

CURS V

***Bolile reumatismale inflamatorii și
reumatismul abarticular***

***-Clasificare - principii de tratament și
recuperare-***

Poliartrita reumatoidă

- este o afecțiune reumatismală inflamatorie cronică, cu caracter clinic **exudativ** apoi **infiltrativ – proliferativ** afectând simetric membrana sinovială a **articulațiilor mici de la mâini și picioare**
- fondul bolii constă în declanșarea de către un agent etiologic exogen sau de o structură endogenă alterată, chiar preexistentă genetic, o cascadă de reacții imune care se autoîntrețin, sediul acestora fiind în special în **membrana sinovială**
- reacția imună se derulează între macrofage și alte tipuri de celule cum ar fi limfocitul B și T helper, celule endoteliale sau fibroblaști, relațiile fiind de activare a mediatorilor inflamației, cu creșterea nivelului citokinelor proinflamatorii: pe prim plan = TNF- α , IL 1, 6, 8, 15, 18, interferon γ , pe când IL4,10,11,13, receptorul solubil de TNF- α , antagonistul receptorului de IL1 sunt slab exprimate sau inhibate
- celulele endoteliale, stimulate de inițierea procesului inflamator răspund printr-un proces de neovascularizație cu vase modificate calitativ, care permit trecerea limfocitelor și monocitelor dinspre sânge spre membrana sinovială pe care o infiltrează
- se secretă totodată și **factor reumatoid**, moleculă de IgM cu proprietăți de anticorp împotriva moleculei de IgG alterate structural.

- acest complex și diverși factori chemotactici atrag polimorfonucleare (PMN) și macrofage care vor fagocita structurile atipice dar și eliberează în cavitatea articulară diferiți cataboliți, cu consecințe asupra structurii cartilajului și a osului subcondral
- toți acești factori modifică puternic și ireversibil structurile articulației, multiplicarea sinovialei va invada spațiul articular, formând panusul articular care prin fibrozare duce la distrucții de cartilaj și os, dezaxări articulare, redori articulare, subluxații și luxații interfalangian proximal în stadiile avansate de boală
- toate aceste modificări trebuie evidențiate prin evaluare clinică, scorul DAS (tumefacție și durere), radiologic (modificări tipice), biologic (probe inflamatorii specifice și nespecifice: PMN în lichidul sinovial în faza exudativă, ragocite, factor reumatoid, în fazele avansate modificări extraarticulare severe: anemie, sindrom Felty, vasculita

Diagnostic pozitiv:

- obligatoriu în debut prin urmărire atentă
- se apelează la criteriile ACR, fost ARA:
 1. redoare articulară matinală de minim o oră, remarcată de cel puțin 6 săptămâni,
 2. tumefiere a 3 sau mai multe articulații de minim 6 săptămâni
 3. tumefierea articulațiilor RCC, MCF, IFP de minim 6 săptămâni
 4. tumefiere articulară simetrică
 5. modificări radiologice tipice ale mâinii cu geode, eroziuni marginale și decalcificări
 6. noduli reumatoizi
 7. FR prezent
- diagnostic + când există ≥ 4 criterii











● Diagnostic diferențial

- SASN periferică, lupus eritematos sistemic, alte boli de collagen (sclerodermia), boala artrozică, guta, sindroame paraneoplazice (osteoartropatia pneumică), sindromul umăr-mână (algoneurodistrofia)

● Tratamentul:

- e complex, farmacologic și nonfarmacologic
- obiective majore:
 1. atenuarea procesului inflamator articular
 2. interferarea lanțului patogenetic al bolii
 3. menținerea sau refacerea mobilității articulare și a funcționalității mâinii pentru performarea ADL

Tratamentul

1. **AINS**

- care acționează prin suprimarea sintezei de prostaglandine prin inhibarea ciclooxigenazelor 1 și 2.
- fac parte din Symptom Modifying Anti Rheumatic Drugs (SMARD)
- algoritm:
 - AINS neselective + protecție gastrică
 - AINS selectiv inhibitori COX₂ – noua clasă de coxibi
- antalgice simple până la opioide
- corticoterapie generală și locală (infiltrații)

2. **Interferarea lanțului patogenetic al bolii cu DMARD**, introducerea lor în terapie făcându-se la un diagnostic cert, concomitent cu SMARD, considerându-se că un tratament “agresiv” din debutul bolii, are rațiuni terapeutice pe termen mediu și lung.

- imunosupresoare și imunomodulatoare:
 - Methotrexate 7,5 – 25 mg/săpt + acid folic 15 mg
 - Sulfasalazina 2 g/zi
 - Sărurile de aur (Tauredon f, Miocrisine f)
 - Antimalaricele de sinteză – clorochină, hidroxiclorochină
 - Ciclosporină, Penicilamină

● Modern:

1. LEFLUNOMIDE = ARAVA – proprietăți imunomodulatoare prin inhibiția enzimei dihydroorotate dehidrogenaze, care intervine în sinteza pirimidinelor, esențială în turnoverul limfocitelor, astfel leflunomidul inhibă proliferarea limfocitelor
2. Terapia biologică – cu anticorpi monoclonali obținuți prin biotehnologie:
 - anti $\text{TNF}\alpha$ - INFLIXIMAB (REMICADE)
 - ADALIMUMAB – HUMIRA – Agent imunobiologic IgG uman anti- $\text{TNF}\alpha$
3. ETANERCEPT – moleculă obținută prin inginerie genetică conținând receptorul solubil pentru TNF linkat pe o porțiune din IgG 1 umană
4. ANTAGONIȘTI IL 1 – ANAKINRA
se experimentează terapia biologică și terapia genică

Terapia non-farmacologică

1. **Chirurgicală:** se folosește pentru creșterea calității vieții pacienților cu P.R.

- sinoviectomii
- protezări de articulații mari
- osteotomii și reaxări articulare
- refacere de tendoane – microchirurgie reumatică
- se completează cu fizioterapie și terapie ocupațională

2. Terapie fizical - kinetică

În perioada inflamatorie:

- imobilizare sau repaus simplu în poziții antalgice → posturări simple în poziții funcționale → posturări extreme alternante
- masaj decontracturant al marilor grupe musculare din jurul articulațiilor afectate;
- masaj cu gheață pe articulațiile afectate.
- periajul/masaj cu gheață pe articulațiile afectate → tracțiuni ușoare în ax
- mobilizări pasive → auto-pasive → pasivo-active, blânde
- exerciții de mobilizare activă amplă controlaterală și axio-periferice homolaterale, progresiv
- ± exerciții izometrice

În perioada subacută:

- imobilizare sau repaus sau posturări simple în poziții funcționale → posturări extreme alternante
- periajul/masaj cu gheață pe articulațiile afectate → tracțiuni ușoare în ax
- masaj sedativ-relaxant local
- mobilizări pasive → auto-pasive → pasivo-active
- exerciții de mobilizare activă amplă controlaterală și axio-periferice homolaterale
- exerciții izometrice cu prudență și progresiv
- mobilizare din suspendare
- scripetoterapie
- hidrokinetoterapie
- posturări chiar forțate până la limita de toleranță a durerii
- mișcări active cu rezistență realizată de kinetoterapeut
- terapie ocupațională fără încărcare intensă
- media frecvență – curent interferențial;
- Diapuls, ultrasonoterapie;
- Ortezare în poziții funcționale, fixă și dinamică

În perioada de remisiune sau cronică-activă:

- posturări în poziții fiziologice, funcționale
- utilizarea unor echipamente protective ajutătoare
- realizarea unui raport favorabil între activitate și repausul articular
- mobilizări articulare pasive → pasivo-active → active
- exerciții izometrice și dinamice cu rezistență progresivă
- terapie ocupațională
- masaj umed cu apă;
- masaj muscular tonifiant;
- tracțiuni, elongații;
- masaj Cyriax articular.

3. Recuperatorie

- se urmărește prin evaluare funcțională pe teste refăcute periodic, în timpul tratamentului de genul chestionarului pentru PR care cuprinde întrebări de genul:
 - poți urca/ coborâ din pat?
 - te îmbraci singur?
 - ridici un pahar până la gură?
 - poți merge pe teren plat?
 - poți să-ți speli întregul corp?
 - poți manipula butoane computer, chei, clanțe?
 - poți urca și coborâ din mașină?
- răspunsul la întrebări poate fi: “fără nici o dificultate” până la “incapabil de a efectua”

- interpretarea tuturor testelor funcționale duce la încadrarea bolnavului într-o clasă funcțională stabilită de ACR, diagnostic funcțional ce se adaugă diagnosticului de bază și stadializării
- 1. clasa I ACR – poate desfășura complet ADL (autoîngrijire, activități socio-profesionale și vocaționale)
- 2. clasa II – poate desfășura activități de autoîngrijire și vocaționale dar e limitat în activitățile socio-profesionale
- 3. clasa III – poate desfășura activități uzuale de autoîngrijire dar e limitat în celelalte activități
- 4. clasa IV – limitare în toate activitățile
- Evaluările repetate dau indicii directe despre calitatea vieții pacientului inclusiv aspectele fizice, sociale, psihologice și economice dar și asupra instituirii și continuării celui mai adecvat tratament într-un anumit moment de evoluție a bolii.

**FIȘA DE EVALUARE A
PACIENȚILOR CU PR ÎN
VEDEREA
TRATAMENTULUI CU
BLOCANȚI TNF α**

TRATAMENTE DE FOND URMATE ANTERIOR

(în cazul modificării dozelor se trece data de începere și de oprire pentru fiecare doză)

Medicament	Doză	Data începerii	Data opririi	Obs. (motivul întreruperii, reacții adverse, ineficiență, etc)

* termenul de „reacții adverse” se referă la **reacții adverse majore**, de principiu manifestările digestive de tip dispeptic nu se încadrează în această categorie și nu justifică întreruperea/modificarea terapiei.

TRATAMENTUL DE FOND ACTUAL AL PR:

1. Methotrexat	Doza actuală	Din data de	Puteți confirma că pacientul folosește continuu această doză de MTX <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU
2. În caz de intoleranță MAJORĂ/CONFIRMATĂ (anexați documente medicale) la MTX, furnizați detalii privitor la altă terapie de fond actuală.			Puteți confirma că pacientul folosește continuu această doză de terapie de fond <input type="checkbox"/> DA <input type="checkbox"/> NU

ALTE TRATAMENTE ACTUALE ALE PR (AINS/CS)

Medicament	Doză	Data începerii	Data opririi	Obs. (motivul întreruperii, reacții adverse, ineficiență, etc)

EVALUARE CLINICĂ

Data (zi, lună, an): □□ . □□ . □□□□

Redoarea matinală (min) (calculată ca diferență între răspunsul la întrebările b) și a)

a) la ce oră te-ai trezit astăzi =

b) la ce oră se produce ameliorarea maximă a redorii =

Scara analogă vizuală (completată de pacient, direct pe acest formular)

Trasați o linie verticală care să reflecte activitatea bolii

cea mai mică
activitate a bolii

cea mai mare
activitate a bolii

	DREAPTA		STÂNGA	
	Durere	Tumefacție	Durere	Tumefacție
Sternoclaviculare				
Acromioclaviculare				
SH				
Cot				
RCC				
MCF – 1				
MCF – 2				
MCF – 3				
MCF – 4				
MCF – 5				
IFP – 1				
IFP – 1				
IFP – 3				
IFP – 4				
IFP – 5				
Genunchi				
Tibiotarsiene				
MTF 1				
MTF 2				
MTF 3				
MTF 4				
MTF 5				
TOTAL GENERAL (STG.+DR)	Artic.dureroase:		Artic.tumefiate:	

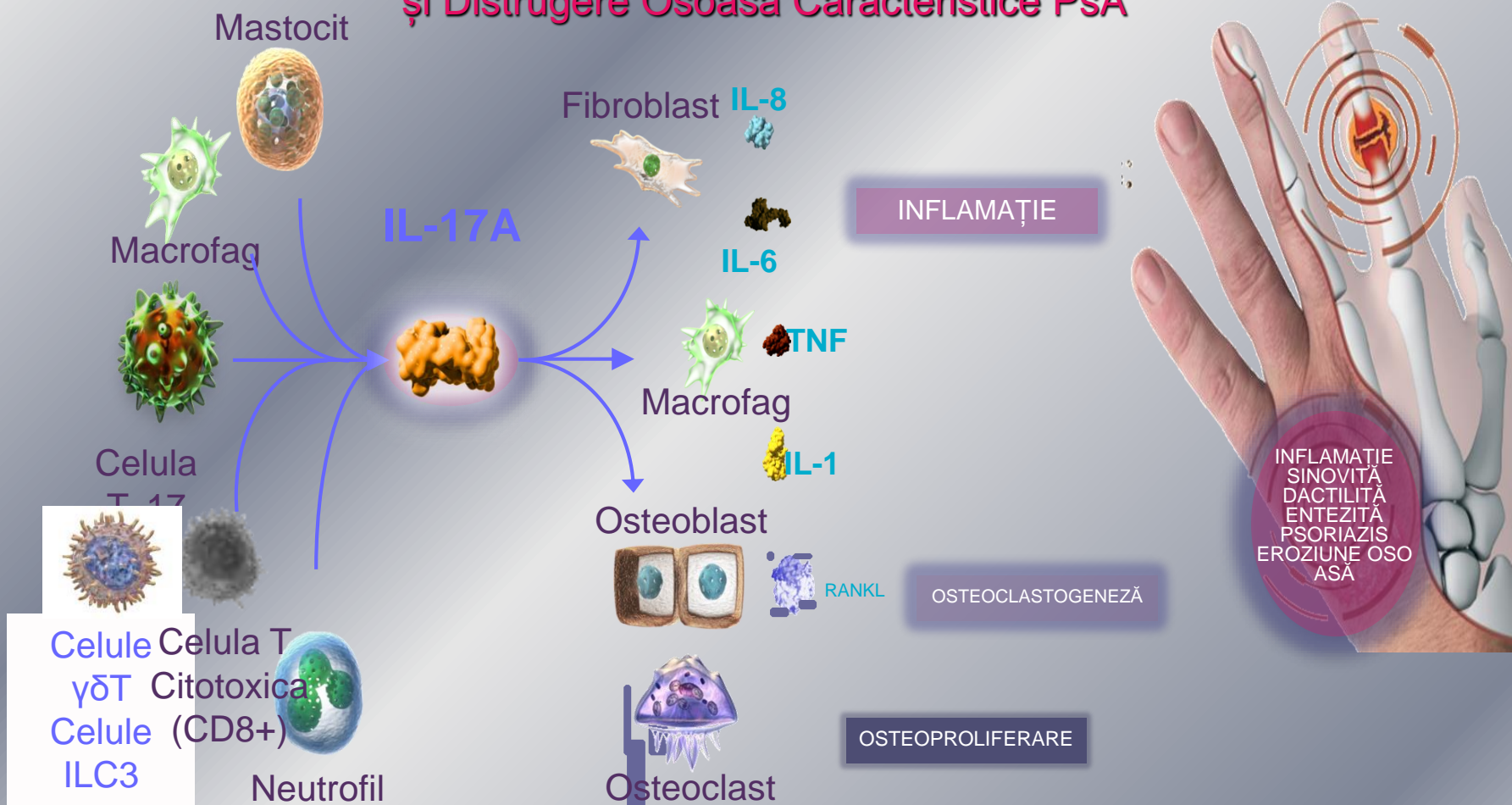
Afectare sistemică: DA NU

sindrom sicca	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Alte date semnificative de examen clinic:
Serozită (pleurezie pericardită)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
vasculită	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
afecțiune oftalmică	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Fibroză pulmonară	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Greutate (kg) : kg

