



# Artrita Reactivă

# Spondiloartrita seronegativă. Definiție.

- Afectare articulară axială și/sau periferică
- Entezită
- Manifestări extraarticulare comune
- HLA B27
- Factor reumatoid, de regulă, absent

# Clasificarea Spondiloartropatiilor Seronegative

*(Adaptat după Dougados M, Hochberg MC, 2002)*

## **Subgrupe de boli:**

- Spondilita anchilozantă
- Artrita psoriazică
- Artrita reactivă
- Artrita din cadrul bolilor intestinale inflamatorii
- Spondiloartrita juvenilă
- Spondiloartrita nediferențiată

*La această clasificare se va adăuga gradul activității bolii și indicele alterării funcționale, calculate prin instrumente validate.*

## **Manifestări clinice**

### ***Manifestări reumatice:***

- Afectare axială
- Artrită periferică
- Entezită

### ***Manifestări extra-articulare:***

- Uveită anterioară acută
- Afectare cardiacă (bloc cardiac, insuficiență aortică)

### ***Fundal genetic:***

- Istoric familial
- Antigen HLA-B27

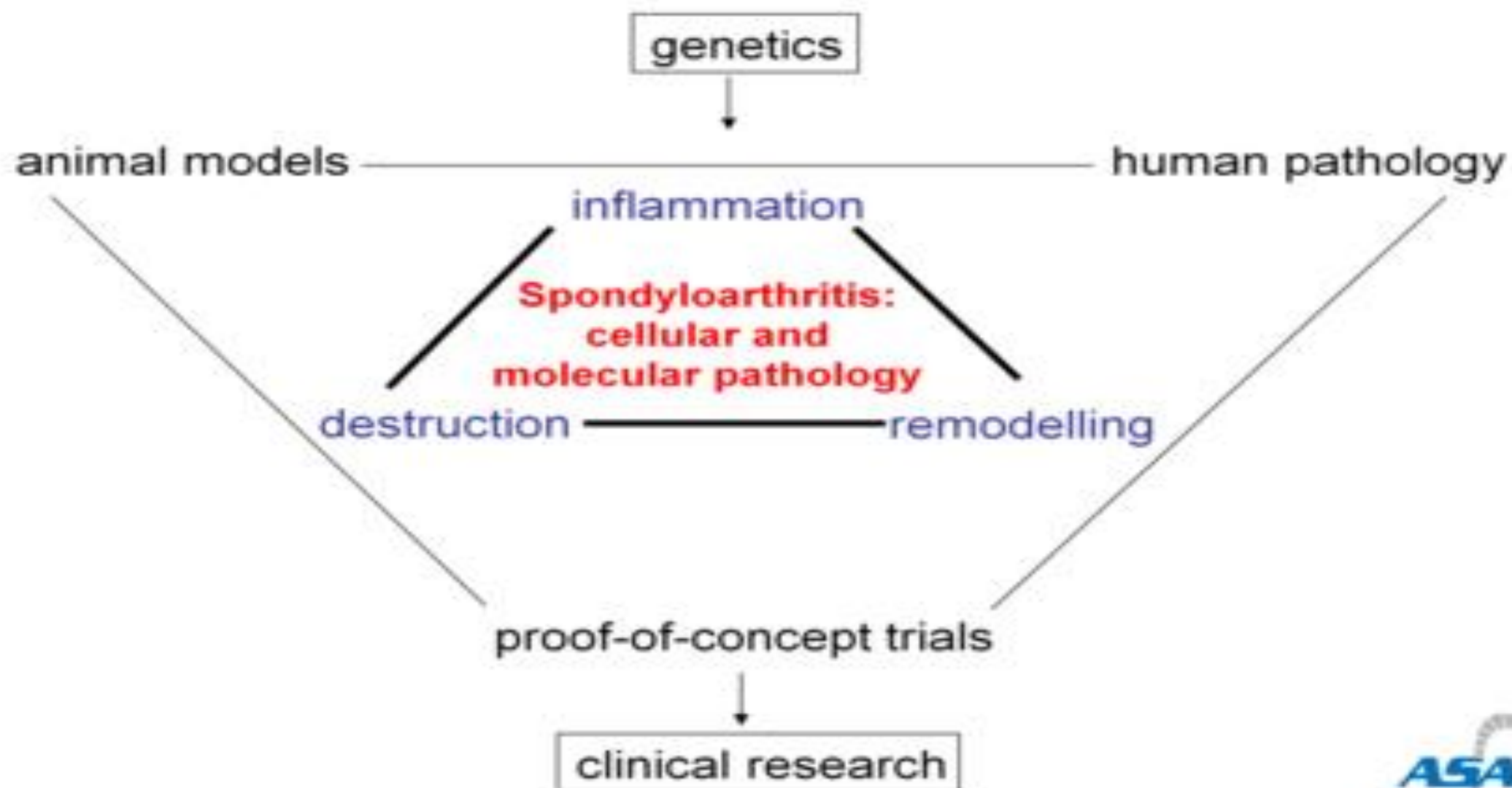
### ***Manifestări specifice:***

- Psoriazis
- Boala intestinală inflamatorie (boala Crohn, Colită Ulceroasă Nespecifică), etc.

# SpA

- Spondilartrita nediferențiată (SpAN)
- Spondilita anchilozantă (SA)
- Artrita reactivă (ARe)
- Artrita psoriazică (APs)
- Artrita din bolile inflamatorii intestinale
- Spondilita anchilozantă juvenilă

# Spondyloarthritis (SpA): Cellular and Molecular Pathology



# Definiția de lucru a durerii de spate de tip inflamator.

(Barkham și colab., 2004)

| Intrebarea                           | Răspunsul         | Punctajul |
|--------------------------------------|-------------------|-----------|
| Vârsta la debutul disconfortului     | >40               | 0         |
|                                      | <40               | 1         |
