare SNC (1/5). Afectarea neurologică a fost inaugurală pentru vasculită la un caz, la restul apărând la 2 luni până la 14 ani de la debutul manifestărilor pulmonare. La un caz manifestările neurologice au apărut după introducerea tratamentului cu montelukast; un caz coexistă cu anemie Biermer. Afectarea neurologică a constat în polineuropatie motorie și senzitivă axonală (3/5) și axonală și demielinizantă (1/5). Biopsia de nerv sural a fost efectuată în 2 cazuri, relevând vasculită a vasa nervorum la 1 caz. Biologic, leucocitoza și eozinofilia (10-40%) au fost prezente la toți pacienții, pANCA la 3/5, factorul reumatoid la 4/5, anticorpii antinucleari au fost absenți, iar fracțiunile C3 și C4 ale complementului au avut valori crescute (3/5), normale (1/5) sau scăzute (1/5). Remisiunea a fost acompaniată de normalizarea numărului de eozinofile și a CRP, iar recăderea de creșterea acestora și a titrului factorului reumatoid. Tratamentul a constat în corticosteroizi „pulse” sau oral, ciclofosfamidă, azathioprină sau imunoglobuline intravenos, cu ameliorarea tabloului clinic, dar cu rezoluție completă a neuropatiei doar la 1 caz. Supraviețuirea la 5 ani a fost de 100%, dar dizabilitatea cauzată de neuropatie s-a menținut în grade variabile la 4/5 cazuri.

Concluzii: Afectarea neurologică este frecventă în SCS, poate fi inaugurală, iar recăderile sunt anunțate de creșterea eozinofiliei, a CRP și a titrului factorului reumatoid. Tratamentul agresiv ameliorează tabloul clinic.

ASOCIERE INTERSTIȚIALĂ PULMONARĂ CLINICĂ ÎNTRE SCLERODERMIA LOCALIZATĂ ȘI FIBROZĂ

Alina Dima, R. Lungu, Mariana Nifon, D.C. Zaharia,
S. Dumitrache-Rujinski, M. Bogdan
Institutul Național de Pneumologie „Marius Nasta”,
București

Sclerodermia localizată, cu cele două forme liniară sau morfea, se caracterizează prin afectare strict tegumentară. Se prezintă cazul unei paciente în vârstă de 46

ani, nefumătoare, fără expunere profesională, cu obezitate de aport, cunoscută cu sclerodermie cutanată localizată de la vârsta de 14 ani, pentru care a urmat tratament timp de 10 ani, neglijată ulterior. Pacienta este diagnosticată de aproximativ un an cu sindrom de apnee în somn sever (indice apnee-hipopnee ~110/oră de înregistrare), insuficiență respiratorie cronică hipercapnică ($pCO_2 = 54,3$ mmHg), cord pulmonar cronic, fiind în tratament ambulator cu antiagregant plachetar, diuretic, analeptic respirator și ventilație non-invazivă la domiciliu de tip CPAP (10cm H₂O) fără O₂ adițional. La internare, pacienta acuză dispnee la eforturi mici, somnolență diurnă.

Examen clinic obiectiv la internare: pacientă afebrilă; prezentând obezitate morbidă (I=152cm, G=113kg, IMC=48,9kg/m²), cu dispoziție de tip abdominal a țesutului adipos (perimetru gât=41cm, talie=134cm, șold=123cm); leziuni cutanate de tip morfee la nivelul abdomenului, toracelui posterior, membrelor inferioare bilateral; torace simetric, brevilin, murmur vezicular diminuat bazal, fără raluri, SaO₂ repaus 73-74%; TA=110/70mmHg, AV=112/min cu extrasistole, suflu sistolic în focarul tricuspidei, iradiat la nivelul întregii arii precordiale, zgomot II întărit în focarul pulmonarei, jugulare ușor turgide.

Biologic: Ht=54,5%, Ac anti-nucleari slab pozitivi, fără alte modificări (inclusiv TSH, FT3, C3, C4, IgG, Ac anti-scl70, Ac anti-centromer).

Paraclinic: ECG - tahicardie sinusală (AV=115/min), axa QRS=+135°, supraîncărcare atrială și ventriculară dreaptă, extrasistole supraventriculare; radiografie torace anterior – hiluri cu arie de proiecție și intensitate crescută (aspect vascular); Test de mers 6 minute – distanță parcursă 170 m (32% din distanța prezisă), cu desaturare importantă (SaO₂ inițial=72%; SaO₂ la sfârșitul testului=64%), cu evoluția dispneei de la 4 la 7 din 10 pe scala Borg, motivul opririi testului fiind apariția dispneei; Plezismografie - FVC = 1,29L (48,8%), VEMS=1,05L(46.6%), IT=80,36%, FEF50 = 3,98L/s (74,4%); CPT=3,12L(73.6%); VR = 1,89L (127%); Difuziunea prin membrana alveolo-capilară – TLCOc=30,3%, TLCOc/VA=64,5%; Ecografie cardiacă – AD=7/6,7cm, VD=6cm, sept cu mișcare paradoxală, semnul literei D în axul scurt, regurgitare tricuspidiană importantă, FEVD=40%, PAPs = 53 mmHg; CT torace cu substanță de contrast – opacități de tip sticlă mată bilateral, artere pulmonare de calibru crescut fără imagini evidente de trombi intravasculari.

CORELAȚII ÎNTRE DAS 28 ȘI INDICATORII DE SEVERITATE AI POLIARTRITEI REUMATOIDE

Daniela Dusa, L. Muflic, Maria Șuța
Departamentul Reumatologie, Secția Medicală III, Spitalul
Clinic Județean de Urgență, Constanța

Introducere: DAS 28 este un indice care măsoară gradul de activitate al poliartritei reumatoide. Se calculează folosindu-se numărul de articulații dureroase,

numărul de articulații tumefiate, nota globală a pacientului și VSH sau PCR. Se obține o valoare cuprinsă între 0 și 10 în funcție de care poliartrita se clasifică în înalt activă, moderat activă, ușor activă sau în remisie.

Scopul lucrării este de a identifica modul în care DAS 28 se corelează cu parametrii care definesc gradul de severitate al bolii.

Material și metodă: S-a realizat un studiu retrospectiv pe un lot de 223 de pacienți cu poliartrită reumatoidă (diagnostic conform criteriilor ACR 1987) internați în perioada august 2008 – iulie 2009 în Departamentul Reumatologie Secția Medicală III a Spitalului Clinic Județean de Urgență Constanța. Datele reținute din foile de observație au inclus aspecte demografice, durata bolii, vechimea diagnosticului, manifestările extraarticulare, parametrii imunologici (FR, Ac antiCCP), parametrii inflamatorii (VSH, PCR), comorbidități, gradul de activitate al bolii exprimat prin DAS28 (și parametrii ce ajută la calcularea DAS28: NAD, NAT, NGP), redoarea matinală. Se consideră indicatori de severitate a bolii: peste 20 de articulații tumefiate, VSH și/sau PCR crescute, FR și/sau AntiCCP pozitiv, prezența eroziunilor și prezența manifestărilor extraarticulare.

Rezultate: Vârsta medie a pacienților din lot este de 61 de ani, cu o durată a bolii de aproximativ 9 ani, cu vechimea diagnosticului de 6,5 ani. Majoritatea sunt seropozitivi (75,80%), au manifestări extraarticulare (60,50%) și comorbidități (92,30%). 61% au boală înalt activă și 55% au sindrom de inflamație. Nu am reușit să stabilim corelații cu importanță statistică între prezența eroziunilor, prezența manifestărilor extraarticulare, seropozitivitate și DAS28 cu componentele acestuia (NAD, NAT, NGP, VSH). Am observat însă o corelație semnificativă între DAS28, NAD și pozitivarea AntiCCP-ului dar și între DAS 28, NAD și NAT>20; sindromul de inflamație se corelează semnificativ cu prezența manifestărilor extraarticulare (anemie), dar și cu NAT.

Concluzii: DAS28 este un indice de activitate al Poliartritei Reumatoide independent de caracteristicile bolii (stadiu, prezența manifestărilor extraarticulare, seropozitivitate, vechimea bolii) care exprimă starea prezentă a pacientului. Componentele sale sunt și subiective (NAD, NGP) independente de severitatea bolii, dar și obiective (NAT, VSH, PCR), care pot fi corelate cu parametri de severitate a bolii (prezența manifestărilor extraarticulare).

ROLUL ANTI-CCP ȘI RMN LA O PACIENTĂ CU DIAGNOSTIC INCERT DE POLIARTRITĂ REUMATOIDĂ

Daniela Dusa, L. Muflic, Cristina Dumnică, Maria Șuța
Departamentul Reumatologie, Secția Medicală III, Spitalul
Clinic Județean de Urgență, Constanța

Prezentarea unui caz de poliartrită reumatoidă cu debut și diagnostic în 2001 care se prezintă pentru luare

în evidență și reevaluare clinico-biologică și a tratamentului de fond. Pacienta în vârstă de 60 ani se internează pentru prima oară în Departamentul de Reumatologie acuzând poliartralgii (MCF II-III bilateral, pumn bilateral, umeri bilateral, genunchi drept). Istoricul bolii începe în 2001, când pacienta a fost diagnosticată cu PR seronegativă stadiu I/II și când s-a inițiat terapia modificatoare de boală cu 2g de Sulfasalazină/zi. În 2004, Sulfasalazina este înlocuită cu Metotrexat 7,5mg, probabil din cauza ineficienței. În prezent, pacienta urmează tratament cu Metotrexat 10mg/săptămână, Acid folic 5mg/săptămână și antialgice (Paracetamol 500mg 2-3cp/săptămână). Din AHC amintim o soră cu PR. Examenul clinic la internare evidențiază pacienta cu stare generală bună, fără redoare matinală, cu 9 articulații dureroase (MCF II-III bilateral, pumn bilateral, umeri bilateral, genunchi drept), fără articulații tumefiate, NGP=5. În rest, examenul clinic este fără modificări. Paraclinic nu se evidențiază sindrom biologic de inflamație (VSH 12mm/h, PCR 0,1mg/dl), iar FR latex pozitiv (53 UI/mL) și FR Waaler Rose <6 UI/mL.

Pe baza examenului clinic și a probelor de inflamație se stabilește un DAS28 de 4,12 (boală moderat activă). Radiografia de mâini evidențiază ușoară demineralizare la nivelul oaselor mâinii, fără alte modificări. Lipsa sindromului de inflamație, a eroziunilor după 8 ani de evoluție cu un DMARD în doze minime, face ca diagnosticul de Poliartrită Reumatoidă să fie incert și se recomandă efectuarea unui RMN de mâini și a Anticorpilor Anti CCP.

La vizita următoare, pacienta prezintă rezultatele Anticorpilor AntiCCP (pozitiv – 34U/mL) și alte RMN de mâini (numeroase eroziuni la nivelul oaselor carpului și metacarpului, sinovite ale articulațiilor metacarpofalangiene, edem osos).

Se stabilește diagnosticul de Poliartrită Reumatoidă seropozitivă (FR+, AntiCCP+) stadiul IV, moderat activă (DAS28= 4,12), fără manifestări extraarticulare și se recomandă continuarea tratamentului cu Metotrexat 10mg/săpt, Acid folic 5mg/săpt și antiinflamatorii cu protecție gastrică și tratament balneofizic într-o clinică specializată.

Poliartitele reumatoide cu diagnostic incert și cu evoluție atipică ar trebui evaluate și prin RMN și prin măsurarea Anticorpilor AntiCPP, chiar dacă deocamdată cele două investigații nu sunt incluse în criteriile ACR de diagnostic al poliartritei reumatoide.

SCLERODERMIA: O BOALĂ CU MULTE FEȚE. EXPERIENȚA CLINCII REUMATOLOGICE DIN CLUJ-NAPOCA

Ileana Filipescu¹, Cristina Pamfil¹, Laura Damian¹, Siao-Pin Simon¹, Laura Munteanu¹, C. Nedelcuț¹, Ioana Felea¹, Maria-Magdalena Tamaș¹, H. Boloșiu¹, Laura Poanta², C. Boloșiu³, Simona Rednic¹

¹Clinica de Reumatologie, Universitatea „Iuliu-Hațieganu“,

²Clinica Medicală II, Secția Interne, Universitatea „Iuliu-Hațieganu“

³Clinica Medicală II, Secția Radiologie, Universitatea „Iuliu-Hațieganu“, Cluj-Napoca

Sclerodermia este o boală de țesut conjunctiv caracterizată prin fibroză și leziuni degenerative ale pielii și organelor interne. Studiul de față este unul retrospectiv, ce își propune evaluarea afectării de organ la pacienții cu sclerodermie sistemică. Au fost luați în studiu un număr de 85 de pacienți internați în Clinica Reumatologie, Cluj între 1999 și 2009. Datele au fost extrase din foile de observație ale pacienților și au urmărit aspecte generale, afectarea cutanată, gastrointestinală, cardiovasculară, pulmonară și renală.

Rezultate: Pacienții luați în studiu au fost predominant de sex feminin cu un raport F:B de 7,5:1. Din cei 85 de pacienți, 68 (80%) au rămas în urmărirea clinicii, 13 (15,3%) au fost pierduți din evidență și 4 au decedat (3 cu HTP). Durata medie de urmărire a fost de 3,16 ani. Diagnosticul de formă limitată s-a stabilit la o treime dintre pacienți, de formă difuză la jumătate, de *overlap* la 8%, și *scleroderma sine scleroderma* la 3,5%. Boli autoimune asociate au fost prezente la o pătrime dintre pacienți. Afectarea cutanată a fost prezentă la toți pacienții, cu excepția formei *sine scleroderma*. Afectarea gastrointestinală a interesat 92,8% dintre pacienți. Afectarea cardiacă a interesat pericardul la 40% dintre pacienți, țesutul de conducere, aparatul valvular și țesutul miocardic la o pătrime. Afectarea pulmonară a fost prezentă la o treime dintre pacienți (20% fibroză, 26% HTP). Criză renală sclerodermiformă au dezvoltat în evoluție 4(4,7%) pacienți.

Concluzie: Sclerodermia este o boală sistemică ce afectează predominant sexul feminin și interesează potențial toate aparatele și sistemele. Sclerodermia se asociază cu morbiditate și mortalitate importantă și, în studiul de față, cu o frecvență mare a bolilor autoimune.