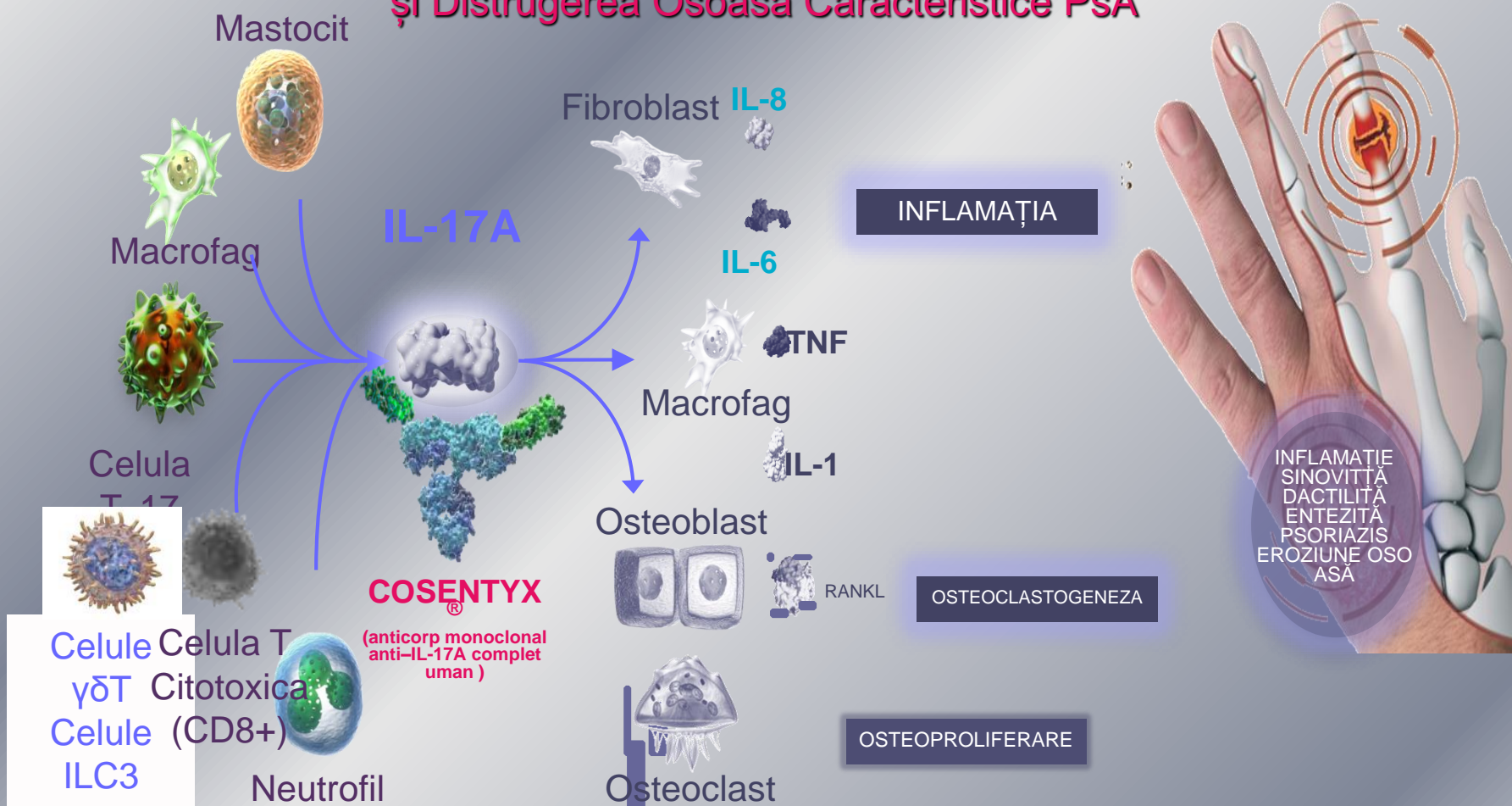
Talie (cm):

COSENTYX®: Primul și Singurul Tratament care Țintește Selectiv IL-17A, o Citokină cheie care determină Inflamație articulară, Entezită, Dactilită, Psoriazis și Distrugere Osoasă Caracteristice PsA



Adapted from: Miossec P, Kolls JK. *Nat Rev Drug Discov* 2012;11:763–76; Lories RJ, McInnes IB. *Nature Medicine* 2012;18:1018–19; Louie GH, Ward MM. *Curr Opin Rheumatol*. 2014;26:145–50; Lin A, et al. *J Immunol*. 2011;187:490–500; Nestle F, et al. *N Engl J Med*. 2009;361:496–509; Res P, et al. *PLoS One*. 2010;5:e14108; Cai Y, et al. *Immunity*. 2011;35:1–15; Miossec P, et al. *N Engl J Med* 2009;361:888–98
 IL, interleukin; Th17, T helper 17 cell; RANKL, Receptor activator of nuclear factor kappa-B ligand; TNF, tumor necrosis factor.

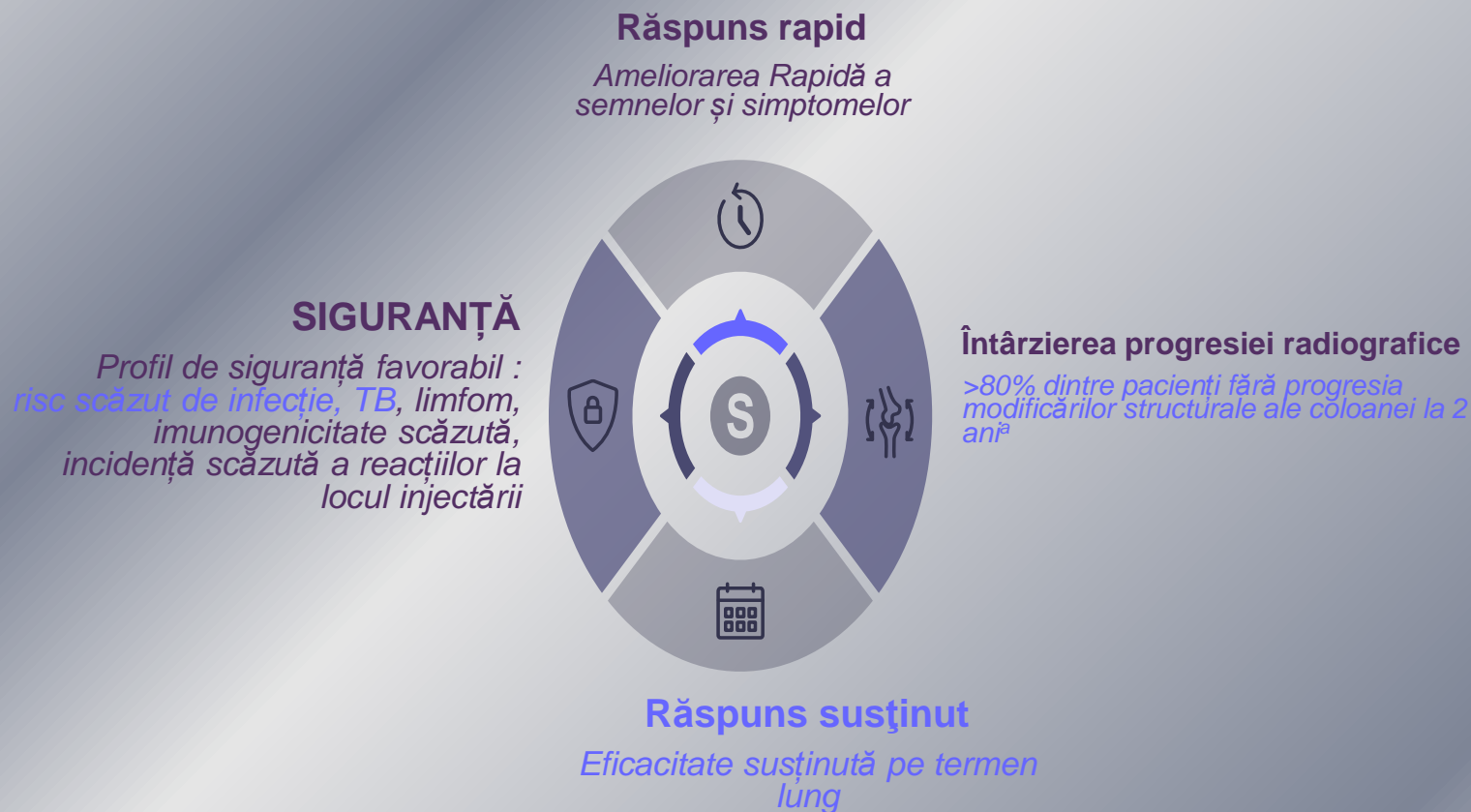
COSENTYX®: Primul si Singurul Tratament care Ţinteşte Selectiv IL-17A, o Citokină cheie care determină Inflamaţie articulară, Entezită, Dactilită, Psoriazis şi Distrugerea Osoasă Caracteristice PsA



Adapted from: Miossec P, Kolls JK. *Nat Rev Drug Discov* 2012;11:763–76; Lories RJ, McInnes IB. *Nature Medicine* 2012;18:1018–19; Louie GH, Ward MM. *Curr Opin Rheumatol*. 2014;26:145–50; Lin A, et al. *J Immunol*. 2011;187:490–500; Nestle F, et al. *N Engl J Med*. 2009;361:496–509; Res P, et al. *PLoS One*. 2010;5:e14108; Cai Y, et al. *Immunity*. 2011;35:1–15; Miossec P, et al. *N Engl J Med* 2009;361:888–98
IL, interleukin; Th17, T helper 17 cell; RANKL, Receptor activator of nuclear factor kappa-B ligand; TNF, tumor necrosis factor.

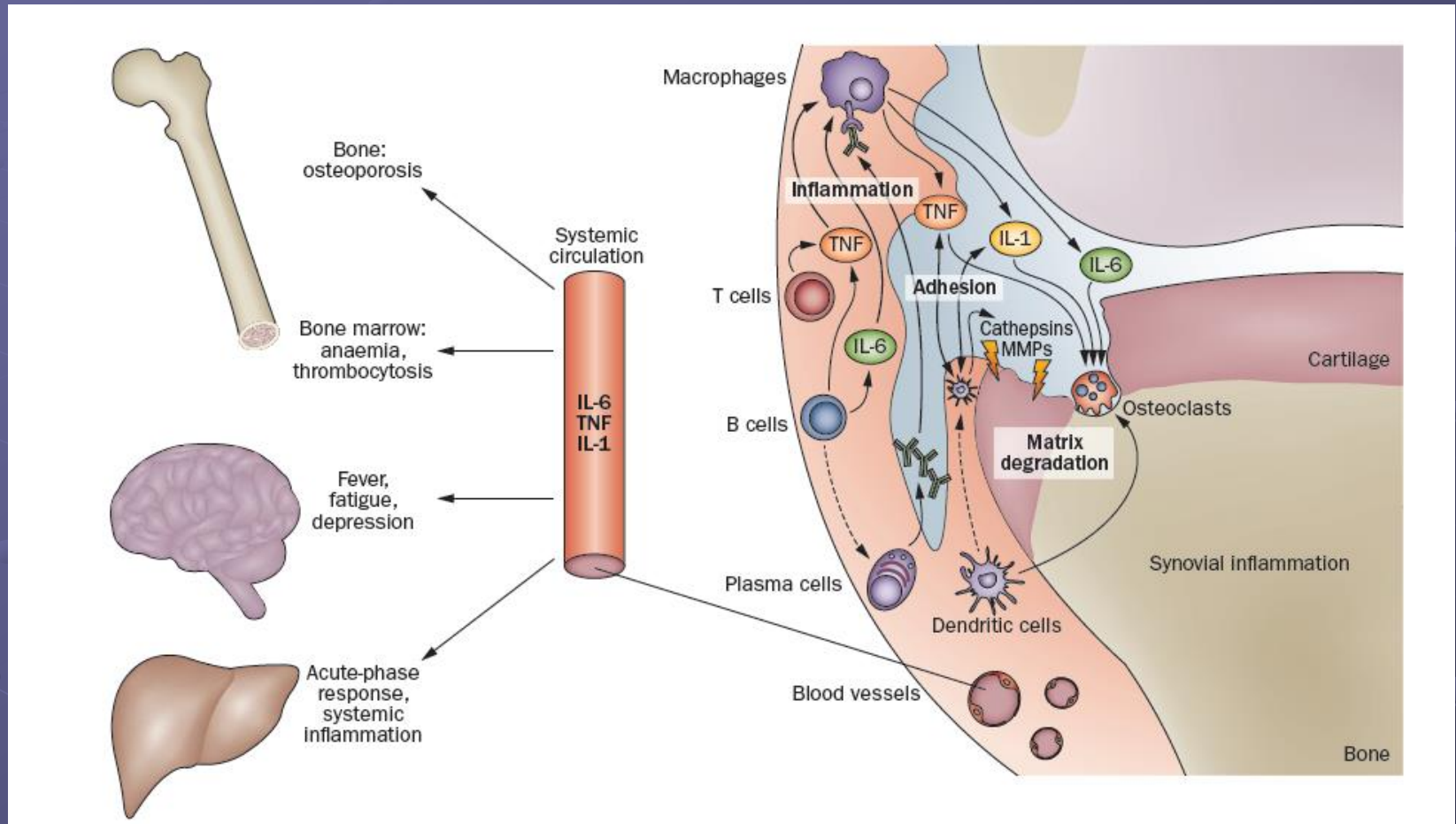
COSENTYX®: libertate în mișcare

Țintind selectiv IL-17A, Cosentyx® oferă:



^aDate dintr-un studiu cu regim de încărcare intravenos.

Raspunsul inflamator și alte efecte sistemice în PR se datoreaza producției de citokine diferite



Tratamentul optim al PR trebuie să ia în considerare aspectele extra-articulare ale bolii

**boala articulara
inflamația articulației
degradarea cartilajului
eroziunea osoasă
pierderea funcției articulare**



**aspecte psihosociale
afectarea HRQoL
oboseala
depresie
disfuncție cognitivă
performanță redusă de lucru
incapacitate de muncă**

**comorbidități
boli cardiovasculare
boli pulmonare
osteoporoza
infecție
malignitate**

Recomandările tratamentului-tinta evidențiază că ar trebui să fie luate în considerare și comorbiditățile

EXTENDED REPORT

Treating rheumatoid arthritis to target: 2014 update of the recommendations of an international task force

Josef S Smolen,^{1,2} Ferdinand C Breedveld,³ Gerd R Burmester,⁴ Vivian Bykerk,⁵ Maxime Dougados,⁶ Paul Emery,^{7,8} Tore K Kvien,⁹ M Victoria Navarro-Compán,³ Susan Oliver,¹⁰ Monika Schoels,² Marieke Scholte-Voshaar,¹¹ Tanja Stamm,¹ Michaela Stoffer,¹ Tsutomu Takeuchi,¹² Daniel Aletaha,¹ Jose Louis Andreu,¹³

Modificările structurale, deprecierea funcțională și comorbiditățile ar trebui considerate atunci când se iau decizii clinice, în plus față de evaluarea indicilor de activitate a bolii

annrheumdis-2015-207524)
for numbered affiliations see
end of article.

