

NURSING ÎN POLIARTRITA REUMATOIDĂ ȘI SPONDILARTRITE

Ș.L. Dr. med. ALEXANDRU CARABA
medicină internă-reumatologie

Caz clinic 1



SIEMENS POLICLINICA SELFMED 18:26:57 Mo 01/04/2019
01_04_2019_18_26_55

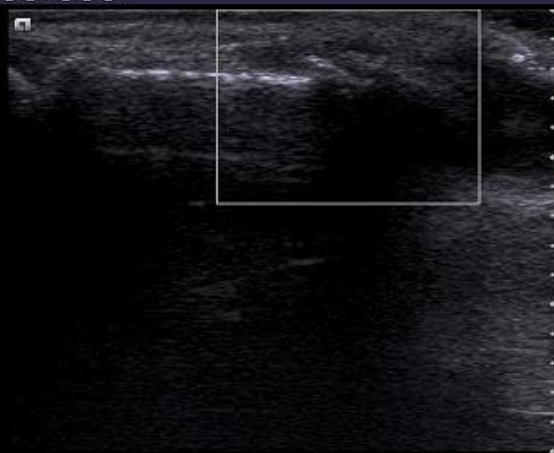
VF13-5
MSK
39 dB
8.9 MHz
DR 60 dB
Edge 2
Persist 4
R/S 4
Map H
Tint 1
27 fps



P 100% MI 0.63

SIEMENS POLICLINICA SELFMED 18:27:51 Mo 01/04/2019
01_04_2019_18_26_55

VF13-5
MSK
0 dB
7.3 MHz
978 Hz
Filter 1
Persist 3
R/S 4
Map A
Priority 4
Smooth 2
Flow M
12 fps



P 100%

SIEMENS POLICLINICA SELFMED 18:29:18 Mo 01/04/2019
01_04_2019_18_26_55

VF13-5
MSK
39 dB
8.9 MHz
DR 60 dB
Edge 2
Persist 4
R/S 4
Map H
Tint 1
27 fps



P 100% MI 0.63

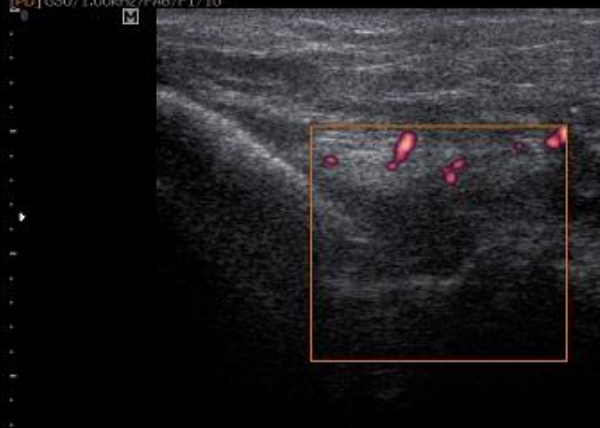
Fr200 3 cm

Caz clinic 2





SONOACE X7

Spital CF Timisoara Interne
Hand/FootFPS17D1
LN5-123.5cm
Res.MI 0.91
TIs 0.714-08-2018
13:24:20[2D] G63/92dB/FA10/P90/FSI 1
[PD] G50/1.00kHz/FA6/F1/10

SONOACE X7

Spital CF Timisoara Interne
Hand/FootFPS16D1
LN5-125.0cm
Res.MI 0.91
TIs 0.614-08-2018
13:28:06[2D] G63/92dB/FA10/P90/FSI 1
[PD] G50/1.00kHz/FA6/F1/10

SONOACE X7

Spital CF Timisoara Interne
Hand/FootFPS24D
LN5-125.0cm
Res.MI 0.65
TIs 0.114-08-2018
13:34:31

[2D] G63/92dB/FA10/P90/FSI 1



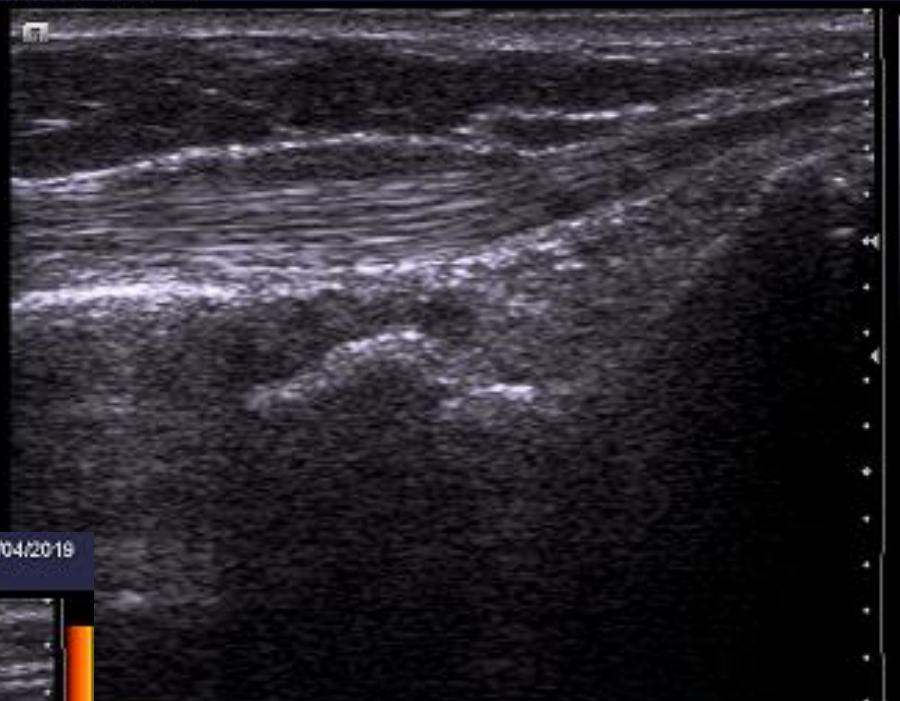
Caz clinic 3

SIEMENS

POLICLINICA SELFMED
01_04_2019_18_25_56

18:48:13 Mo 01/04/2019

VF13-5
MSK
38 dB
8.9 MHz
DR 60 dB
Edge 2
Persist 4
R/S 4
Map H
Tint 1
27 fps

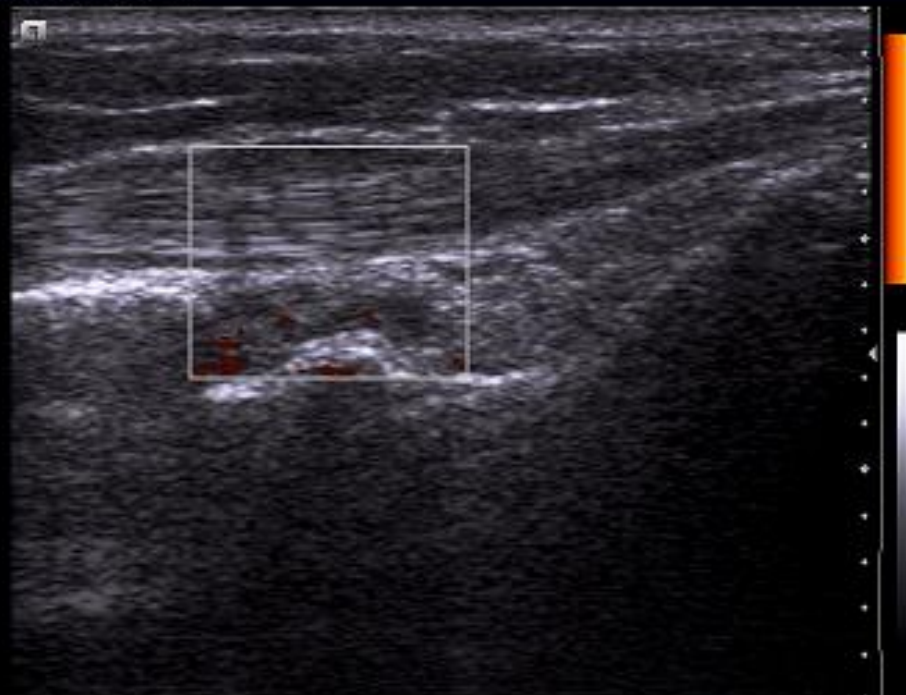


SIEMENS

POLICLINICA SELFMED
01_04_2019_18_25_56

18:53:19 Mo 01/04/2019

VF13-5
MSK
5 dB
7.3 MHz
978 Hz
Filter 1
Persist 3
R/S 4
Map A
Priority 4
Smooth 2
Flow M
20 fps



0.63

P 100%

Fr179 3 cm



POLIARTRITA REUMATOIDĂ



Pierre - Auguste Renoir (1841-1919)

Poliartrita reumatoidă este o afecțiune sistemică cronică, cu etiologie necunoscută și patogeneză autoimună, caracterizată printr-o artropatie cu evoluție deformantă și distructivă, dar și prin manifestări sistemice multiple.



EPIDEMIOLOGIE

- cea mai frecventă afecțiune reumatismală inflamatorie (0,5-1%), având variabilitate regională
- incidență
 - 16,5 cazuri/100000 locuitori (Europa de Sud)
 - 29 cazuri/100000 locuitori (Europa de Nord)
 - 38 cazuri/100000 locuitori (America de Nord)
- prevalență
 - 3,3 cazuri/1000 locuitori (Europa de Sud)
 - 5 cazuri/1000 locuitori (Europa de Nord)
 - 10,7 cazuri/1000 locuitori (America de Nord)
 - 2,8-3,5 cazuri/1000 locuitori (Asia)

- predominantă feminină (F/B 3/1)

- debut

- 50-60 ani (femei)
- peste 70 ani (bărbați)

- Poliartrita reumatoidă cu debut peste 65 ani: LORA (Late Onset Rheumatoid Arthritis)