OPTIMIZAREA TRATAMENTULUI ÎN ARTRITA IDIOPATICĂ JUVENILĂ

N. Iagăru, Mirela Iusan

Clinica Pediatrie II, IOMC, UMF „Carol Davila“, București

Obiectivul fundamental al medicilor curanți este de a crește la maximum capacitatea copiilor cu Artrita Idiopatică Juvenilă (AIJ) de a trăi ca indivizi normali în societate. Prima treaptă în acest demers este conștientizarea faptului că AIJ nu reprezintă o singură boală bine definită, cu etiopatogenic clară și evoluție uniformă. Într-adevăr, AIJ include o varietate de subtipuri distincte cu un istoric natural și un răspuns foarte diferit la tratament, impactul asupra bolnavului și familiei fiind și el diferit. Optimizarea tratamentului AIJ începe odată cu recunoașterea heterogenității acesteia. Prima treaptă este depistarea copiilor cu risc crescut de distrucție osteoarticulară cronică: bolnavii cu AIJ cu debut sistemic, cei cu AIJ poliarticulară (cu sau fără FR pozitiv)

și copiii cu oligoartrită care prezintă fie afectarea articulațiilor mici, fie afectarea membrului superior (3). A doua treaptă este recursul la medicația remisivă convențională (DMARD), prea mult timp ignorată sau evitată de practicienii pediatri din țara noastră.

A treia treaptă este reprezentată de agenții biologici care blochează în mod specific TNF- α și interleukina-1 (IL-1) deja disponibili, alături de alții aflați în studii avansate asupra copiilor cu AIJ: anti-IL-6 (tocilizumab); blocanți ai costimulării (abatacept, deja aprobat pentru uz pediatric de către FDA), agenți anti-limfocite B (rituximab) etc.

Sunt prezentate algoritmi de tratament pentru principalele subtipuri de AIJ.

Identificarea corectă a diferitelor subtipuri ale AIJ din clasificarea ILAR va permite clinicienilor pediatri să recunoască probabilitatea evoluției și luarea deciziei introducerii unui tratament agresiv din momentul apariției riscului de boală distructivă evolutivă.

SPONDILOARTROPAȚII JUVENILE NEDIFERENȚIATE

N. Iagăru¹, Doina Ilinca², A.V. Cochino¹

¹Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului „Alfred Rusescu”,

²Institutul Național de Hematologie, București

Cei mai mulți bolnavi pediatrici cu spondiloartropatii juvenile nediferențiate prezintă la debut criteriile ILAR pozitive pentru Artrita Asociată Entezitei (AAE), un subtip al Artritei Idiopatice Juvenile (AIJ).

Scopul lucrării vizează utilizarea corectă a criteriilor ILAR pentru clasificarea AIJ, precum și o mai bună înțelegere a spondiloartropatiilor cu debut juvenil în rândul pediatriilor din țara noastră.

Metoda: Au fost studiate 40 de cazuri consecutive de AAE internate în ultimii 10 ani în spitalul nostru. Au fost utilizate comparativ criteriile ILAR și criteriile New York, ESSG și Amor pentru clasificarea spondiloartropatiilor. Toate cazurile au fost evaluate anamnestice, clinic, biologic (reactanți de fază acută, FR, ANA, HLA-B27), imagistic (radiografii standard, IRM) și biomicroscopic (examen oftalmologic cu lampă cu fantă al polului anterior).

Rezultate: Este evidentă afectarea predominantă în rândul băieților (85%) după vârsta de 11,95 ani în asociere cu prezența HLA-B27 (85%). Peste 90% dintre cazuri au întrunit criteriile ILAR pentru AAE, în timp ce criteriile New York nu au confirmat nici un caz de spondilită ankilozantă. Tratamentul a constat în asocierea AINS cu SSZ (în marea majoritate a cazurilor) sau cu MTX ori LEF. În 3 cazuri de uveită anterioară acută.

Recidivanta a fost utilizată asocierea Prednisonului cu MTX în timp ce în 6 cazuri de AAE refractară la AINS și MTX, asocierea Etanerceptului a realizat un ACR 70 (remisiunea bolii).

Concluzii: Trăsăturile majore ale AAE, în fond o spondiloartropatie nediferențiată cu debut juvenil, au fost entezita și artrita periferică predominant la membrele inferioare, confirmând criteriile ILAR. Timpul de urmărire sub 5-10 ani în majoritatea cazurilor nu a permis evaluarea evoluției către sacroiliită și/sau spondilită.

COXITA REUMATOIDĂ ÎN TRATAMENT CU AGENȚI ANTI-TNF ALFA

Gabriela Ieremia, Eugenia MocIRAN

Spitalul Județean de Urgență „Dr. C. Opreș”, Baia-Mare

Coxita, determinare mai rară în poliartrita reumatoidă, este o condiție inflamatorie caracterizată prin durere și dizabilitate, cu impact direct asupra calității vieții.

Obiective: Evidențierea afectării articulare coxo-femorale la pacienți cu poliartrită reumatoidă aflați în terapie biologică cu agenți anti-TNF α .

Material și metodă: Au fost incluși în observația clinică cei 94 de pacienți cu poliartrită reumatoidă care în acest moment sunt în schemele de tratament specifice cu Infliximab, Etanercept, Adalimumab, în secția de Reumatologie a Spitalului Județean de Urgență Baia-Mare. Diagnosticul clinic al coxitei reumatoidă a fost confirmat radiografic.

Rezultate: Coxita reumatoidă uni- sau bilaterală a fost constatată la un număr de 14 pacienți cu poliartrită reumatoidă în terapie biologică cu agenți anti-TNF α , la 2 dintre ei fiind preexistentă instituirea acestei terapii, dar agravându-se pe parcursul evoluției bolii. Nu a existat o relație între instalarea coxitei reumatoidă, vârsta pacienților, ocupație, exercițiul fizic. Nu am constatat o dominanță pe sexe a afectării coxofemorale.

Discuții: Sunt trecute în revistă particularitățile cazurilor, relația cu terapia administrată, relația cu markerii inflamației. În funcție de medicația biologică administrată, coxita reumatoidă a fost semnalată mai frecvent la pacienții în tratament cu Infliximab, o explicație plauzibilă fiind aceea că pacienții sunt mai atent monitorizați și examinați complet cu ocazia fiecărei administrări a preparatului. Nu avem totuși o explicație a faptului că terapia biologică nu influențează în aceeași măsură evoluția bolii în toate articulațiile.

Concluzii: Coxita reumatoidă este o localizare mai rară în cursul poliartritei reumatoidă, dar poate să apară chiar în condițiile terapiei remisive și cu agenți biologici anti-TNF α . Consecința afectării șoldului este reducerea funcției articulare, cu impact direct asupra calității vieții, fapt ce impune o recunoaștere precoce a acestei afectări, eventual prin evaluarea prin rezonanță magnetică nucleară, chiar dacă acest lucru presupune costuri suplimentare.

AFECTAREA TUBULUI DIGESTIV ÎNTR-O COHORTĂ DE PACIENȚI CU SCLERODERMIE SISTEMICĂ

Antoaneta Ion, Carina Mihai, S. Aramă, R. Ionițescu, Vetuța Lăzărică, Oana Danciu, Marilena Gorga, Mihaela Milicescu, I. Ancuța, L. Macovei, Fulvia Ștefănescu, M. Bojincă, V. Stoica
Clinica de Medicină Internă și Reumatologie, Spitalul Clinic „Dr. Ion Cantacuzino”, U.M.F. „Carol Davila”, București

Sclerodermia sistemică (ScS) este o boală cronică multisistemică, cu modificări de tip fibrotic, inflamator și vascular la nivel cutanat și visceral (tub digestiv, plămâni, cord, rinichi), însoțite de anomalii imunologice celulare și umorale.

Obiectivul lucrării: Obiectivul principal al acestei lucrări a fost evidențierea modificărilor digestive care apar în ScS – tipul de manifestări, frecvența lor de apariție, gradul de severitate al acestora. De asemenea, am căutat să aflăm în ce măsură manifestările se datorează bolii sau altor factori și dacă se pot stabili corelații între afectarea digestivă și afectarea altor structuri – cutanată, vasculară, pulmonară, renală și cardiacă.

Pacienți și metode: Au fost revăzute datele pacienților cu ScS din baza de date a centrului EUSTAR al Spitalului „Dr. Ion Cantacuzino” și au fost selectați pacienții care îndeplineau criteriile Colegiului American de Reumatologie (ACR) de clasificare pentru ScS.

Rezultate: Studiul a inclus 44 de pacienți cu ScS, dintre care 39 femei și 5 bărbați, cu vârste cuprinse între 27-80 de ani. Dintre aceștia, 16 prezentau ScS cu afectare cutanată limitată (ScS-1) și 28 de subiecți prezentau ScS cu afectare cutanată difuză (ScS-d).

Prevalența manifestărilor digestive la pacienții cu ScS studiați a fost foarte ridicată (95%). Afectarea esofagiană a fost mult mai frecventă (95%) față de cea gastrică (27%), iar afectarea intestinală este relativ rară (7%). Gradul alterării peristalticii tubului digestiv proximal, evidențiat prin examenul baritat eso-gastro-duodenal, s-a asociat semnificativ statistic cu prezența simptomelor esofagiene și gastrice la pacienții incluși în studiu. La majoritatea pacienților severitatea afectării digestive, cuantificată pe baza alterărilor tranzitului baritat eso-gastro-duodenal, a fost ușoară. Forme mai rare de afectare digestivă la pacienții cu ScS studiați au fost: strictura esofagiană benignă, esofagul Barrett, sindromul pseudoocluziv, ciroza biliară primitivă (fiecare în câte un caz). Afectarea tubului digestiv nu a fost influențată de durata bolii, ceea ce sugerează că încă de la debutul bolii apar și anomalii de peristaltică. Nu s-au găsit asocieri semnificative între afectarea digestivă și afectarea altor organe/sisteme (cord, pulmon, rinichi, tegument), la pacienții cu ScS.

Concluzii: Afectarea digestivă este foarte frecventă la pacienții cu ScS, apare precoce în cursul evoluției bolii și are un impact important asupra calității vieții pacientului. Evaluarea și tratarea manifestărilor digestive este obligatorie la orice pacient cu ScS.

ROLUL AMPRENTELOR DIGITALE ÎN SCLERODERMIA SISTEMICĂ

R.C. Ionițescu¹, V. Stoica¹, Carina Mihai¹, M. Bojincă¹, L. Macovei¹, Roxana Sfrinț-Cornățeanu², R. Potorac³, Gh. Popa³

¹*Clinica de Medicină Internă și Reumatologie, Spital Clinic „Dr. Ion Cantacuzino”, UMF „Carol Davila”,*

²*Centrul de Cercetare în Patogenia și Tratamentul Bolilor Reumatice – UMF „Carol Davila”,*

³*Inspectoratul General Român de Poliție, București*

Acest studiu pilot reprezintă primul pas în cadrul unui proiect cu 3 faze, al cărui scop este identificarea unui pattern al amprentei digitale capabil să susțină diagnosticul de sclerodermie sistemică (ScS) la subiecți cu manifestări precoce de sclerodermie.

Obiective: Identificarea 1) unui pattern al modificărilor structurale și biologice ale amprentei digitale (AD) la pacienți cu SSc definită, 2) aspecte specifice SSc în procesul de îmbătrânire a AD.

Metode: Studiul a inclus 15 paciente cu ScS, cu vârsta medie de 49,6±13,7 ani. Durata bolii de la primul simptom non-Raynaud (DNR) a fost de 9,0±8,3 ani; 6 pacienți aveau sclerodermie sistemică cu afectare cutanată difuză (dcScS) și 9 – sclerodermie sistemică cu afectare cutanată limitată (lcScS). Am utilizat un grup-control alcătuit din 20 de subiecți sănătoși asemănători ca vârstă și sex. Toți subiecții au dat un consimțământ informat scris și au fost examinați în aceleași condiții. Am utilizat 4 metode de prelevare a AD: scanare, amprentare pe hârtie și sticlă, fotografiere. Am analizat la nivelul AG: densitatea porilor, grosimea creștelor papilare, alinierea microscopică a celulelor epiteliale, cuantificarea ADN din materialul biologic încorporat AD prin tehnica Fast Real Time PCR. AD de la 10 dintre subiecții incluși în studiu au fost reevaluate după 2 luni prin cele 4 metode. Am analizat și reducerea cantității de ADN la o lună la primul lot de AG prelevat pe sticlă, atât la grupul pacienților ScS, cât și la grupul-control.

Rezultate: Morfologie: la toate AD-ScS densitatea porilor a fost mai mică, creștele papilare mai subțiri, iar adâncimea papilelor mică față de grupul-control. În AD-ScS celulele epiteliale descumate aveau forme neregulate și tendință la dispunere în grupuri vs forme regulate și dispunere omogenă la grupul-control. Opt din cei 10 pacienți reamprentați după 2 luni au prezentat importante degradări ale constituenților morfologiei AD la a doua examinare, în comparație cu prima. Ceilalți doi au avut patternuri morfologice AD mai bune.

Biologie: AD la prima vizită: nivelele de ADN din materialul biologic al AD au fost semnificativ mai mari la pacienții ScS față de grupul-control (media=210±67 vs. 118 ±49 pg/μl, p=0,0002). După o lună de evaluare săptămânală a AD luate pe sticlă, media nivelului de ADN a scăzut în AD-ScS (de la 210 la 103 pg/μl) vs. AD-control (de la 118 la 80 pg/μl) indicând o degradare

semnificativ mai rapidă a ADN la pacienții ScS ($p < 0,0001$). Aceleași rezultate au fost obținute când a fost comparată rata de degradare a ADN din AD-ScS (de la 210 la 103 pg/ μ l) cu cea a ADN de la 800 AD vechi ale unor subiecți sănătoși pe parcursul unei luni (de la 105 la 70 pg/ μ l). AD la a doua vizită: AD obținute după 2 luni au arătat nivele de ADN mai mici (medie 137 ± 33 vs. 145 ± 30 pg/ μ l) în AD-ScS obținute de la degetul IV, dar fără semnificație statistică ($p = 0,56591$).

Nu s-au obținut asocieri cu semnificație statistică între aspectele clinice ale ScS și nivelele de ADN AD-SSc la prima vizită (vârsta, durata fenomenului Raynaud, durata bolii, subșetul de ScS, creșterea reactanților de fază acută, boala activă, scorul Rodnan, sinovita, FVC, PAH, DLCO, scleredem, calcinoză, digital, ulcere digitale, cicatrici, pattern capilaroscopic).