Correspondence to:
Professor Josef S Smolen,
Division of Rheumatology,
Department of Medicine 3,
Medical University of Vienna,
Währinger Gürtel 18-20,
Vienna A-1090, Austria; josef.smolen@meduniwien.ac.at,
josef.smolen@kth.se

Received 1 March 2015
Revised 10 April 2015
Accepted 13 April 2015

in patients with rheumatoid arthritis (RA) significantly. The treat-to-target recommendations, formulated in 2010, have provided a basis for implementation of a strategic approach towards this therapeutic goal in routine clinical practice, but these recommendations need to be re-evaluated for appropriateness and practicability in the light of new insights.

Objective: To update the 2010 treat-to-target recommendations based on systematic literature reviews (SLR) and expert opinion.

Methods: A task force of rheumatologists, patients and a nurse specialist assessed the SLR results and evaluated the individual items of the 2010 recommendations accordingly, formulating many of the items. These were subsequently discussed, amended and voted upon by

with very high for most of the individual recommendations ($\geq 9/10$).

Conclusions: The 4 overarching principles and 10 recommendations are based on stronger evidence than before and are supposed to inform patients, rheumatologists and other stakeholders about strategies to reach optimal outcomes of RA.

The treatment of rheumatoid arthritis (RA) has undergone dramatic changes over the past 20 years, which may be summarised under five captions: (i) availability of reliable assessment tools for clinical trials and practice;^{1–3} (ii) appreciation of the importance of early diagnosis and concomitant start of

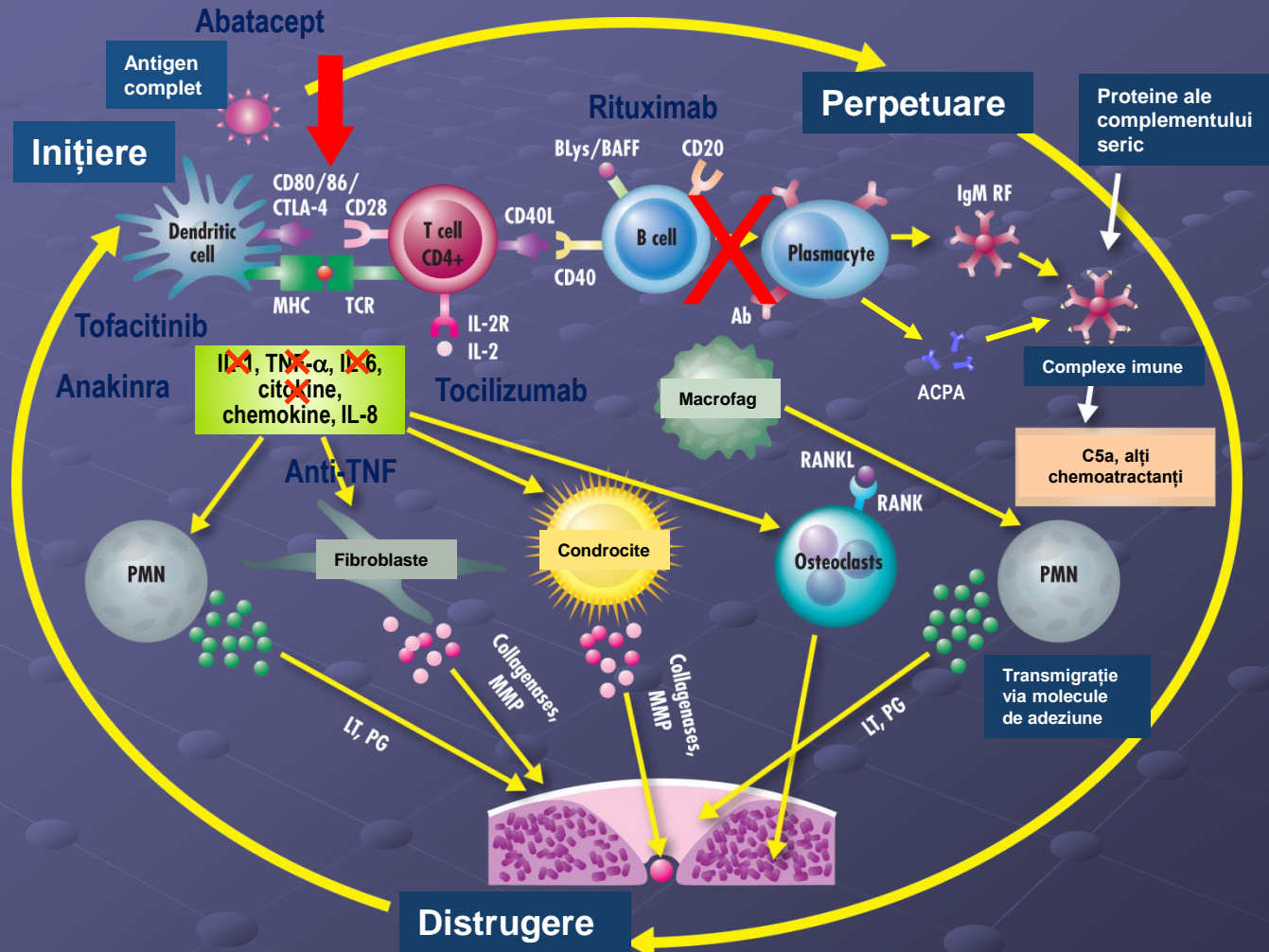
Mecanismele de actiune diferite ale biologicelor permit personalizarea terapiei

Inhibitor	Țintă	Clasa	Indicatie UE
<i>Cytokine-targeted inhibitors</i>			
Infliximab	TNF	Chimeric mAb	DMARD-IR, MTX/DMARD-naïve
Etanercept	TNF, LT	Soluble TNFR	DMARD-IR, monotherapy, MTX-naïve, JIA
Adalimumab	TNF	Human mAb	DMARD-IR, MTX-naïve, monotherapy, pJIA
Golimumab	TNF	Human mAb	DMARD-IR, MTX-naïve
Certolizumab pegol	TNF	PEGylated fragment of humanised mAb	DMARD-IR, monotherapy
Tocilizumab	IL-6R	Humanised mAb	MTX-naïve, DMARD/TNF-IR, monotherapy, early RA*, sJIA, pJIA
Anakinra	IL-1	Recombinant human IL-1 receptor antagonist	MTX-IR
<i>Lymphocyte-targeted inhibitors</i>			
Abatacept	T cells (CD80/86)	Recombinant fusion protein	DMARD/TNF-IR, pJIA
Rituximab	B cells (CD20)	Chimeric mAb	DMARD/TNF-IR

Tabelul prezintă biologicele aprobate în prezent în UE pentru tratamentul PR; * nu au fost încă rambursate în Italia
 IR = răspuns inadecvat; JIA = artrita idiopatică juvenilă; LT = lymphotoxin; mAb = anticorpi monoclonali;
 MoA = Mecanism de acțiune; pJIA = JIA poliarticulară; sJIA = JIA sistemică; TNFR = tumour necrosis factor receptor

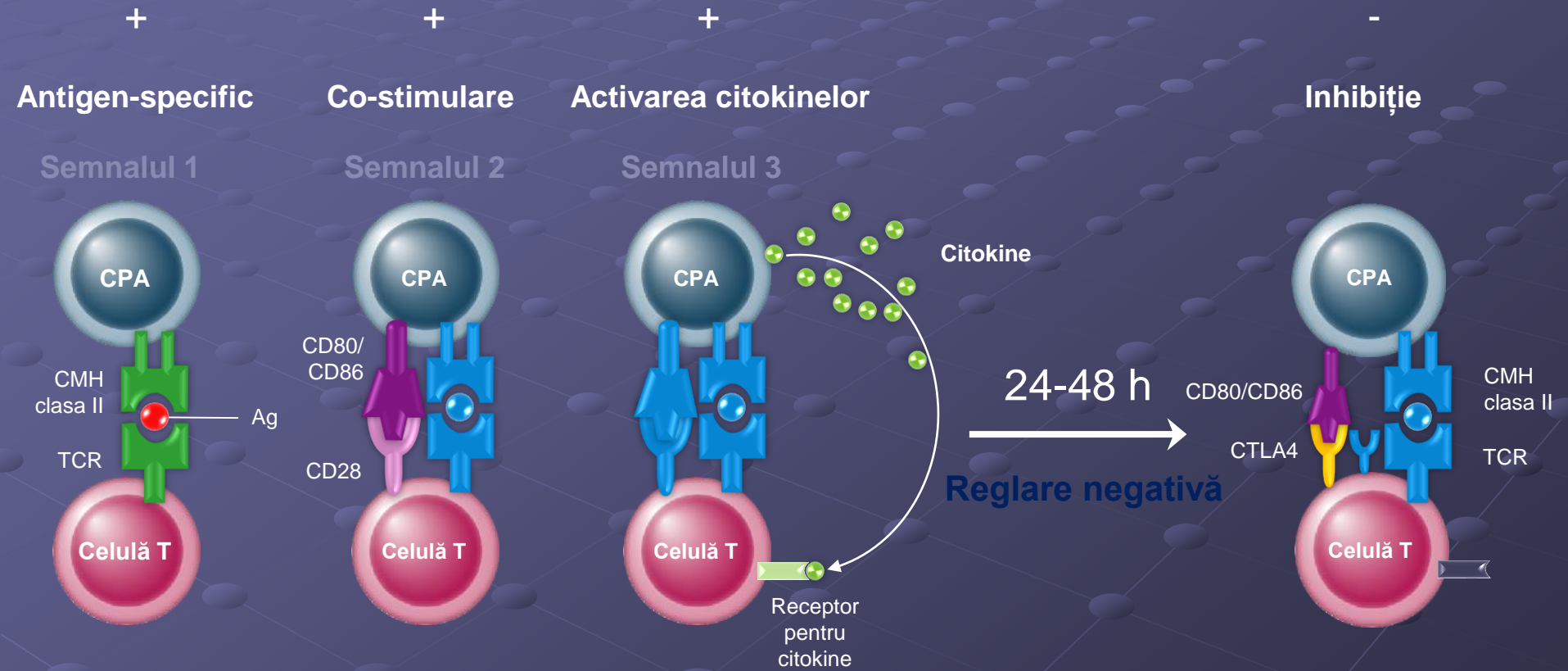
Orencia în asociere cu metotrexat este indicat pentru tratamentul poliartritei reumatoide active, forma moderată până la severă, la pacienții adulți care au răspuns inadecvat la terapia anterioară cu unul sau mai multe medicamente antireumatice modificatoare de boală (MAMB), inclusiv metotrexat (MTX) sau un inhibitor al factorului de necroză tumorală (TNF)-alfa¹.

Fiziopatologia poliartritei reumatoide

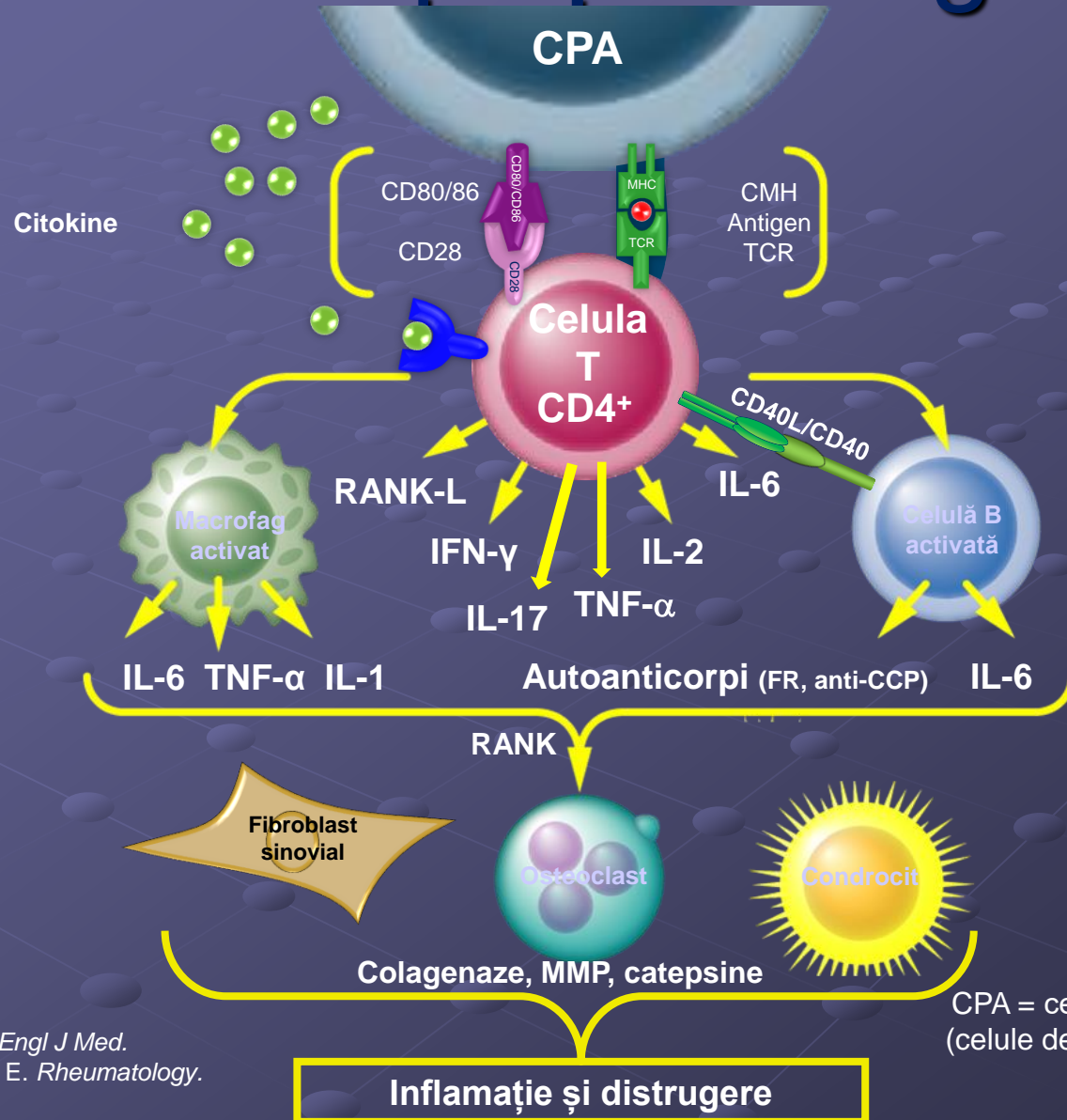


TCR = receptor al celulei T; IL = interleukină; IgM = imunoglobulina M; RF = factor reumatoid; TNF = factor de necroză tumorală; PMN = leucocit polimorfonuclear; LT = leucotriene; MMP = metaloproteinaze matriceale
 Adaptat după Voulgari PV. *Expert Opin Emerging Drugs*. 2008;13:175-196.

Activarea si reglarea celulei T



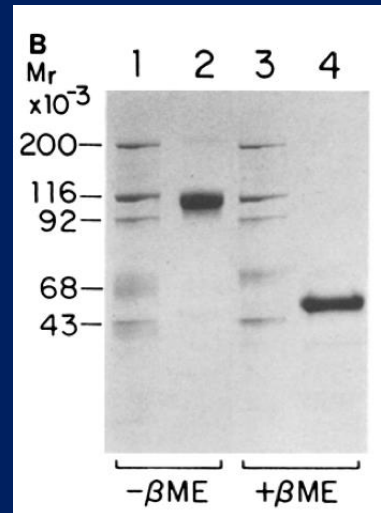
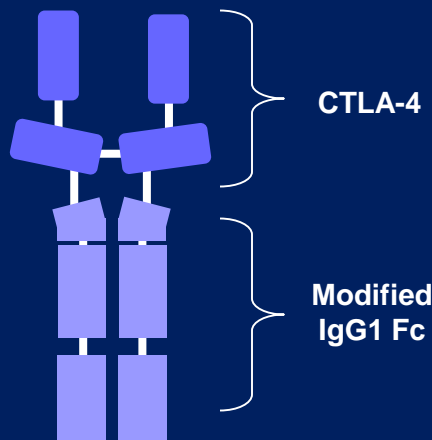
Celule T activate determina inflamație și distrugere



CPA = celulă prezentatoare de antigen
 (celule dendritice, celule B, macrofage)

Ce este Orenzia?