ETIOLOGIE

- multifactorială

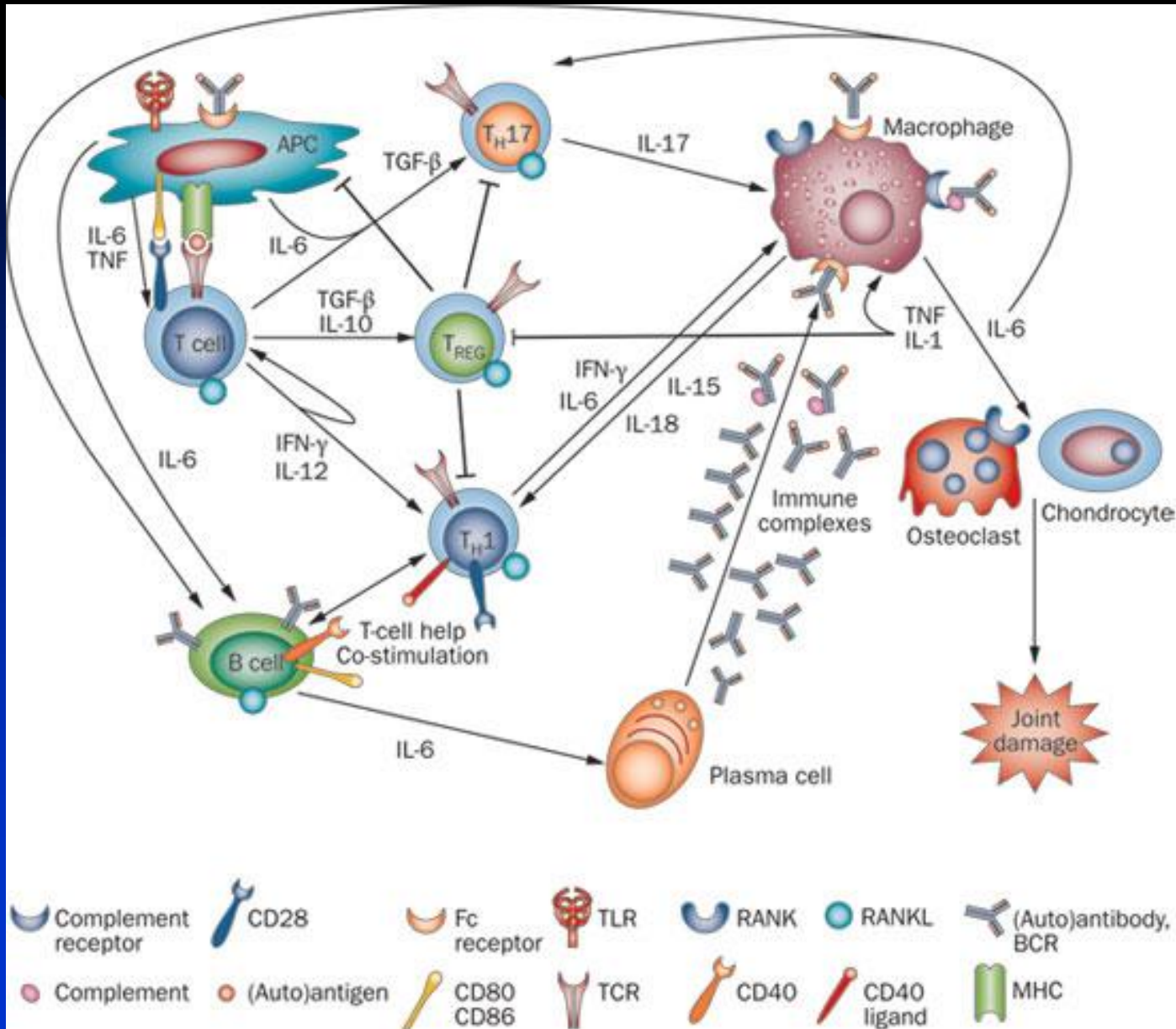
FACTORI FAVORIZANȚI + TEREN GENETIC PREDISPOZANT

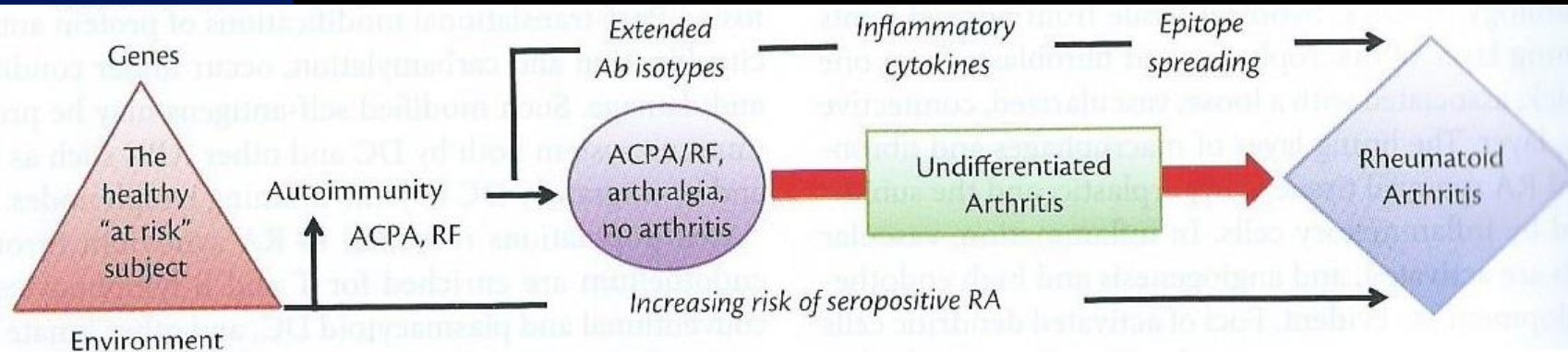


POLIARTRITĂ REUMATOIDĂ

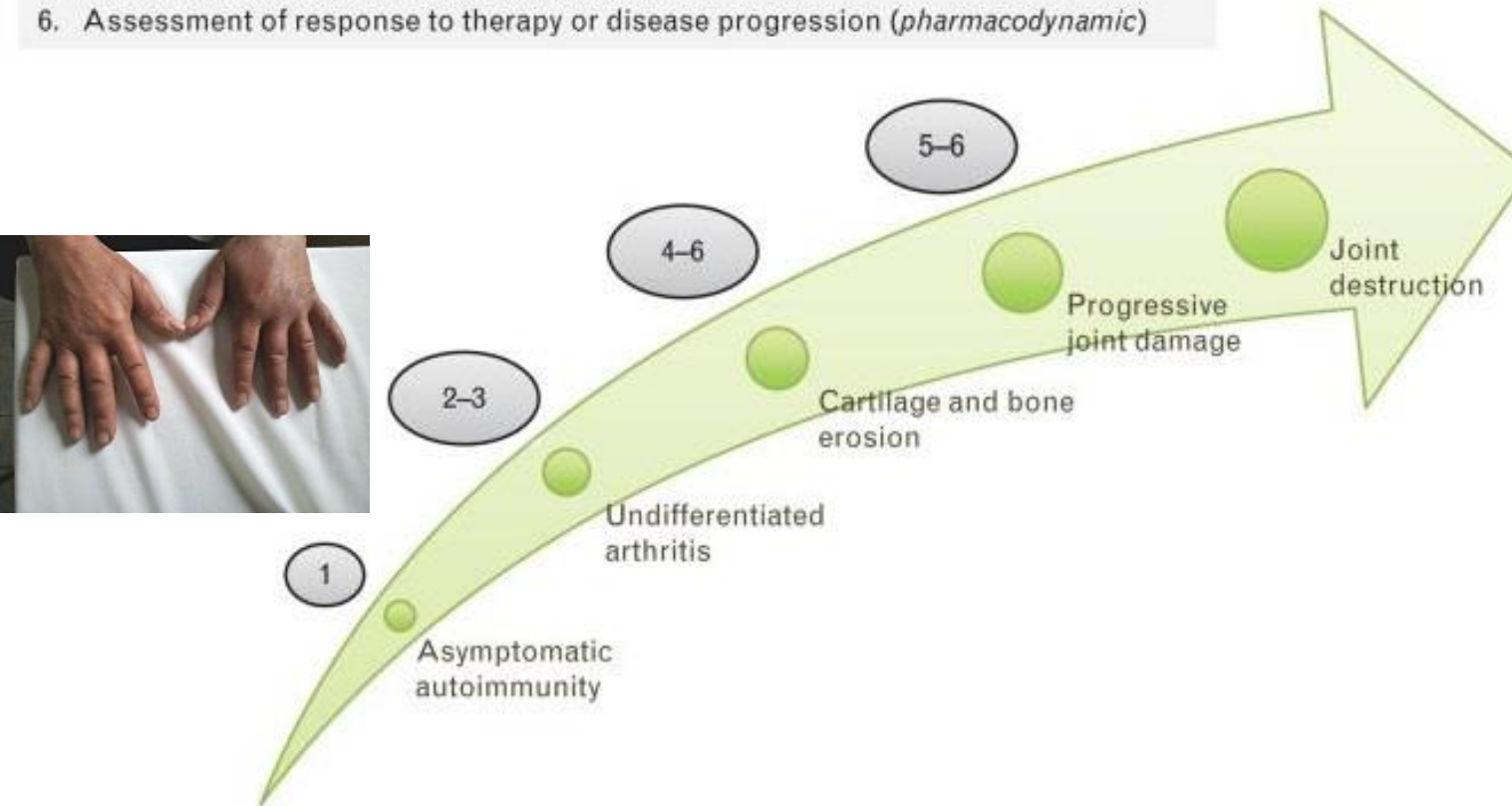
- Factori favorizanți: sex feminin, agenți infecțioși (?)
- Autoimunitatea: collagen tip II, proteina de șoc termic
- Factori genetici: epitop reumatoid

PATOGENEZĂ

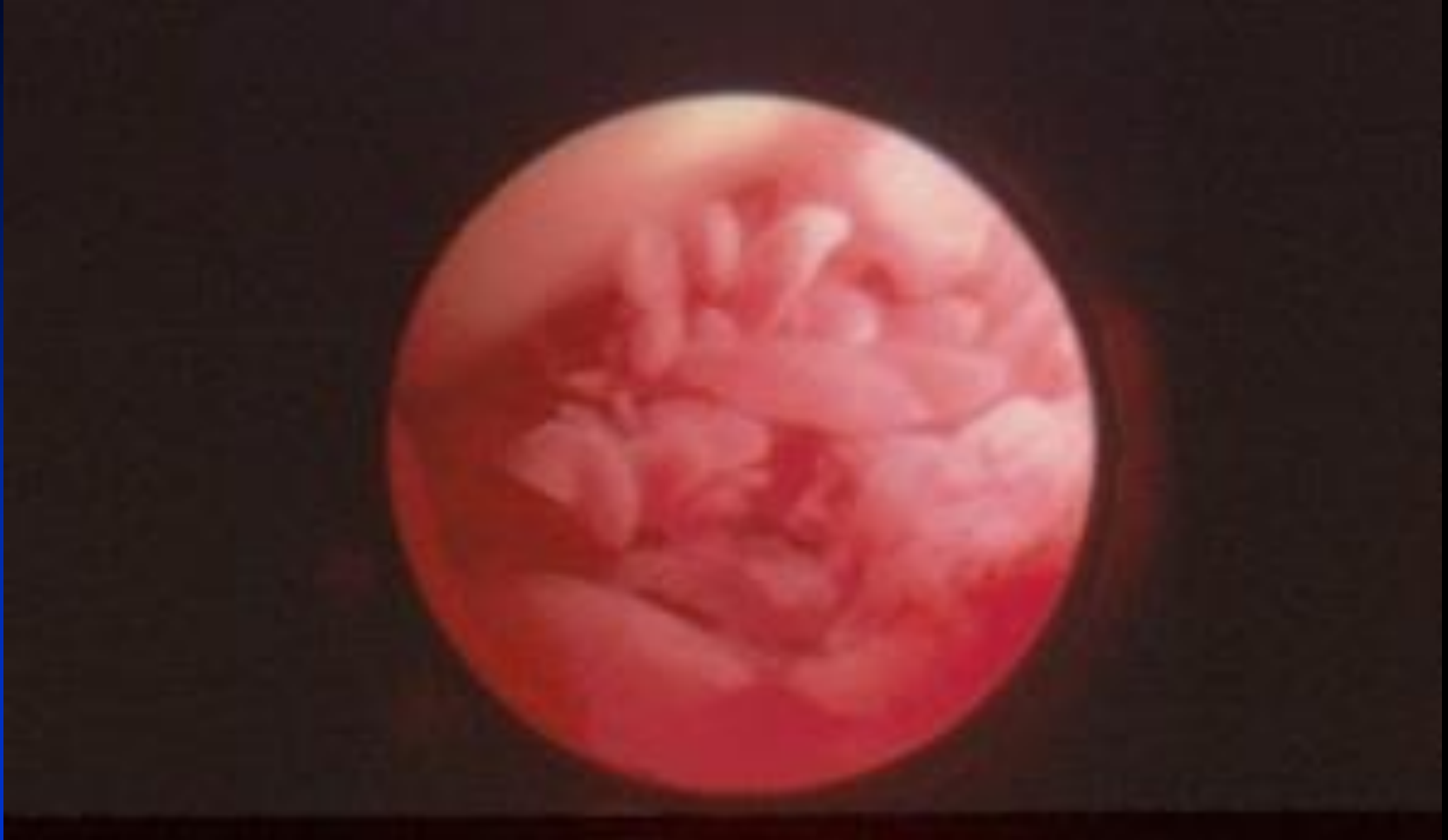




1. Diagnosis of preclinical disease in at-risk populations (*diagnostic*)
2. Early diagnosis of symptomatic disease (*diagnostic*)
3. Disease prognosis (*prognostic*)
4. Improved diagnosis of symptomatic disease (*diagnostic*)
5. Selection of appropriate therapy (*predictive*)
6. Assessment of response to therapy or disease progression (*pharmacodynamic*)



ANATOMIE PATOLOGICĂ





TABLOU CLINIC

- Debut: de obicei în decadele 3-5, dar practic la orice vârstă
- Modalități de debut:
 - insidios (cel mai frecvent)
 - acut/subacut
 - alte: oligoarticular, palindromic (rareori)

ARTRITĂ

- Durere și redoare matinală
- Tumefiere și căldură locală
- Lezare articulară cu instalare treptată

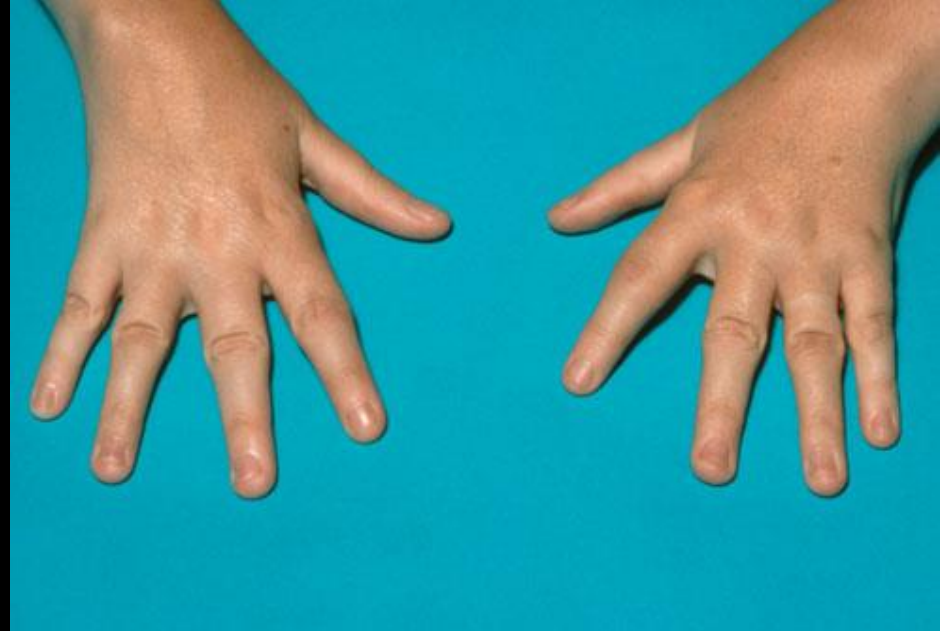
Caracteristicile afectării articulare în poliartrita reumatoidă

- Simetrie
- Aditivitate
- Evolutivitate

Mâna reumatoidă

- RCC, MCF, IFP
- durere la compresia stiloidei ulnare
- slăbiciune musculară
- alterarea capacității de prehensiune

- IFP → degete fuziforme

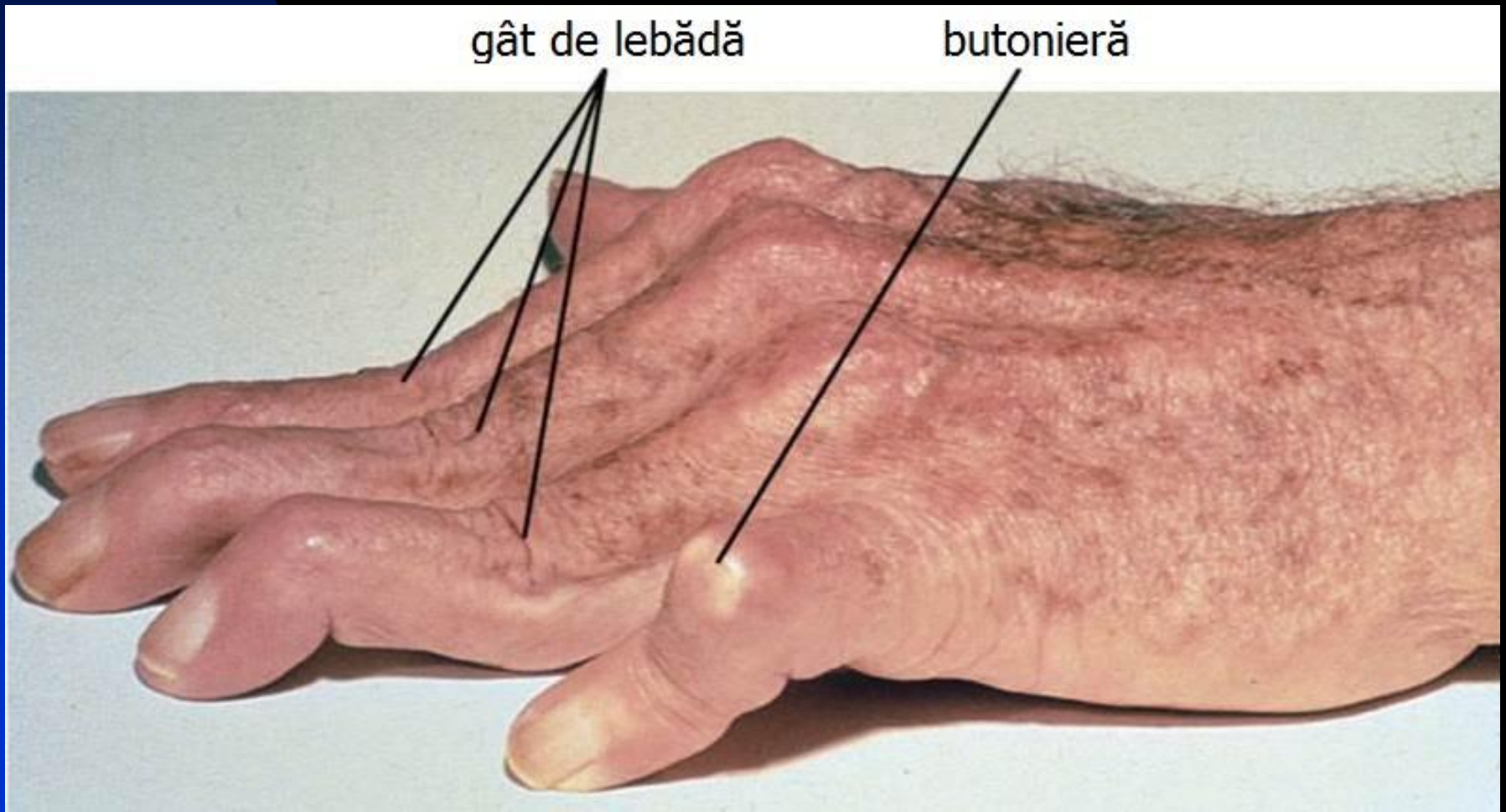


- RCC, MCF, atrofia mușchilor interosoși → „mână în spate de cămilă”



- flexia IFD, hiperextensia IFP → degete „în gât de lebădă”

- IFP herniată, IFD în hiperextensie → deget „în butonieră”