Concluzii: Am identificat modificări semnificative la constituenții morfologici al AD-ScS vs AD-subiecți sănătoși. Procesul de descumare epitelială a fost accelerat în ScS față de grupul control. Nivelele ADN au fost semnificativ mai mari la AD-ScS față de grupul-control, dar scăderea lor în timp a fost mai rapidă la AD-ScS. Constituenții morfologici ai AD-ScS la a doua vizită au fost semnificativ deteriorați față de prima vizită, sugerând accelerarea degradării pielii în evoluția ScS. Evaluarea amprentelor digitale este o metodă simplă, observațională, non-invazivă și poate deveni un instrument util de diagnostic al ScS la pacienții cu suspiciune de ScS.

IMPORTANȚA CAPILAROSCOPIEI PERIUNGHIALE ÎN BOLILE ȚESUTULUI CONJUNCTIV

R.C. Ionișescu, Carina Mihai, Ioana Manea, M. Bojincă, L. Macovei, I. Ancuța, Mariana Sasu, Mihaela Milicescu, Antoaneta Ion, Fulvia Ștefănescu, Claudia Ciofu, Maria Făsuescu, V. Stoica
Clinica de Medicină Internă și Reumatologie, Spitalul Clinic „Dr. Ion Cantacuzino”, București

Capilaroscopia periunghială (CPU) este o tehnică non-invazivă utilizată pentru investigarea microvasculopatiei periferice în bolile de țesut conjunctiv (BTC).

Obiectiv: Studiul nostru își propune să deosebească elemente capilaroscopice specifice pentru fiecare BTC.

Metode: Au fost studiate trei grupuri de subiecți. Primul grup a inclus 52 de pacienți cu diferite BTC, anume: 32 – sclerodermie sistemică (ScS), 5 – dermatomiozită (DM), 8 – lupus eritematos sistemic (LES), 7 – poliartrită reumatoidă (PR). Al doilea grup a cuprins 6 pacienți cu boală Raynaud, iar al treilea grup – 20 de subiecți sănătoși utilizați ca grup-control. CPU a fost efectuată la toți subiecții incluși în studiu de către 2 investigatori, utilizând un stereomicroscop OLYMPUS SZX7. Ambii investigatori au evaluat fiecare subiect.

Rezultate: Modificările CPU evidențiate la primul grup analizat: ScS: Cele mai frecvente modificări ca-

pilaroscopice au fost: capilare dilatate și megacapilare, microhemoragii, reducerea densității capilarelor, zone avasculare.

DM: Modificările frecvente observate în DM au fost: foarte frecvente capilare ramificate, arii hemoragice extinse pe un fond capilaroscopic hiperemic.

LES: Aspectele capilaroscopice evidențiate la pacienții cu LES au fost: anse capilare lungi și subțiri, uneori sinuoase, cu dispunere normală a capilarelor.

PR: În PR nu au fost identificate modificări specifice ale CPU. Subiecții cu boală Raynaud și cei clinic sănătoși au avut modificări minime ale aspectului CPU și nu s-a putut realiza o diferențiere pe baza examenului capilaroscopic între aceste două grupuri.

Concluzii: Pacienții cu ScS, DM și respectiv LES au avut modificări capilaroscopice specifice. Pacienții cu PR și cu boala Raynaud nu au prezentat modificări capilaroscopice evidente în comparație cu grupul-control.

AFECTAREA MICROVASCULARIZAȚIEI PERIUNGHIALE ÎN SCLERODERMIA SISTEMICĂ

R.C. Ionișescu¹, Carina Mihai¹, M. Bojincă¹, Ioana Manea¹, Antoaneta Ion¹, Roxana Sfrinț-Cornățeanu², Mihaela Milicescu¹, I. Ancuța¹, L. Macovei¹, Ileana Nicoară³, Simona Rednic³, V. Stoica¹

¹*Clinica de Medicină Internă și Reumatologie, Spitalul Clinic „Dr. Ion Cantacuzino”,*

²*Centrul de Cercetare în Patogenia și Tratamentul Bolilor Reumatice, UMF „Carol Davila”, București,*

³*Clinica Reumatologică, UMF „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca*

Premise: Capilaroscopia patului unghial (CPU) este o metodă noninvazivă de evaluare a alterării microvascularizației, care și-a dovedit utilitatea în diagnosticul bolilor de țesut conjunctiv și mai ales în cel al Sclerodermiei sistemice (ScS). Întrucât s-a demonstrat că modificările CPU apar precoce în evoluția naturală a ScS, înainte de instalarea tabloului clinic complet, grupul internațional EUSTAR a lansat inițiativa de depistare pe scară largă a cazurilor de pre-ScS (proiect VEDOSS). Acest lucru se va realiza prin efectuarea capilaroscopiei și a testelor serologice (ACA, Sc170) la pacienți cu suspiciune de ScS (fenomen Raynaud, edem digital, eventual anticorpi antinucleari prezenți), în centrele specializate, printre care se numără și cele două clinici care au participat în acest studiu.

Obiectiv: Studiul a urmărit evaluarea relației dintre aspectul capilaroscopic al vascularizației patului unghial (CPU) și prezența ulcerățiilor digitale active (UD). De asemenea, s-a studiat evoluția *pattern*-ului CPU în timp, la pacienți cu ScS care primeau tratament standard pentru afectarea vasculară periferică (blocați ai canalelor de calciu, pentoxifilin, aspirină, uneori sulodexid sau acenocumarol).

Pacienți și metode: Au fost incluși 25 de pacienți cu ScS [B/F 3/ 22], cu vârsta medie 50,6 ani (limite 30-72) cu durata medie a bolii 7,2+/-6,2 ani, îndeplinind criteriile ACR pentru ScS. Pacienții au fost evaluați pentru UD active și cicatrici digitale (cu excepția celor de la nivelul suprafețelor articulare). A fost determinată prezența anticorpilor anticentromer (ACA) și antitopoizomerază I (Scl70). CPU a fost efectuată la toți pacienții pentru fiecare deget, cu excepția policelui, utilizând un stereomicroscop Olympus SZX7. Am urmărit evoluția *pattern*-ului CPU timp de 6 luni. Modificările CPU au fost clasificate în *pattern* precoce, active, tardive conform clasificării Cutolo.

Rezultate: Modificările CPU în lotul studiat au fost reprezentate de: megacapilare, microhemoragii, zone avasculare, capilare ramificate. Aspectele globale ale CPU au fost: *pattern* precoce: 13 pacienți (7 ACA +, 6 Scl70 +); *pattern* activ: 11 pacienți (4 ACA+, 7 Scl70+); *pattern* tardiv: un singur pacient, bărbat, Scl70+. Ulcerații digitale active au fost observate la 8 pacienți: 5 ACA+ și 3 Scl70+. Doar 5 din cele 18 degete cu UD aveau *pattern* CPU activ, în timp ce 13 degete cu UD prezentau *pattern* CPU precoce. Patru pacienți aveau ulcere la nivelul degetelor de la picioare, toți fiind Scl 70+ și cu *pattern* CPU activ. S-a remarcat asocierea la același pacient, nu însă și la același deget, a microhemoragiilor, a megacapilarelor și a scăderii densității capilare, precum și a *pattern*-ului capilaroscopic activ, cu prezența ulcerărilor și cicatricilor de pulpă digitală.

Modificările CPU după 6 luni: în două cazuri s-a observat „repopulare” capilară a zonelor avasculare. În alte două cazuri evaluarea globală CPU a devenit *pattern* precoce din *pattern* activ. În cele 6 luni nu s-au observat diferențe majore ale manifestărilor clinice ale bolii în aceste cazuri. 21 de pacienți au avut și la 6 luni aceleași *pattern*-uri CPU.

Concluzii: *Pattern*-ul CPU precoce a fost observat la jumătate dintre pacienți și nu s-a corelat cu nici un tip de anticorp. *Pattern*-urile activ și tardiv au fost prezente în special la pacienții Scl-70+. Ulcerele de la nivelul degetelor de la picioare și „puffy fingers” s-au corelat cu modificări ample ale CPU. Există o legătură evidentă între modificările morfostructurale ale microcirculației peri-unghiale și leziunile trofice de la nivelul degetelor (ulcerații și cicatrici).

Observația că 4 pacienți au prezentat ameliorarea *pattern*-ului CPU în timp modifică conceptul clasic privind evoluția ireversibilă a procesului vasculo-fibrotic în ScS, sugerând posibilitatea unei terapii curative pentru ScS în viitor.

NIVELE SERICE CRESCUTE DE INTERLEUKINELE 4 ȘI 17 LA PACIENȚII CU SCLERODERMIE SISTEMICĂ

R.C. Ionițescu¹, Roxana Sfreț-Cornățeanu²,
Carina Mihai¹, M. Bojincă¹, L. Macovei¹,
Claudia Ciofu¹, Corina Mogoșan¹, Ioana Manea¹,

Mariana Sasu¹, I. Ancuța¹, S. Tănăseanu³, C. Băicuș³,
O. Drăgoescu⁴, M. Abobului², Denisa Predețeanu²,
Ruxandra Ionescu², V. Stoica²

¹Clinica de Medicină Internă și Reumatologie, Spitalul Clinic „Dr. Ion Cantacuzino”,

²Centrul de Cercetare în Patogenia și Tratamentul Bolilor Reumatice;

³Clinica de Medicină Internă și Reumatologie, Spitalul Clinic „Colentina”, București,

⁴UMF Craiova

Premise: Scleroderma sistemică (ScS) este o boală a țesutului conjunctiv a cărei patogeneză include afectare vasculară, autoimunitate și fibroză. Activitatea dominantă a limfocitelor T helper (Th) 2 și Th 17 și blocarea activității limfocitelor reglatoare (T-reg), în principal de către IL-6, sunt principalele fenomene considerate a avea un rol important în patogeneza ScS.

Obiective: Evaluarea nivelului seric al IL-4 și IL-17 la pacienții cu ScS și a asocierii lor cu diferite aspecte clinice ale bolii.

Metode: Au fost prelevate mostre de ser de la 39 de pacienți cu ScS (4M/35F) din 3 centre reumatologice, cu vârsta medie 47,3±11,9 ani; a fost evaluat nivelul seric al IL-17 la toți pacienții, iar la 32 dintre ei și cel al IL-4. Toți pacienții îndeplineau criteriile ACR pentru ScS; 24 aveau ScS cu afectare cutanată difuză (dcScS) și 15 aveau ScS cu afectare cutanată limitată (lcScS). Dintre toți pacienții, 25 urmau tratament imunosupresiv și/sau terapie cu glucocorticoizi (I/GC). Durata bolii de la primul simptom non-Raynaud (DNR) a fost de 6,0 ± 5,8 ani. Afectarea de organ/sistem a fost reprezentată de: artrită – 15%, afectare musculară – 10%, afectare esofagiană – 90%, afectare pulmonară – 74%, afectare cardiacă – 28%. Nici un pacient nu a prezentat criză renală, iar 36% aveau scorul de activitate Valentini = 3. A fost folosit ca lot-control un grup de 36 de persoane sănătoase clinic, fără istoric de atopie sau infecție parazită, cu vârste asemănătoare pacienților incluși în grupul de studiu. Evaluarea nivelului seric al IL-17 și IL-4 a fost realizată prin metoda ELISA. Fiecare eșantion a fost dublu testat. Fiecare dintre subiecții incluși în studiu a semnat un consimțământ informat. Pentru analiza statistică a fost utilizată corelația Pearson și testul t pe eșantioane independente. Am împărțit grupul de ScS din punctul de vedere al nivelului IL-4 în 2 subgrupuri utilizând drept cut-off cea mai înaltă valoare serică de IL-4 obținută în grupul-control.

Rezultate: Nivelele serice de IL-17 și IL-4 au fost semnificativ mai mari în ScS față de grupul-control. Nu au existat diferențe ale nivelului de IL-17 sau IL-4 între grupurile I/GC vs non-I/GC și dcScS vs lcScS. Nu au fost identificate diferențe semnificative în privința nivelului seric mediu de IL-17 și de IL-4, nici între subseturile de pacienți cu și respectiv fără: anticorpi anticentromer (ACA), anticorpi anti-topoizomerază I

(Scl-70), reactanți de fază acută crescuți, ulcere digitale, scor cutanat >14, afectare cardiacă, pulmonară sau esofagiană. Nu s-au observat corelații semnificative între nivelele de IL-17 și IL-4. Pacienții cu DNR < 3 ani au avut un nivel de IL-17 semnificativ mai mare decât cei cu DNR > 3 ani și nivele similare ale IL-4. Au fost identificate nivele mai reduse ale IL-4 la pacienții cu TLCO < 80% (25.7± 13.5 vs. 51.3±27.0). Compararea între grupul SSc cu nivele normale de IL-4 (8 pacienți) vs. grupul ScS cu nivele mari de IL-4 (25 pacienți) nu a identificat nici o diferență semnificativă în prezența afectărilor de organ/sistem (cord, plămân, esofag, mușchi, articulații), prezența Scl-70 sau ACA. De asemenea, nu a fost observată nici o diferență în ceea ce privește scorurile cutanate, de activitate, de severitate și de evaluare globală sau între grupurile I/GC vs non-I/GC.

Concluzii: La pacienții cu ScS, nivelele serice ale IL-17 și IL-4 sunt semnificativ mai mari față de martorii sănătoși, însă ele nu se corelează cu manifestările clinice ale bolii.

CONSIDERAȚII ASUPRA AFECTĂRII CORONARIENE LA UN GRUP DE PACIENȚI CU LUPUS ERITEMATOS SISTEMIC

M. Ivan¹, I. Janta¹, Violeta Bojincă¹, M. Bojincă²,
Andra Bălănescu¹, F. Berghea¹, I. Opreșan¹,
C. Constantinescu¹, Daniela Opreșan¹,
Denisa Predețeanu¹, R. Ionescu¹

¹Clinica de Medicină Internă și Reumatologie,
Spital „Sf. Maria” RCRD,

²Clinica de Medicină Internă și Reumatologie
Spital „Dr. I. Cantacuzino”, București

Premise: O cauză importantă de mortalitate în LES e reprezentată de ateroscleroza accelerată și evenimentele cardiovasculare premature, datorate atât modificărilor inflamatorii de la nivelul vaselor sanguine, cât și prin terapia utilizată în tratamentul acestuia.