Proteină de fuziune complet umană

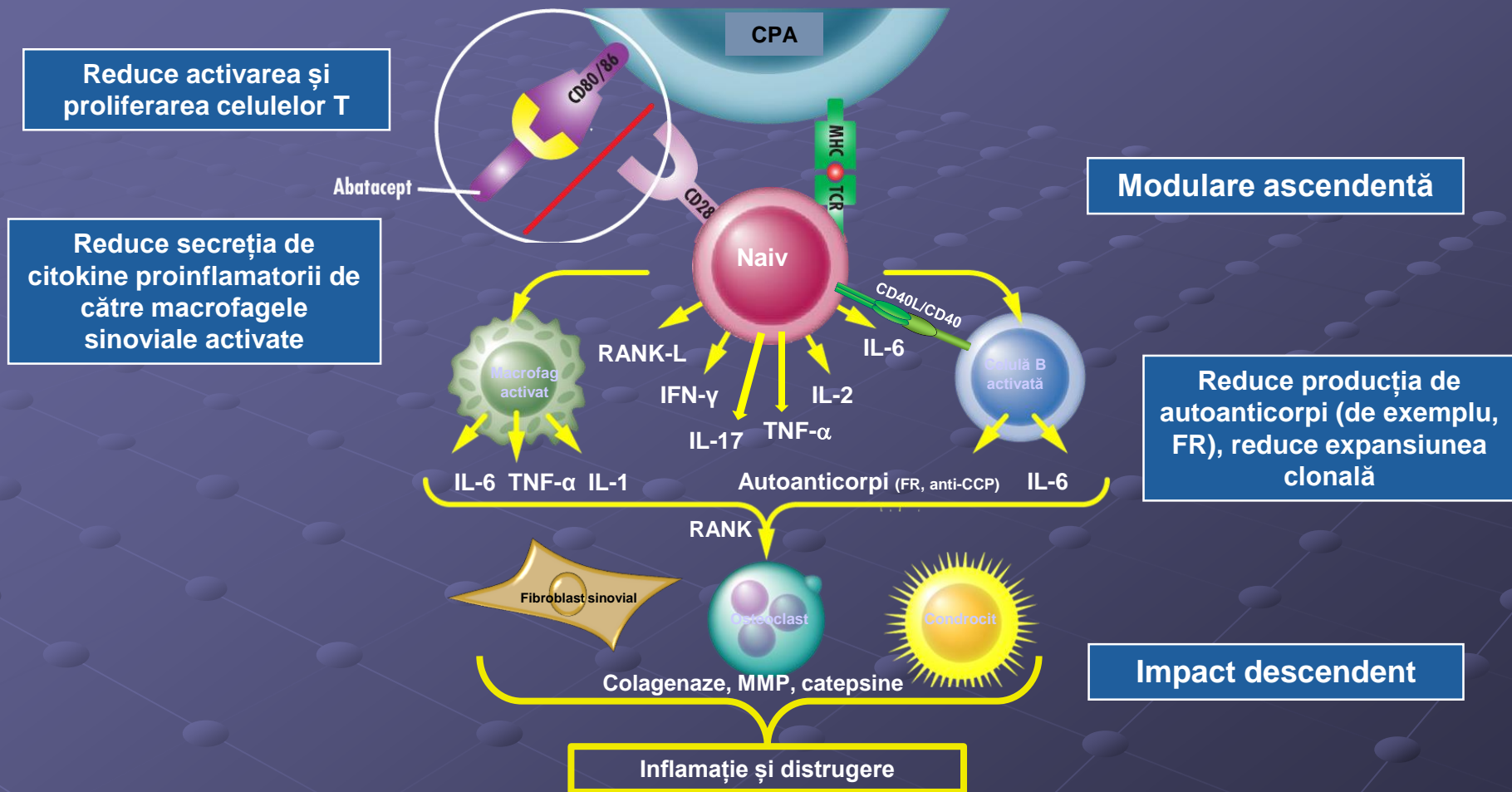


Regiunea Fc a abatacept a fost modificată:

- Abatacept nu se leagă de receptorii Fc CD16 și CD32 și se leagă slab de CD64 cu afinitate înaltă
- Citotoxicitatea celulară dependentă de anticorpi (CCDA) și citotoxicitatea dependentă de complement (CDC) mediate prin Fc nu sunt observate în cazul abatacept¹
- CCDA și CDC sunt asociate cu liză celulară²

Orencia - Mecanism de acțiune

Intervine precoce în cascada imunologică



FR = factor reumatoid; CPA = celulă prezentatoare de antigen; MHC = complex major de histocompatibilitate; TCR = receptorul celulei T; MΦ = macrofag.

Adaptat după Choy EH, Panayi GS. *N Engl J Med.* 2001;**344**:907-916; Linsley PS et al. *J Exp Med.*1991;**174**:561-569.

Activarea subseturilor de celule T depinde de costimularea CD28

Dependență mai mică



Celule T CD8⁺ citotoxice:
CMH de clasa I + peptid

Dependență mai mare



Celule T CD4⁺:
CMH de clasa II + peptid

Imunitate antivirală/antitumorală

Inflamație/producție de anticorpi

Spondilartropatiile seronegative (SASN)

Spondilita anchilozantă (S.A)

- este o boală inflamatorie cronică care afectează predominant coloana vertebrală, procesul inflamator debutând la nivelul articulațiilor sacroiliace și progresând ascendent
- inflamația segmentelor vertebrale evoluează spre fibroză, osificare și anchiloză a coloanei
- fiind proces inflamator general întâlnim și sinovita articulațiilor mari periferice (umeri, șold, genunchi) caracterizând forma rizomelică de exprimare a S.A.
- morfopatologic articulația sacro-iliacă e alcătuită din 2 componente:
 - segment superior ligamentar (ligamentul interosos sacro-iliac)
 - segment inferior sinovial
- ambele zone sunt afectate în debutul spondilitei anchilozante numit sacroileită, urmând procesul de calcifiere și osificare ligamentară
- procesul continuă la nivelul inserțiilor ligamentare sau a tendoanelor pe apofizele vertebrale, proces numit entezopatie ⇒ **spondilita=boala entezelor**, leziunile fundamentale care caracterizează SASN

● Clinic :

- debut insidios
 - lombalgie de tip inflamator
 - low back pain – cauze
- debut articular extrarahidian – rizomelic, periferic
- iradierea durerii pe ambele coapse până la nivelul genunchilor
- stadiul lombar – rectitudine chiar cifoasă, contractură musculară
- evaluare, bilanț
- testul index-sol, Schober, Ott (dorsal), Stibor (dorsolombar)
- 35% - afectare rizomelică: coxită, umeri

● Manifestări extraarticulare:

- cardiace: insuficiență aortică, tulburări de conducere
- respiratorii
- enteropatii inflamatorii (Boala Chron)
- genitourinare – uretrite (sindrom Reiter)
- Miopatie
- iridociclite

● Biologic:

- probe inflamatorii alterate moderat
- HLA – B27 pozitiv $\geq 90\%$

● Radiologic: Rx-grafii de sacro-iliace, axiale (sindesmofite)

● Scintigrafie









Diagnostic

Criterii:

1. lombalgie joasă și redoare de coloană cu durată > 3 luni care nu cedează la repaus
2. durere și redoare în regiunea toracică
3. limitarea mobilității lombare
4. limitarea expansiunii toracice
5. istoric sau prezență de iridociclită
6. radiologic – sacroileită bilaterală

Dg + : obligatoriu criteriul radiologic + 1 criteriu clinic

Diagnostic diferențial al SASN:

1. Sindrom Reiter
2. Enteroartrite Chron
3. Artrita psoriazică
4. Artrite reactive – la 2-3 săptămâni după o infecție
5. Poliartrită reumatoidă
6. Anomalii de dezvoltare – B.Scheuermann
7. Boli rare: displazia spondiloepifizară, boala Lymma

Tratament

- Precoce, activ, pe tot restul vieții

1. Medicamentosos:

- AINS: proba cu fenilbutazonă, indometacin
- corticoterapie locală
- DMARD
 - puțin active în cazul S.A.
 - Sulfasalazină
 - Tratament imunosupresor manifestărilor extraarticulare: Etanercept

2. Nonfarmacologic:

A. General

- Modificare stil de viață
 - evitarea fumatului și traumatismelor
 - repaus în decubit dorsal pe o saltea tare cu o pernă mică sub coloana cervicală
 - postură normală în timpul activităților zilnice
- Fizioterapie și kinetoterapie
- Programul National Ankylosing Spondylitis Society (NASS) la domiciliu între perioadele de recuperare medicală

B. Specific:

- Kinetoterapie
 - posturare în extensie, în ortostatism și în decubit pe spalier în sala de kinetoterapie
 - Corsete ortopedice Ewain
 - Exerciții active: cifoza, lordoza Forestier
 - Exerciții respiratorii
- Hidrotermokinetoterapie
- Diatermie cu unde scurte
- Electroterapie
- Baie galvanică
- Ultrasunet fibrinolitic
- Ultraviolete
- Balneatie: ape termale oligometalice radioactive: Felix, 1 Mai, pe litoral
- Sport terapeutic: înot

SPONDILARTRITELE



SpA pot fi divizate în: **SpA axială** si **SpA periferică**

Axial SpA Non-radiografica

Spondilita Anchilozanta



Predominant SpA axiale

Artrita Reactiva

Artrita Psoriazica

Artrita asociata cu Boala Inflamatorie Intestinala

SpA Nediferentiata



Predominant SpA Periferica

Manifestarile pacientilor cu spondilartrite

- Boala axiala (spinala)
- Artrita periferica
 - cel mai frecvent 2-4 articulatii (oligoartrita)
 - general - asimetrica
- Entezita
 - Inflamație la locurile în care tendoanele sau ligamentele se insera pe os
- Dactilita
 - Deget picior
- Manifestari extra-articulare
 - Uveita anterioara acuta
 - Psoriazis
 - Boala inflamatorie intestinala

Modified New York Criteria for Ankylosing Spondylitis (1984)

1. Clinical criteria:

- a. Low back pain and stiffness for more than 3 months which improves with exercise, but is not relieved by rest.
- b. Limitation of motion of the lumbar spine in both the sagittal and frontal planes.
- c. Limitation of chest expansion relative to normal values correlated for age and sex.

2. Radiological criterion:

Sacroiliitis grade ≥ 2 bilaterally or grade 3-4 unilaterally

Definite ankylosing spondylitis if the radiological criterion is associated with at least 1 clinical criterion.

ASAS Classification Criteria for Axial Spondyloarthritis (SpA)

In patients with ≥ 3 months back pain and age at onset < 45 years

Sacroiliitis on imaging*

plus

≥ 1 SpA feature[#]

OR

HLA-B27

plus

≥ 2 other SpA features[#]

[#]SpA features

- inflammatory back pain
- arthritis
- enthesitis (heel)
- uveitis
- dactylitis
- psoriasis
- Crohn's/ulcerative colitis
- good response to NSAIDs
- family history for spa
- HLA-B27
- elevated CRP or ESR

^{*}Sacroiliitis on imaging

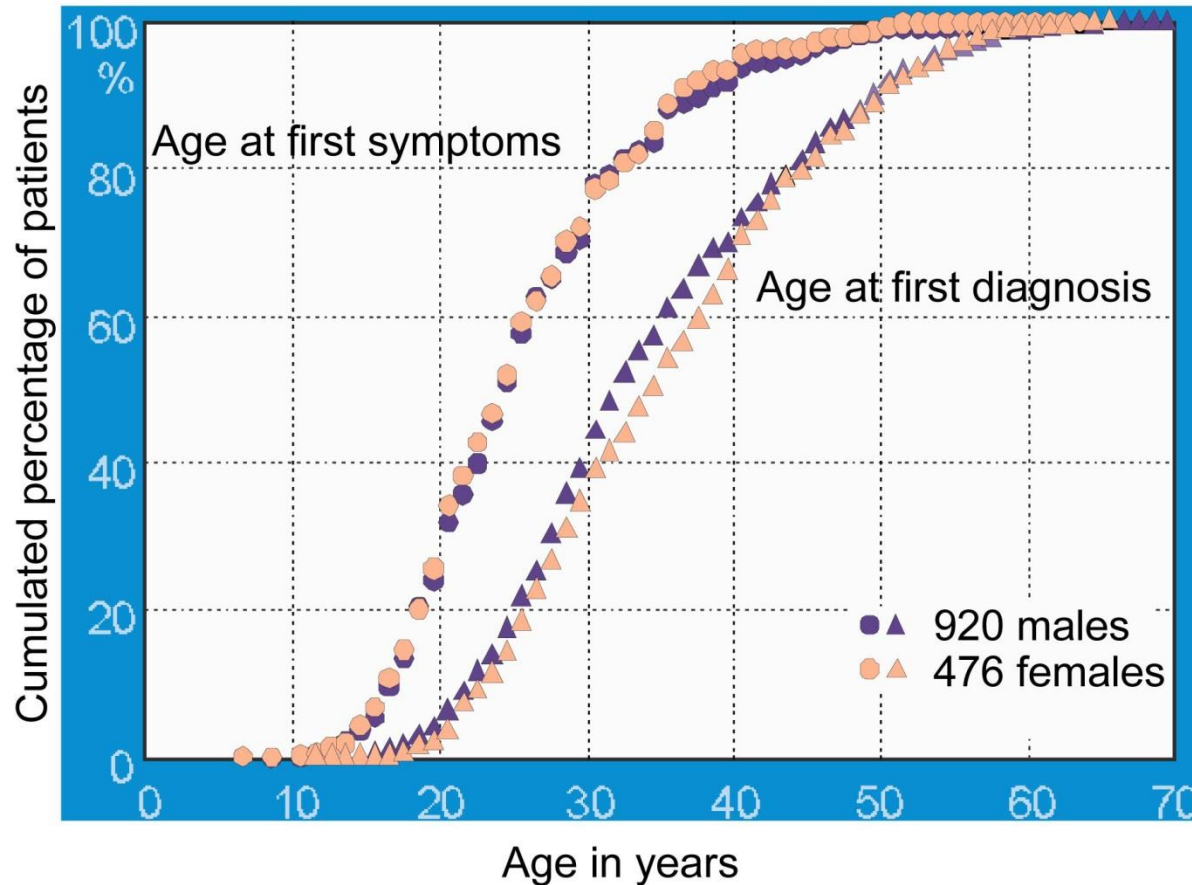
- active (acute) inflammation on MRI highly suggestive of sacroiliitis associated with SpA
- definite radiographic sacroiliitis according to mod NY criteria

n=649 patients with back pain;