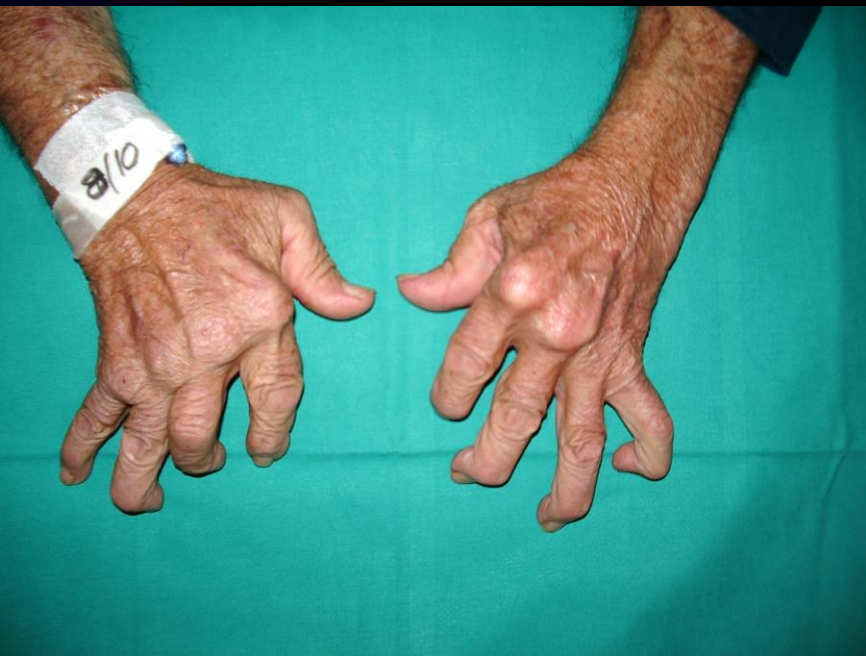
- deviație ulnară a degetelor



- chiste la nivelul tendoanelor mușchilor extensorilor

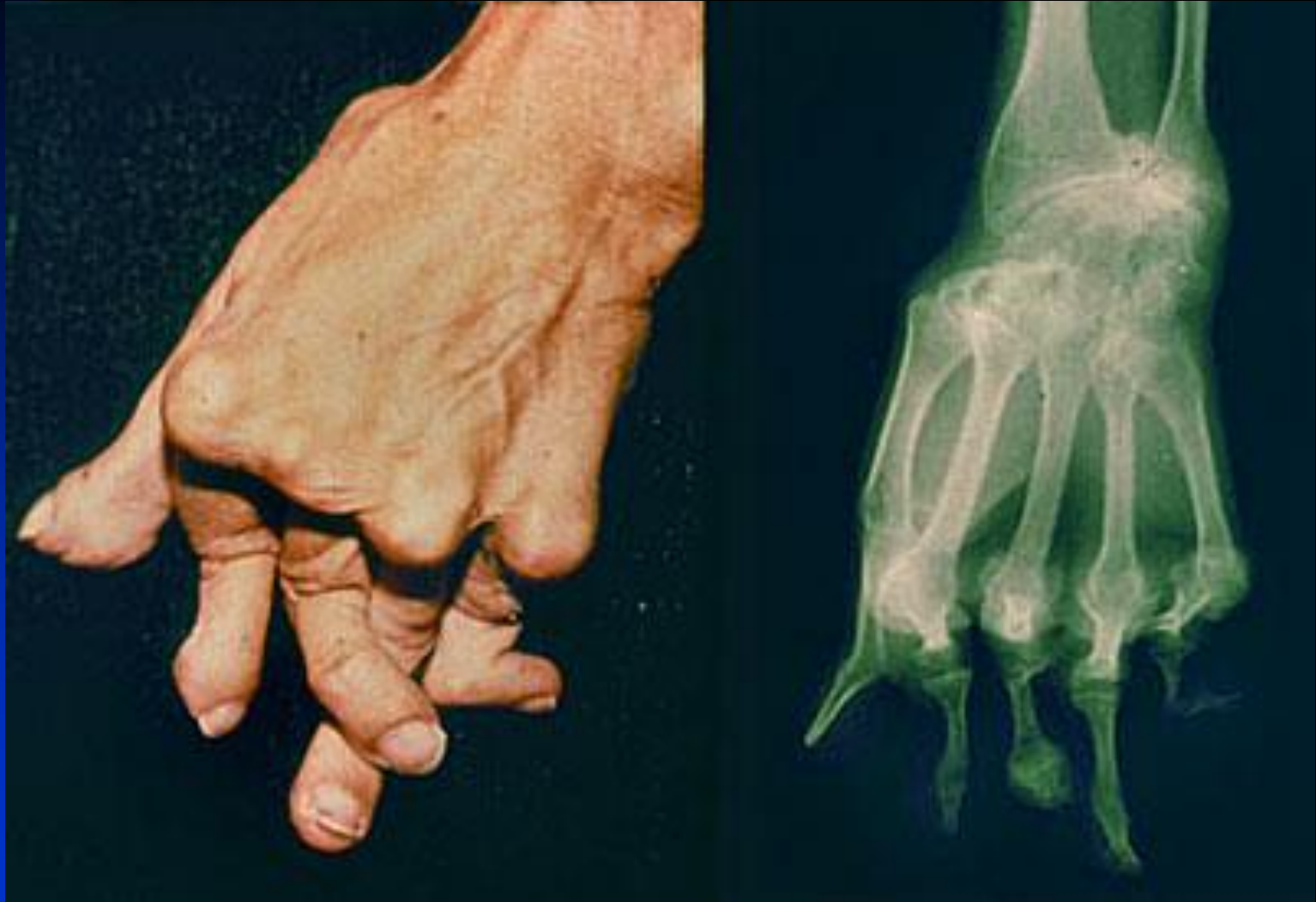


- stadii tardive de evoluție



PR aspecte clinice evolutive

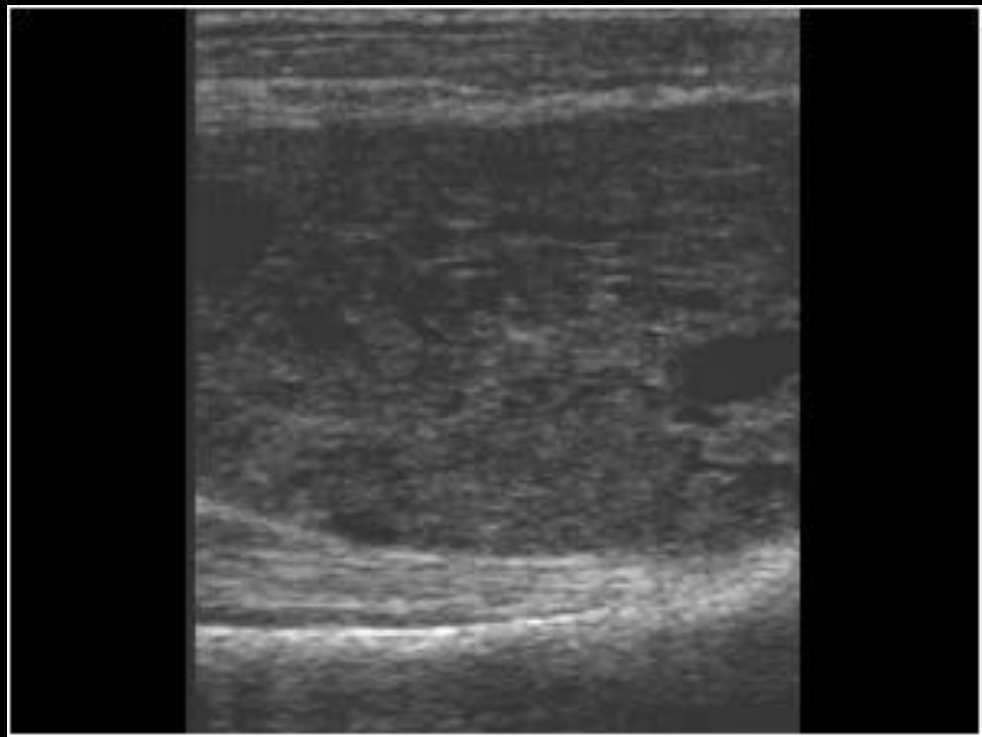
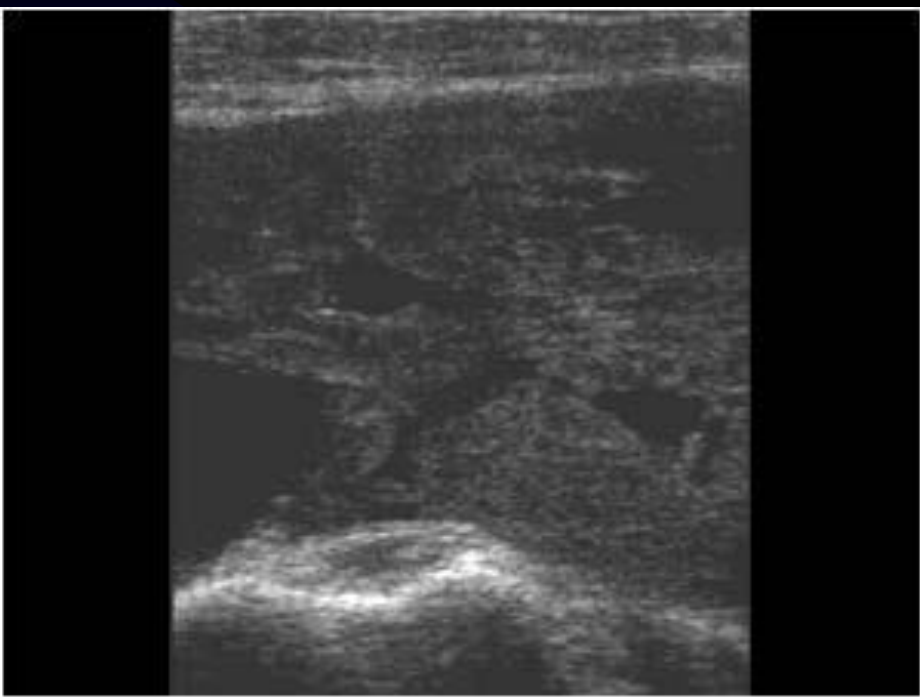




Cotul reumatoid



Umărul reumatoid



Coloana vertebrală

- cervicală C1-C2: durere iradiată spre occiput, parestezii la nivelul umerilor, respectiv brațelor, cu instalare la mișcările capului, în cazuri severe: tetrapareză spastică lent progresivă



Articulația temporo-mandibulară

- dureri exacerbate de masticație
- reducerea mobilității (dificultate la închiderea gurii)

Glezne

- tumefacție perimaleolară
- noduli reumatoizi achilieni, cu ruptură de tendon

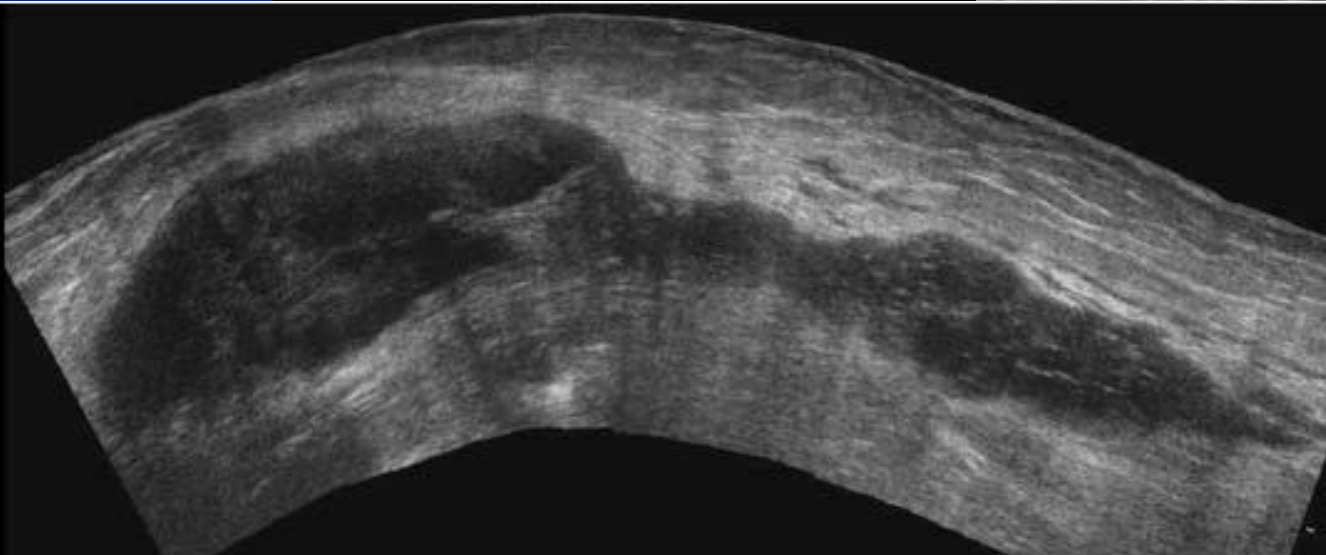
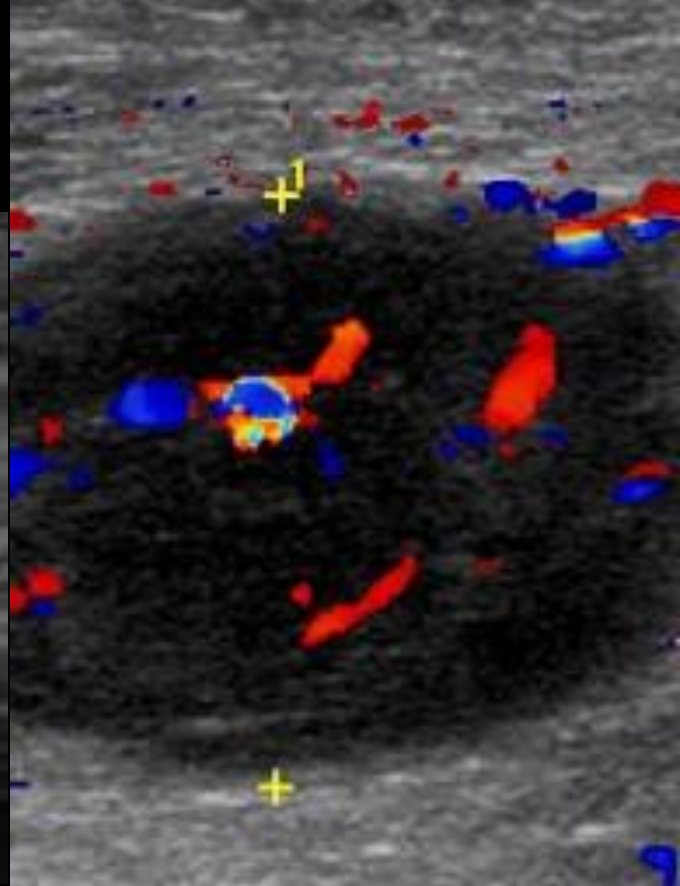
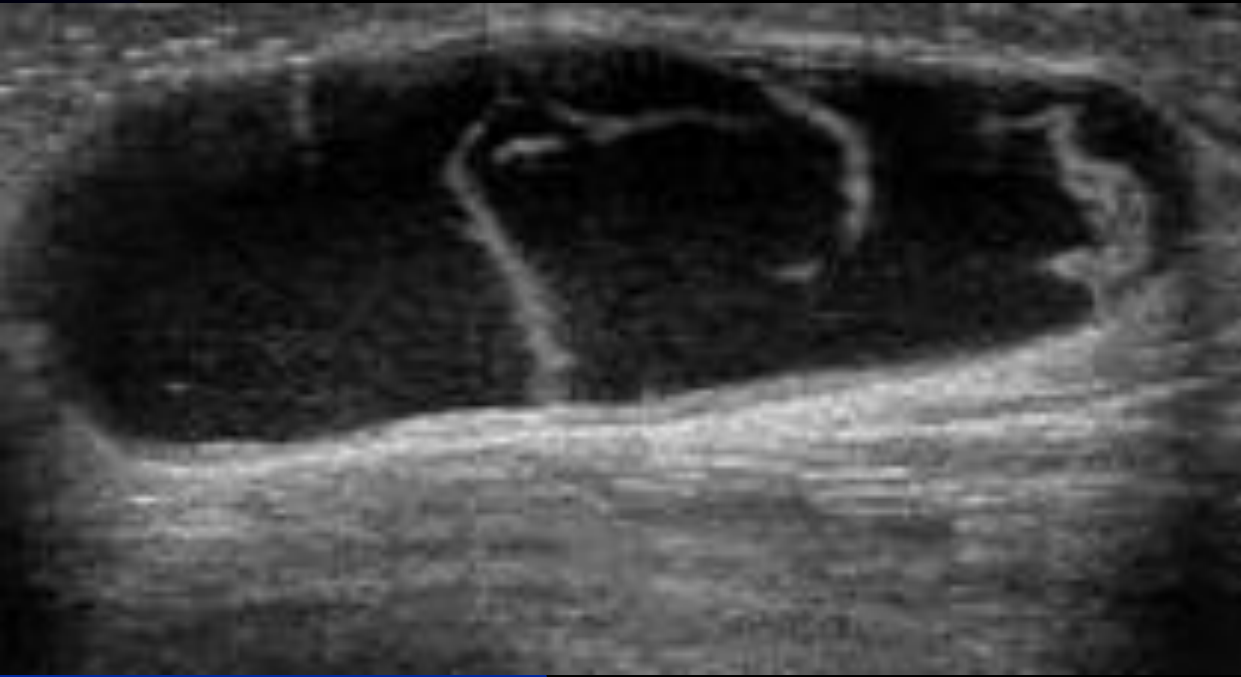