| Debutul                              | Insidios          | 1         |
|                                      | Neinsidios        | 0         |
| Persistența disconfortului (în luni) | <3                | 0         |
|                                      | >3                | 1         |
| Redoare vertebrală matinală asociată | Nu                | 0         |
|                                      | Da                | 1         |
| Răspunsul la exercițiul fizic        | Ameliorare        | 1         |
|                                      | Nici o ameliorare | 0         |

Scorul de 4 puncte sau mai multe implică o durere de spate de tip inflamator.

# Set criterii pentru durerea spinală inflamatorie

| <b>Criterii Calin pentru DSI (1997)</b>  | <b>Criterii Berlin pentru DSI (2005)</b>  | <b>Criterii ASAS a DSI mnemonic p/u criterii "iPAIN" (2009)</b>   |
|--|---|---|
| <p>Vârsta debut &lt; 40 ani</p> <p>Durata dureri lombare &gt;3 luni</p> <p>Debut insidios</p> <p>Redoare matinală</p> <p>Ameliorare la exerciții</p> | <p>Redoare matinală &gt;30 min</p> <p>Ameliorarea durerii spinale la exerciții, dar nu în repaus</p> <p>Durere nocturnă (trezire în jumătatea a doua nopții)</p> <p>Durere fesieră alternantă</p> | <p>Debut insidios</p> <p>Durere nocturnă (cu ameliorare după ridicarea din pat)</p> <p>Vârsta debut &lt; 40 ani</p> <p>Ameliorare la exerciții</p> <p>Lipsa ameliorării în repaus</p> |
| <p><i>Necesită prezența a 4 din 5 criterii</i></p>   | <p><i>Sensibilitate - 70%</i></p> <p><i>Specificitate - 81% dacă 2 din 4 criterii sunt prezente</i></p>   | <p><i>Sensibilitate - 77.0%</i></p> <p><i>Specificitate - 91.7% dacă 4 din 5 criterii sunt prezente</i></p>   |

# Criteria de clasificare a spondiloartropatiilor

(European Spondylarthropathy Study Group (ESSG), 1991)