Sensitivity: 82.9%, Specificity: 84.4%

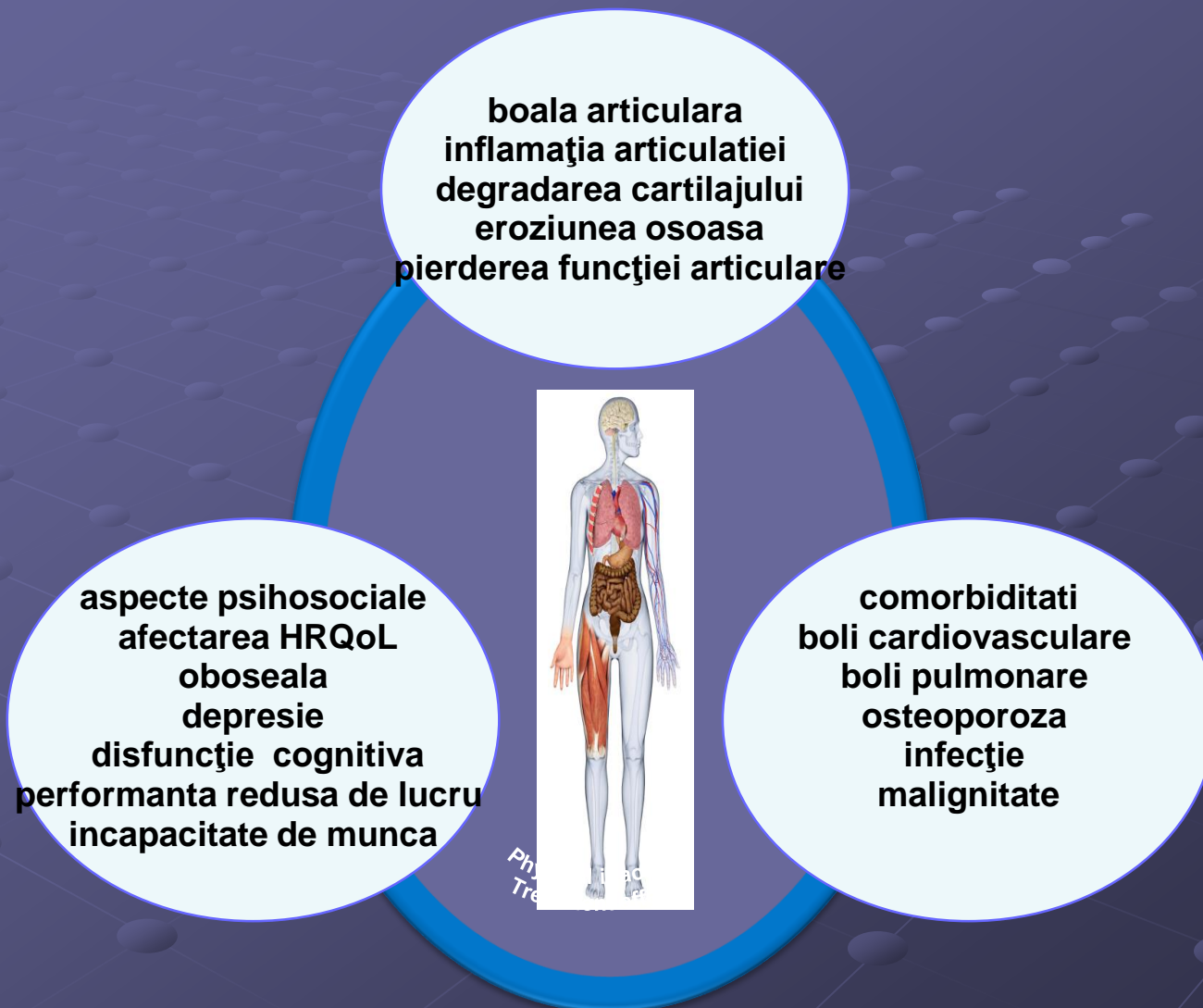
Imaging alone: Sensitivity: 66.2%, Specificity: 97.3%

Age at First Symptoms and at First Diagnosis in Ankylosing Spondylitis Patients



Average delay in diagnosis: 9 years

Tratamentul optim al SA trebuie să ia în considerare aspectele extra-articulare ale bolii



SpA - Tratament

● Tratamentul trebuie ghidat in functie de:

- manifestari clinice actuale ale bolii(axiale, periferice, extra-articulare);
- simptomatologia pacientului si factori de prognostic: activitatea bolii, durere, nivel de functionalitate/dizabilitate, afectarea articulatiilor coxo-femorale, anchilozele la nivelul coloanei;
- factori individuali (sex, varsta, comorbiditati, medicatie concomitenta);
- dorintele si asteptarile pacientului.

● Tratament:

- AINS,
- DMARDS
- Terapia biologica:
 - Adalimumab, Etanercept (original si biosimilar), Infliximab (original si biosimilar), Golimumab, Secukinumab – SA si AP
 - Certolizumab -SA

Recomandările ASAS privind trimiterea la reumatolog a pacienților suspectați de axSpA, de către medicii generaliști/non-reumatologi

La pacienții cu durere de spate joasă cronică (> 3luni) cu primele simptome < 45 ani și unul din următoarele:

- Durere cu caracter inflamator
- HLA-B27 prezent
- Sacroiliită radiografică sau IRM
- Manifestări periferice: artrită/dactilită/entezită
- Manifestări extraarticulare: psoriazis, BII, uveită
- Istoric familial de SpA
- Răspuns bun la AINS
- Nivel crescut VSH sau CRP

Prezentare de caz

Conf. Dr. Drăgoi Mihai, dr. Bitang
Adriana, dr. Bereteu Oana, dr. Milicin
Cristian,
dr. Cord Claudia-Laura

D.C., 21 ani, sex feminin, domiciliu: MOLDOVA NOUĂ
Profesia: studentă- Psihologie, Universitatea de Vest Timișoara

● **Motivele internării:**

- dureri în articulațiile coxo-femorale bilateral,
- dificultăți la mers, urcat, coborât scări,
- limitarea mobilității coloanei cervicale în întregime,
- limitarea mobilității coxo-femorale bilateral,
- limitarea mobilității umerilor și coatelor bilateral.

● **AHC**: neagă

● **APF**: menarha fiziologică la 14 ani

● **APP**:

- 1987-Dg de Coxa Vara congenital
- 1987-Osteotomie de abducție imobilizată cu placă cu șurub.
- Operații repetate șolduri bilateral (osteotomii de abducție)
- 2004-Endoproteză șold drept totală necimentată

Istoricul bolii

- Pacientă în vârstă de 20 de ani relatează debutul bolii în copilărie cu coxalgii bilaterale, mers legănat. La vârsta de 3,5 ani (1987) e diagnosticată cu *coxa vara congenitală* și suferă prima intervenție : *osteotomie de abducție* cu placă cu șurub
- 1994- încep modificările la nivelul mâinilor bilateral cu mărirea în volum a articulațiilor IFP, IFD
- 1993-1995 - se reintervine chirurgical la nivelul șoldurilor bilateral, se efectuează osteotomii repetate, reduceri sub anestezie
- 1996 - este diagnosticată cu *Artrită reumatoidă juvenilă formă poliarticulară seronegativă, evolutivă invalidantă*
- 1997- Prednison timp de 2 săptămâni apoi Sulfasalazină 2 cp/zi (cp de 500 mg), continuă cu 1cp/zi până în martie 2005 fără efecte secundare
- 29.01.1998- efectuare tenotomie adductori membru inferior drept- Osteotomie de bazin Chiari șold drept (Ortopedie Tg.Mureș)
- Decembrie 2004 – *Artroplastia șoldului drept cu endoproteză totală de șold drept necimentată tip Striker* (Ortopedie-Tg.Mureș). Se recomandă și protezarea șoldului stg
- A urmat tratamente fizioterapice la Dezna, Băile Felix, Eforie Nord, Băile Herculane și Timișoara

Examenul aparatului locomotor

● Inspecție

- rectitudine de coloană cu ștegere a curburilor fiziologice, scolioză dorso-lombară dextroconvexă
- cicatrici postoperatorii pe fețele laterale ale coapselor și în regiunile inghinale bilateral
- membru inferior drept cu endoproteză de șold
- membru inferior stg scurtat cu 5 cm
- flexum genunchi bilateral cu creșterea în volum a genunchilor



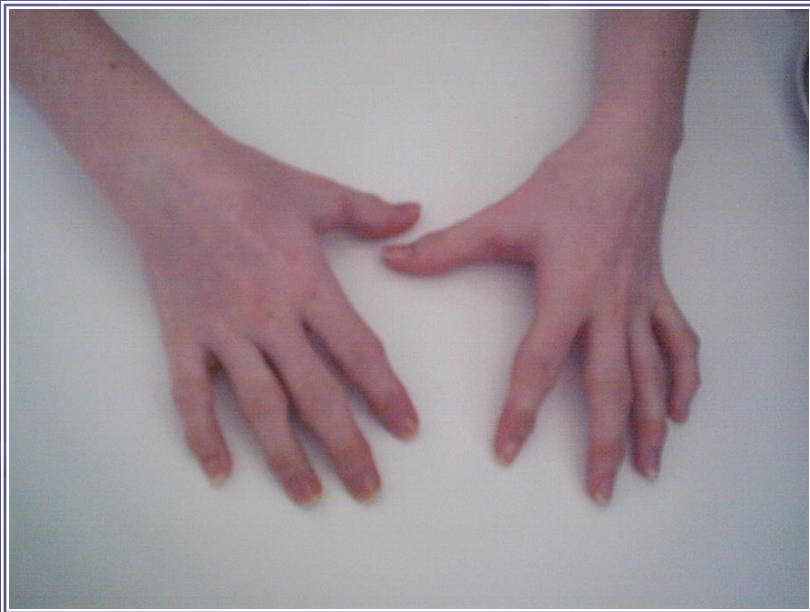
Examenul aparatului locomotor



Examenul aparatului locomotor

- Inspecție

- deformare cu mărire în volum a articulațiilor IFP, IFD mâini bilaterale
- flexum cot bilateral cu creșterea în volum a coatelor



Examenul aparatului locomotor

- Palp-percuție: durere la palparea punctelor peritrohanteriene bilateral, crepitații la mobilizarea coatelor, genunchilor bilateral
- Mobilitate coloană **IS=60 cm**, **MS=2 cm**, **UmUstg=14 cm**, **UmUdr=11 cm**
Schober =2 cm, **Stibor=6 cm**, **înclinare laterală= 30°**

10 Mobilitate articulară

Umăr	Drept	Stâng	Cot	Drept	Stâng	Pumn	Drept	Stâng
Abducție	95°	70°	Flexie	115°	115°	Flexie	30°	45°
Antepulsie	130°	120°	Pronație	30°	40°	Abducție	0°	0°
Retropulsie	60°	45°	Supinație	20°	10°	Adducție	5°	0°
Rotație	70°	70°	Extensie	150°	150°	Extensie	60°	0°

Examenul aparatului locomotor

Coxofemurală	Drept	Stâng
Flexie	65°	65°
Extensie	15°	5°
Abducție	25°	10°
Adducție	25°	20°
Rotație externă	60°	20°
Rotație internă	30°	10°

Tibio-tarsiană	Drept	Stâng
Flexie dorsală	40°	35°
Flexie plantară	70°	65°
Abducție	50°	50°
Adducție	50°	50°

Genunchi	Drept	Stâng
Flexie	55°	65°
Extensie	160°	165°

- evaluarea mersului: sprijinit în cârjă, dureros și dezechilibrat la internare cu menținerea în flexum a genunchiului drept în toate fazele mersului
- forța musculară: f4+

● Examen de laborator: limite normale

VSH=8 mm/h, fibrinogen=3,8 g/l, PCR=2 mg/l, FR=7 UI/ml

uree serică=0,21 g/l, creatinină serică=0,6 mg/100 ml, Ca total=9,10 mg/100 ml, Mg=2,02 mg/100 ml, ASAT=22U/l, ALAT=22U/l, glicemie=80 mg/100 ml, colesterol total=134 mg/100 ml, Ht=36,8%, Hg=12,1 g/100 ml, Lc=5320/mm³, Tb=217000/mm³, Nf=62,22%, Lf=30,08%, Mo=6,18%, Eo=1,02%, Bf=0,55%

10 DEXA efectuat la nivelul coloanei:

şold stg:

-L1=-0,6

-L2=-0,4

-L3=-0,8

-L4=-1,0

-total=-0,7

-col=0,8

-trohanter=-0,2

-inter=-1,1

-total=-0,5

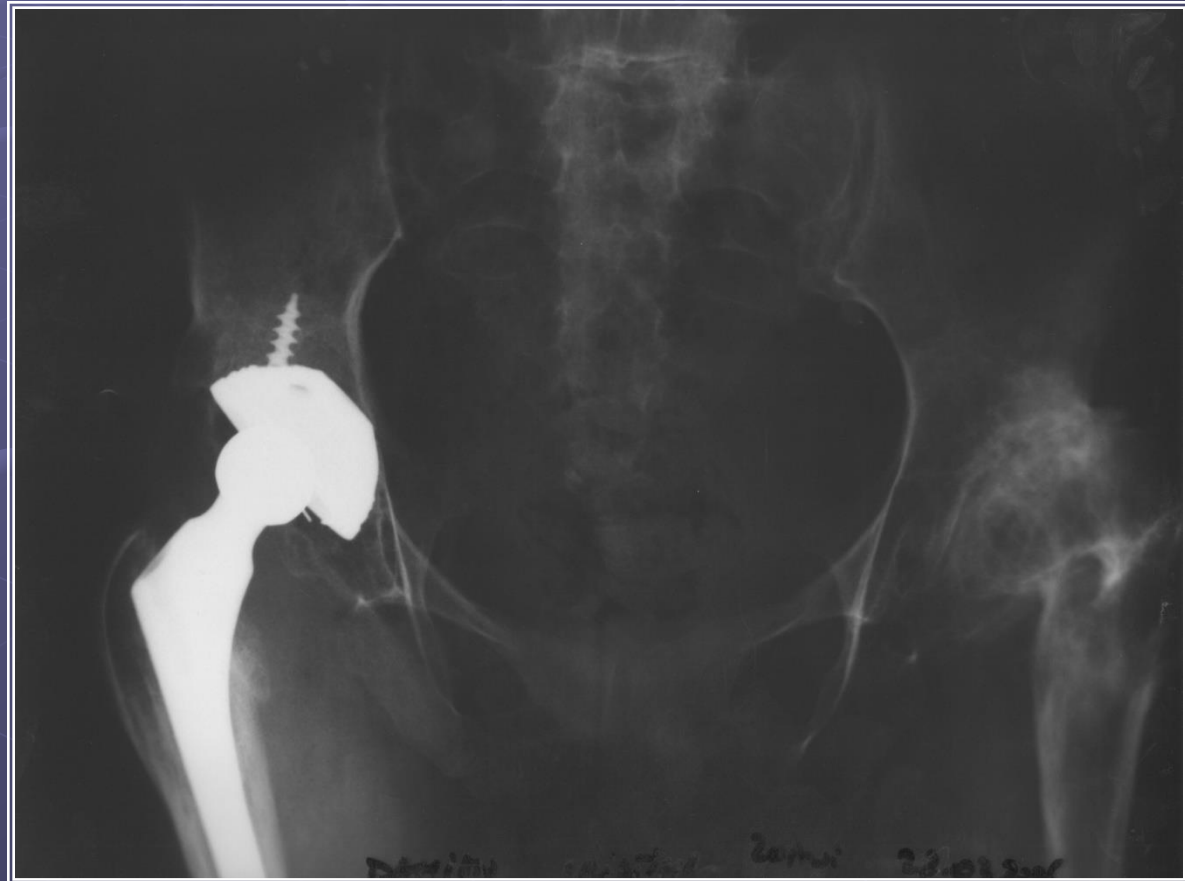
10 Consult endocrinologic : limite normale