Obiective: Ne propunem să urmărim factorii de risc cardiovascular (obezitate, dislipidemie, HTA, corticoterapie) la un număr de pacienți cu LES internați în Spitalul „Sfânta Maria”, București.

Metode: Studiu observațional retrospectiv pe un lot de pacienți cu diagnostic dovedit de LES (cf. criteriilor ACR) internați în Spitalului „Sfânta Maria”, București, în perioada martie 2008-martie 2009.

Rezultate: Au fost incluși un număr de 79 de pacienți (92,4% femei, 7,5% bărbați), cu vârsta medie de 40,62 și cu o durată medie a bolii de 8,35 ani. Dintre aceștia, 16,4% sunt supraponderali și 3,79% obezi; 23% au HTA, 16,4% au dislipidemie mixtă (21,5% doar hipertrigliceridemie, 40,5% doar hipercolesterolemie). Corticoterapie de cel puțin 3 luni primesc 74% iar terapie hipolipemiantă primesc 29,1%. 41,7% prezintă sdr inflamator (VSH > 20 mm/h, CRP > 3 mg/L, Fbg > 400 mg%) iar 59,4% au C3 < 0.9 g/L. Atc anti

ADNc au fost prezenți la 41% dintre pacienți iar Atc anticardiolipina la 15% dintre pacienți. Din totalul pacienților, 24,1% prezintă BCI (modificări EKG de fază terminală), 38% au prezentat cel puțin un episod de tromboză venoasă, 14% au făcut un AVC (fie ischemic, fie hemoragic), 7% au prezentat convulsii iar 3,79% au suferit un IMA. Pacienții cu antecedente coronariene au avut media de vârstă semnificativ statistic mai mare (p=0,01), au avut mai frecvent dislipidemie (p=0,02) și au făcut mai frecvent tratament cu ciclofosfamidă (p=0,04). Durata bolii a fost mai mare la același grup (12,8 față de 7,7) cu valoarea p la limita semnificației statistice.

Concluzii: În lotul studiat suferința coronariană a fost influențată în principal de factorii clasici de risc (vârstă, dislipidemie). Formele mai severe de boală (care au impus tratament cu ciclofosfamidă) au fost mai frecvent asociate cu suferința coronariană. Durata lungă a bolii pare să se însoțească de frecvență mai mare a suferinței coronariene.

CONSIDERAȚII ETIOLOGICE ȘI TERAPEUTICE ASUPRA UNUI GRUP DE PACIENȚI CU SINDROM DE CANAL CARPIAN

I. Janta¹, E. Ivan¹, O. Damian¹, M. Negru¹, D. Opreșan¹,
F. Berghea¹, V. Bojincă¹, A. Bălănescu¹,
D. Predețeanu¹, R. Ionescu¹, C. Căpușă²,
E. Mandache²

¹Clinica de Medicină Internă și Reumatologie,
Spital „Sf. Maria”, RCRD,

²Spitalul Clinic de Nefrologie „Dr. Carol Davila”, București

Premise: Sindromul de tunel carpian se produce ca urmare a compresiei nervului median la nivelul canalului carpian. Factorii etiologici sunt foarte variați, acțiunea lor determinând manifestări caracteristice (parestezii și durere în teritoriul deservit de acest nerv). Introducerea testului EMG în practica medicală a concurat la înțelegerea fiziopatologiei acestui sindrom.

Obiective: Studiul nostru intenționează să determine principalele cauze de producere a sindromului de tunel carpian și deciziile terapeutice pentru fiecare situație.

Metode: S-a realizat un studiu retrospectiv, pe un lot de 10 pacienți cu sindrom de tunel carpian internați în clinica de Medicină Internă și Reumatologie a Sp. Clinic „Sf. Maria”, pe o perioadă de un an (martie 2008-martie 2009).

Discuții: Sindromul de tunel carpian a fost identificat la 10 pacienți (incidența 1,5 la 1000 de pacienți internați); se întâlnește mai frecvent la populația feminină (9 din totalul celor 10 pacienți), cu vârsta cuprinsă între 40 și 60 de ani. Cauzele cele mai întâlnite sunt endocrinopatiile (hipotiroidia, DZ), bolile inflamatorii (PR), precum și artropatiile cristaline. S-au utilizat atât tratamentul chirurgical, cât și terapia medicamentoasă, relativ în aceeași pondere. Pondere ridicată a terapiei chirurgicale a fost determinată de întârzierea

diagnosticului. Putem considera că boala este încă subdiagnosticată. Asocierea testului EMG la pacienții care prezintă o clinică sugestivă pentru acest sindrom, precum și o anamneză atentă ar putea ajuta la o diagnosticare precoce a bolii și o terapie corespușătoare.

IMPORTANȚA TRATAMENTULUI COMPLEX DE RECUPERARE FIZICO-KINETIC LA PACIENȚII CU OSTEOPOROZĂ

Iulia-Rahela Marcu, Simona Pătru, Roxana Popescu,
A. C. Bighea

Universitatea de Medicină și Farmacie, Craiova

Introducere: Osteoporoza este o boală a întregului schelet, caracterizată prin scăderea masei osoase și alterări ale microarhitecturii osului.

Obiectiv: Evaluarea rolului tratamentului de recuperare fizico-kinetic la pacienții cu osteoporoză.

Material și metodă: Lotul de studiu a inclus 42 de pacienți diagnosticați cu osteoporoză (valoarea scorului $T < -2.5$ DS la DEXA de coloană lombară sau șold), 37 de femei și 5 bărbați, vârsta medie 68,82 ani, internați în Clinica Medicină Fizică și Recuperare, Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova, în perioada septembrie 2007-mai 2008. Pacienții au fost incluși într-un program terapeutic complex (igieno-dietetic, medicamentos, fizic – electroterapie, hidrotermoterapie, masaj, kinetoterapie). Evaluarea s-a făcut la internare și la externare (după 14 zile), cu ajutorul a patru parametri: mobilitatea coloanei lombare (indicele Schöber), dorsale (indicele Ott), auto-evaluarea durerii pe o scală vizual analogă (VAS) și evaluarea calității vieții (chestionarul SF-36).

Rezultate: Beneficiul referitor la mobilitatea coloanei este dovedit de creșterea indicelui Schöber în medie cu 2,5 cm (55,55%) și a indicelui Ott cu 1,5 cm (50%). Durerea, evaluată pe scala VAS, s-a ameliorat cu 75% (de la 40 mm la internare la o medie de 10 mm la externare). Pentru SF-36 s-au obținut scoruri mai ridicate la externare în special pentru domeniile vitalitate, sănătate mentală și durere.

Concluzie: Tratamentul de recuperare fizico-kinetic și-a dovedit pe deplin eficiența în ameliorarea mobilității coloanei, a durerii și a calității vieții la pacienții cu osteoporoză.

EVALUAREA METABOLISMULUI OSOS LA BOLNAVI CU BOALA CROHN

Loredana Marian, Christian Banciu, Mioara Banciu

Clinica IV Medicală, Universitatea de Medicină și Farmacie,
Timișoara

Introducere: Acest studiu urmărește analiza metabolismului osos la pacienții cu boala Crohn, prin intermediul unor parametri menționați ulterior în vederea stabilirii riscului de osteopenie la acești pacienți.

Metodă: S-a ales un lot de 28 de pacienți cu boala Crohn, cărora li s-a efectuat un examen clinic general

și radiografie de articulații sacroiliace. Metabolismul osos a fost evaluat dozând nivelul seric al calciului, fosfatului, hormonilor paratiroidieni, 25-hydroxyvitamina D3, 1,25-dihydroxyvitamina D3 și osteocalcina. S-a măsurat densitatea minerală osoasă prin DXA (dual energy X-ray absorptiometry) la nivelul colului femural.

Rezultate: Nivelul seric de osteocalcină a fost scăzut la 10 pacienți (35,7%), dintre aceștia, 5 nu au urmat niciodată tratament cu glucocorticoizi. Ceilalți markeri biochimici efectuați au fost în limite normale. 13 pacienți (46,4%) au prezentat osteopenie, 2 pacienți (7,14%) au avut fracturi vertebrale. Nici un pacient nu a prezentat semne de osteomalacie. Analiza densității osoase (DXA) evidențiază corelația semnificativă a acesteia cu vârsta, doza cumulată de corticoizi, viteza de sedimentare și nivelul osteocalcinei.

Concluzie: Rezultatele sugerează că turnoverul osos în boala Crohn se caracterizează printr-un nivel scăzut de formare osoasă însă cu valori normale ale hormonilor reglatori de calciu.

FACTORI DE RISC PENTRU TUBERCULOZĂ LA PACIENȚII CU POLIARTRITĂ REUMATOIDĂ

Carina Mihai, M. Bojincă, Mihaela Milicescu, I. Ancuța,
L. Macovei, Antoaneta Ion, Carmen Istrate,
Polixenia Stanciu, Ana-Maria Gherghe, Veronica Cițu,
Fulvia Ștefănescu, Corina Mogoșan,

Răzvan Ionițescu, V. Stoica

Clinica de Medicină Internă și Reumatologie, Spitalul Clinic
„Dr. Ion Cantacuzino“, Universitatea de Medicină și
Farmacie „Carol Davila“, București

Premise: Conform statisticilor OMS (www.eurotb.org), incidența tuberculozei (TB) în România în ultimii 10 ani a avut cea mai înaltă valoare comparativ cu toate țările Uniunii Europene, țările balcanice și țările din vestul Europei. Se știe că pacienții cu boli sistemice reumatologice au un risc mult mai mare de TB față de populația generală, atingând cele mai mari valori la pacienții tratați cu agenți anti-factor de necroză tumorală alfa (anti-TNF).

Obiective: Scopul acestui studiu a fost să analizeze caracteristicile și factorii de risc asociați cu apariția TB la pacienții cu poliartrită reumatoidă (PR), și, în special, la cei cu tratamente biologice anti-TNF.

Metode: Am studiat o cohortă de pacienți cu PR, care au fost urmăriți timp de 5 ani (2002-2007) în clinica noastră. Au fost identificați pacienții care au dezvoltat TB după stabilirea diagnosticului de PR. Am utilizat un grup de control alcătuit din 520 de pacienți consecutivi, indemni de TB în timpul perioadei de urmărire. Modificările clinice și paraclinice au fost înregistrate conform unui protocol stabilit anterior și au fost comparate între cele două grupuri. Pentru a analiza influența diversilor factori demografici și clinici asupra riscului de dezvoltare a TB am folosit regresia logistică univariată.

Rezultate: Între cei 1827 de pacienți evaluați au fost identificați 7 care au dezvoltat TB (0,38%), corespunzând unei incidențe anuale globale de 383/100.000, valoare de cca. 3 ori mai mare decât incidența TB din regiunea noastră, în perioada studiată. Doi dintre cei 7 pacienți (29%) au prezentat TB miliară. Tratamentul cu agenți biologici anti-TNF s-a asociat cu un risc crescut de TB: 5 pacienți dintre cei 7 TB+ (71,4%) urmau tratament biologic anti-TNF (OR [CI 95%] 16,2 [3,1-85,0]) în timp ce oricare altă asociere terapeutică (combinație de remisive clasice, remisive clasice + glucocorticoizi) nu a asociat risc de TB. Trei dintre cei 5 pacienți TB+ urmau tratamentul anti-TNF de peste un an. Nu s-a observat nici o asociere între TB și vârstă, durata bolii, nivelul de educație, ocupația sau reședința urbană sau rurală. Cele mai frecvente manifestări ale TB au fost febra, tusea și scăderea ponderală, unde febra a fost cel mai important factor predictiv pentru diagnostic (OR [CI 95%] 48,3 [9,3-251,9], $p < 0,001$).

Concluzii: Am observat o creștere a incidenței infecției TB și o prevalență înaltă a TB diseminată într-o cohortă de pacienți cu PR din România. Tratamentul cu agenți biologici anti-TNF s-a asociat cu un risc crescut de TB. În mare parte, TB manifestă a fost consecința reinfecției și nu a reactivării unei TB latente.

TUBERCULOZA ÎNTR-O COHORTĂ DE PACIENȚI CU LUPUS ERITEMATOS SISTEMIC: FACTORI DE RISC ȘI ASPECTE DIAGNOSTICE

Carina Mihai, Antoaneta Ion, Mihaela Milicescu, Ana-Maria Gherghe, Carmen Istrate, Polixenia Stanciu, Carmen Șargu, L. Macovei, I. Ancuța, M. Bojincă, V. Stoica

Clinica de Medicină Internă și Reumatologie, Spitalul Clinic „Dr. Ion Cantacuzino”, U.M.F. „Carol Davila”, București

Premise: Infecția tuberculoasă (TB) este un subiect de mare actualitate pentru comunitatea medicală din țara noastră, unde TB are o incidență crescută și survine relativ frecvent la pacienții imunodeprimați, punând serioase probleme de diagnostic și tratament.

Obiective: Obiectivele lucrării sunt 1) evaluarea incidenței și caracteristicilor clinice ale infecției TB la pacienții cu LES dintr-un serviciu terțiar de reumatologie din București; 2) analiza factorilor de risc și a factorilor predictivi pentru infecția TB, în vederea diagnosticului precoce și a tratamentului corespunzător.

Metode: Au fost analizate datele medicale ale tuturor pacienților cu lupus eritematos sistemic urmăriți în clinica noastră între anii 2005-2007 și s-au evaluat incidența și caracteristicile clinice ale TB active. Pentru a analiza influența diferiților factori de risc în apariția tuberculozei, percum și pentru găsirea elementelor clinice cu valoare diagnostică ridicată, a fost utilizată regresia logistică univariată și multivariată.

Rezultate: În studiu au fost incluși 145 de pacienți cu LES, identificați în baza de date a clinicii, la care în

perioada 2005-2007 s-au înregistrat 7 cazuri de TB activă (4,8%). Incidența globală corespunzătoare este de 1609/100.000/an, valoare de cca. 12 ori mai mare decât incidența TB în regiunea noastră, în perioada studiată. Trei din cei 7 pacienți aveau TB extrapulmonară (afectarea ganglionilor limfatici la un pacient și TB diseminată la ceilalți doi). Dozele mari de glucocorticoizi (dm-GC) și tratamentul cu ciclofosfamidă (CYC) au constituit factori de risc importanți pentru TB: OR [CI 95%] 10,6 [1,6-68,8], $p=0,013$ pentru dm-GC și 7,9 [1,6-37,8], $p=0,010$ pentru CYC. Nu s-au observat asocieri ale TB cu vârsta, durata bolii, nivelul de educație, ocupația sau reședința rurală sau urbană. Cele mai frecvente manifestări ale TB au fost: febra, tusea și scăderea ponderală, unde febra a fost cel mai important factor predictiv pentru diagnosticul TB (valoare predictivă 28%, OR [CI 95%] 25,4 [4,1-156,0], $p < 0,001$).