**Durere inflamatorie spinală sau sinovită (asimetrică, preponderent MI)**

***Plus unu sau mai multe din următoarele:***

- Istoric familial: *rude de gr. I-II cu SA, psoriazis, irită acută, ARe sau BII.*
- Psoriazis în trecut sau prezent, diagnosticat de medic.
- Colită ulceroasă sau boala Crohn în trecut sau prezent, diagnosticat de medic și confirmată radiografic sau endoscopic.
- Durere fesieră alternantă în trecut sau prezent
- Durere spontană în trecut sau prezent ori sensibilitate la examen inserțiilor tendoanelor Achilles sau fasciei plantare
- **Episoade de diaree timp de o lună înainte debutului artritei**
- **Uretrită nongonococică sau cervicită o lună înainte debutului artritei**
- Sacroiliită bilaterală gr. 2–4 sau unilaterală gr. 3-4 [gradele 0: normal; 1: posibilă 2: minimală; 3: moderată; 4: fuzionare completă (anchiloză)]



# Criteria de clasificare a SpA Amor (1990)

| <b>Simptome clinice sau istoric anamnestic de:</b>  | <b>Punctaj</b> |
|---|----------------|
| Durere lombară sau dorsală nocturnă, sau redoare lombară ori dorsală matinală   | 1              |
| Oligoartrită asimetrică   | 2              |
| Durere fesieră  | 2              |
| Dactilită (degete "în cârnați" / „crenvurști")  | 2              |
| Durere în călcâie   | 2              |
| Irită   | 2              |
| Uretrită ori cervicită non-gonococică concomitent, sau o lună înaintea artritei   | 1              |
| Diaree acută concomitentă, sau o lună înaintea artritei   | 1              |
| Prezența sau istoric de psoriazis și/sau balanită și/sau BII (Colită ulceroasă, boala Crohn)  | 2              |
| <b>Simptome radiologice</b>   |                |
| Sacroiliită (grad >2 bilaterală, grad >3 unilaterală)   | 3              |
| <b>Teren Genetic</b>  |                |
| Prezența HLA-B27 și/sau istoric familial de SA, ARe, uveită, psoriazis sau BII  | 2              |
| <b>Răspuns la tratament</b>   |                |
| Ameliorare definită a acuzelor musculoskeletale după administrarea AINS în mai puțin de 48h sau reapariția lor peste 48h în caz de întrerupere a AINS | 2              |

*Pacientul este diagnosticat cu SpA în caz că suma punctajului este 6 sau mai mare.*

# Artrita reactivă

Artrita reactivă (ARe) este o boală sistemică indusă de infecție caracterizată prin inflamație aseptică articulară la un pacient cu predispoziție genetică cu infecție bacteriană localizată într-un organ/sistem la distanță.

# Definiție

- Artrita reactivă aparține familiei spondiloartritelor seronegative, care împart manifestări clinice precum durere spinală inflamatorie, oligoartrită și simptome extraarticulare.
- Boala a fost definită pentru că se dezvoltă la scurt timp după sau în timpul unei infecții oriunde în organism, dar care nu pătrunde în articulație în formă de microorganism viabil.
- Ulterior prezența antigenelor bacteriene, dar și microbilor în replicare a fost depistate în articulații, cu toate că culturile sinoviale au fost negative

# Artrita reactivă

- Sindromul Reiter un sinonim mai vechi a denumirii bolii, folosit mai des în publicațiile americane.
  - Hans Reiter, medic german - 1916
  - Simptome de artrită, conjunctivită, uretrită non-gonococică urmând crizele de dizenterie hemoragică
  - >75% pozitivi cu HLA B27
  - În 1999 la al 4-lea atelier de lucru în ARe s-a propus de utilizat termenul de ARe numai în cazurile cu tablou clinic și infecții asociate cu prezența HLA B27 și spondiloartrită.