Rx-grafie 1994



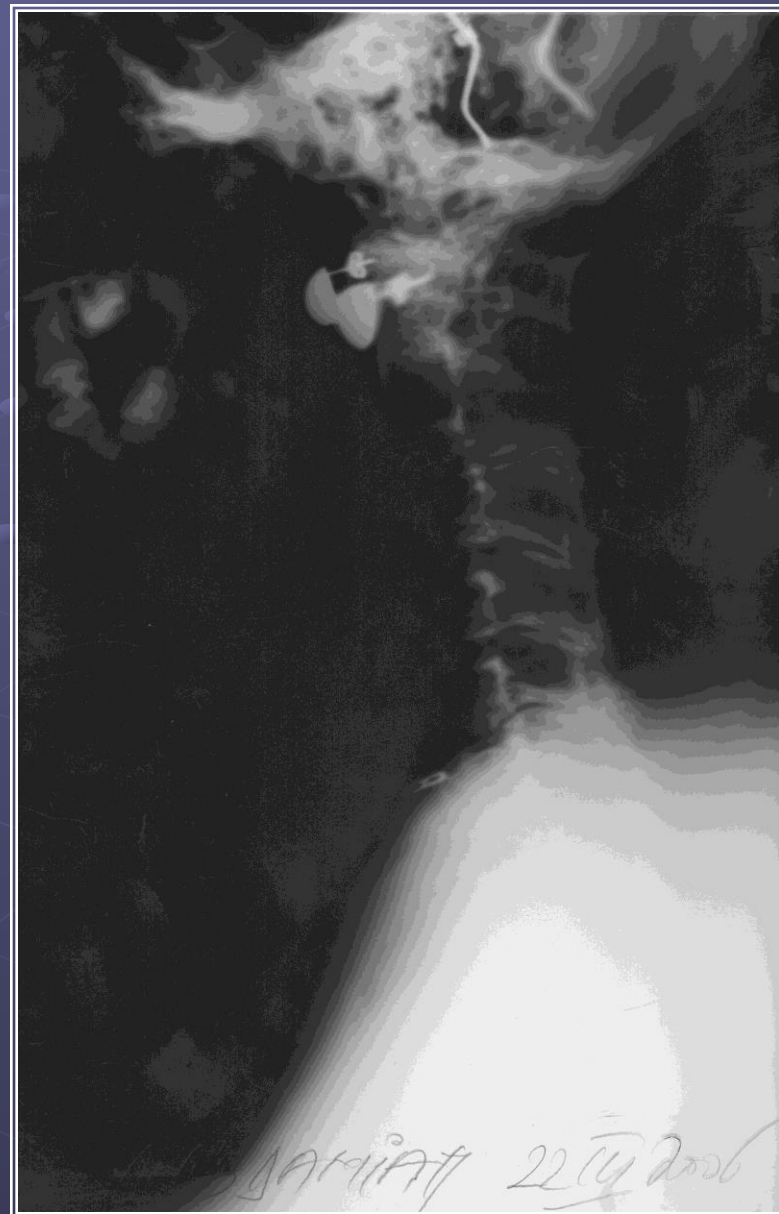
Rx-grafie bazin actuale

- asimetrie de bazin
- articulații sacro-iliace cu aspect structural normal
- proteză metalică la nivelul articul. coxo-femorale drepte
- la nivelul artic. coxo-femorale stg pe fond de necroză aseptică Calve-Perthes modificări avansate de coxartroză și aspect de subluxație congenitală
- protruzie acetabulară bilaterală



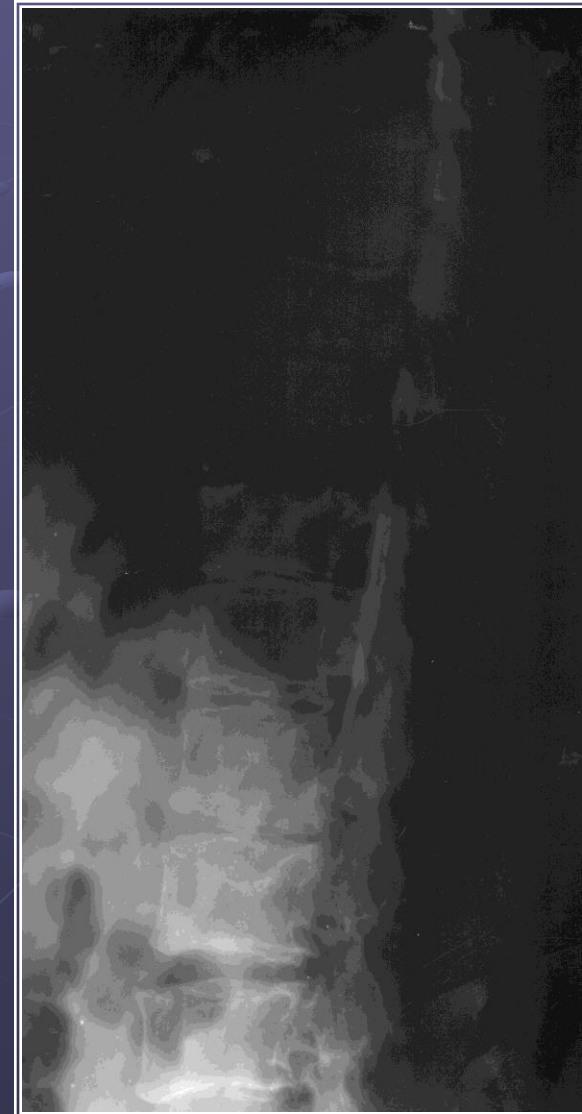
Rx-grafie cervicală profil

- rectitudine de profil
- pensare discală C5-C6



Rx-grafie coloană dorso-lombară față și profil

- reducerea curburilor fiziologice
- tasări plurivertebrale dorsale, cu eroziunea platourilor vertebrale
- ușoară scolioză dorsală dextroconvexă



Rx-grafie mâini bilateral

- mărire de volum epifize falange proximale și distale
- microgeode epifize distale ale falangelor proximale



Diagnostic pozitiv

1. ***BOALA LEGG-CALVÉ-PERTHES-WALDENSTRÖM***
2. ***BOALA SCHEUERMANN***
3. ***DISPLAZIE SPONDILO-EPIFIZARĂ***

Diagnostic diferențial

- Poliartrită reumatoidă (pledează pentru: artralgiile, deformările articulare, prinderea mai multor articulații, dar nu sunt îndeplinite criteriile ARA)
- Spondilită anchilozantă cu coxită bilaterală (datorită afectării coloanei vertebrale și șoldurilor bilateral dar nu există sindrom inflamator și radiografia infirmă diagnosticul de sacroileită)
- Boala Legg-Calvé-Perthes-Waldenström
 - Osteonecroza aseptică de cap femural (frecvent unilaterală)
 - Luxația congenitală de șold
 - Displazia de șold
- Boala Scheuermann
 - Morbul Pott (cifoza angulară, "gibozitate caracteristică", bloc vertebral cu discită)
 - Sdr. Kümmel-Verneuil (vertebră cuneiformă unică, la un interval de timp după un traumatism al rahisului)
 - Boala Morquito (displazie spondiloepifizară cu platispondilie generalizată)
- ⑩ Displazia poliepifizară (multiple forme : cu afectarea numai a falangelor b.Thiemann, numai a umerilor, numai a șoldurilor + afectări minore vertebrale: vertebre ovoide, neregularități de platouri)
- ⑩ Boli sistemice
- ⑩ Alte defecte genetice în sinteza colagenului

Tratament

A. Igieno – dietetic:

- dietă normocalorică, normoglucidică, normolipidică, bogată în produse lactate

B. Medicamentos

- medicamente simptomatice: antalgice și AINS
- menținerea calității și densității osoase: preparate de Ca

C. Nemedicamentos

- de recuperare
- chirurgical

Tratament de recuperare

● coloană:

- poziționare în rectitudine
- asuplizare cu mobilizări segmentare și globale
- gimnastică respiratorie: -posturări relaxante și facilitatoare ale respirației, corectarea curburilor patologice ale gâtului, poziției capului, coloanei D,L, tonifierea diafragmului și a musculaturii respiratorii propriu-zise
- tonifiere generală musculară
- Corectarea scoliozei

● șold drept postoperator - obiective:

- creșterea forței musculare
- menținerea mobilității postoperatorii
- evitarea instalării unor atitudini vicioase, rotației externe și adducției

● șold stg. preoperator - obiective:

- învățarea contracțiilor cvadricepsului, fesierului mare, mijlociu (izometrice)
- exerciții cu rezistență pentru m. cvadriceps, fesier mare, fesier mijlociu, triceps sural și latissimus dorsi

Tratament de recuperare

- coate/genunchi - obiective:
 - poziționare pentru evitarea flexumului
 - tonifiere musculatură generală și pe grupe flexori-extensori
 - mecanoterapie, bicicletă ergometrică
- Mâini / picioare - obiective:
 - menținerea manualității prin păstrarea forței de prehensiune și a anatomiei piciorului pentru menținerea mersului
- sport terapeutic – înot
- cură balneo-climaterică – nu se indică cură specifică
- continuă recuperarea toată viața

Prognostic :

- ad vitam – bun
- ad funcționem – rezervat

Particularitatea cazului

- debut în copilărie nediagnosticat sau cu greșeli de diagnostic (PR diagnosticat la București) cu modificări funcționale importante care au necesitat corecții chirurgicale până la 20 ani
- intelectual: - studentă fără probleme majore de percepție
- emoțional: - boala o preocupă și o afectează restrângându-i activitatea socială
- familial: - în viitor planificare familială în vederea întemeierii unei familii, un consult genetic și cariotipare
- consult ortopedic în vederea protezării șoldului stg, genunchi
- corecția ortopedică a inegalității membrelor (pantof ortopedic)
- alte mijloace ortopedice (corset, orteze genunchi)

Vă mulțumim!

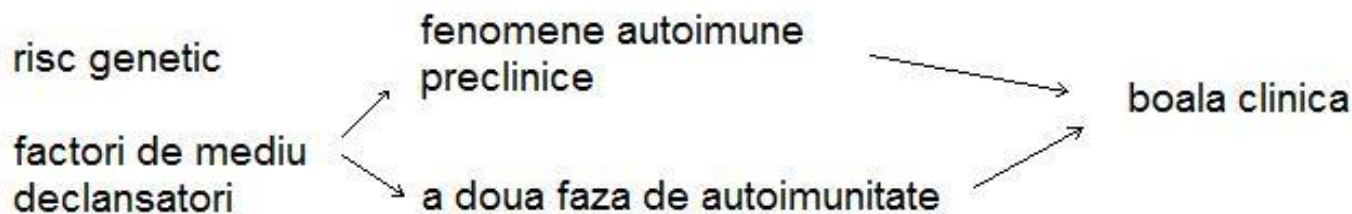
MANIFESTĂRI REUMATISMALE ÎN BOLI INTESTINALE

SPONDILARTROPATIA PRECOCE

- Bolile reumatice de tip inflamator cronic evolutiv (AR; SA; PsA; AJ) generează în evoluție deficit funcțional uneori important și pierderea capacității de muncă care implică și probleme medico-socio-financiare, din acest motiv depistarea precoce reprezintă unul din interesele majore ale clinicianului.
- Clinicianul urmărește indentificarea agentului cauzal (dificil, se incriminează mai mulți factori de risc și etiologic ce vor duce la instalarea bolii), apoi corelarea simptomelor și semnelor bolii pt diagnostic pentru a putea aplica corect tratamentul, de preferință etiologic

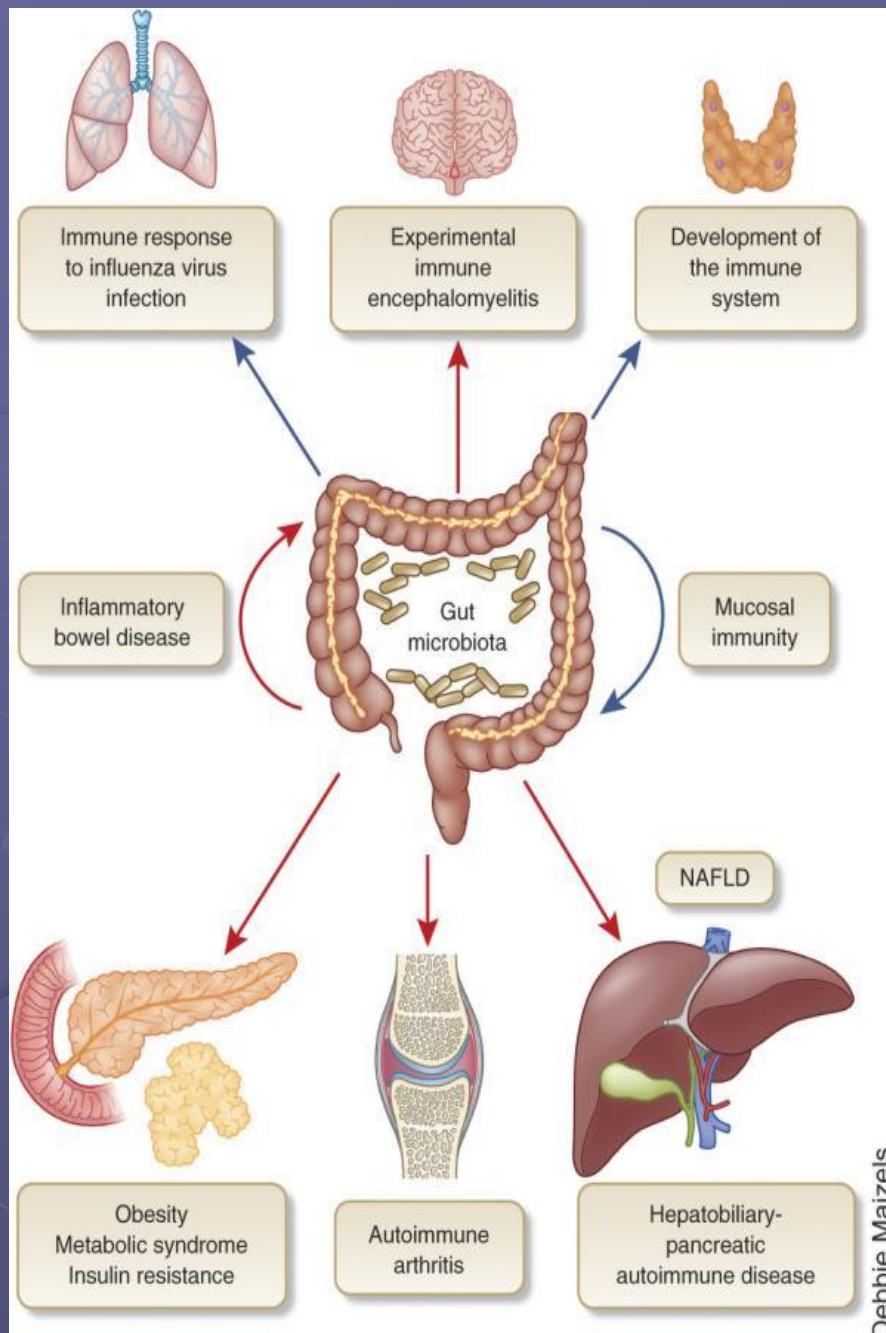
FACTORI PENTRU DEPISTAREA PRECOCE A SPONDILARTROPATIEI

- In urma activarii raspunsului imun se stimuleaza limfocitele T sau B , ultimele producand autoanticorpi identificabili in examenul de sange al bolnavului si utilizati in dg. precoce si definirea bolii, chiar cu un nr. de ani inainte de aparitia primelor simptome clinice (HLA)
- Bolile autoimune au o perioada preclinica de durata mai mare, astfel ca prezenta de autoanticorpi poate induce dg. precoce, gradul de activitate a bolii, masuri tarapeutice ce pot fi decise (schimbare stil viata, profesie, sfat genetic, masuri de preventive primara (factori de mediu) sau secundara (modularea procesului patologic))