Genunchii

- afectare frecventă
- tumefiere și șoc rotulian
- chist popliteu (Baker), cu risc de ruptură
- atrofie cvadriceps
- limitarea mișcărilor de extensie, cu fixarea în flexie

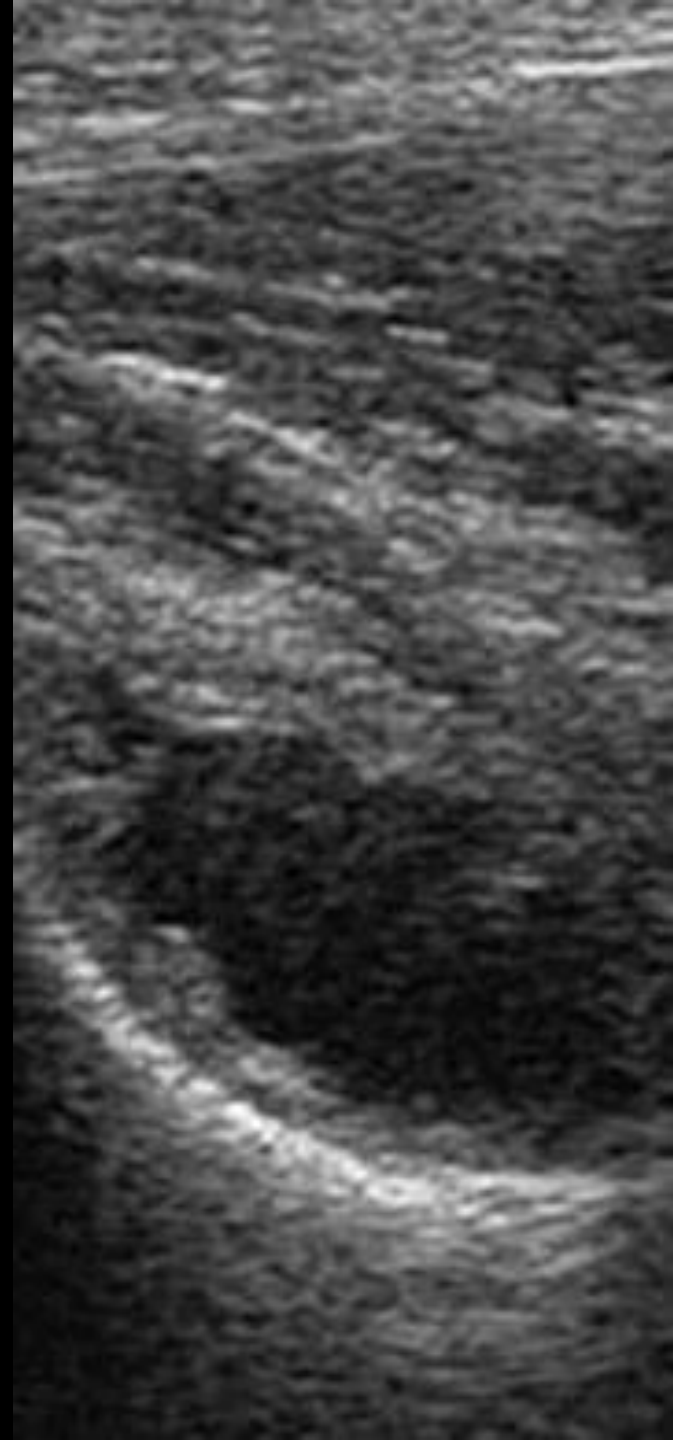


Chist Baker



Șold

- coxită reumatoidă
- bursită trohanteriană
- limitarea rotației interne (semn precoce)



MANIFESTĂRI EXTRA-ARTICULARE

- apar de obicei la pacienții cu titru crescut de FR, complement seric scăzut, complexe imune circulante, crioglobulinemie
- depind de durata și severitatea poliartritei reumatoide

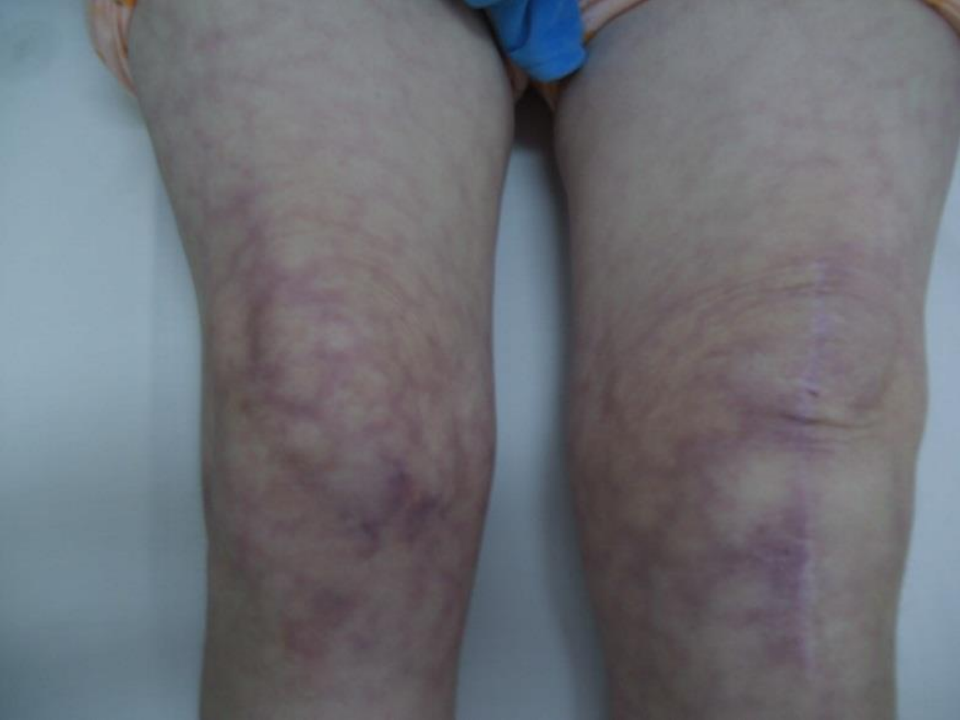
Nodulii reumatoizi

- localizare subcutanată, pe suprafețele de extensie, presiune, la nivelul burselor, tendoanelor, în vecinătatea articulațiilor afectate
- consistență, mobilitate, dimensiuni variabile
- nedureroși
- uni- sau multicentrici
- se pot infecta, fistuliza
- uneori metotrexatul este trigger-ul apariției nodulilor, în ciuda controlului afecțiunii



Vasculita reumatoidă

- factori de risc pentru apariția vasculitei reumatoide: sex masculin, evoluție îndelungată a poliartritei reumatoide, titruri înalte de factori reumatoizi, hipocomplementemie, crioglobulinemie, eroziuni articulare, noduli reumatoizi etc.
- forme clinice: hemoragii în „așchie”, infarcte unghiale, ulcerații cutanate, gangrene cutanate



Afectarea pulmonară

- pleurezie
- fibroză interstițială difuză
- noduli pulmonari
- bronșiolită obliterantă
- hipertensiune pulmonară, secundară arteritei pulmonare
- sindrom Caplan
- obstrucție respiratorie, secundară afectării articulațiilor cricoaritenoidice
- infecții respiratorii



Name: Danescu Veronica
 ID: 112114
 DoB: 01.01.1946
 Date: 04.01.2011
 Time: 10:20:40
 No.: 43
 x 1.33

Inst: NEUROMED TIMISOARA
 Model: Sensation 64
 43

R

AcqNo: 2
 SL: 982.00
 ST: 5.00
 CS: 60
 TI: 500
 kV: 120.00
 mA: 334
 Feed: 25.90

P

CM:
 GT: 0.00
 ImC:
 W: 01200
 C: -0600



R

AcqNo: 2
 SL:
 ST: 3.00
 CS: 60
 TI: 500
 kV: 120.00
 mA: 413
 Feed: 25.90

F

Name: Danescu Veronica
 ID: 112114
 DoB: 01.01.1946
 Date: 04.01.2011
 Time: 10:20:36
 No.: 65
 x 1.33

H

Inst: NEUROMED TIMISOARA
 Model: Sensation 64
 65



CM:
 GT: 0.00
 ImC:
 W: 01200
 C: -0600

Afectarea cardiacă

- pericardită
- miocardită interstițială sau granulomatoasă
- endocardită
- tulburări de conducere
- ateroscleroză precocă !

Afectarea renală

- determinată de poliartrita reumatoidă

- amiloidoză renală
- glomerulonefrite
- vasculită renală
- nefropatii tubulo-interstițiale

- iatrogenă

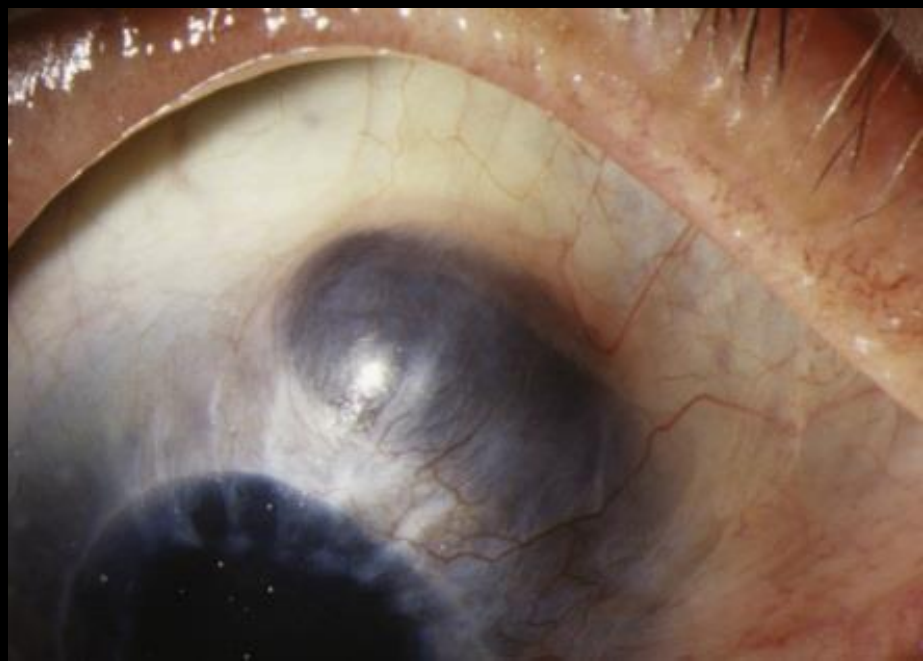
- analgezice
- antiinflamatoare nesteroidiene
- săruri de aur
- D-penicilamină
- ciclosporină

Afectarea neurologică

- neuropatie periferică senzitivă sau/și motorie
- mononevrită multiplă
- compresiuni pe structuri nervoase
 - sindrom de canal carpian
 - sindrom de canal tarsian
 - mielopatie (subluxație C1-C2)

Afectarea oculară

- episclerită
- sclerită
- scleromalacie perforans
- keratoconjunctivită sicca



Afectarea digestivă

- iatrogenă
- secundară vasculitei reumatoide

Afectarea osoasă

- mai severă postmenopauză
- osteopenie juxtaarticulară
- eroziuni osoase
- osteoporoză generalizată

Afectarea musculară

- slăbiciune musculară
- rareori miozită clinic manifestă
- atrofie musculară

Sindromul Felty

- apare la pacienți cu poliartrită reumatoidă seropozitivă, severă
- definit prin asocierea dintre:
 - poliartrită reumatoidă
 - splenomegalie
 - neutropenie
 - ±
 - anemie
 - trombocitopenie
 - adenopatii
 - hepatomegalie
 - febră

EXPLORĂRI PARACLINICE

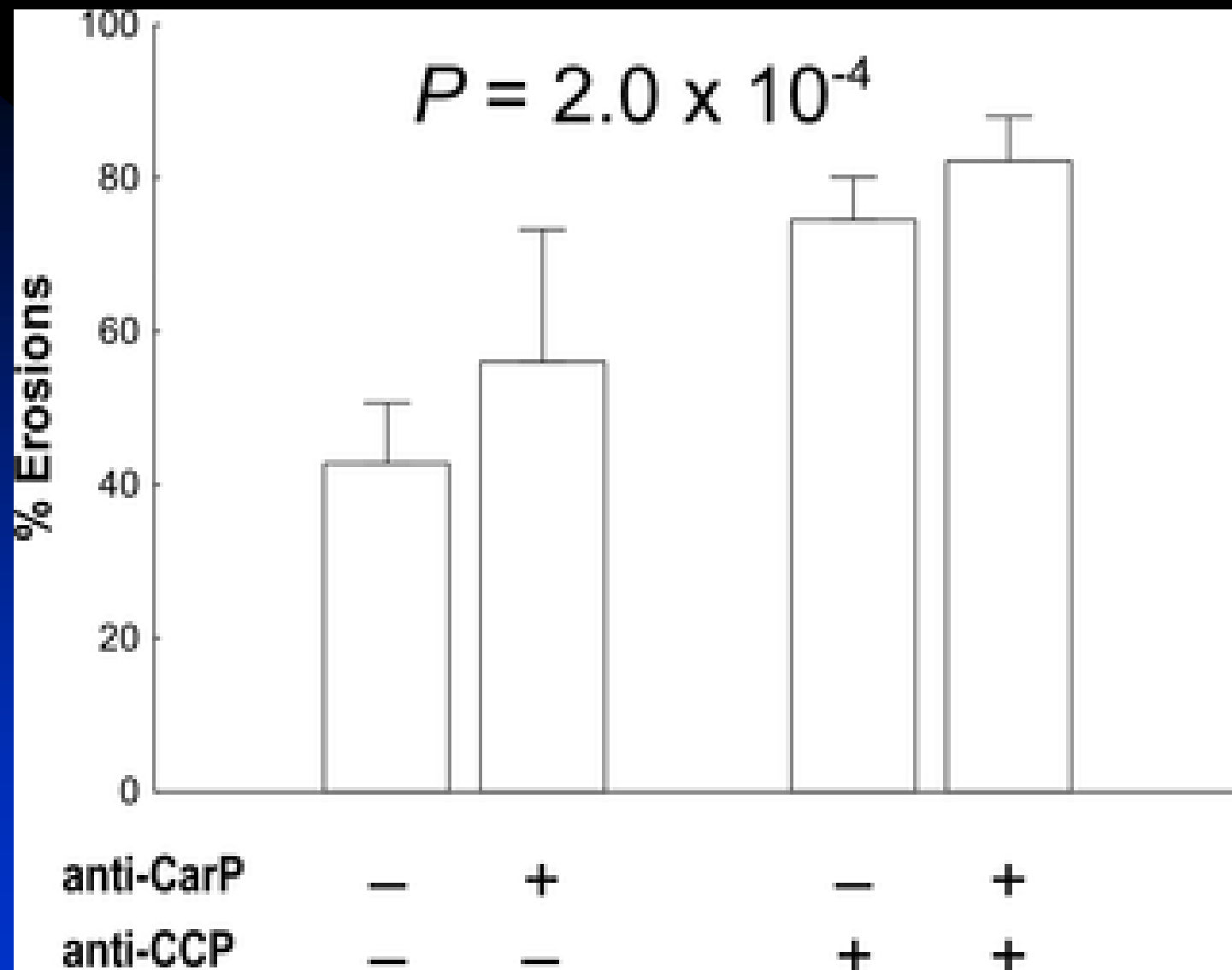
- Hemoleucogramă
 - anemie
 - leucocite: normale, scăzute, crescute
 - trombocitoză
- Sindrom biologic inflamator
 - VSH crescut
 - proteină C reactivă crescută
 - fibrinogen crescut
 - α 2-globuline crescute

- anomalii imunologice

- factor reumatoid
- anticorpi antipeptide ciclice citrullinate (IgG)
- anticorpi antiproteine carbamilate
- anticorpi antinucleari
- anticorpi anticitoplasma neutrofilelor