# Infecții asociate cu ARe

## Bacterii enterale:

Salmonella (variate)

Shigella

*S. Flexneri*

*S. Dysenteriae*

*S. Sonnei*

Yersinia

*Y. Enterocolitica* (0:3 și 0:9)

*Y. Pseudotuberculosis*

Campylobacter

*C. Jejuni*

*C. Coli*

*Clostridium difficile*

*Esherichia coli* 0157

Lymphogranuloma venereum (L2 serotip)

Cyclospora

## Infecții urogenitale:

*Chlamydia trachomatis*

*Mycoplasma genitalium*\*

*Ureaplasma urealiticum*\*

## Bacterii cauzale ale

## infecțiilor tractului

## respirator superior:

*Streptococ hemolitic grupa A*†

*Chlamydia pneumoniae*

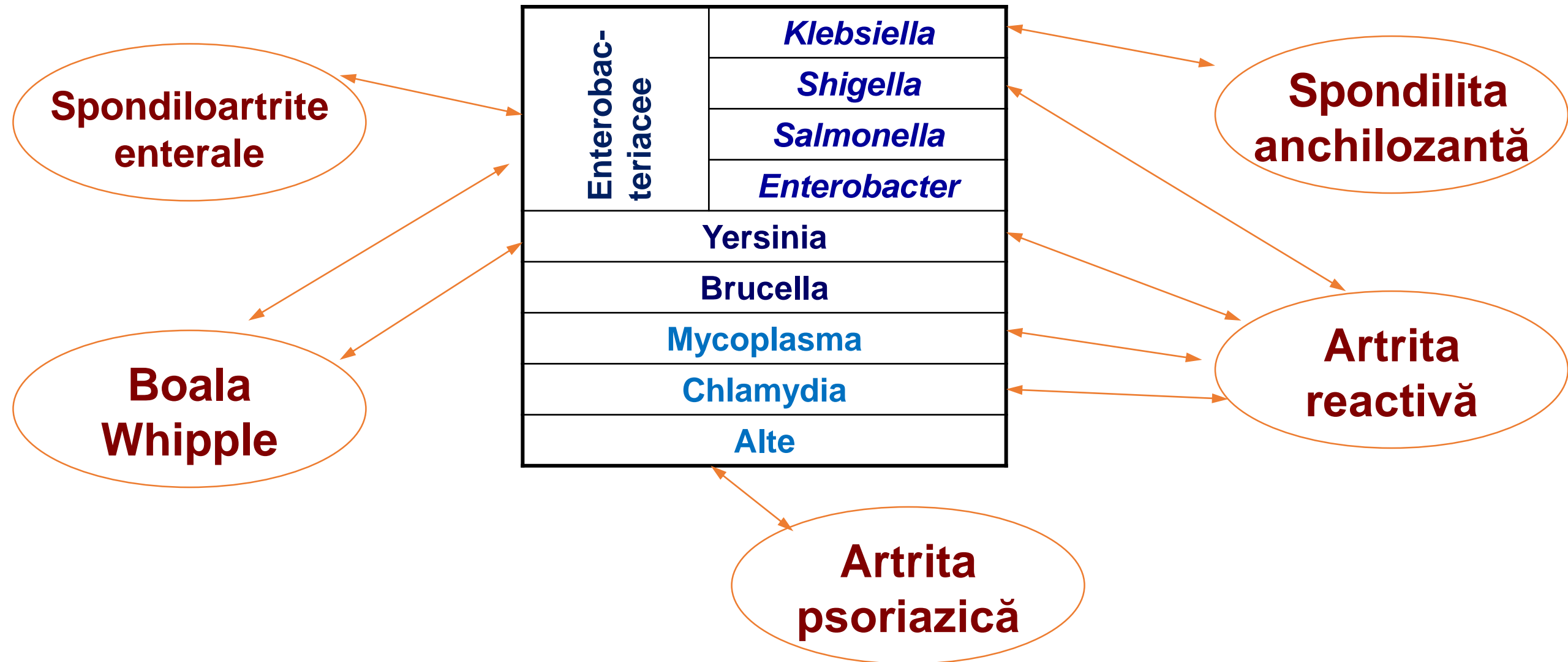
\*Cauzează uretrită, dar incertă cauză de ARe