ELEMENTE DE DIAGNOSTIC PRECOCE

- evaluarea interactiunii factori genetici - factori de mediu
- prezenta conceptului MICROBIOTA (un alt organ al aparatului digestiv) care asociaza autoimunitatea reprezentata prin ACPA (antibodies anti-citrullinated proteins) la semnele clinice ale bolii autoimune, presupune ca inflamatiile locale in alte tesuturi (plaman, gingie, intestin, limfonoduli) la indivizi cu HLA-DRB1, provoaca un raspuns imun local, capabil sa declanseze fenomene patogenice
- studiile au constatat si prezenta periodontitei cu *porphyromonas gingivalis*, element capabil de a induce citrulinarea, asociat factorilor de mediu

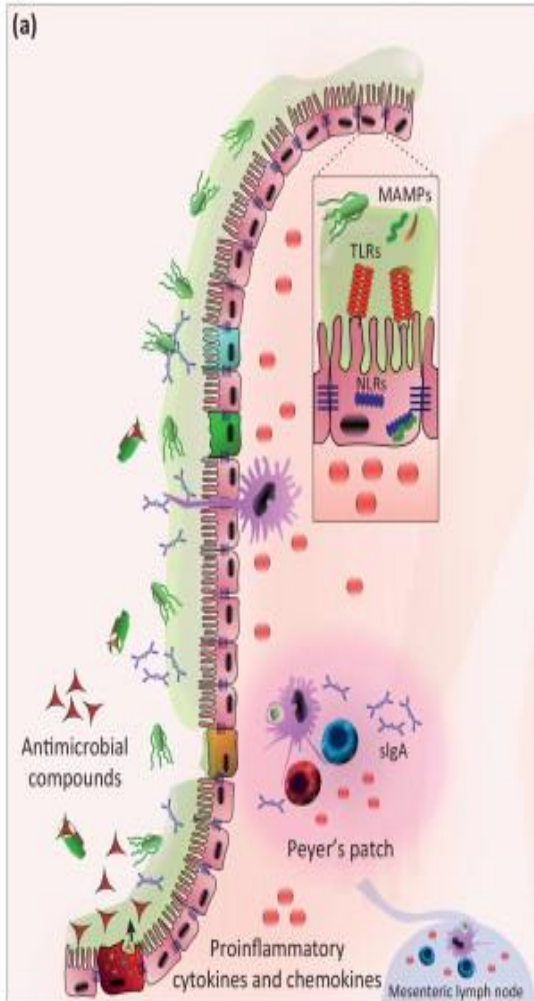


Microbiota intestinală

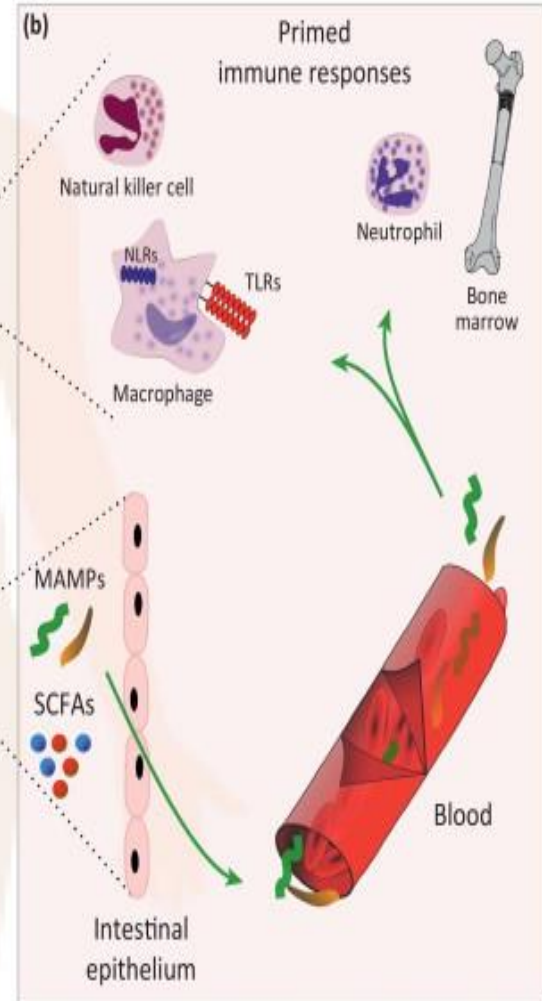
Alcatuită din peste 1000 de specii de bacterii, microbiota intestinală îndeplinește următoarele funcții:

- ✓ Metabolică (de sinteză a acizilor grași cu lanț scurt, vitaminele K, B9, dar și degradare prin realizarea procesului de fermentare)
- ✓ Interacțiune cu celulele umane și modificare a expresiei genelor, fapt ce determină modularea imunității, producerea de mucus, regenerarea celulelor epiteliale, în funcție de celulele vizate
- ✓ Barieră de apărare

Microbiota shapes intestinal immune responses



The intestinal microbiota primes systemic innate immunity



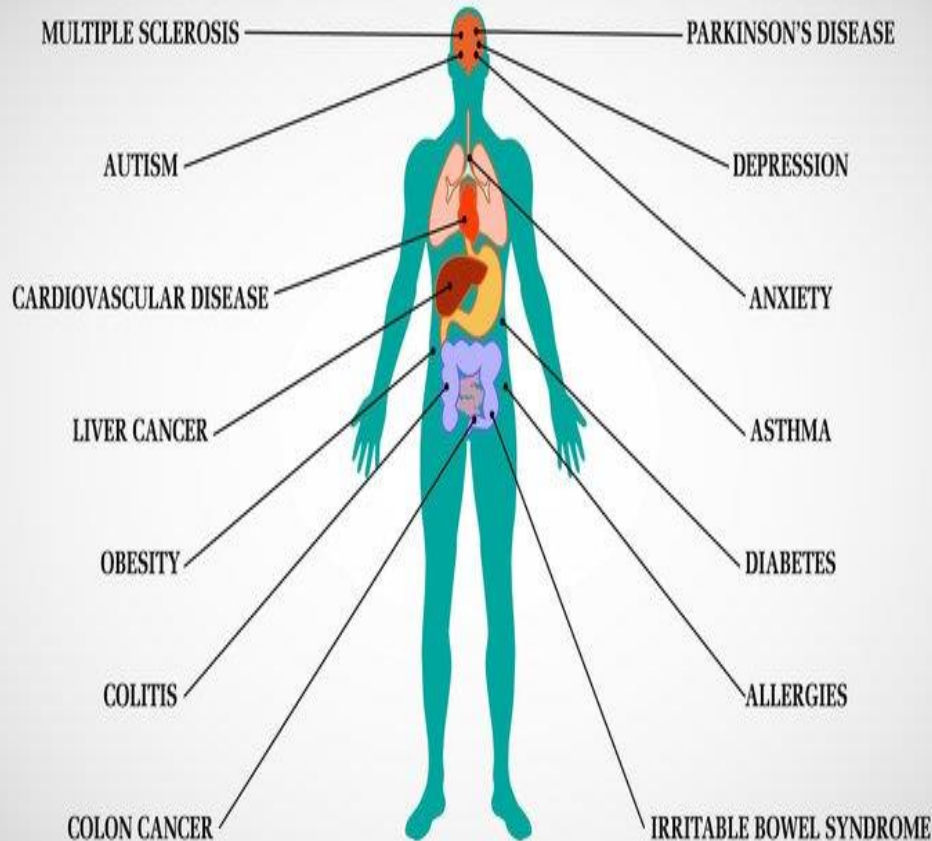
- În bolile intestinale inflamatorii manifestările extraarticulare se găsesc la 25% din cazuri
- Cei cu afectare inflamatorie intestinală prezintă ca manifestări articulare: artrite inflamatorii, spondilită anchilozantă

- S-a constatat o legătură între microbiotă și apariția unor boli mediate imun, cum ar fi boli inflamatorii intestinale, diabetul de tip 1 și spondilartropatiile

- 10 ● Îmbunătățirea tehnologiilor de secvențiere, împreună cu o renaștere a profilului comunitar bazat pe gena ARNr 16S, au permis caracterizarea microorganismelor de la nivelul întregului corp, inclusiv intestinal

- Astfel, o mai bună înțelegere a microbiotei intestinale este văzută ca o nouă țintă în terapii (folosirea probioticelor)

- Acest tip de terapii sunt din ce în ce mai utilizate în cazul pacienților cu afecțiuni debilitante unde terapiile tradiționale au eșuat.



- Există puține dovezi care să ateste rolul microbiotei în cadrul alergiilor adulților, dar i se cunoaște implicarea în alergiile copilului
- Apare astfel ipoteza microbiotei datorită numărului foarte mare de alergii reprezentate de astm și eczeme apărute în ultimul deceniu
- Microbiota poate să reziste sau să adapteze schimbărilor mediului prin administrarea unor antibiotice, adăugarea unor substraturi (prebiotice) sau adăugarea unor noi microorganisme benefice (probiotice) și dăunătoare (patogeni)

Artritele periferice (I)

- Posibil primul aspect clinic, mai ales în boala Crohn
- Afectări extraarticulare 10-20%
- Articulații mari, membre inferioare (genunchi, glezne), dar și MCF, IFP.
- > în cazul interesării colonice, mai rar în localizarea strict rectală / forme fulminante
- > după exacerbari ale suferinței colonice (CU, nu în b. Crohn)
- pot preceda boala colonică cu ani

Artritele periferice (II)

- Asimetrice
- Tip I – oligoartrite (< 5 articulații)
- Tip II – poliartrite (> 5 articulații)
- Migratorii, mai rar aditive.
- Autolimitate
- Nu lasă distrucții (rar - granuloame în b. Crohn).
- Recurențe frecvente

Artritele periferice (II)

- Asimetrice
- Tip I – oligoartrite (< 5 articulații)
- Tip II – poliartrite (> 5 articulații)
- Migratorii, mai rar aditive.
- Autolimitate
- Nu lasă distrucții (rar - granuloame în b. Crohn).
- Recurențe frecvente.

Alte afectări

- Deget “în cârnat”
- Entesopatii (tendinită achiliană, fasciită plantară)
- Clubbing (osteoartropatie hipertrofică)
- Periostită digitală
- Artrită septică rapid distructivă în b. Crohn

Afectarea axială

- Sacroileită (10-20%)
- Spondilită (7-14%)
- 3x > bărbați
- HLA B27 - 50-60%
- Nu este influențată de gradul suferinței colonice, de obicei precede cu ani suferința digestivă

Manifestări extraarticulare

Oculare

- uveită anterioară (> HLA B27)
- uveită ganulomatoasă (în boala Crohn)
- conjunctivită
- episclerita

Cardiace

- pericardita

Amiloidoză

Afectare hepatică

Vasculite (arterita Takayasu – b. Crohn)

Manifestări extraarticulare

Tegumentare și mucoase

- eritem nodos (> boala Crohn)
- pyoderma gangrenosum (> RCUH)
- eritem multiform
- ulcerații perimaleolare
- tromboflebite
- ulcerații orale profunde

Extra-spinal Manifestations in the Overall SpA Population

Uveitis

Prevalence in the overall SpA population:

SpA^{1,2}
25–
32.7%

Cardiovascular co-morbidity

Prevalence in the overall SpA population:

1–10%

Psoriasis

Prevalence in the overall SpA population:

SpA¹
10–
25%

Inflammatory bowel disease

Prevalence in the overall SpA population:

SpA¹
5–10%

Enthesitis

Prevalence in the overall SpA population:

SpA¹
25–
40%

Peripheral arthritis

Prevalence in the overall SpA population:

SpA¹
~30%

Extra-spinal manifestations occur frequently in patients with SpA and should be taken into account in the choice of treatment.¹

¹SpA: Spondyloarthritis

¹van der Horst-Bruinsma IE and Nurmohamed MT. Ther Adv Musculoskelet Dis. 2012;4(6):413–422

²Zeboulon N et al. Ann Rheum Dis. 2008;67(7):955–959



Va multumesc!

ARTRITA PSORIAZICA

Artrita psoriazica este o artropatie inflamatorie seronegativa (SASN) asociata psoriazisului.

Poate afecta indivizii indiferent de varsta, insa frecventa maxima este intre 30-50 de ani, barbatii si femeile fiind afectati in mod egal.

Desi artrita psoriazica prezinta o serie de asemanari cu poliartrita reumatoida, exista o serie de trasaturi clinice care o diferentiaza de aceasta precum:

- Afectarea frecventa a articulatiilor interfalangiene distale
- Asimetria afectarii articulare
- Prezentă entesopatiilor
- Prezentă dactilitei
- Deformările articulare severe cu telescoparea degetelor ca urmare a osteolizei
- Leziunile unghiale de tip psoriazic
- Afectarea spinala de tip spondilitic

Criteriile ESSG modificate pentru artrita psoriazica

Durere spinala de tip inflamator

sau

Sinovita asimetrica sau predominant a
membrelor inferioare

si

Psoriazis

si / sau

Istoric familial de psoriazis

Criteriile Fournier pentru artrita psoriazica

Psoriazis precedand sau concomitent cu debutul simptomelor articulare 6 pct

Istoric familial de psoriazis sau psoriazis postdatand simptomele articulare3 pct

Artrita a articulatiilor IFD3 pct

Monoartrita sau oligoartrita asimetrica1 pct

Criterii radiologice5 pct pt
oricare
criterii din

- Eroziune a articulatiilor IFD
- Osteoliza
- Anchiloza
- Periostita juxta-articulara

HLA-B16, B38, B39 sau B176
pct

F.R. negativ4 pct

Diagnostic de artrita psoriazica = 11 pct

Netratata, artrita psoriazica conduce, la distructie articulara, limitari majore in functionalitatea articulara si invaliditate. Prognosticul variaza in functie de formele de manifestare de la forme usoare monoarticulare cu prognostic bun la formele poliarticulare distructive, erozive cu prognostic nediferentiabil de cel al P.R. Formele axiale de tip spondilitic se pot suprapune in orice punct al acestui spectru larg de manifestari.

Prognosticul artritei psoriazice este incarcat si de prognosticul leziunii cutanate.

Terapia ideala in artrita psoriazica ar trebui sa actioneze atat asupra afectarii cutanate, cat si asupra bolii articulare, incluzand aici dactilia, entezita si manifestarile axiale.

Tratamentul artritei psoriazice

- Este unul fizic si medicamentos
- Pentru formele moderat severe de artrita psoriazica, terapiile sistemice conventionale precum **sulfasalazina si MTX** sunt terapiile standard.
- **Mtx** – doza de 7,5-15 mg/sapt. Are ca efect advers principal fibroza hepatica. La doza cumulata de 1,5 g este necesara biopsia hepatica sau determinarea concentratiei peptidului aminoterminal al procolagenului III (marker de fibroza hepatica).