- examenul lichidului sinovial

- exudat sero-citrin sau ușor opalescent
- 5000-50000 celule/mmc, dintre care 2/3 polimorfonu-
cleare neutrofile
- ragocyte
- factor reumatoid
- complement scăzut
- glucoză scăzută
- testul cheagului de mucină negativ



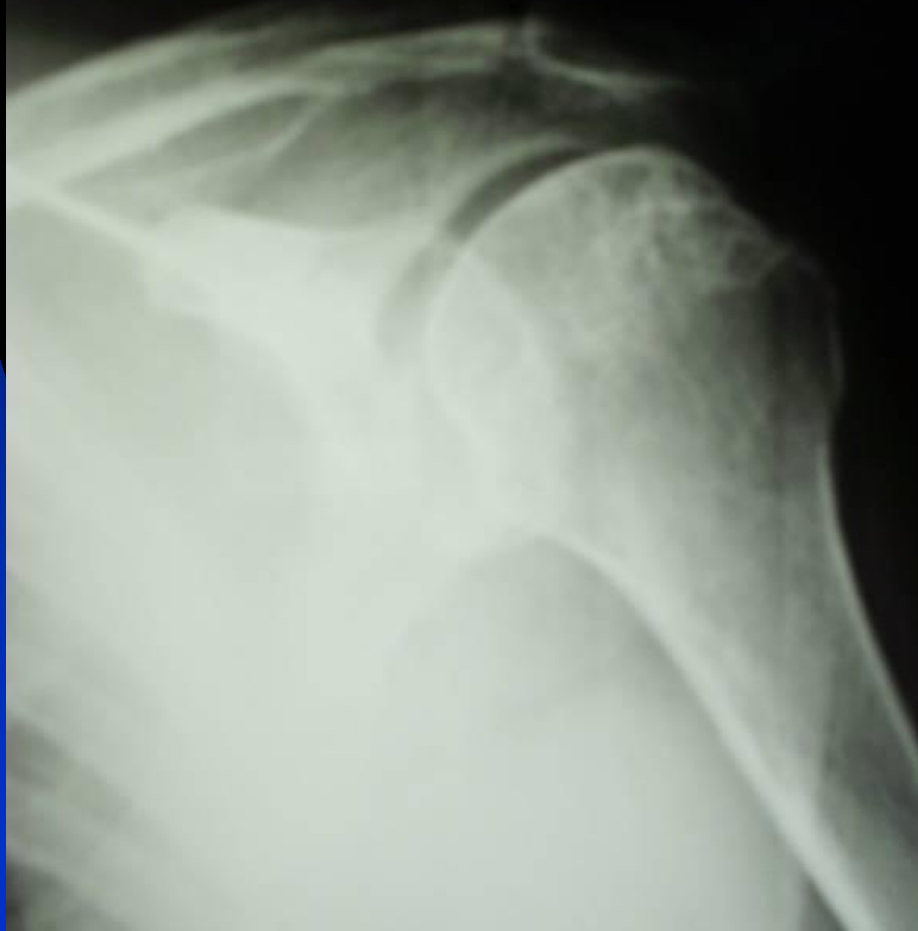
Riscul de apariție a eroziunilor în poliartrita reumatoidă

- examen radiologic

- tumefacție a părților moi periarticulare
- osteoporoză juxtaarticulară (inițial), difuză (tardiv)
- îngustare a spațiului articular
- eroziuni marginale
- geode
- deformări articulare
- anchiloze







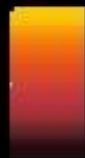




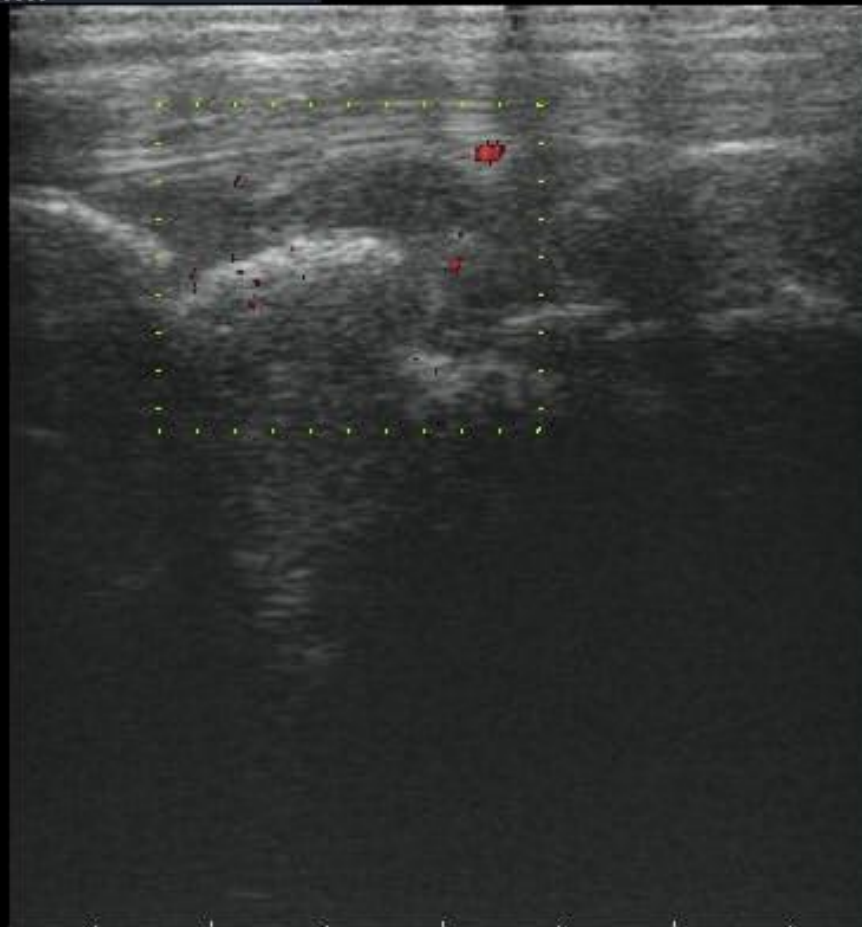
- ultrasonografie osteo-articulară

- sinovită (cuantificabilă prin explorare Doppler)
- chiste sinoviale
- tenosinovite
- colecții intraarticulare
- eroziuni osoase

ALOKA Spital Clinic CF
TIMISOARA



F21



92/93
9Hz

5.0 R04 G76 C6 A4

9:Small Part

DVA: 100%

Poliartrită reumatoidă; articulație radiocarpiană
(proliferație sinovială cu semnal Doppler)

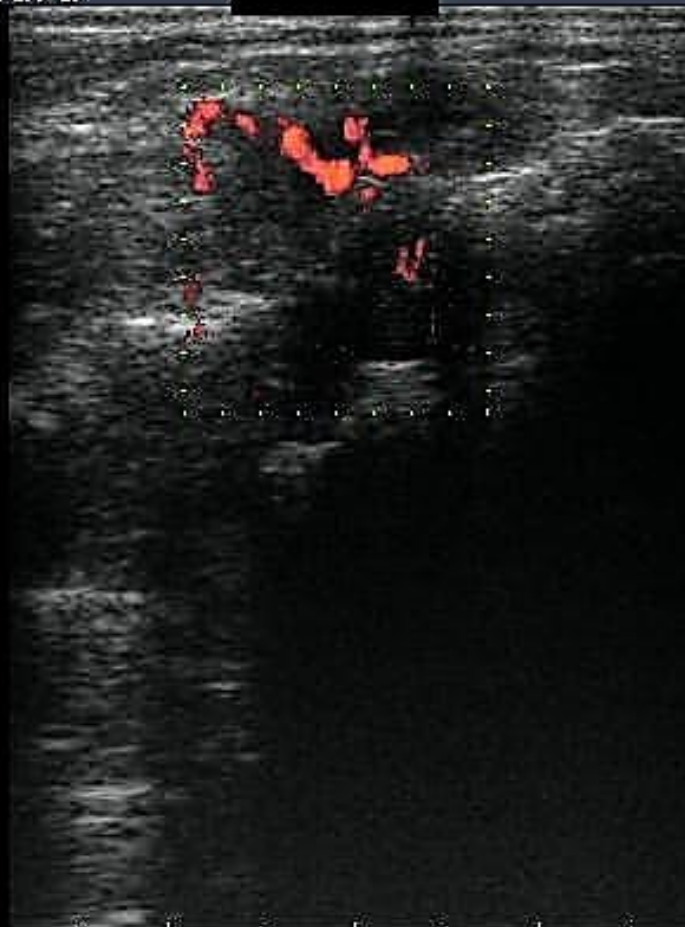
ALOKA Spital Universitar
C.F. Timisoara

: Y

29-SEP-10
:M 08:29:47



F22



113/114
9Hz

5.0 R05 G68 C6 A4

9:Small Part

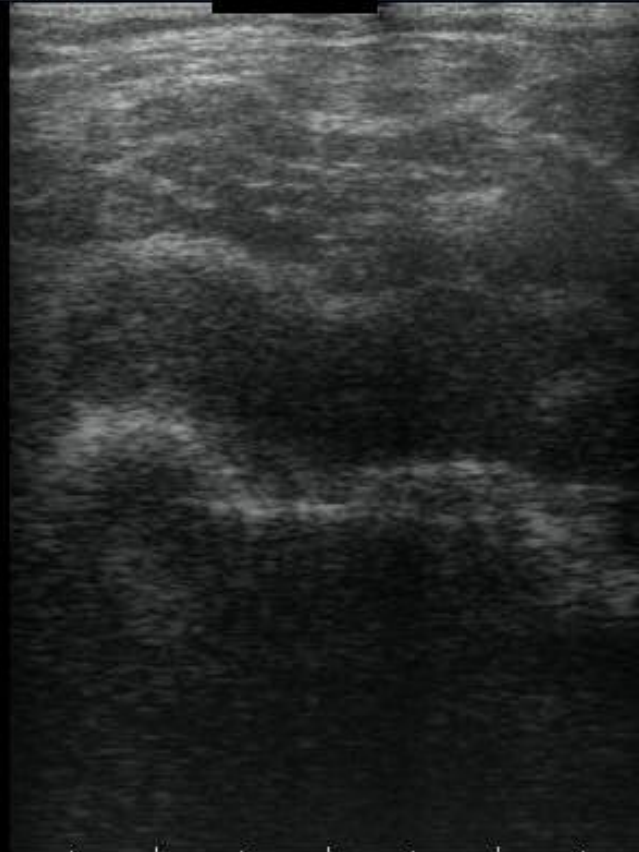
DVA:100%

Poliartrită reumatoidă; articulație radiocarpiană
(distrucții osoase, proliferare sinovială cu semnal Doppler)

ALOKA Spital Universitar
C.F. Timisoara

: Y 14-SEP-10
: M 13:53:28

255/256
34Hz



10.0R05 G68 C6 A4

9: Small Part

DVA: 100%

Poliartrită reumatoidă; sinovita cotului

ALOKA Spital Universitar
C.F. Timisoara

: Y 14-SEP-10
: M 13:58:59

255/256
34Hz

1Dist: 20.8mm
+Dist: 34.3mm

10.0R05 G68 C6 A4

9:Small Part

DVA:100%

Poliartrită reumatoidă; chist Baker

ALOKA Spital Universitar
C.F. Timisoara

: Y

13-SEP-10
: M 13:13:03

255/256
34Hz



10. DR05 G63 C6 A4

9: Small Part

DVA: 100%

Poliartrită reumatoidă; reces suprapatelar:
colecție lichidiană înconjurată de sinovită

- rezonanță magnetică nucleară
 - oferă detalii structurale ale articulațiilor afectate
 - monitorizarea articulară în cursul terapiei remisive
- biopsie sinovială
 - utilizată doar în formele mono- sau oligoarticulare

DIAGNOSTIC POZITIV

- criterii (ACR, 1987)

- redoare matinală cu durată de minim o oră, având o evoluție de cel puțin 6 săptămâni
- tumefiere de cel puțin 6 săptămâni a minim 3 articulații
- tumefiere de cel puțin 6 săptămâni a carpului, articulațiilor metacarpofalangiene sau interfalangiene proximale
- tumefiere articulară simetrică
- modificări radiologice tipice pentru poliartrita reumatoidă (osteoporoză, eroziuni)
- prezența nodulilor reumatoizi
- prezența factorului reumatoid printr-o metodă a cărei sensibilitate dă o pozitivitate sub 5% la loturi martor

Diagnosticul pozitiv este stabilit în prezența a 4 criterii din cele 7 enumerate.

Criteriile de clasificare a poliartritei reumatoide (ACR/EULAR, 2010)

Parametru	Scor
A. Afectare articulară <ul style="list-style-type: none">- o articulație mare- 2-10 articulații mari- 1-3 articulații mici (cu sau fără afectarea articulațiilor mari)- 4-10 articulații mici (cu sau fără afectarea articulațiilor mari)- > 10 articulații (cel puțin o articulație mică)	<div>0</div> <div>1</div> <div>2</div> <div>3</div> <div>5</div>
B. Serologie (este necesar cel puțin un test) <ul style="list-style-type: none">- Factor reumatoid negativ și anticorpi antiptide ciclice citrulate negativi- Factor reumatoid slab pozitiv sau anticorpi antiptide ciclice citrulate slab pozitivi- Factor reumatoid intens pozitiv sau anticorpi antiptide ciclice citrulate intens pozitivi	<div>0</div> <div>2</div> <div>3</div>
C. Reactanți de fază acută (este necesar cel puțin un test) <ul style="list-style-type: none">- Proteină C reactivă normală sau VSH normal- Proteină C reactivă anormală sau VSH anormal	<div>0</div> <div>1</div>
D. Durata simptomelor <ul style="list-style-type: none">- < 6 săptămâni- ≥ 6 săptămâni	<div>0</div> <div>1</div>
<i>Pentru definirea poliartritei reumatoide este necesar ca suma scorurilor A-D ≥ 6</i>	

DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL

- spondilartropatii
- artrite microcristaline
- boală Still a adultului
- fibromialgie
- sindrom de sevraj cortizonic
- artrite asociate infecțiilor
 - HIV/SIDA
 - virus hepatitic C
 - virus hepatitic B
 - parvovirus B19
 - virus rubeolic
 - boală Lyme
- boală artrozică

- boală Parkinson
- polimialgie reumatică/arterită giganto-celulară
- boli de colagen-vasculare
- sarcoidoză
- reumatism articular acut
- artrite paraneoplazice