Concluzii: Infecția TB are o incidență crescută la pacienții cu LES, cu o prevalență crescută a formelor extrapulmonare. Tratamentul cu ciclofosfamidă și dozele mari zilnice de glucocorticoizi au constituit importanți factori de risc. Febra prelungită este semnul clinic cu cea mai strânsă asociere cu TB, impunând investigarea în profunzime a pacienților cu LES pentru depistarea sau excluderea infecției tuberculoase.

IMPACTUL FACTORILOR DEMOGRAFICI ASUPRA SIMPTOMELOR DEPRESIVE LA PACIENȚII CU SPONDILITĂ ANCHILOZANTĂ

Mariana Mihailov, Daiana Popa, Nicoleta Pașcalău

Universitatea din Oradea, Facultatea de Medicină și Farmacie, Spitalul Clinic de Recuperare Medicală, Băile Felix

Introducere: Vulnerabilitatea la depresie a fost asociată cu boala cronică, în general, fiind o problemă comună și la pacienții artritici, apărând mai ales după debutul brutal al bolii, cu durere și disfuncție articulară. Prevalența, severitatea sau determinanții depresiei la pacienții cu SA au fost rar evaluate. Relația între durere și depresie la pacienții cu SA constituie un subiect incitant. De asemenea, există multe arii de incertitudine, controversate în ceea ce privește complexitatea evoluției acestei boli cu impact asupra stării fizice și psihosociale. Boala însăși are o etiologie incomplet cunoscută, este dureroasă și incurabilă, progresivă și dificil de diagnosticat, în special la femei.

Obiective: Ne-am propus să studiem problema prevalenței și determinanții simptomelor depresive la pacienții cu spondilită anchilozantă (SA), concentrându-ne atenția în direcția unor posibile diferențe între femei și bărbați. Ipotezele de la care am pornit sunt următoarele:

- Care este nivelul și prevalența depresiei la pacienții cu SA?

- Care sunt determinanții principali ai acesteia?
- Diferă determinanții depresiei la femei și bărbați?
- Care este influența tratamentului de recuperare funcțională asupra simptomelor de depresie la pacienții spondilitici?

Material și metode: Am efectuat un studiu observațional prospectiv randomizat pe un lot de 102 pacienți cu diagnosticul de SA definită după criteriile de la New York (1984). Pentru a evalua simptomele de depresie, am utilizat Scala de Depresie a Centrului de Studii Epidemiologice (The Center for Epidemiological Studies – Depression Scale) – CES-D. Gradul de activitate al bolii a fost apreciat cu ajutorul următoarelor variabile: *Viteza de Sedimentare a Hematiilor (VSH)*, *Indicele entezitic Mander*, *Expansiunea toracică*, *BASDAI*. Statusul funcțional a fost evaluat cu: *BASMI*, *BASFI*. Calitatea vieții am evaluat-o cu ajutorul chestionarului autoadministrat AS-AIMS2.

Rezultate: Pacienții spondilitici prezintă riscul de a dezvolta depresie în cursul evoluției bolii, fapt demonstrat la 55,9% dintre pacienții lotului nostru. Simptomatologia depresivă este corelată semnificativ statistic cu durerea articulară și dizabilitatea, femeile fiind expuse de 1,7 ori mai mult la riscul apariției simptomelor depresive decât bărbații.

Concluzii: Calitatea vieții pacienților spondilitici este influențată negativ de depresie, existând însă diferențe între sexe. Tratamentul complex fizico-kinetic a ameliorat simptomatologia depresivă mai mult și mai rapid la femei, comparativ cu bărbații.

CARE ESTE ANTIINFLAMATORUL CEL MAI PERICULOS DIN PUNCTUL DE VEDERE AL REACȚIILOR ADVERSE GASTRO-INTESTINALE? STUDIU PILOT PE 783 PACIENȚI DIN JUDEȚUL CONSTANȚA

Mihaela Minea¹, F. Berghea³, Maria Șuța², I.T. Tofolean², Rodica Tudoran², Andra Bălănescu³, Ruxandra Ionescu³

¹Sanatoriul Balnear și de Recuperare Techirghiol,

²Universitatea „Ovidius”,

³Centrul de Cercetare în Patologia și Tratamentul Bolilor Sistemice Reumatismale, U.M.F. „Carol Davila”, București

Introducere: Antiinflamatoarele nonsteroidiene (AINS) reprezintă medicația cel mai frecvent utilizată, cu sau fără prescripție medicală, de către pacienții cu afecțiuni precum: boli inflamatorii, stări febrile și algiile de diferite etiologii. Riscurile gastrointestinale ale acestei medicații au fost evaluate în diverse studii, foarte rar comparativ între două AINS. Studiile în viața adevărată (real-life) aduc informații prețioase clinicianului, explicând motivele pentru care rezultatele din studiile clinice randomizate nu se regăsesc întrutotul în experiența clinică. În ce privește pacientul din real-life utilizator de AINS, acesta se deosebește de cel din

trialurile randomizate prin: complianța diferită la tratament, utilizare variabilă a protectoarelor gastrice, patologie suplimentară incomplet evaluată. Câtă vreme unele caracteristici ale pacientului utilizator de AINS din viața reală nu pot fi modificate (de exemplu complianța la tratament este constant sub 60%, conform literaturii de specialitate) iar alte caracteristici ale sistemului medical se pot schimba în vederea protejării suplimentare a utilizatorului de AINS, considerăm util de evaluat ponderea fiecărui AINS utilizat în țara noastră în declanșarea unor reacții severe gastrointestinale.

Obiective: Studiul își propune identificarea ponderii fiecărui AINS utilizat în România în declanșarea reacțiilor adverse gastrointestinale majore (urmate de spitalizare).

Material și metode: Am studiat retrospectiv, două loturi de subiecți care s-au prezentat în această unitate în perioada 01.09.2008 – 01.07.2009. Primul a cuprins 272 de pacienți care au îndeplinit ca și criteriu de includere, prezența unuia dintre următoarele diagnostice: Hemoragie digestivă superioară, Perforație digestivă, Ulcer gastric sau duodenal, Gastrită confirmată endoscopic și Sindrom dispeptic sever. Cel de-al doilea, lotul martor, a inclus 511 subiecți cu afecțiuni pentru care consumul de AINS nu este în mod particular indicat sau contraindicat. Datele au fost culese din foile de observație și din registrele de la camera de gardă a spitalului. Am urmărit administrarea acestui tip de medicație cu 0-14 zile înaintea internării, și produsul utilizat. În același timp, am obținut informații despre proporția vânzărilor medicamentelor respective în cursul anului trecut, în județ. Analiza statistica s-a făcut independent folosind SPSS 16.0.

Rezultate: În primul lot de 272 de pacienți, 19,9% au prezentat HDS, 14,7% U.G., 35,7% U.D., 2,6 % perforație digestivă și 4% sindrom dispeptic sever. 64,7% au fost bărbați și 35,3% femei. Un procent de 24,3 % au consumat AINS cu 0-14 zile înainte de internare, în comparație cu cei 0,6% de subiecți din lotul martor. Celelalte caracteristici ale celor două loturi nu au prezentat diferențe semnificative. Pentru fiecare dintre medicamentele folosite de pacienții cu patologie digestivă din lotul nostru, am calculat un factor de risc, rezultat din raportul dintre procentul complicațiilor în urma consumului produsului respectiv și proporția vânzărilor acestuia în județ. Când acesta este > 1 complicațiile medicamentului sunt mai frecvente decât ne-am aștepta luând în calcul vânzările. Pentru produsele care au avut însă un risc proporțional de apariție a reacțiilor adverse gastrointestinale sub 5%, indicele de risc este inutilizabil. Rezultatele au fost următoarele:

AINS	Diclofenac	Ibuprofen	Ketoprofen	Indometacin
%	20,51	25,64	28,21	2,56
Complicații				
Factor Risc	0,84	2,35	1,23	0,73

AINS	Celebrex	Arcoxia	Aulin	Piroxicam	Movalis
% Complicații	2,56	2,56	2,56	10,26	5,13
Factor Risc	1,50	0,72	0,26	1,05	1,23

Concluzii: Ibuprofenul și Ketoprofenul sunt responsabile de peste 50% dintre reacțiile adverse gastro-intestinale la AINS (altele decât aspirina). Această proporție nu este explicată de gradul utilizării lor, ci printr-o toxicitate suplimentară comparativ cu celelalte AINS evaluate. Sunt necesare măsuri suplimentare de controlare a utilizării acestor produse.

CUM INFLUENȚEAZĂ MOMENTUL INDUCERII TERAPIEI BIOLOGICE EVOLUȚIA POLIARTRITEI REUMATOIDE ACTIVE?

Eugenia Mociran, Gabriela Ieremia, Adriana Voie
Spitalul Județean de Urgență „Dr. Constantin Opreș”,
Baia Mare

Poliartrita reumatoidă (PR), afecțiune inflamatorie cronică ce afectează cartilajul și osul subcondral al articulațiilor mici și mijlocii, are o patogenie incertă, recunoscând în esență scăderea toleranței imune pe fondul unei predispoziții genetice. Tratamentul remisiv început precoce în cadrul primelor 3 luni de la debutul simptomatologiei este ideal, controlându-se boala prin prevenirea leziunilor erozive, distructive, definitive. Selecția agenților biologici permite acum tratamentul eficace al bolii inflamatorii cronice, în condițiile unei evoluții agresive.

S-au analizat retrospectiv 101 pacienți cu PR activă supuși tratamentului biologic în ultimii 7 ani pentru a determina, pe de o parte, relația între efectele adverse, responsivitate, necesitatea schimbării terapiei și momentul asocierii tratamentului biologic la medicația de fond și, pe de alta, cum e influențată evoluția PR în aceste circumstanțe, folosind scorul DAS 28 și imaginile radiografice.

Inițierea terapiei remisive clasice modificatoare de boală (DMARD) a fost făcută la debutul bolii, între 3 și 12 luni de la apariția primelor simptome. Tratamentul combinat s-a regăsit în 54,4% dintre cazuri, iar regimul *step-up* în 45,6% (din cauza numeroaselor coafecțiuni cu reacții adverse previzibile).

Asocierea terapiei biologice s-a situat la distanțe diferite față de administrarea DMARD (20,7% între 6 și 12 luni, 59,8% între 12 și 24 de luni și 19,9% între 24 și 48 de luni). Factori multipli (evoluția ondulantă a PR, efectele adverse care au impus schimbarea terapiei de fond, alte asocieri medicamentoase, necesitatea chimioprofilaxiei cu izoniozidă) au contribuit la această diversitate în abordare.

Rezultatele au aratat că la pacienții cărora li s-a administrat tratamentul biologic la peste 12 luni de la introducerea DMARD s-a înregistrat o creștere a numărului de reacții adverse (22,9%). Administrarea a

peste 3 terapii de fond anterioare a fost asociată cu un număr mai mare de decese, cu excepția celor produse prin afecțiuni cardiace. În cazurile în care tratamentul biologic a fost administrat după 18 luni de la inițierea DMARD, s-a constatat progresia leziunilor radiologice, astfel încât gradul de handicap nu a fost influențat la 50,5% dintre pacienți. Obținerea rezultatelor benefice (obiectivate prin reducerea scorului DAS28) a necesitat în medie 9 luni de tratament biologic, *switch*-ul fiind necesar în 27,7% dintre cazuri.

În concluzie, întârzierea inițierii terapiei biologice a fost motivată, dar nu justificată. Este necesară îmbunătățirea mijloacelor de diagnostic precoce al bolii. Cunoscând rațiunea utilizării regimului *step-down*, folosirea terapiei remisive combinate la debut în doze maxime este de preferat, iar modificarea acesteia ar trebui să se producă apreciind exact gravitatea reacțiilor adverse. Efectul benefic clinic și biologic nu a fost întotdeauna concordant cu scorul radiografic. Supravegherea biologică trebuie făcută în paralel cu cea imagistică modernă (ecografie musculoscheletală, rezonanță magnetică nucleară) pentru cuantificarea beneficiului terapeutic real.

CARACTERISTICI ALE UTILIZĂRII RESURSELOR ÎN POLIARTRITA REUMATOIDĂ

Corina Mogoșan, V. Stoica, Carmen Mihai, L. Macovei, I. Ancuța, M. Bojincă, Mihaela Milicescu, Claudia Ciofu, Fulvia Ștefănescu, Mariana Sasu, A. Martin, Viorica Crișan, Mioara Banciu, Șt. Șuțeanu
Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”,
Spitalul Clinic „Dr. I. Cantacuzino”, Medicină Internă și
Reumatologie, Ambulatoriul Spitalului Municipal,
Reumatologie, Clinica de Balneofizioterapie și
Reumatologie, Timișoara

Poliartrita reumatoidă (PR) se asociază cu pierderea funcționalității globale și a aparatului locomotor, ceea ce antrenează pierderi economice substanțiale.

Scopul studiului: Descrierea caracteristicilor utilizării resurselor din sistemul de sănătate și analiza corelațiilor dintre acestea într-un studiu cros secțional al unei cohorte de 206 de pacienți, cu o perioadă de urmărire a cazurilor de 12 luni (dec 2007- dec 2008).

Material și metodă: Cazurile au fost recrutate din sudul și vestul țării, acoperind o arie geografică de 23 de județe. Prin intermediul unei scrisori – consimțământ, pacienții au fost invitați să participe la trei serii de interviuri (colectate prin corespondență), conținând autoevaluările a trei chestionare cu o ritmicitate de 6 luni: un chestionar original, Health Assessment Questionnaire – HAQ – Disability and Discomfort Scales – traducere simplă, nefiind încă validat în România – și EUROQOL EQ-5D, validat în limba română (obținând în acest sens, acordul pentru utilizare din partea autorilor variantei originale).