†Cauza FRA, dar și ARe

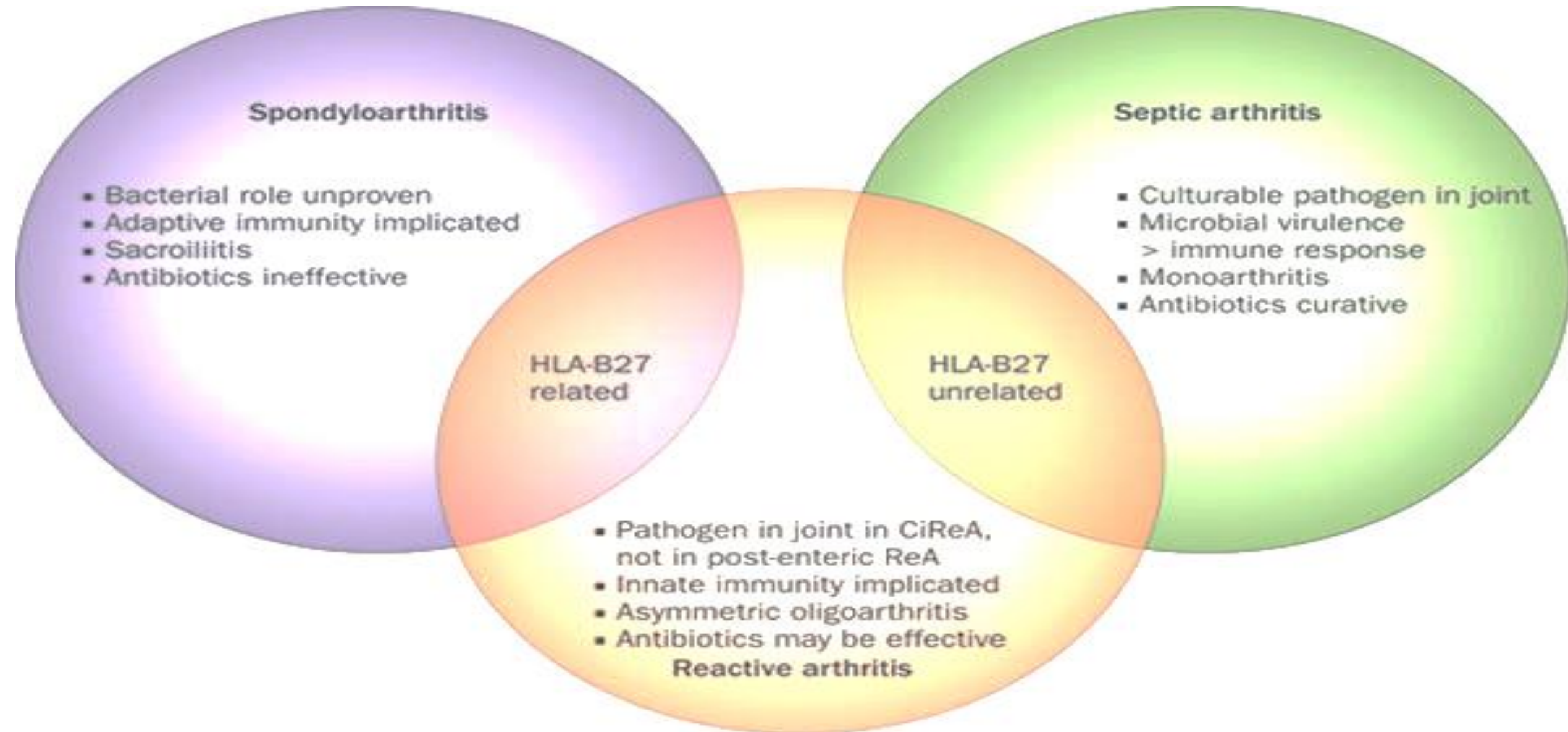
# Chlamydia trachomatis

- Datele științifice sugerează că ARe chlamydiană este o boală hipodiagnosticată, deoarece infecția simptomatică cu *Chlamydia trachomatis* poate fi frecventă.
- O diferență importantă între ARe cauzată de *Chlamydia* (postvenerică) și ARe postenteritică este prezența chlamidiilor viabile dar aberante în lichidul sinovial (numită persistență *chlamydiană*).
- Investigații prin PCR pentru *Chlamydia trachomatis* în lichidul sinovial ar putea fi metode bune de precizare a diagnosticului ARe chlamydiană.