CLASIFICAREA ANATOMICĂ A POLI-ARTRITEI REUMATOIDE

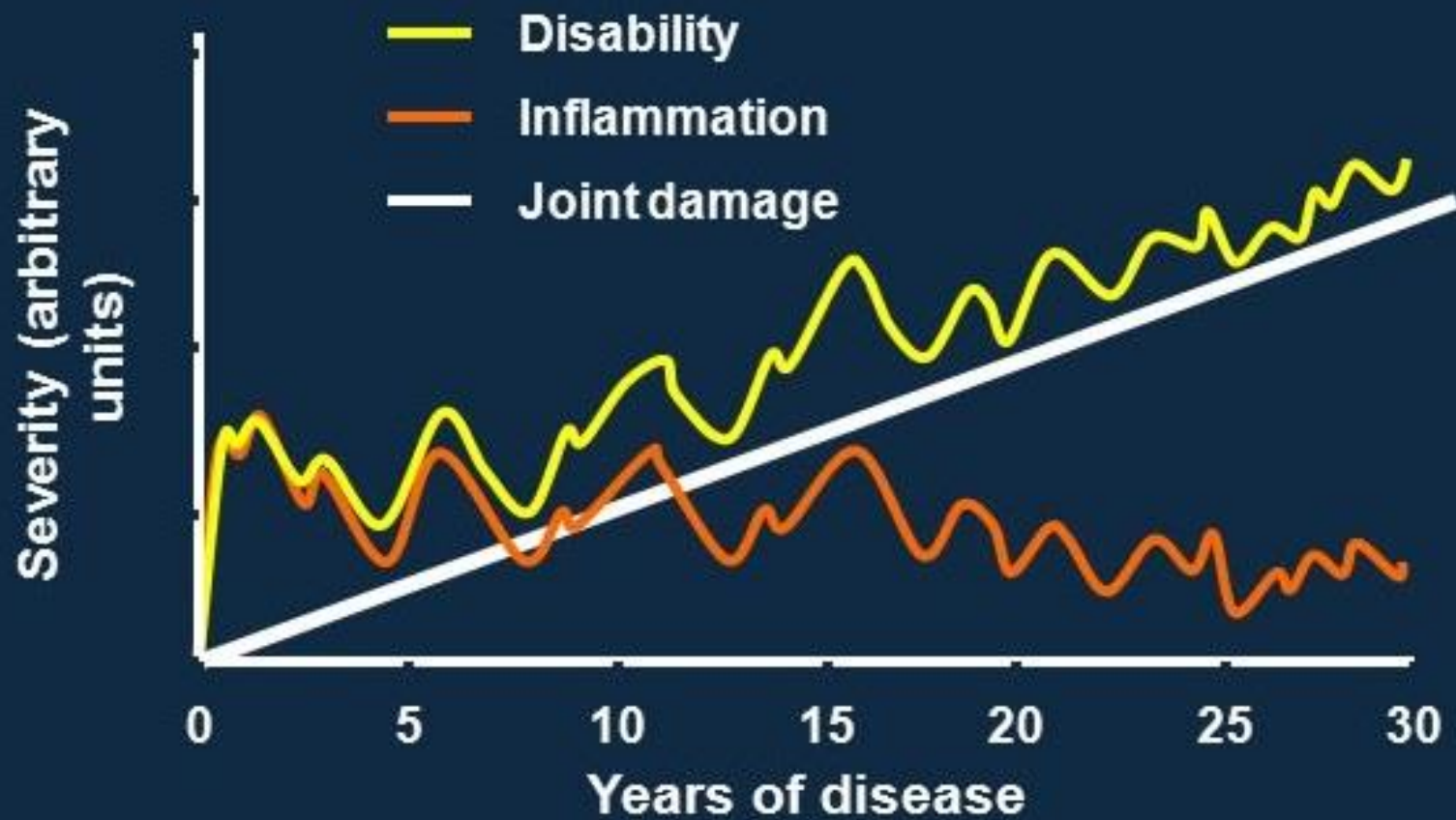
Stadiul I	- absență radiografică a eroziunilor, dar posibilă prezență a osteoporozei
Stadiul II	<ul style="list-style-type: none">- osteoporoză vizibilă radiografic, posibilă deteriorare ușoară a cartilajului- deformări articulare absente- atrofie a musculaturii adiacente articulațiilor- prezență facultativă a leziunilor extraarticulare, ca noduli și tenosinovite
Stadiul III	<ul style="list-style-type: none">- osteoporoză, distrucții osoase și cartilaginoase vizibile radiografic- deformare articulară cu subluxații, deviere ulnară sau hiperextensie, dar fără fibroză sau anchiloză osoasă- atrofie musculară extinsă, marcată- prezența nodulilor și tenosinovitelor
Stadiul IV	<ul style="list-style-type: none">- criteriile stadiului III- fibroză și anchiloză articulară

CLASIFICAREA CLINICO-FUNCȚIONALĂ A POLIARTRITEI REUMATOIDE

Clasa I	- capacitate nealterată pentru efectuarea tuturor activităților zilnice
Clasa II	- activitățile zilnice pot fi efectuate, dar cu durere și diminuarea mobilității articulare
Clasa III	- capacitate de autoîngrijire păstrată
Clasa IV	- incapacitate de autoîngrijire, bolnavul fiind imobilizat la pat sau în scaunul cu roțile

EVOLUȚIE, PROGNOSTIC

- dependente de
 - precocitatea diagnosticului
 - apariția manifestărilor extraarticulare
 - răspunsul la tratament



- factori de prognostic nefavorabil

- vârstă tânără la debut (sub 45 ani)
- titru înalt de factor reumatoid și/sau anti-CCP (de peste 10 ori limita normalului)
- titru înalt al reactanților de fază acută (proteina C reactivă > 5 ori limita superioară a normalului sau VSH > 50 mm/h)
- număr crescut de articulații afectate (peste 5 articulații)
- eroziuni osoase
- status funcțional alterat (apreciat prin HAQ > 1,5)
- manifestări extraarticulare

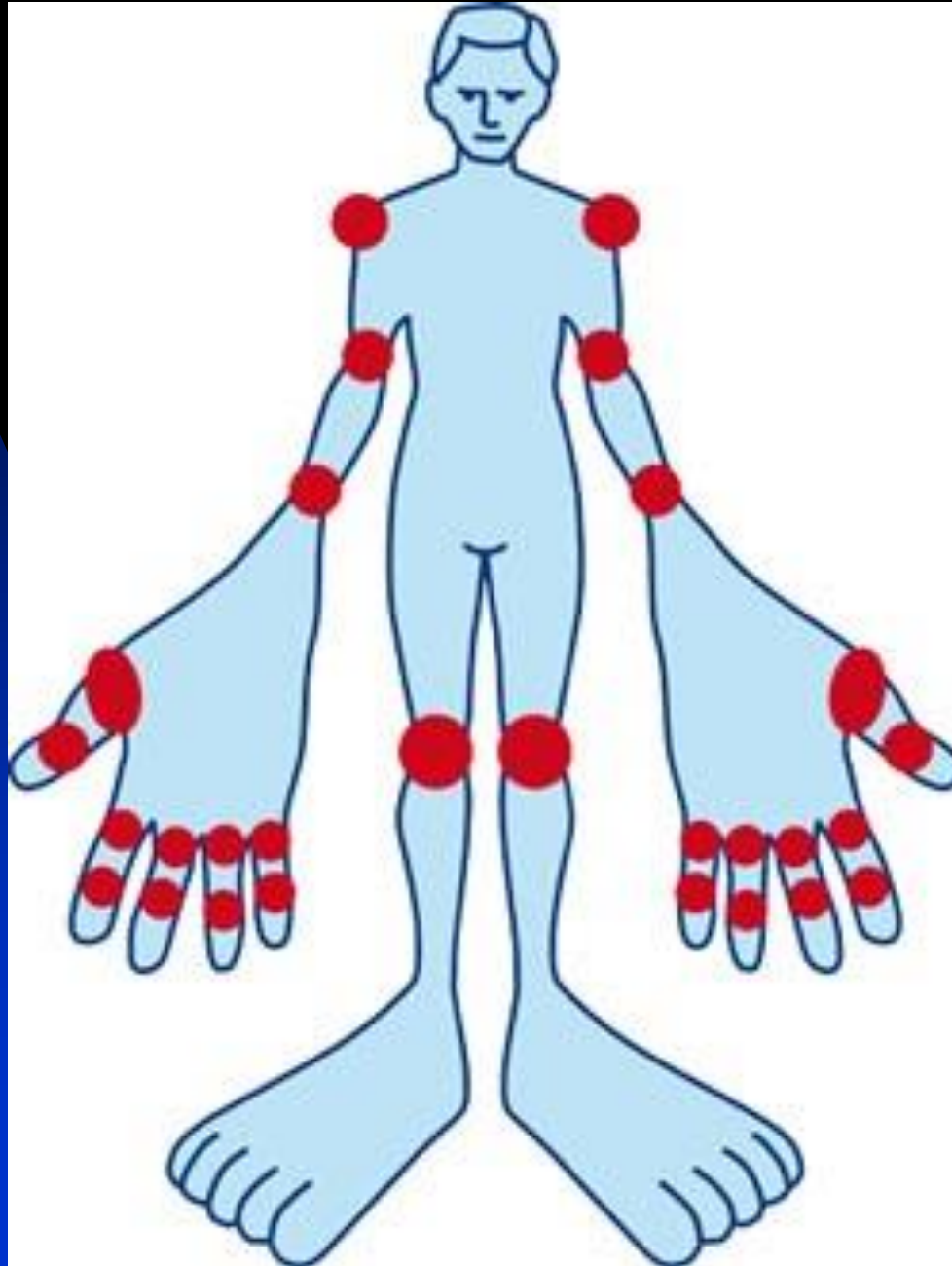
COMPLICAȚII

- distrucții articulare
- osteoporoză
- amiloidoză secundară
- infecții
- insuficiență respiratorie
- ateroscleroză accelerată
- secundare terapiei

EVALUARE

- DAS (Disease Activity Score) 28 sau 44
- SDAI (Simplified Disease Activity Index)
- CDAI (Clinical Disease Activity Index)
- HAQ (Stanford Health Assessment Questionnaire)
- MHAQ (Modified Health Assessment Questionnaire)

DAS 28



APRECIEREA GRADULUI DE ACTIVITATE ȘI A RĂSPUNSULUI TERAPEUTIC

- grad de activitate

 - înaltă: $\text{DAS28} > 5,1$

 - moderată: $\text{DAS28 } 3,2-5,1$

 - scăzută: $\text{DAS28} < 3,1$

 - remisiune: $\text{DAS28} < 2,6$

- răspuns terapeutic:

 - bun: reducere $\text{DAS28} > 1,2$

 - moderat: reducere $\text{DAS28 } 0,6-1,2$

 - lipsă de răspuns: reducere $\text{DAS28} < 0,6$

TRATAMENT

1. Tratement medicamentos

- SMARDs (symptom modifying antirheumatic drugs)
- DMARDs (disease-modifying antirheumatic drugs)

2. Tratement chirurgical

3. Tratement balneo-fizical

1. Tratament medicamentos

- SMARDs (symptom modifying antirheumatic drugs)
 - controlează semnele și simptomele bolii
 - ameliorează sindromul inflamator
 - nu influențează rata de progresiune a distrucțiilor osteo-articulare
 - nu influențează evoluția pe termen lung a bolii
 - efecte adverse !
 - se asociază DMARDs
 - clase: AINS, corticoizii (intraarticular, oral, parenteral: puls-terapie, minipuls-terapie)

- DMARDs (disease-modifying antirheumatic drugs)

- influențează pe termen lung evoluția bolii
- împiedicarea progresiunii leziunilor osteo-articulare
- preservarea funcției articulare
- efectul se instalează lent !
- efecte adverse !
- monitorizare strictă !

■ clase:

methotrexat

leflunomid

sulfasalazină

hidroxiclorochina

ciclosporina A

azatioprina

ciclofosfamida

sărurile de aur

■ singure sau în asociere (bi-/tri-)

- Terapia biologică

- indicații
- contraindicații
- monitorizare

2. Tratament chirurgical

- sinoviorteză (chimică sau izotopică)
- sinovectomie (artroscopică sau clasică)
- chirurgie ortopedică (protezare articulară, în principal la șold și genunchi)

3. Tratament balneo-fizical, recuperare și reeducare funcțională

- doar în perioadele de remisiune
- kinetoterapie
- hidroterapie
- masaj
- orteze

Nursing

- repaus la pat (perioadele cu activitate ridicată)
- mobilizare (pentru evitarea decon condiționării fizice)
- administrarea medicației (efecte terapeutice, efecte adverse)
- evitarea pozițiilor vicioase

mâna: 35° flexie dorsală a pumnului, cu moderată înclinație radială și ușoară supinație

MCF, IFP: flexie 30°

cot: flexie de 70-80°, cu discretă supinație a antebrățului

umăr: ușoară abducție, anteflexie, discretă rotație internă

șold: ușoară flexie

genunchi: extensie

picioar: unghi drept pe gambă



SPONDILARTRITE

Spondilartritele reprezintă un grup de boli caracterizate prin afectarea articulațiilor sacroiliace, a celor periferice, precum și prin absența factorului reumatoid.

- Spondilită anchilozantă
- Spondilatrta axială non-radiografică
- Artrită reactivă
- Artrită psoriazică
- Artrite asociate bolilor inflamatorii intestinale
- Spondilartrită juvenilă

Caractere generale ale spondilartritelor

- factor reumatoid absent
- noduli subcutanați absenți
- artrite periferice (predominant asimetrice, cu localizare la nivelul membrelor inferioare)
- afectare a articulațiilor sacroiliace (clinic, imagistic)
- afectare a coloanei vertebrale (clinic, imagistic)
- entezopatii
- afectare tegumentară, mucoasă, intestinală, oculară, cardiacă, pulmonară
- agregare familială semnificativă
- asociere cu HLA-B27

ASAS Classification Criteria for Axial Spondyloarthritis (SpA)

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

Sacroiliitis on imaging
AND
 ≥ 1 SpA feature

OR

HLA-B27 positive
AND
 ≥ 2 other SpA features

SpA features

- inflammatory back pain
- arthritis
- enthesitis (heel)
- uveitis
- dactylitis
- psoriasis
- Crohn's / colitis
- good response to NSAIDs
- family history of SpA
- HLA-B27
- elevated CRP

Sacroiliitis on imaging

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

Sensitivity 82.9% Specificity 84.4%

ASAS Classification Criteria for Peripheral Spondyloarthritis (SpA)

Peripheral Arthritis and/or Enthesitis and/or Dactylitis
PLUS

≥ 1 SpA feature

- Uveitis
- Psoriasis
- Crohn's / colitis
- Preceding infection
- HLA-B27
- Sacroiliitis on imaging

OR

≥ 2 other SpA features

- Arthritis
- Enthesitis
- Dactylitis
- Inflammatory Back Pain (ever)
- Family history of SpA

Sensitivity 77.8%

Specificity 82.2%

Spondilita anchilozantă este afecțiunea cronică inflamatorie a scheletului axial, dar și a articulațiilor periferice, având o evoluție progresivă spre anchiloză, caracteristica majoră a bolii fiind afectarea precoce a articulațiilor sacroiliace.



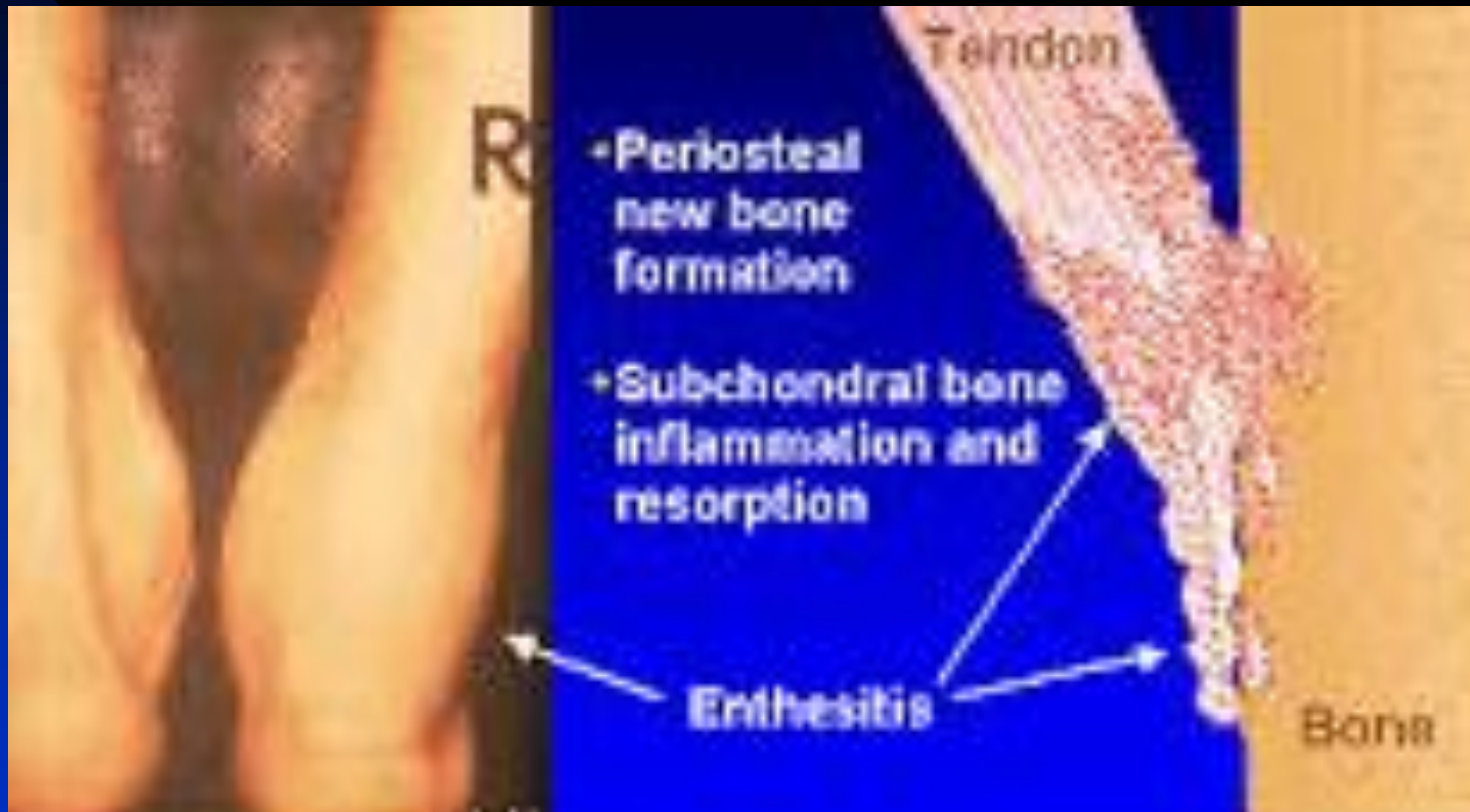
EPIDEMIOLOGIE

- prevalență de aproximativ 0,5-2% (prevalență ridicată la rasa albă)
- prevalența spondilitei anchilozante se corelează cu prevalența HLA-B27
- predominanță masculină (B/F 3/1)
- „boală a bărbatului tânăr” (20-40 ani)