Rezultate și discuții: Cohorta a însumat 206 de pacienți, 86,4% femei, cu vârsta medie de $54,90 \pm 12,67$ ani, 66% din mediul urban, 29,1% activi profesional. Durata medie a bolii de la momentul diagnosticului PR a fost de $9,40 \pm 8,87$ ani, iar durata tratamentului raportat în momentul includerii în studiu a fost de $2,70 \pm 2,64$ ani. Particular față de datele din literatură, populația cu PR din țara noastră este pensionată pe caz de boală la $5,65 \pm 5,99$ ani, după diagnosticul de PR. La nivel de cohortă, pensionarea în primul an postdiagnostic este de 22,9%. În rândul acestora, 13% urmează terapie biologică, în vreme ce 8,6% aparțin grupului DMARDs clasic. În grupul terapiei orale, cel mai prescris DMARDs este lefunomidul (61,2%). Monitorizarea pacienților urmează frecvent sistemul „hospitalized based”. Rata spitalizărilor în decursul a 12 luni a scăzut de la 53,7% la 41,9% dintre cazuri ($p=0,001$). Concediile medicale s-au redus în 12 luni de la 20% la 10,9%. Majoritatea pacienților urmează un program de monitorizare lunar la medicul de medicină generală (41,7% la includere și 37,1% la 12 luni). Vizitele la specialistul reumatolog urmează o ritmicitate lunară (32,3% și 31,7% la 12 luni) sau la intervale de 2 luni (19,4% și 29,6% la 12 luni; $p=0,000$). Monitorizarea biologică are preponderent o ritmicitate de 2 luni (26,2% și 16,7% la 12 luni; $p=0,000$) sau de 3 luni (39,6% și 53,2% la 12 luni; $p=0,000$). Explorarea radiologică însumează 1-3 radiografii la 50,7% dintre cazuri la includere, și la 36,8% dintre cazuri la 12 luni ($p=0,000$). Coplata lunară a pacientului la tratament s-a menținut relativ constantă: sub 100 lei/lună (la 74,5% dintre cazuri la includere față de 69,8% la 12 luni) și >100 lei/lună (la 25,5% dintre cazuri la includere, față de 30,2% la 12 luni).

Concluzie: În etapa în care clinicianul poate opta pentru o anume formă de terapie sau alta, nivelul social are încă o influență covârșitoare la toate nivelurile de evaluare ale pacienților cu PR, precum și la nivel de impact economic.

THE NEED FOR A COMMON ASSESSMENT INSTRUMENT IN THE INFLAMMATORY AUTOIMMUNE RHEUMATOLOGIC PATHOLOGY

Dan Nemes^{1,2}, Mihai Dragoi^{1,2}, Dan Poenaru^{1,3}, Razvan Dragoi¹, Elena Amaricai¹, Daniel Popa¹, Oana Suciuc¹, Diana Andrei¹, Octavian Cretu^{1,2}, Crina Gruin²

¹Timisoara University of Medicine and Pharmacy,

²Rehabilitation and Rheumatology Department, City University and Emergency Hospital,

³Orthopaedic and Traumatology Department, County University and Emergency Hospital, Timisoara

Background: Once the biologic therapies have been used, the present-day medicine trend is to homogenize the treatment of the inflammatory autoimmune rheumatic diseases, meaning rheumatoid arthritis (RA), ankylosing spondylitis (AS), psoriatic arthritis (PsA)

and systemic lupus erythematosus (SLE). Both the American College of Rheumatology and the European League against Rheumatism have made common recommendations regarding the diagnosis and the treatment of this pathology. But, there is still the need to find out a common assessment instrument.

Methods and materials: The study included 120 patients (40 patients with RA, 40 patients with AS, 20 patients with PsA and 20 patients with SLE). They were monitored for a three month period. All patients followed a specific disease therapy and a rehabilitation program. They were assessed at the beginning and at the end of the study period by using both DAS (Disease activity score) and HAQ (Health Assessment Questionnaire) scales. Besides that, BASDAI (Bath AS Disease Activity Index) was used for AS patients and SLEDAI (SLE Disease Activity Index) for SLE patients.

Results: The RA patients had significant improvements regarding both DAS and HAQ scores (DAS mean score was initially 4.49 and finally 3.75; HAQ mean score was initially 1.78 and finally 2.15; $p<0.05$). Important improvements were registered in AS patients (DAS mean score was initially 5.25 and finally 4.02; HAQ mean score was initially 2.24 and finally 2.57; BASDAI mean score was initially 4.28 and finally 3.21; $p<0.05$), in PsA patients (DAS mean score was initially 7.32 and finally 5.15; HAQ mean score was initially 2.1 and finally 2.51; $p<0.05$) and in SLE patients (DAS mean score was initially 4.4 and finally 3.45; HAQ mean score was initially 1.9 and finally 2.4; SLEDAI mean score was initially 24.7 and finally 12.5; $p<0.05$).

Conclusions: Having in view that the DAS scale analyses complex aspects (clinical activity of the disease, its inflammatory lab evidence, patient's general health status), as well as its good correlation to other specific disease scales, it can be used as a more widely assessment instrument in the autoimmune inflammatory rheumatisms.

RITUXIMAB IN REFRACTORY RHEUMATOID ARTHRITIS

D. Nemes^{1,2}, Viorica Crisan², M. Dragoi^{1,2}, D. Popa¹, Elena Amaricai¹, Liliana Catan¹, D. Surducian¹, A. Careba¹, Camelia Nemes³, G. Puenea¹, Crina Gruin²

¹Timisoara University of Medicine and Pharmacy,

²Rehabilitation and Rheumatology Department and

³Clinical Lab, Emergency Hospital, Timisoara

Background: Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic inflammatory disease with increased disability and mortality potential. In some patients, the disease remains active, despite adequate therapies (symptomatics, disease modifying antirheumatic drugs—DMARDs and biologics). Rituximab, a chimeric monoclonal antibody directed against the CD20 antigen

on the surface of B cells, may represent the therapeutic solution for these cases.

Methods and materials: The study aim was to evaluate rituximab efficacy in refractory rheumatoid arthritis treatment. During one year period, 12 patients (10 females and 2 males, mean age $51,83 \pm 13,07$ years) with active RA, who failed to achieve remission during DMARDs (methotrexate 20 mg per week plus leflunomide 20 mg per day for a 6 month period) and biological therapies (5 patients with infliximab, 2 patients with etanercept and 5 patients with adalimumab) received rituximab (initially 1g intravenously on day 0 and 14; the same scheme at 6 and 12 month). The patients were assessed at baseline (T_0), after 2 weeks (T_1), 24 weeks (T_2) and 48 weeks (T_3) by: sera parameters (ESR value, CRP level, RF titre, anti-CCP antibody titres), disease activity (DAS 28 score) and ability to perform activities of daily living (HAQ score). The data were expressed as mean \pm standard deviation. Statistical analysis was done using ANOVA (p -value < 0.05 was considered statistically significant).

Results: All investigated parameters had a statistically significant positive evolution and no major side effects were detected (see table below).

Conclusions: By decreasing the disease activity and by improving the patients' functional status, with no major side effects during a one year period, rituximab may represent the solution for refractory rheumatoid arthritis cases. Further studies on larger groups are still required.

DACTILITA: MODALITATE RARĂ DE DEBUT A SPONDILITEI ANCHILOZANTE

Doina Nițescu, Oana Irina Atanasiu, Adina Mihaela Mărgăritescu, Simona Caraiola, R. Ionescu, C. Tănăsescu

Clinica Medicală „Colentina”, București

Prezentăm cazul unei femei în vârstă de 20 ani, a cărei suferință osteoarticulară a debutat la 19 ani ca dactilită de deget II picior stâng, urmată la 6 luni de lombalgie joasă bilaterală și coxalgie dreaptă, cu caracter inflamator. Biologic, prezența sindrom inflamator semnificativ și HLA-B27 pozitiv; au fost absenți: FR, ANA, Ac anti CCP, iar uricemia a fost normală. În martie 2009, imagistica (ecografie articulară, radiografii antepicior și bazin, RMN bazin) a conturat diagnosticul de „tenosinovită a flexorilor degetului II picior stâng (cu artrite satelite IFP și IFD), sacroiliită bilaterală

stadiul I-II; coxartroză dreaptă stadiul I-II“. S-au infirmat: artropatia psoriazică, sindromul Reiter, artrita asociată bolilor inflamatorii intestinale, LES, dermatomiozita, guta, infecțiile, siclemia, sarcoidoza. S-a stabilit diagnosticul de „spondilită anchilozantă cu determinări predominant axiale“. A urmat tratament remisiv (MTX, SSZ), AINS și cortizonic, cu remisiunea parțială a bolii; din iulie 2009, simptomatologia articulară se intensifică. În septembrie 2009, se constată accentuarea deficitului funcțional articular, agravarea probelor inflamatorii și a distrucției articulare (sacroiliită bilaterală stadiul III, coxartroză bilaterală stadiul II). Se decide asocierea terapiei anti TNF-alfa. Particularitatea cazului constă în prezența, la o pacientă foarte tânără, a dactilitei, ca unică manifestare de debut a spondilitei anchilozante, completarea criteriilor de diagnostic realizându-se abia la 6 luni; de remarcat forma de boală rapid distructivă, în pofida medicației complexe (DMARD, AINS, cortizon), administrată precoce și în doze maxime.

DEBUT DE LUPUS ERITEMATOS SISTEMIC PRINTR-O MANIFESTARE OCULARĂ RARĂ

Cristina Pamfil¹, O. Samoilă², Ana Petcu¹, Simona Rednic¹

¹*Clinica de Reumatologie,*

²*Clinica de Oftalmologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca*

Manifestările oculare în lupusul eritematos sistemic sunt asociate cu un grad înalt de activitate și severitate a bolii, fiind considerate barometru. Afectarea oculară apare frecvent concomitent cu afectarea sistemului nervos central și este uneori asociată cu sindromul anti-fosfolipidic. Manifestările oculare sunt cel mai frecvent consecința afectării retinei și nervului optic, dar și a vasculitei și interesării coroidiene. Afectarea coroidiană cuprinde coroidopatia lupică cu efuziune coroidiană, dezlipire coroidiană, infarctul coroidian și formarea de membrane coroidiene neovascolarizate.

Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 41 de ani, care s-a internat în mai 2009 pentru tulburări de vedere, hemipareză dreaptă, tulburare anxioasă, poliserozită, paniculită, edeme palpebrale și gambiere, alopecie. S-a stabilit diagnosticul de lupus eritematos sistemic cu afectare neurologică, renală și dezlipire coroidiană bilaterală. Evoluția sub metilprednisolon și ciclofosamidă a fost spectaculoasă, cu remiterea leziunilor oculare și a fenomenelor neurologice.

Parameter	T0	T1	T2	T3	p
ESR (mm/h)	63.58 \pm 34.43	40.88 \pm 29.75	33 \pm 16.79	20.42 \pm 18.41	<0.01
CRP (mg/l)	53.14 \pm 25.76	44.52 \pm 32.11	21.96 \pm 10.70	10.7 \pm 6.48	<0.01
RF (i.e./ml)	408.4 \pm 348.93	356.87 \pm 16.95	254.98 \pm 125.64	199.23 \pm 65.78	< 0.05
anti-CCP (i.e./ml)	244.18 \pm 340.54	200.35 \pm 127.63	182.87 \pm 88.99	152.37 \pm 231.87	<0.05
DAS28	6.33 \pm 1.06	5.17 \pm 1.12	1.6 \pm 0.86	1.12 \pm 0.72	<0.001
HAQ	1.11 \pm 0.8	1.33 \pm 0.6	1.92 \pm 0.7	2.38 \pm 0.4	<0.05

Prezentarea cazului

Pacienta MM, în vârstă de 41 de ani, se internează în mai 2009 cu stare generală alterată, prezentând tulburări de vedere, cefalee, hemipareză dreaptă a membrului inferior, atacuri de panică, alopecie, edeme palpebrale și gambiere, leziuni nodulare și tegumente îngurate la nivelul gambelor, fatigabilitate. Antecedentele heredo-colaterale sunt ne semnificative. Din antecedentele personale fiziologice reținem: menarha la 13 ani, 2 sarcini și 2 nașteri; iar din antecedentele patologice: tiroidita Hashimoto din 2006 și hipertensiune arterială din 2008 și glaucom din martie 2009. Pacienta urmează tratament substitutiv tiroidian, antihipertensiv și pentru glaucom.

Boala actuală a debutat brusc în martie 2009, prin tulburări de vedere, erupție nodulară, însoțită de fenomene celsiene și îndurarea tegumentului la nivelul gambelor. Pacienta se internează în clinica de endocrinologie pentru evaluare, moment la care se decelează pleurezie stângă, ascită și pancitopenie. Se efectuează CT toracic ce evidențiază adenopatie axilară și mediastinală și se ridică suspiciunea unei malignități hematologice, însă consultul hematologic stabilește o etiologie imună a citopeniei. Pacienta se externează și se reinternează în Spitalul H unde se ridică suspiciune de LES (ANA>1/2560, poliserozită, pancitopenie), și de unde este ulterior îndrumată spre clinica noastră.

La internare în clinica noastră la examenul obiectiv se constată: stare generală alterată, facies anxios, edeme papebrale și gambiere bilateral, eritem al faciesului și decolteului, livedo reticularis, tegumente gambiere infiltrate și îndurate, alopecie, matitate la percuția hemitoracelui stâng în jumătatea bazală, deficit motor al membrului inferior drept cu ataxie, anxietate importantă. Biologic se evidențiază: sindrom inflamator important VSH=130mm/1h, CRP=1,2mg%, pancitopenie L=2200/mmc (PMN=62%, Ly=35%, Mo=2%, Eo=1%), H=2800000/mmc, Hb=6,9g/dl, Tr=89000/mmc, hepatocitoliză (ASAT=88UI/l, ALAT=53UI/l) cu coleastăză.

ESTE POSIBILĂ ÎNFIINȚAREA UNUI REGISTRU NAȚIONAL AL PACIENȚILOR CU TERAPIE BIOLOGICĂ?

Ana Petcu, Laura Damian, Laura Muntean,
SiaoPin Simon, C. Nedelcuț, Ioana Felea,
Ileana Filipescu, Maria Magdalena Tamaș,
C. Marinescu, Cristina Pamfil, Adina Istrate,
Simona Rednic

Clinica de Reumatologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca

Terapia biologică cu inhibitori TNF- α a fost un avans major în tratamentul bolilor inflamatorii cronice reumatologice. Registrele de biologic existente în alte țări europene oferă informații importante despre eficacitatea/siguranța pe termen lung și aderența la

terapie în practica medicală zilnică. Experiența în creșterea a centrului de excelență în terapia biologică Cluj ne-a determinat să întocmim o bază de date electronică cu accesibilitate rapidă pentru facilitarea monitorizării terapiei.