Leflunomidul (ARAVA) – 20 mg/zi

Ciclosporina A este utilizata in formele severe neresponsive la terapiile precedente.

Etanerceptul (Enbrel)– inhibitor specific al receptorilor TNF-alfa in doza de 50 mg/sapt subcutanat

Infliximabul (Remicade)= anticorp chimeric monoclonal anti TNF-alfa; administrare i.v. 5mg/ kg corp la 8 saptamani

Adalimumabul (Humira)= anticorp monoclonal uman anti TNF-alfa; administrare s.c 40 mg/sapt

Ghidurile europene si americane de tratament recomanda administrarea blocantilor TNF-alfa pacientilor care nu au raspuns la cel putin 2 terapii conventionale.

Algoritm de tratament in artrita psoriazica:

AP-manifestari periferice +/- manifestari axiale



AINS +/- CS i.a



DMARD (MTX, SSZ, LF, Ciclosporina A)



Boala activa (> 3 artic. Sensibile si tumefiate)



Primul anti-TNF-alfa



Alt anti-TNF-alfa

AP – manifestari axiale



Ca in SA



Reumatismul abarticular

Periartrita scapulo-humerală

- Tendinita rotatorilor (ruptura rotatorilor)
- Tendinita bicipitală calcifiantă
- Bursita subacromială
- Clinic:
 - Durere
 - Limitare marcată a mișcărilor
 - Puncte dureroase ale umărului (infiltrații)
- Radiologic: calcificări periarticulare
- Faze evolutive:
 - Umăr dureros simplu – mișcări limitate
 - Umăr dureros mixt – limitare
 - Umăr blocat – capsulită adezivă, nu mișcă
 - Umăr pseudoparalitic – ruptură
- Terapie combinată farmacologică și nonfarmacologică de reeducare funcțională

Artropatia psoriazică (APs)

- Boală cronică ce se caracterizează prin artrită inflamatorie asociată cu psoriazis
- Nu este o afecțiune benignă și rară (psoriazis 3%)
- Se estimează că prevalența APs la pacienții cu psoriazis este de 30%.
- Afecțiune heterogenă
- Există diferite subgrupuri clinice de APs
- Multe caracteristici sunt comune cu cele din alte afecțiuni care implică articulațiile (spondiloartrită)

NB! Nu toți pacienții cu psoriazis și artrită au artrită psoriazică (pacienții pot avea concomitent poliartrită reumatoidă, gută, osteoartrită)

APs este clasificată în cadrul spondiloartritei periferice

SpA axială fără
modificări radiologice

Spondilită
anchilopoietică

SpA
predominant axială

Artrită reactivă

Artrită psoriazică

Artrită cu boală inflamatorie
a intestinului

SpA nediferențiată

SpA
predominant periferică

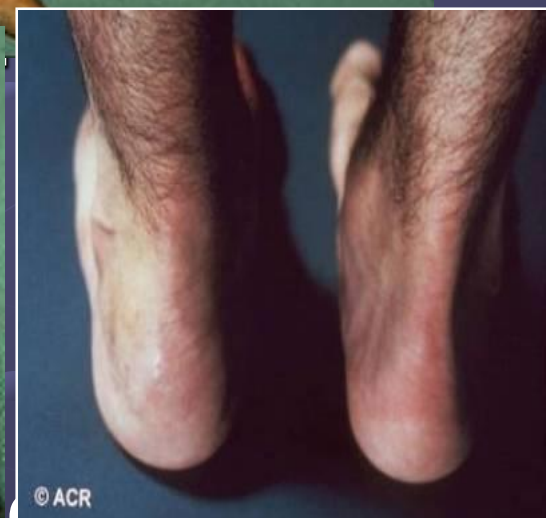
40% dintre pacienții cu APs prezintă dovezi de spondilită
Acești pacienți sunt, de obicei, HLA-B27 pozitivi



AF
dificil
cauza



- artrită p
- artrită

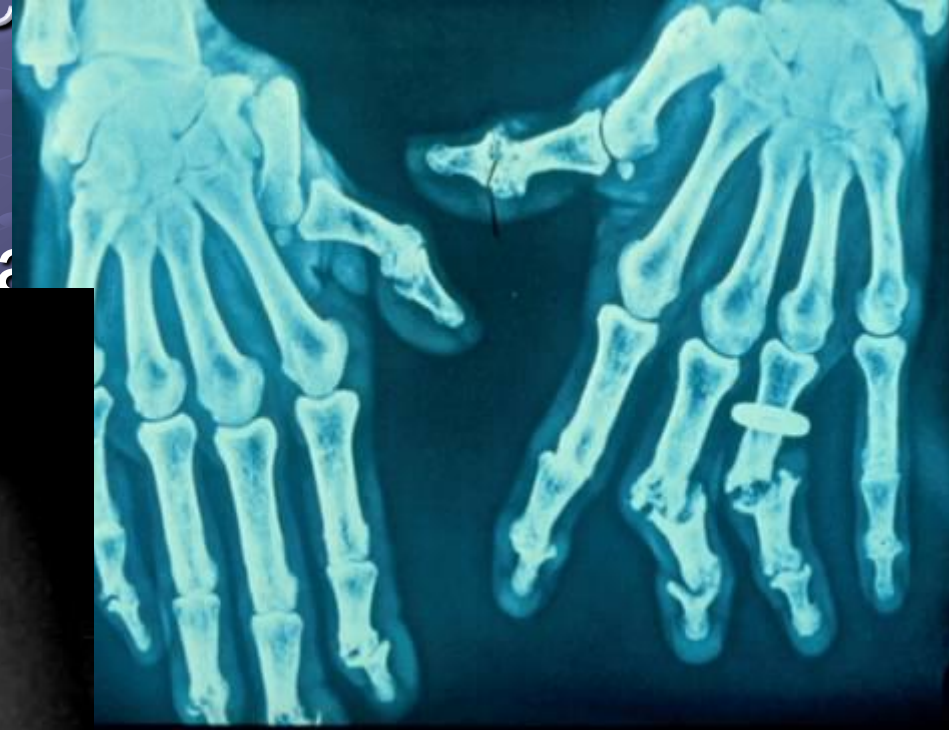


tă
tilant



APs

lă din cauza evoluției și
consecintelor



10 În stadiile incipiente a

ca

le

compara

10 20% dint
boală se
invalidan

APs dezvoltă o
vă, cu potențial

Consecințele APs sunt considerabile

● Pacienții cu APs se pot confrunta cu efecte semnificative:^{1,2}

- Afectarea abilităților funcționale
- Reducerea calității vieții
- Incapacitate de muncă pe termen lung
- Risc crescut de mortalitate prin boli CV

Comparabile cu cele din PR sau SA³

1. Ackerman C, Kavanaugh A. Pharmacoeconomics. 2008;26:121–9, 2. Gottlieb A, et al. J Am Acad Dermatol. 2008;58:851-864, 3. Zink A, et al. J Rheumatol. 2006;33:86-90.

Factorii de risc pentru afectarea progresivă a articulațiilor

- Număr mare de articulații tumefiate
- Creșterea VSH
- Eșecul medicației administrate anterior
- Prezența leziunilor distructive articulare (clinic sau radiografic)
- Pierderea funcționalității (HAQ)
- Reducerea calității vieții

Tratamentul APs

- Tratamentul APs s-a modificat dramatic în ultimii ani, în ciuda lipsei de informații suficiente privind etiologia și patogeneza.
- Tratamentul APs include atât tratamentul afectării cutanate cât și al afectării articulare, în scopul de a controla inflamația și a preveni distrugerea.
- Deoarece este o boală distructivă, tratamentul trebuie inițiat cât mai precoce posibil după stabilirea diagnosticului, pentru a preveni apariția modificărilor

Tratamentele disponibile pentru APs

● Multe tratamente sunt “împrumutate” din tratamentul PR, puține RCS în APs

- AINS
- Corticosteroizi
- DMARDs
- Agenți biologici
 - era agenților biologici a crescut interesul pentru tratamentul APs
 - au evidențiat ariile de cercetare necesare pentru tratamentul APs

Evaluarea rezultatelor tratamentului APs

Există puține măsurători validate pentru evaluarea rezultatelor tratamentului APs

Se bazează în principal pe criteriile standard utilizate în evaluarea PR

- Afectarea articulară

- Răspunsul ACR

- DAS28

- PsARC (Psoriatic Arthritis Response Criteria)

- CPDAI (Composite Psoriatic Disease Activity Index)

- Afectarea cutanată

- PASI

- Leziuni țintă

- Calitatea vieții

- Criterii radiografice

Criteriile de răspuns în tratamentul APs (PsARC)

- Ameliorarea a 2 din 4 evaluări

- Evaluări

- Evaluarea globală a pacientului (Patient's global assessment) (scală de la 1 la 5)
- Evaluarea globală a medicului (Physician's global assessment) (scală de la 1 la 5)
- Numărul de articulații sensibile/dureroase (maxim 68)
- Numărul de articulații tumefiate (maxim 66)

- Ameliorare = Modificare cu 30%

Managementul APs

- Evaluarea gradului de activitate al bolii și severitatea distrucției
- Identificarea factorilor predictivi de prognostic rezervat
- Educarea pacientului referitor la natura bolii
- Ghidurile sau recomandările pentru managementul APs

Ghidurile pentru managementul APs

- Ghidurile se bazează pe dovezile din studiile clinice și opinia experților
- Primele ghiduri prezentate de Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis (GRAPPA)
- Recomandările pun accent pe afectarea cutanată
- Oferă o ghidare inițială a tratamentului

De ce au fost necesare recomandări noi pentru managementul APs

Unele tratamente au fost în dezbatere

Eficacitatea DMARDs sintetice și rolul glucocorticoizilor

Unele tratamente au fost prea puțin cercetate

Tratamentul combinat cu DMARD sintetic sau DMARD sintetic și agenți biologici

Evaluarea activității bolii și metode suplimentare de evaluare în curs de cercetare

ReABC - CRDAL (Composite Rheumatic Disease)

Metodele utilizate în alcătuirea noilor recomandări

Comitet de experți - din 14 țări europene, SUA

reumatologi, pacienți, specialiști în boli infecțioase, dermatologi, fizioterapeuți, cercetători în reumatologie

2 subgrupuri de lucru cu interes în:

- *AINS și DMARDs sintetice*

- *Glucocorticoizi și medicamente biologice*

Revizuirea sistematică a literaturii (1962-2010)
pentru a identifica toate articolele ce

Rezultate

- Cinci principii pentru îngrijirea pacienților cu APs - principii generale
- Zece recomandări cu privire la managementul medicamentelor și a strategiilor de tratament pe baza nivelului de evidență și gradelor de recomandare

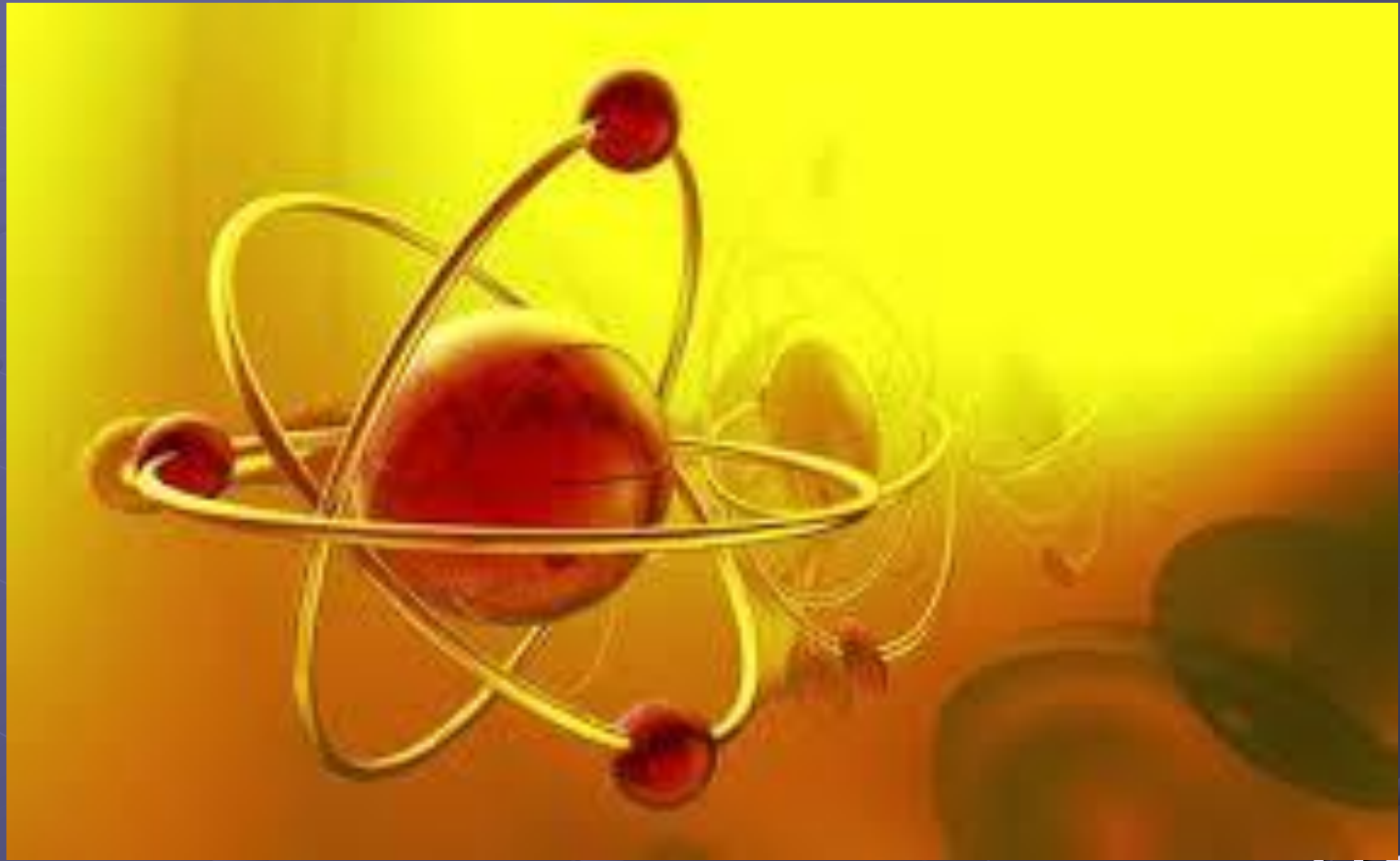
Principii generale (1)

- A. APs este o boală heterogenă și cu potențial grav, care necesită tratament multidisciplinar (nivel de acord 9.8)
- B. Tratatamentul pacienților cu APs trebuie să se bazeze pe o decizie comună a pacientului și medicului reumatolog. (nivel de acord 9.8)
- C. Specialiștii care trebuie să îngrijească manifestările MS sunt reumatologii; în prezența afectării cutanate semnificative este necesară colaborarea dintre reumatolog și dermatolog pentru diagnostic și tratament

Principii generale (2)

D. Obiectivul principal al tratamentului APs este de a crește la maxim calitatea vieții pe termen lung, prin controlul simptomelor, prevenirea leziunilor structurale, normalizarea funcționalității și integrarea socială; reducerea inflamației în scopul obținerii remisiunii reprezintă o componentă importantă pentru atingerea acestor obiective (9.7)

E. Pacienții trebuie monitorizați periodic și tratamentul trebuie ajustat în mod



va
multumesc!¹²⁹