ETIOLOGIE

- factori genetici
 - HLA-B27
 - HLA-B60 la caucazienii HLA-B27 +
 - gena interleukinei IL1, respectiv a IL23R, ERAP1
- factori de mediu
 - infecții cu *klebsiella pneumoniae*

ANATOMIE PATOLOGICĂ



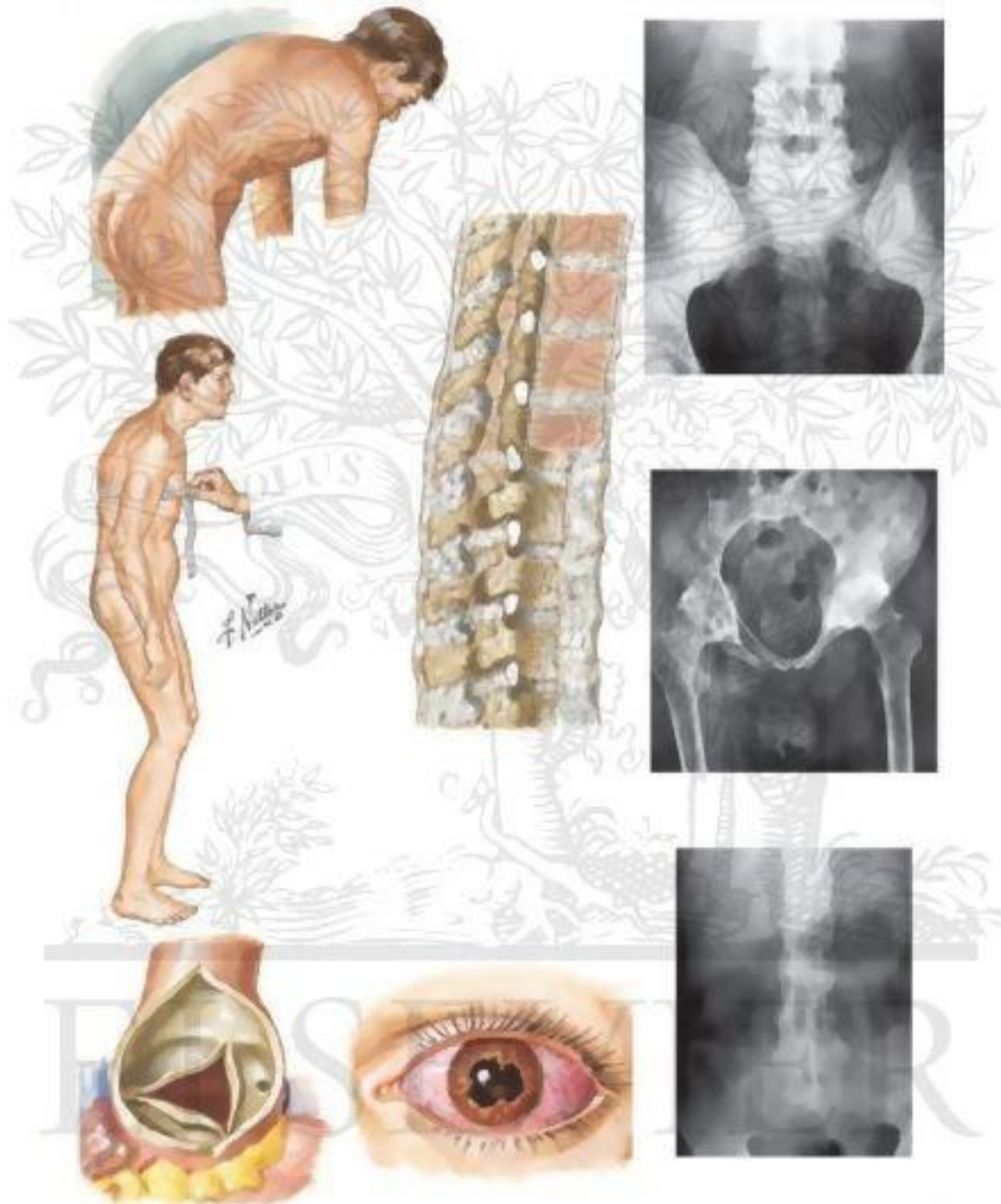
TABLOU CLINIC

- debut
 - de tip central (dureri lombosacrate)
 - de tip periferic (afectarea articulațiilor periferice)
 - de tip mixt
- durere lombosacrată
- durere toracică, mai intensă nocturn, accentuată de tuse și inspir profund, cu iradiere pe traiectul nervilor intercostali
- limitare a amplitudinii mișcărilor respiratorii
- durere, redoare cervicală

- dureri la nivelul articulațiilor mari ale membrelor inferioare
- dureri la nivelul
 - joncțiunii costosternale
 - crestei iliace
 - proceselor spinoase
 - marelui trohanter
 - tuberculilor tibiali
 - călcâiului (talalgii, consecința tendinitei achiliene sau fasciitei plantare)
- manifestări generale
 - subfebrilități
 - anorexie
 - scădere ponderală
 - transpirații nocturne

Examen clinic

- sensibilitate la nivelul articulațiilor sacroiliace
- sensibilitate la percuția apofizelor spinose
- contractura musculaturii paravertebrale
- limitare a anteflexiei coloanei lombare
- limitare a flexiei laterale a coloanei lombare
- ștergere a lordozei lombare
- cifoză toracală (în jumătatea superioară a coloanei toracale)
- diminuare a expansiunii cutiei toracice (< 5 cm), cu respirație de tip abdominal
- abdomen protuberant
- limitare a mobilității coloanei cervicale (flexie anterioară)
- „poziția schiorului”









MANIFESTĂRI EXTRA-ARTICULARE

- afectare oculară
 - uveită acută anterioară unilaterală
 - mai frecventă la pacienții HLA-B27
 - apare la 25-30% dintre pacienți
 - atacurile de uveită pot alterna la cei doi ochi
 - durată: 4-8 săptămâni

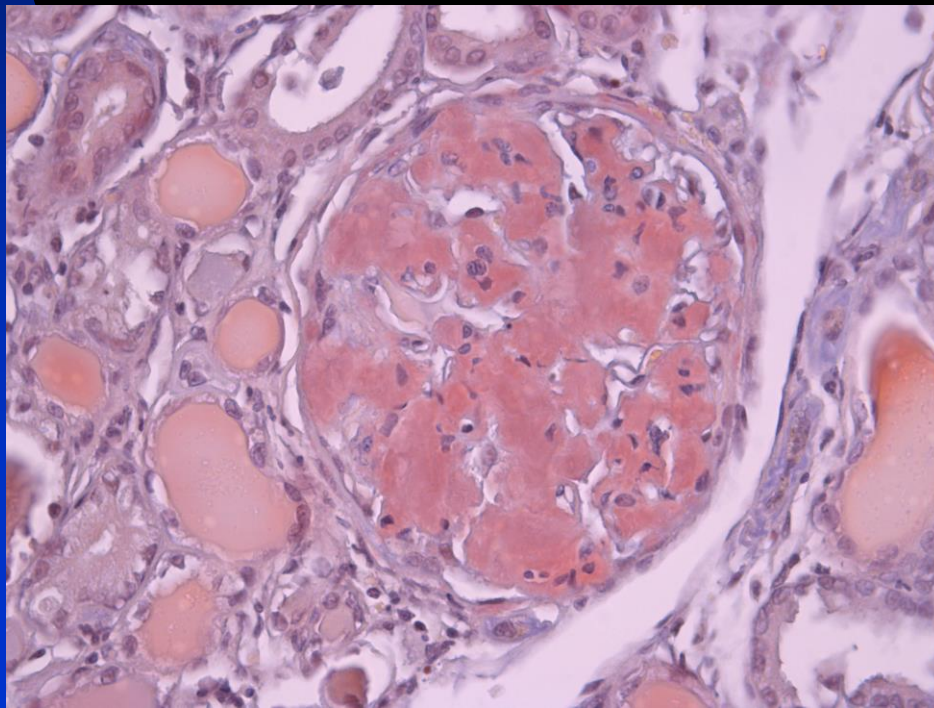
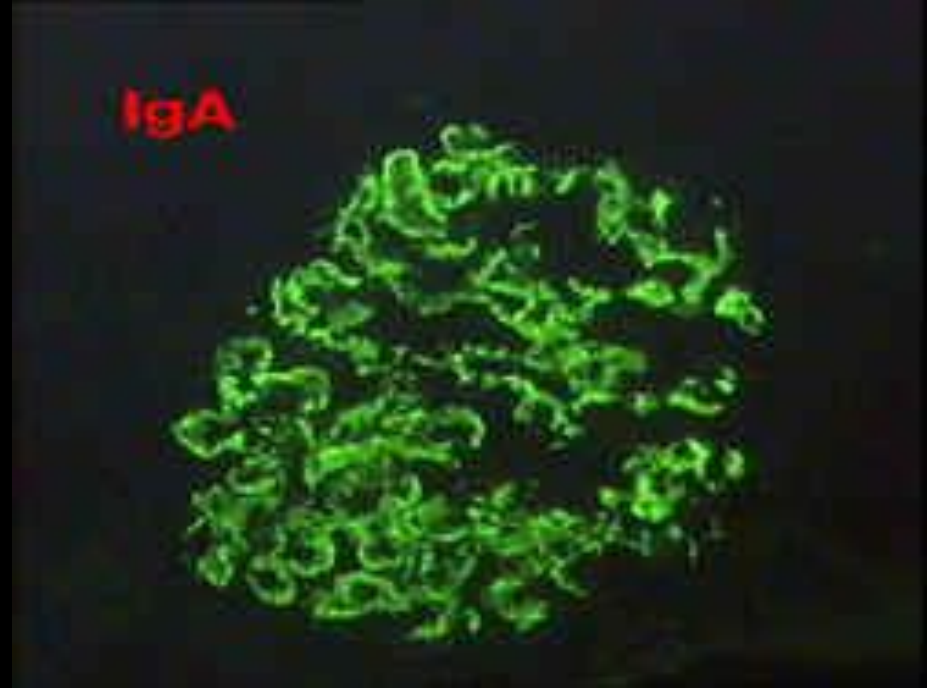
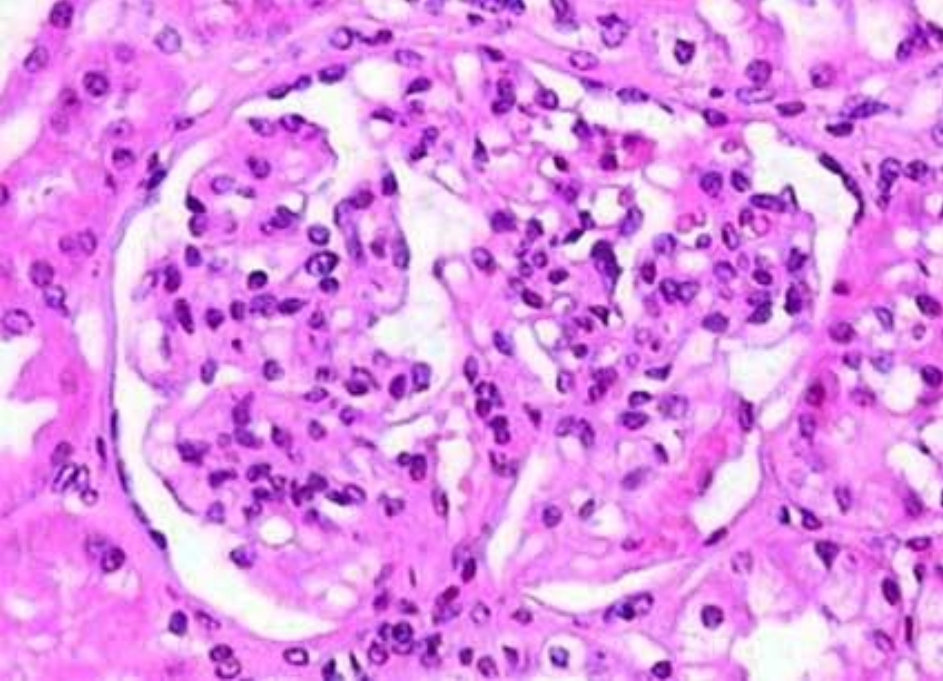


- afectare cardiovasculară

- silențioasă *sau* clinic manifestă
- în special în formele periferice de spondilită anchilozantă
- aortită cu insuficiență aortică
- tulburări de conducere atrio-ventriculare
- pericardită (rareori)

- afectare renală

- nefropatie glomerulară cu depozite mezangiale de IgA
- amiloidoză renală



- afectare pulmonară
 - apariție tardivă în evoluția spondilitei anchilozante
 - fibroză pulmonară lent progresivă (în special în lobii superiori)
 - chiste pulmonare
 - afectare neurologică
 - sindrom de coadă de cal
 - subluxații la nivelul coloanei vertebrale
 - afectare osoasă
 - osteopenie
 - fracturi osteoporotice simptomatice
 - densitate osoasă !
- la nivelul coloanei vertebrale, rezultatele sunt fals crescute
(prin prezența sindesmofitelor)

EXPLORĂRI PARACLINICE

- Hemoleucogramă
 - anemie
 - leucocite: normale, crescute
- Sindrom biologic inflamator (lipsa corelației cu activitatea bolii)
 - VSH crescut
 - proteină C reactivă crescută
 - fibrinogen crescut
 - α 2-globuline crescute

- anomalii imunologice
 - HLA-B27 (prezent la 90% dintre pacienți)
 - IgA crescută
- explorări biochimice
 - FAL crescută