Obiectiv: Evaluarea caracteristicilor la inițierea terapiei biologice ale pacienților cu poliartrită (PR), spondilită anchilozantă (SA) și artropatie psoriazică (APs); crearea oportunității întocmirii unui registru regional al pacienților care urmează terapie biologică.

Metode: Am realizat un studiu retrospectiv, ce își propune evaluarea caracteristicilor de bază și luarea în evidență într-o bază de date a pacienților care urmează terapie biologică, internați în Clinica Reumatologie Cluj-Napoca, în perioada martie 2001- iunie 2009.

Am inclus pacienți diagnosticați cu poliartrită reumatoidă, artropatie psoriazică, și spondilită anchilozantă care au urmat terapie biologică cu cele 3 preparate anti-TNF aprobate în România (influximab, adalimumab și etanercept). Datele au fost stocate în fișiere de tip Microsoft Office Access.

Rezultate: Au fost luați în evidență până în prezent 108 pacienți, 74% fiind diagnosticați cu PR, 12% cu SA și 14% cu APs. Raportul femeii:bărbați este 3,5:1. Durata de la debutul bolii la inițierea terapiei biologice variază între 1 și 41 de ani. Durata menținerii terapiei biologice variază între 6 luni și 8 ani. Din cei 80 de pacienți cu PR luați în studiu, 76% urmează tratament cu influximab, 22,5% cu etanercept și doar 1 pacient a primit adalimumab, ca terapie de inițiere. Din cei 13 pacienți cu SA, 46% au primit ca terapie de inițiere etanercept, 31% influximab și 23% adalimumab. În ceea ce privește cei 15 pacienți cu APs, 73% au primit ca terapie de inițiere influximab și 27% etanercept.

Pacienții cu SA și APs urmează aceeași terapie ca la inițiere, în 20% dintre cazuri la cei cu APs fiind necesară creșterea dozelor de la 5mg/kgcorp la 7mg/kgcorp, cu răspuns bun. La pacienții cu influximab s-au raportat 16 pacienți (20%) care au întrerupt tratamentul în principal din cauza ineficienței terapeutice, 81% fiind trecuți pe altă terapie biologică (43% au trecut pe etanercept, 19% pe adalimumab, 19% pe rituximab), iar 19% au ieșit de pe terapia biologică (reacții adverse de tip TBC pulmonar, plecare din țară).

Nu s-a semnalat nici un deces printre pacienții care au intrat pe terapie biologică.

În general, evoluția scorurilor de activitate a fost una favorabilă la majoritatea pacienților; media scorului BASDAI la inițiere, în cazul pacienților cu SA, a fost 8,12, iar valoarea medie a DAS28 la inițiere la pacienții cu PR a fost 7,13, valori ce reflectă activitatea crescută a bolii, în prezent sub terapia biologică valorile medii fiind de 3,04, respectiv 3,65.

Concluzii: Baza de date actuală a clinicii de Reumatologie Cluj reflectă eficacitatea și siguranța terapiei biologice (s-a înregistrat evoluție clinică și biologică

favorabilă, cu puține cazuri de ineficiență terapeutică și reacții adverse). Întocmirea unui registru național multicentric al pacienților cu terapie biologică ar oferi în timp real date despre eficacitatea și siguranța acestor terapii.

LUPUS INDUS DE TERAPIA ANTI-TNF

Ana Petcu, Ileana Filipescu, Cristina Pamfil,
Simona Rednic

Clinica de Reumatologie, Universitatea de Medicină și
Farmacie „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca

Terapia biologică, anti-TNF-alfa fost un avans important în tratamentul poliartritei reumatoide. Cu toate acestea, inducerea de autoanticorpi la unii pacienți tratați cu inhibitori de TNF-alfa a exprimat îngrijorarea pentru dezvoltarea de boli sistemice autoimune, cum ar fi lupusul eritematos sistemic. Deși formarea de noi autoanticorpi este comună în cazul terapiei cu anti-TNF alfa, există raportate doar cazuri rare de lupus anti-TNF indus cu semnificație clinică, cele mai multe manifestate fără implicarea organelor majore și cu remitere la scurt timp după întreruperea tratamentului. Se pare ca lupusul indus de anti-TNF este o entitate distinctă de lupusul indus medicamentos, cu un fenotip aparte, mai apropiat de lupusul eritematos sistemic. Afectarea cutanată, renală și cerebrală, precum și prezența anticorpilor antiADNdc sunt mai frecvente în lupusul anti-TNF indus comparativ cu lupusul indus medicamentos. Lupusul anti-TNF indus remite în general după oprirea terapiei anti-TNF, însă poate necesita corticoterapie și imunosupresie.

Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 30 de ani, diagnosticată cu poliartrită reumatoidă în iunie 2008, la care s-a inițiat terapia biologică cu Etanercept 2x25mg/săptămână în ianuarie 2009 și care în aprilie 2009 a dezvoltat semne și simptome de lupus cu afectarea organelor majore (erupție cutanată, alopecie, pleurezie, pericardită, nefropatie, prezența de anticorpi antiADNdc și anticorpi antihistone), remise la întreruperea administrării terapiei biologice.

Acest caz este din cunoștințele noastre, primul caz raportat de lupus indus anti-TNF din România.

EVOLUȚIA CLINICO-BIOLOGICĂ A PACIENȚILOR ADULȚI CU ARTRITĂ IDIOPATICĂ JUVENILĂ

Ana-Maria Ramazan¹, Maria Șuța², Cristina Duminică²

¹Compartimentul Reumatologie, Clinica Medicală 3, Spitalul
Clinic Județean de Urgență,

²Universitatea „Ovidius”, Constanța

Introducere: Durerea articulară se întâlnește la 1% dintre copii pe an și aproximativ 1% dintre aceștia dezvoltă artrită cronică. Artrita idiopatică juvenilă, denumită artrită cronică juvenilă (în Europa) și artrită reumatoidă juvenilă (în America de Nord) este o boală inflamatorie cronică a articulațiilor și țesuturilor extra-articulare.

Obiective: Studiul de față are ca scop identificarea modalităților evolutive ale pacienților cu artrită idiopatică juvenilă după 15 ani de boală.

Material și metodă: Studiul este observațional retrospectiv (evaluarea inițială la debut), dar și prospectiv (evaluările ulterioare). Au fost incluși pacienți adulți din județul Constanța cu diagnosticul cert de reumatism inflamatorii cronice cu debut juvenil. Fiecare tip de debut a fost determinat retrospectiv conform criteriilor ILAR din 2001 revizuite. Diagnosticul de spondilită anchilozantă a fost atribuit pacienților care îndeplineau criteriile New York modificate. Pacienții au fost evaluați prin anamneză și evaluați clinic în cadrul a 2 vizite ale studiului, incluzând: evaluarea globală a medicului și pacientului, scala vizuală analoagă, evaluarea fatigabilității, numărul articulațiilor dureroase, numărul articulațiilor tumefiate, chestionare asupra funcționalității (în funcție de formă s-au efectuat HAQ pentru formele poliarticulare și BASFI pentru formele axiale, precum și clasa funcțională Steinbrocker), chestionare asupra activității bolii (BASDAI pentru formele axiale). Pacienților din studiu li s-au efectuat analize de laborator de rutină, dar și reactanții de fază acută (VSH, proteina C reactivă), teste imunologice (factor reumatoid latex) și s-a determinat HLA-B27.

Rezultate: Se observă că sexul feminin a predominat doar la formele poliarticulare, iar vârsta medie la debut a fost mai mică la formele sistemice. Perioada de urmărire a subloturilor a fost în jur de 10-15 ani de la debut. 40% dintre pacienți au prezentat restricție articulară la mișcare. Pacienții cu forme sistemice și asociate cu entezită au risc crescut de a dezvolta spondilită anchilozantă în următorii 10-15 ani. În privința evaluării capacității de a realiza activitățile zilnice efectuată de medic conform claselor funcționale Steinbrocker s-a observat că 46,2% dintre pacienți au prezentat clasa funcțională III și IV, mai ales în formele poliarticulare. Remisia cu sau fără tratament a fost prezentă la 31,1% dintre pacienții lotului, mai ales în artrita sistemică și în artrita cu entezită.

Concluzii: Studiul nostru pe o durată medie de urmărire pe 10-15 ani a dovedit că rata de remisie a fost moderată (31%) iar disfuncționalitatea este destul de importantă (46,2%), mai ales în formele poliarticulare, chiar dacă semnele de activitate sunt minime.

EFICACITATEA ȘI TOLERANȚA TRATAMENTULUI CU ADALIMUMAB ÎN BOLILE REUMATICE INFLAMATOARE

Corina Roșca, Camelia Dumitrescu, F. Berghea,
Denisa Predețeanu, Violeta Vlad, M. Abobului,
Violeta Bojincă, Ioana Opreșan, Magda Negru,
C.L. Constantinescu, Daniela Opreș, Andra Bălănescu,
Ruxandra Ionescu

Centrul de Cercetare în Patologia și Tratamentul Bolilor
Sistemice Reumatismale, Clinica de Medicină Internă și
Reumatologie, Spitalul Clinic „Sfânta Maria”, U.M.F. „Carol
Davila”, București

Obiective: Ne-am propus urmărirea pacienților cu PR, SA și AP, care urmează terapia biologică cu Adalimumab, până la 3 luni, din punct de vedere clinic și imuno-biologic, având în vedere ameliorarea scorurilor de activitate a bolii și ameliorare clinică.

Metode: Studiu retrospectiv pe un lot de 48 de pacienți internați în Spitalul Clinic „Sfânta Maria” București, în Secția de Medicină Internă și Reumatologie, în perioada 2006-2009. Am folosit datele consemnate în fișele de observație ale pacienților și am avut în vedere: vârsta, sexul, scorurile de activitate a bolilor, terapiile remisive asociate adalimumabului și reacțiile adverse ale acestuia.

Rezultate: A fost evaluat un lot total de 48 de pacienți, cu vârsta medie de 45 (25-67) ani, dintre care: 32 cu PR, 10 cu SA, 6 cu AP. Din lotul total, 13 pacienți au întrerupt tratamentul din cauza ineficienței și a reacțiilor adverse: 10 PR, 2 AP, 1 SA. Rezultatele au fost favorabile în 72% din cazuri, 3% au intrat în remisiune: 1 PR, și 37% au intrat în remisiune parțială: 9 SA, 4 AP, cu îmbunătățirea scorurilor DAS, BASDAI, PASI.

Concluzii: Descoperirea rolului TNF α a deschis noi perspective terapeutice, terapia biologică cu Adalimumab. La pacienții cu artrite inflamatorii are efect favorabil la 3 luni, conform scorurilor actuale folosite în practica din clinică. Procentul pacienților în remisiune este încurajator, reacțiile adverse sunt minime. Selecția corectă a pacienților pentru terapia cu Adalimumab este obligatorie, orice exces poate crea mari probleme prin prisma reacțiilor adverse.

STUDIUL PILOT AL POLIMORFISMULUI GENIC AL TNF-ALFA (-308 G/A) LA PACIENȚII CU SCLERODERMIE SISTEMICĂ ÎN ROMÂNIA

Roxana Sfrent-Cornățeanu¹, Olivia M. Popa¹, C. Bara¹, Daniela Opreș², F. Bergea², Carina Mihai², R. Ionițescu², M. Duțescu³, Ruxandra Ionescu²

¹Catedra de Fiziopatologie și Imunologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”,

²Catedra de Medicină Internă-Reumatologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”,

³Institutul Național de Hematologie „Prof. C. T. Nicolau”, București

S-a demonstrat ca TNF- α participă la activarea endoteliului vascular, reglarea răspunsului imun și a metabolismului țesutului conjunctiv influențând astfel funcționarea fibroblastului. Pacienții cu sclerodermie sistemică (ScS) prezintă o creștere locală și sistemică a valorilor TNF- α , ceea ce contribuie la progresia dezvoltării alveolitei fibrozante și a modificărilor fibroase cutanate din Sd Raynaud. În poziția -308 G/A a promotorului genei TNF- α există un polimorfism funcțional activ care a fost intens studiat în legătură cu numeroase boli autoimune.

Obiective: Ne-am propus să investigăm influența polimorfismului -308 G/A din promotorul genei TNF- α asupra susceptibilității bolii la pacienții români.

Metode: 37 de pacienți români, neînrușiți, diagnosticați cu ScS de către un reumatolog calificat (35/2 F/M) și 67 donatori sănătoși (41/26 F/M) au fost genotipați pentru polimorfismul din poziția -308G/A a TNF- α (rs 1800629) prin metoda TaqMan SNP Genotyping Assay C_7514879_10 (AppliedBiosystems, USA).

Rezultate: Genotipurile înregistrate pentru TNF α -308G/A (2,70% AA, 13,51% GA, 83,78% GG la pacienții ScS, respectiv 4,47% AA, 19,40% GA, 76,11% GG la martorii sănătoși) nu au prezentat devieri de la echilibrul Hardy-Weinberg (HWE).

Concluzii: Acest studiu-pilot arată că genotipurile înregistrate pentru TNF α -308G/A nu prezintă devieri de la echilibrul HWE la pacienții sclerodermici din România și, în consecință, nici potențiale asocieri ale alelelor investigate în legătură cu susceptibilitatea la boală (ScS). Pentru verificarea acestei concluzii, la o putere statistică mai mare este necesară lărgirea loturilor luate în discuție.

STUDIUL MULTICENTRIC EUSTAR PRIVIND DOUĂ POLIMORFISME ALE GENEI IL-6 ÎN SCLEROZĂ SISTEMICĂ

Roxana Sfrent-Cornățeanu^{1,2}, Y. Allanore³, Olivia Popa², C. Bara^{1,2}, Daniela Opreș¹, Carina Mihai¹, R. Ionițescu¹, Ruxandra Ionescu¹, Hunzelmann⁴, Viktoria Schlossberg⁴, Serena Guiducci⁵, Veronica Rogai⁵, Valeria Ricciari⁶, Paola Caramaschi⁷, Margarita Pileckyte⁸, Dorota Krasowska⁹, Malgorzata Michalska-Jakubus⁹, M. Matucci-Cerinic⁵

¹Centrul de Cercetare pentru Boli Reumatologice,

²Catedra de Fiziopatologie și Imunologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București,

³Departamentul de Reumatologie, Spitalul Cochin, Paris,

⁴Departamentul de Dermatologie, Universitatea din Cologne, Köln,

⁵Departamentul de Medicină Internă – Reumatologie, Universitatea din Florența,

⁶Departamentul de Terapie Clinică și Medicală, Universitatea din Roma

⁷Departamentul de Medicină Clinică și Experimentală, Universitatea din Verona,

⁸Spitalul Universitar Kaunas, Departamentul de Reumatologie, Kaunas, Lituania

⁹Departamentul de Dermatologie, Universitatea de Medicină, Lublin

Interleukina 6 (IL-6) joacă un rol important în inițierea și promovarea fibrozei, fapt susținut de sinteza sa crescută în fibroblaștii dermici cultivați proveniți de la pacienții cu scleroză sistemică (SSc). S-a demonstrat că două polimorfisme (-174 G>C and -597 G>A) situate în zona promotor a genei IL-6 sunt funcțional active, influențând rata de transcripție a genei.

Obiective: Scopul acestui studiu este investigarea posibilei influențe a acestor două polimorfisme (-174

G>C and -597 G>A) din promotorul genei IL-6 asupra susceptibilității și/sau a evoluției clinice a bolii.

Metode: 328 pacienți ScS, caucazieni europeni, neînruțiți și 233 martori sănătoși potriviți ca sex și vârstă, provenind din 9 centre EUSTAR au fost incluși în studiu. Genotiparea situsurilor -597 și -174 ale genei IL-6 s-a realizat prin amplificare polimerazică urmată de analiza fragmentelor de restricție. Distribuția genotipurilor a fost studiată prin testul χ^2 iar distribuția alelică a fost evaluată prin regresie logistică ajustată pentru vârstă, sex și țara de origine. Regresia logistică a fost utilizată pentru testarea valorii predictive a fiecărei alele mutante asupra câtorva caracteristici clinice ale bolii.

Rezultate: Frecvențele distribuției alelice au respectat echilibrul Hardy-Weinberg. Nu s-au observat diferențe între frecvențele distribuției alelelor și ale genotipurilor între pacienții ScS și martorii sănătoși. Nu au fost găsite alte asociații semnificative între aceste două polimorfisme și parametrii clinici/demografici luați în discuție în acest studiu.

Concluzii: Acest studiu arată că nu există asociere între polimorfismele din pozițiile -597 (G/A) și -174 (G/C) din regiunea promotor a genei IL-6 și ScS pentru caracteristicile bolii luate în discuție.

DERMATOMIOZITA JUVENILĂ

Mariana Ștefan, Aurelia Stancu, Anca Sandu

*Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „M.S. Curie”,
București*

Dermatomiozita juvenilă este o vasculopatie sistemică ce afectează în principal pielea și mușchii. Manifestările clinice sunt reprezentate de apariția unui rash cutanat caracteristic și de slăbiciune musculară periferică, simetrică. Afectiunea prezintă două vârfuluri ale vârstei la debut: la copil între 5-10 ani și la adult 45-64 ani. Spre deosebire de adult, la copil vasculita poate afecta și vasele mici de la nivelul tractului gastrointestinal și miocardului. O altă caracteristică la copil o reprezintă prezența calcificărilor la nivelul țesuturilor moi precum și lipsa riscului de a dezvolta malignități.

S.G. în vârstă de 14 ani, sex F, se internează într-o clinică de dermatologie din țară pentru rash cutanat și mialgii. Pe baza datelor clinice și paraclinice (hemogramă, biochimie, reactanți de fază acută, EMG) se stabilește diagnosticul de dermatomiozită și se începe tratament cortizonic în doză mică sub care evoluția a fost inițial nefavorabilă. Prezentăm acest caz pentru a atrage atenția asupra necesității administrării corticoterapiei orale în doze corecte și pentru o perioadă suficient de lungă de timp pentru inducerea și menținerea remisiunii.

EVOLUȚIA CAZURILOR DE ARTRITĂ IDIOPATICĂ JUVENILĂ ÎN FUNCȚIE DE SCHEMA TERAPEUTICĂ APLICATĂ. STUDIU RETROSPECTIV PE O DURATĂ DE 10 ANI

Mariana Ștefan, Aurelia Stancu, Anca Sandu

*Spitalul Clinic de Urgență pentru copii „M.S. Curie”,
București*

Studiul are ca scop revizuirea atitudinii terapeutice precum și evoluția cazurilor de artrită idiopatică juvenilă (AIJ). Au fost supuși unei analize retrospective pacienții diagnosticați cu AIJ în Clinica de Pediatrie a Spitalului M.S. Curie în perioada 1998-2008 (10 ani). Pentru diagnosticul pozitiv s-au luat în considerație date anamnestice și clinice, date de laborator (hemogramă, reactanți de fază acută), investigații imagistice și examenul oftalmologic. Schema de tratament depinde de subtipul și gravitatea bolii. Metotrexatul reprezintă medicație de linia a II-a de primă intenție în tratamentul formelor poliarticulare. În cazurile rezistente la unul sau mai mulți agenți modifikatori de boală se impune introducerea precoce a tratamentului biologic.

UVEITA RECURENTĂ ÎN CADRUL ARTRITEI IDIOPATICE JUVENILE

**Mariana Ștefan¹, Liliana Voinea², Aurelia Stancu¹,
Anca Sandu¹**

¹Spitalul Clinic de Urgență pentru copii „M.S. Curie”,

²Clinica de Oftalmologie, Spitalul Universitar, București

Uveita reprezintă o complicație gravă a artritei idiopatice juvenile (AIJ). 80% dintre cazurile de uveită anterioară la copil sunt asociate AIJ. La aproximativ 6% dintre pacienții cu AIJ, uveita precede instalarea artritei. În ciuda progreselor terapeutice din ultimele decenii (corticoterapia cu administrare sistemică și oftalmică), la aproximativ 12% dintre copiii cu uveită asociată AIJ evoluția este nefavorabilă, cu afectare oculară progresivă: keratopatie în bandă, maculopatie, neuropatie glaucomatoasă, cataractă și cecitate.

Prezentăm cazul unei fete în vârstă de 9 ani, diagnosticată cu AIJ cu debut ocular – episoade recurente de uveită OD, complicată cu glaucom, cataractă și cecitate OD. O nouă acutizare a uveitei a impus introducerea tratamentului biologic cu Infleximab, sub care evoluția a fost favorabilă. Diagnosticul precoce al iridociclitei, controlul oftalmologic periodic asociat cu algoritmul terapeutic ce include metotrexatul și alte imunomodulatoare reduc riscul complicațiilor oculare majore la pacienții cu uveită asociată AIJ. În cazul eșecului terapeutic al acestora, terapia biologică cu Infleximab duce la rezultate favorabile.

CAPCANE DE DIAGNOSTIC ÎN CAZUL UNUI XANTOM GRANULOMATOS OSOS

Mariana Ștefan, Aurelia Stancu, Anca Sandu

*Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „M.S. Curie”,
București*

Xantomul osos este o tumoră benignă, cu prognostic foarte bun sub tratament chirurgical.

Prezentăm cazul unui băiat în vârstă de 16 ani, cu dureri juxtaarticulare, diagnosticat inițial cu artrită idiopatică juvenilă – formă oligoarticulară, pentru care s-a început protocolul cu terapie biologică. Investigațiile suplimentare efectuate infirmă însă acest diagnostic și ne conduc către diagnosticul de xantom granulomatos, cu evoluție excelentă după tratamentul chirurgical.

Opinem ca terapia biologică să se instituie într-o Clinică Universitară, unde se poate face un diagnostic diferențial corect al patologiei respective.

DIAGNOSTICUL ARTRITEI PRECOCE. IMPORTANTĂ, FACILITĂȚI, IMPACT TERAPEUTIC

**Maria-Magdalena Tămaș^{1,5}, Ana Maria Ionașcu¹,
Nadia Matei¹, Livia Stinian², Carolina Botar^{3,5},
C. Damian³, C. Boloșiu⁴, D. Preda³, Simona Rednic^{1,5}**

¹Clinica Reumatologie,

²Laborator Imunologie,

³Clinica Radiologie,

⁴Clinica Medicală II,

⁵U.M.F. „Iuliu Hațieganu“, Cluj-Napoca

Diagnosticul precoce este esențial în poliartrita reumatoidă (PR), inițierea imediată a tratamentului de fond având un impact semnificativ pentru evoluția ulterioară a bolii. De cele mai multe ori, criteriile de clasificare cunoscute nu își dovedesc utilitatea în această etapă. În plus, se impune diferențierea manifestărilor de PR precoce de alte boli inflamatorii cu un tablou similar sau de artritele care vor remite spontan. Momentul transformării artritei nediferențiate în PR trebuie depistat cât mai repede posibil.

Studiul își propune evaluarea modului de diagnostic al artritei precoce, cu evidențierea facilităților și problemelor în acest parcurs, precum și stabilirea factorilor esențiali în abordarea terapeutică imediată a acestor pacienți.

Au fost evaluați retrospectiv 40 de pacienți care s-au prezentat în Clinica Reumatologie Cluj, în perioada august 2008 - august 2009. Lotul a cuprins 32 femei și 8 bărbați, cu vârsta medie 45 de ani și cu debut al bolii sub 6 luni. S-a ținut cont de tiparul afectării articulare, fiind luați în studiu doar pacienții cu artrite inflamatorii. Au fost urmărite datele clinice și paraclinice, evaluarea inițială a activității bolii făcându-se prin scorul DAS28. La diagnosticul de poliartrită reumatoidă precoce a contribuit prezența anticorpilor anti-peptid ciclic citrulinat (Ac anti-CCP) coroborată (în anumite cazuri) cu explorările imagistice moderne (ecografia musculo-scheletală, rezonanța magnetică nucleară – RMN). Au fost notați markerii pentru boala persistentă și severă și s-a urmărit felul în care a fost aleasă terapia inițială.

Rezultatele au arătat că 30% dintre pacienții studiați erau fumători. În 12,5% dintre cazuri s-a depistat un context infecțios de apariție a simptomatologiei. Artrita mânăii, simetrică și afectarea a mai mult de trei

articulații au fost prezente la majoritatea bolnavilor, însă numai 35% au îndeplinit de la început criteriile colegiului american de reumatologie (ACR) pentru clasificarea PR. Factorul reumatoid (FR) s-a depistat la 37,5% dintre pacienți, iar Ac anti CCP au fost prezenți în 42,5% dintre cazuri. Dintre bolnavii investigați prin ecografie și RMN, majoritatea au avut aspecte caracteristice PR la debut. Modificări erozive vizibile radiografic au fost constatate la numai 5% dintre cazuri.

Evaluarea activității bolii prin scorul DAS 28 a arătat că cea mai mare parte a pacienților a avut boală moderat sau intens activă. Diagnosticale formulate până în prezent au fost: PR 55% cazuri, artrită nediferențiată 30%, restul îndreptându-se spre spondilartropatii seronegative, boli de țesut conjunctiv sau artrite remise spontan. Tratamentul de fond cu agenți modifikatori de boală în asociere cu medicație cortizonică a fost instituit la toți pacienții cu diagnostic cert de PR sau la cei care aveau criterii de boală persistentă și severă.

În concluzie, utilitatea criteriilor ACR pentru PR este limitată în ceea ce privește diagnosticul precoce. Testele biologice, ecografia și RMN pot aduce contribuții semnificative. Probabil este mult mai utilă așteptarea confirmării diagnostice, decât grăbirea unui diagnostic de certitudine imediat. Excluderea altor boli cu tablou clinic similar se impune de la început. Markerii pentru boala persistentă și severă trebuie identificați, indiferent de diagnosticul final. Diagnosticul precoce este extrem de dificil, dar are o importanță capitală în ameliorarea prognosticului pacienților cu artrită inflamatorie potențial distructivă.

MARKERII DE INFLAMAȚIE ȘI ACTIVITATEA BOLII ÎN SPONDILITA ANCHILOZANTĂ

**Luminița Vârzaru, Gabriela Boala, Ioana Tudor¹,
Adriana Gurghean¹, C. Codreanu**

¹Centrul de Boli Reumatismale „Dr. Ion Stoia“, Spitalul
Colțea, Clinica de Medicină Internă, București

Premise: În spondilita anchilozantă, activitatea bolii este evaluată periodic, pentru a putea măsura răspunsul terapeutic, ghidând astfel planul de tratament. Aceasta este exprimată atât prin markeri biologici, cât și clinici.

Obiective: Identificarea relației între markerii biologici și clinici de activitate în spondilita anchilozantă.

Material și metoda: Studiul a fost retrospectiv și a cuprins 36 de pacienți cu diagnostic cert de spondilită anchilozantă (conform criteriilor modificate New York 1984), internați în Clinica de Reumatologie III a CBR „Dr. I. Stoia“, București, în perioada 01.10.2008-31.08.2009. Toți pacienții analizați erau sub terapie biologică anti-TNF (în diferite momente ale tratamentului, inclusiv inițiere). Dintre aceștia, a fost analizat ulterior un sublot de 15 pacienți (cei cu inițierea anti-TNF) – în ceea ce privește răspunsul la tratament la 12

săptămâni. Datele au fost obținute din foile de observație, fiind urmăriți markerii de activitate clinică (BASDAI) și biologică (VSH, CRP).

Rezultatele au fost prelucrate cu ajutorul programului de statistică: Statistica versiunea 7.

Rezultate: În grupul de studiu s-a observat o corelație bună, semnificativ statistică, atât între BASDAI și CRP (r 0,75; p 0,000), cât și între BASDAI și VSH (r 0,74; p 0,000).

În subplotul de pacienți urmăriți pe perioada primelor 3 luni de tratament biologic (anti-TNF), modificările CRP-ului după 3 luni nu s-au corelat cu modificările

BASDAI după 3 luni (r 0,19; p 0,487). S-a observat o scădere mult mai semnificativă a CRP față de BASDAI, la sfârșitul celor 12 săptămâni. A fost analizată de asemenea, existența unei corelații între nivelul seric al CRP de la inițierea anti-TNF și amplitudinea răspunsului terapeutic (BASDAI). Nu s-au înregistrat diferențe semnificative în acest sens.

Concluzii: Există o corelație între valorile BASDAI, CRP și VSH, dar modificările lor în timp nu sunt concomitente, astfel că, în evaluarea activității bolii trebuie făcute împreună pentru o acuratețe cât mai mare.