- examen radiologic

Articulații sacroiliace

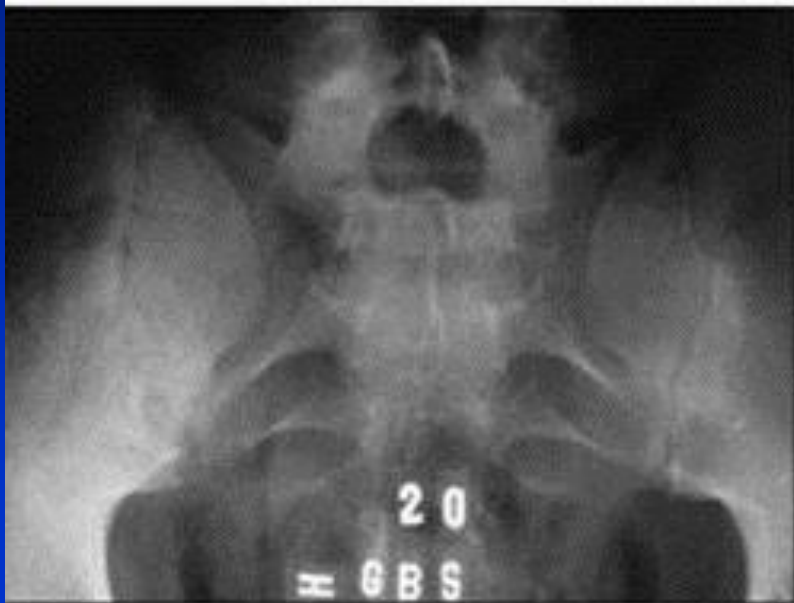
- grad 0: aspect normal
- grad I: aspect încețoșat al articulației
- grad II: pseudolărgirea spațiului articular (prin eroziunile subcondrale de pe ambele versante ale articulației)
- grad III: scleroză periarticulară (osteocondensare), cu reducerea spațiului articular („margine de timbru poștal”)
- grad IV: anchiloză articulară, cu fuziune și dispariția spațiului articular)



0



I



III



IV

- examen radiologic

Coloană vertebrală

- aspect pătrat al vertebrelor (profil)
- sindesmofite
- rectitudine a coloanei lombare
- tardiv: „coloană de bambus” (prin sindesmofite, anchi-loză osoasă a articulațiilor interapofizare, calcificare a ligamen-telor interspinoase)





- examen radiologic

Alte modificări radiologice

- eroziuni la nivelul simfizei pubiene
- spiculi osoși la nivelul calcaneului, crestei iliace, ramurii ischiopubiene, marelui trohanter (entezită)

Articulații periferice

- îngustare a spațiului articular
- scleroză subcondrală
- osteofite marginale
- anchiloză osoasă (tardiv)

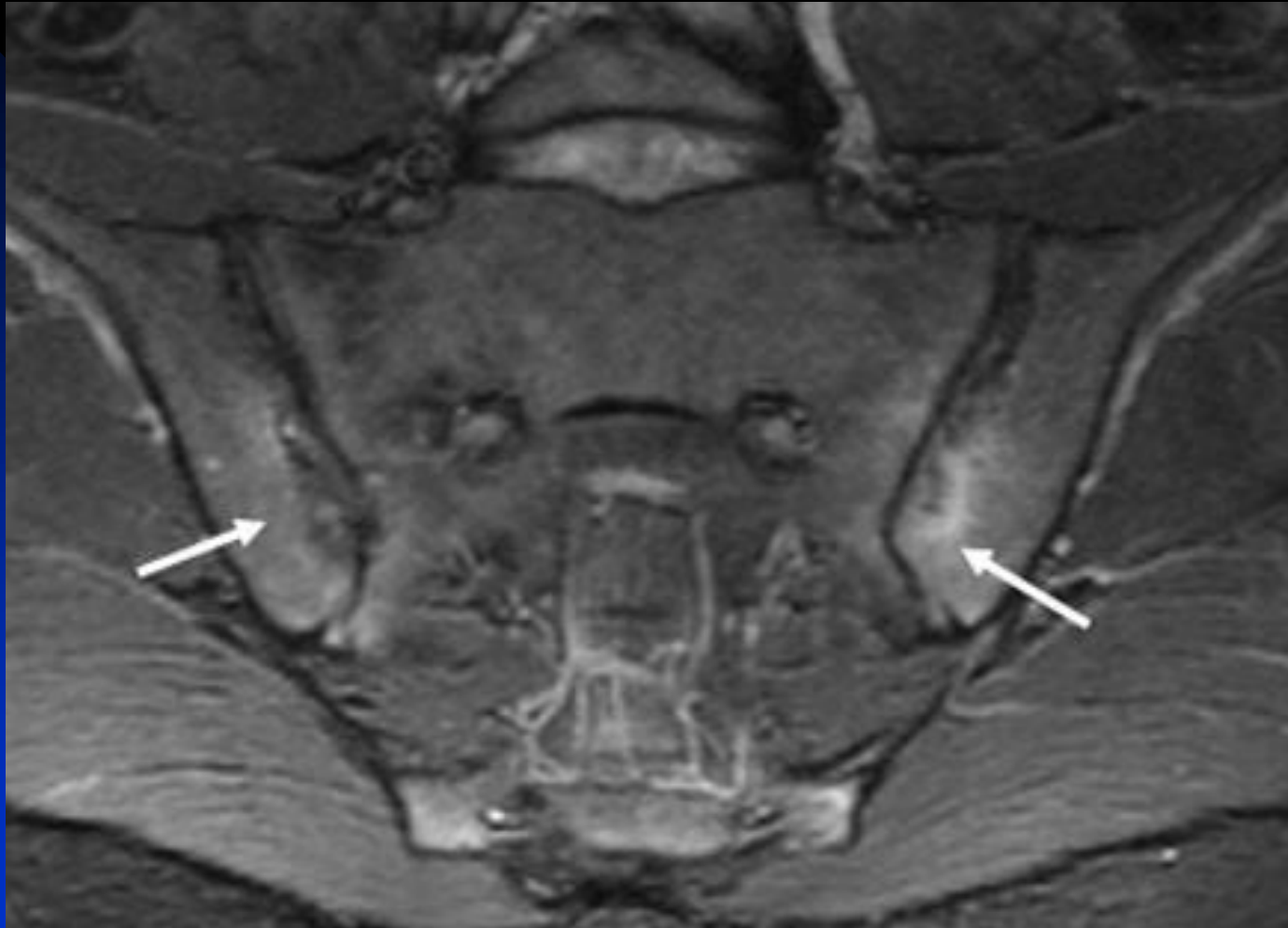




- ultrasonografie osteo-articulară



- scintigrafie osteoarticulară cu Tc99
 - diagnosticarea sacroileitei unilaterale
- alte investigații imagistice (pentru diagnosticul precoce al sacroileitei)
 - rezonanță magnetică nucleară
 - tomografie computerizată
- densitometrie osoasă
 - osteoporoză



DIAGNOSTIC POZITIV

- criterii clinice:

- durere lombară joasă și redoare de peste 3 luni, ce se ameliorează prin exerciții și nu dispare în repaus
- limitare a mișcărilor coloanei lombare în plan sagital și frontal
- limitare a expansiunii cutiei toracice, față de valorile normale corectate

- criterii radiologice:

- sacroileită bilaterală, gradul II-IV
- sacroileită unilaterală, gradul III-IV

Spondilita anchilozantă este diagnosticată în prezența sacroileitei (diagnostic radiologic), asociată cu cel puțin un criteriu clinic

DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL

- hernie de disc
- spondiloză hiperostozantă
- boală Scheuerman
- boală Paget
- ileită condensantă
- sacroileită septică
- neoplazii
- poliartrită reumatoidă seronegativă

EVOLUȚIE, PROGNOSTIC

- prelungită, ondulantă, cu exacerbari și remisiuni, spre anchiloză și invaliditate
- rareori, evoluția este gravă, progresând spre anchiloză într-un interval scurt de timp
- factori de prognostic nefavorabil
 - afectare coxofemurală
 - irită
 - debut juvenil al afecțiunii
 - sindrom inflamator biologic persistent
 - limitare a mobilității coloanei lombare
 - oligoartrită
 - dactilită

Nonradiographic stage
(nonradiographic axSpA)

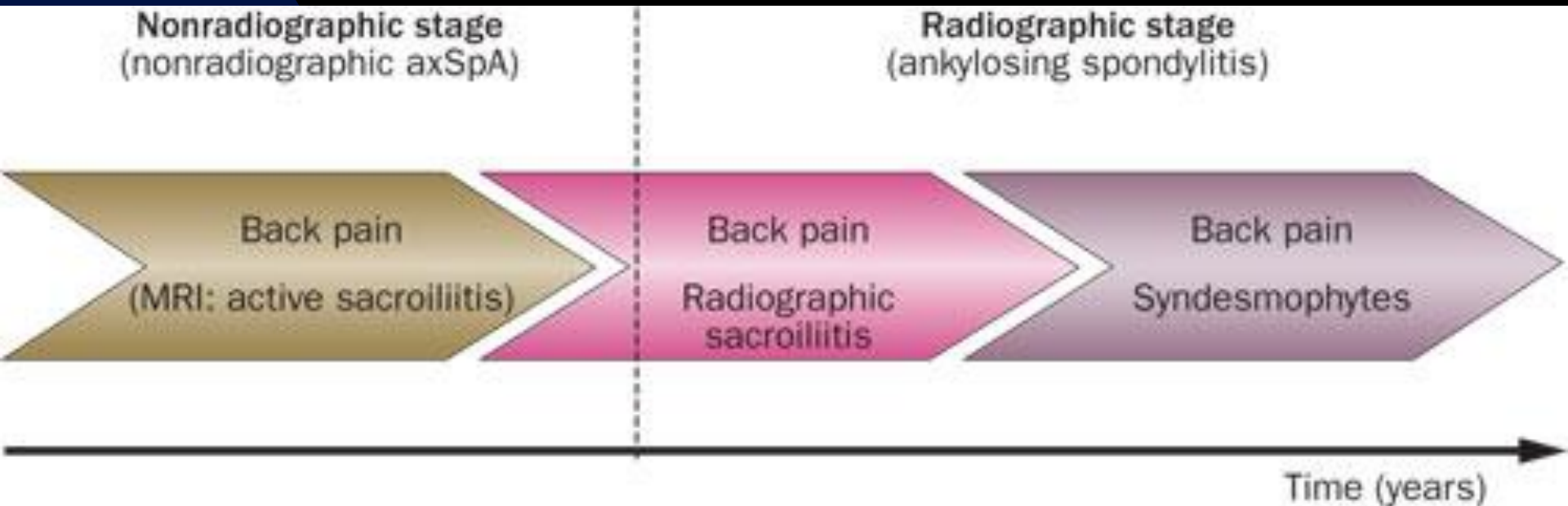
Radiographic stage
(ankylosing spondylitis)

Back pain
(MRI: active sacroiliitis)

Back pain
Radiographic
sacroiliitis

Back pain
Syndesmophytes

Time (years)



COMPLICAȚII

- amiloidoză renală
- tulburări de conducere atrio-ventriculare (bloc atrioventricular complet)
- insuficiență cardiacă
- infecții respiratorii
- insuficiență respiratorie
- fracturi ale coloanei vertebrale
- secundare terapiei

EVALUARE

- BASDAI

Please tick the box which represents your answer.
All questions refer to **last week**. (i.e. ☒ 1)

Fatigue

1. How would you describe the overall level of fatigue/tiredness you have experienced?

0 1 2 3 4 ☒ 6 7 8 9 10
none very severe

Spinal pain

2. How would you describe the overall level of AS neck, back or hip pain you have had?

0 1 2 3 4 5 ☒ 8 9 10
none very severe

Peripheral arthritis

3. How would you describe the overall level of pain/swelling in joints **other than** neck, back or hips you have had?

0 ☒ 2 3 4 5 6 7 8 9 10
none very severe

Enthesitis

4. How would you describe the overall level of discomfort you have had from any areas tender to touch or pressure?

0 1 ☒ 3 4 5 6 7 8 9 10
none very severe

Intensity of morning stiffness

5. How would you describe the overall level of morning stiffness you have had from the time you wake up?

0 1 2 3 4 5 6 ☒ 8 9 10
none very severe

Duration of morning stiffness

6. How long does your morning stiffness last from the time you wake up?

0 1 2 3 4 ☒ 6 7 8 9 10
0 hr 1 hr 2 or more hrs

Courtesy of Joachim S. Jørgensen

Bath AS Disease Activity Index (BASDAI)

On a Numeric Rating Scale of 0 to 10 where
0 = none &
10 = very severe

$$\text{Total of first 4 Q} = 5 + 7 + 1 + 2 = 15$$

$$\text{Mean of these 2 Qs} = (7 + 5) / 2 = 6$$

$$\text{BASDAI} = (15 + 6) / 5 \\ = 21 / 5 = 4.2$$

- ASDAS

Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS) II Calculation of the ASDAS

ASDAS_{CRP}

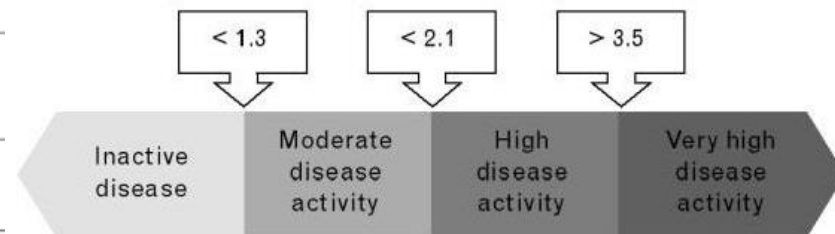
$$0.121 \times \text{Total Back Pain} + 0.110 \times \text{Patient Global} + 0.073 \times \text{Peripheral Pain/Swelling} + 0.058 \times \text{Duration of Morning Stiffness} + 0.579 \times \ln(\text{CRP}+1)$$

ASDAS_{ESR}

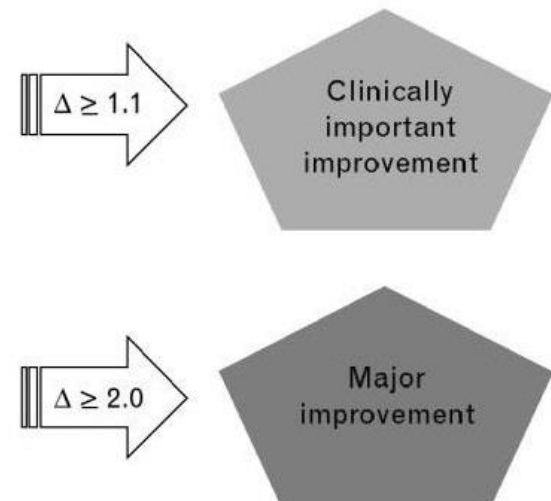
$$0.113 \times \text{Patient Global} + 0.293 \times \sqrt{\text{ESR}} + 0.086 \times \text{Peripheral Pain/Swelling} + 0.069 \times \text{Duration of Morning Stiffness} + 0.079 \times \text{Total back pain}$$

ASDAS_{CRP} is the preferred ASDAS but the ASDAS_{ESR} can be used in case CRP is not available. CRP in mg/l; all patient assessments on a 10 cm scale.

Cut-offs for disease activity states



Cut-offs for improvement scores (response levels)



TRATAMENT

1. Tratatament medicamentos
2. Tratatament chirurgical
3. Tratatament balneo-fizical

1. Tratament medicamentos

- antiinflamatoare nesteroidiene

- diminuarea inflamației
- ameliorarea durerii
- ameliorarea mobilității articulare
- clasice, COX2 selective

- corticoizi

- administrare locală: uveită anterioară, entezite, artrite periferice (prudență la administrare, existând riscul rupturilor tendinoase)

- administrare parenterală sub formă de pulsterapie: cazuri severe de boală

- DMARDs

- sulfasalazină: spondilită anchilozantă, formă periferică
- metotrexat: spondilită anchilozantă, formă periferică (a

2-a opțiune terapeutică după sulfasalazină)

- Terapia biologică

■ anti-TNF α :

infliximab

etanercept

adalimumab

golimumab

certolizumab

■ anti IL-17

secukinumab

2. Tratament chirurgical

- artroplastie totală de șold
- osteotomie de închidere/deschidere a coloanei
- artrodeză fixată
- decompresia chirurgicală a rădăcinilor nervoase la nivelul coloanei vertebrale

3. Tratament balneo-fizical, recuperare și reeducare funcțională

- doar în perioadele de remisiune
- kinetoterapie
- hidroterapie
- masaj

Nursing

- repaus la pat (perioadele cu activitate ridicată)
- mobilizare (pentru evitarea decon condiționării fizice)
- administrarea medicației (efecte terapeutice, efecte adverse)
- evitarea pozițiilor vicioase

repaus pe pat tare, fără pernă, cu un rulou sub zona lombară

gimnastică medicală

gimnastică respiratorie