# Relații posibile între infecție și unele dintre spondiloartrite



**ARe are simptome și imunopatogenie comune cu spondiloartritele, considerată o subclasă din acestea și cu artrita septică.**





# Epidemiologie

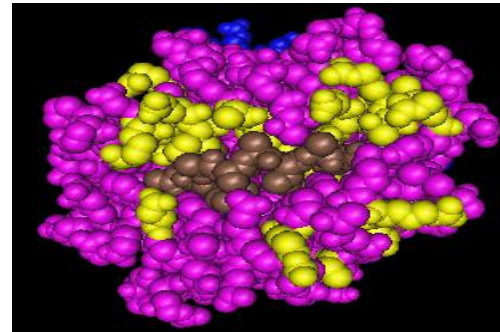
- În studii epidemiologice incidența raportată 1-30/100 000 populație;
- *Chlamydia trachomatis* și *enterobacteriile* au un rol egal etiologic;
- *Campylobacteriile* relevă o creștere ca și cauză de enterită ultimii ani în țările dezvoltate în timp ce *Shigella* este în descreștere

# Clasificare ARe

- ARe face parte din spondiloartritele seronegative, având două forme majore:
  - ARe forma uro-genitală;
  - ARe forma entero-colitică.
- După debutul bolii:
  - Acut <6 luni;
  - Trenant 6-12 luni,
  - Cronic >12 luni;

# Componente genetice

- Factorii genetici pot explica faptul că doar 1-15% subiecți infectați dezvoltă ARe.
- Cca. 60-80% pacienți sunt pozitivi cu HLA-B27.
- HLA-B27 se asociază cu boală severă și manifestări extra-articulare, dar și o evoluție mai prelungită.
- Circa 50% pacienți HLA-B27+ dezvoltă ARe în cazuri de erupții de dizenterie.



# Patogenie

- Bacteriile clasice capabile să cauzeze ARE sunt gram-negative aerobe cu ciclu obligatoriu sau facultativ intracelular și au membrană lipopolizaharidă.
- Ele sunt invazive și afectează primar mucoasa gastrointestinală (*entrobacterii*) sau urogenitală (*Chlamydia etc.*).

# Patogenie

- ADN și ARN al *Yersiniei*, precum și *Chlamydiei* au fost depistați în sinovia pacienților, dar și la unele persoane sănătoase.
- Există observații precum că *Chlamydia trachomatis* poate persista ani în organismul uman.
- S-a demonstrat recent că pacienții cu oligoartrită cronică sau SpA au o incidență crescută de Ag chlamidieni în sinovie și sânge periferic comparativ cu subiecții cu osteoartroză

# Patogenie

## Activare

Alterarea „toleranței” celulelor T CD8 autoreactive probabil prin multiple mecanisme

- **Mimicrie moleculară** – *Teorie mai veche...* Clonele celulare T implicate în apărarea de expansiunea microorganismelor extind și inițiază atacul asupra celulelor care expun proteine țintă ce conțin peptide cu secvențe de aminoacizi asemănătoare microorganismelor
- **Semnale co-stimulatorii prin celule dendritice activate și macrofage** în răspunsul imun inițial către infecție dereglează statutul anergic și non-reactiv al LT
- **LT CD8** expun NK și alți receptori care mențin activarea acestor celule prin semnale „periculoase” recunoscute de receptorii sistemului imun înăscut

# Patogenie

- După pătrunderea în organism microorganismele persistă în epiteliu sau țesutul limfoid asociat, ficat, splină.
- Organisme viabile sau antigenelor bacteriene se diseminează în articulații, cauzând răspuns inflamator.
- Răspunsul LT CD4 la invazie provoacă inflamație articulară, probabil implicând și LT CD8.

# Patogenie

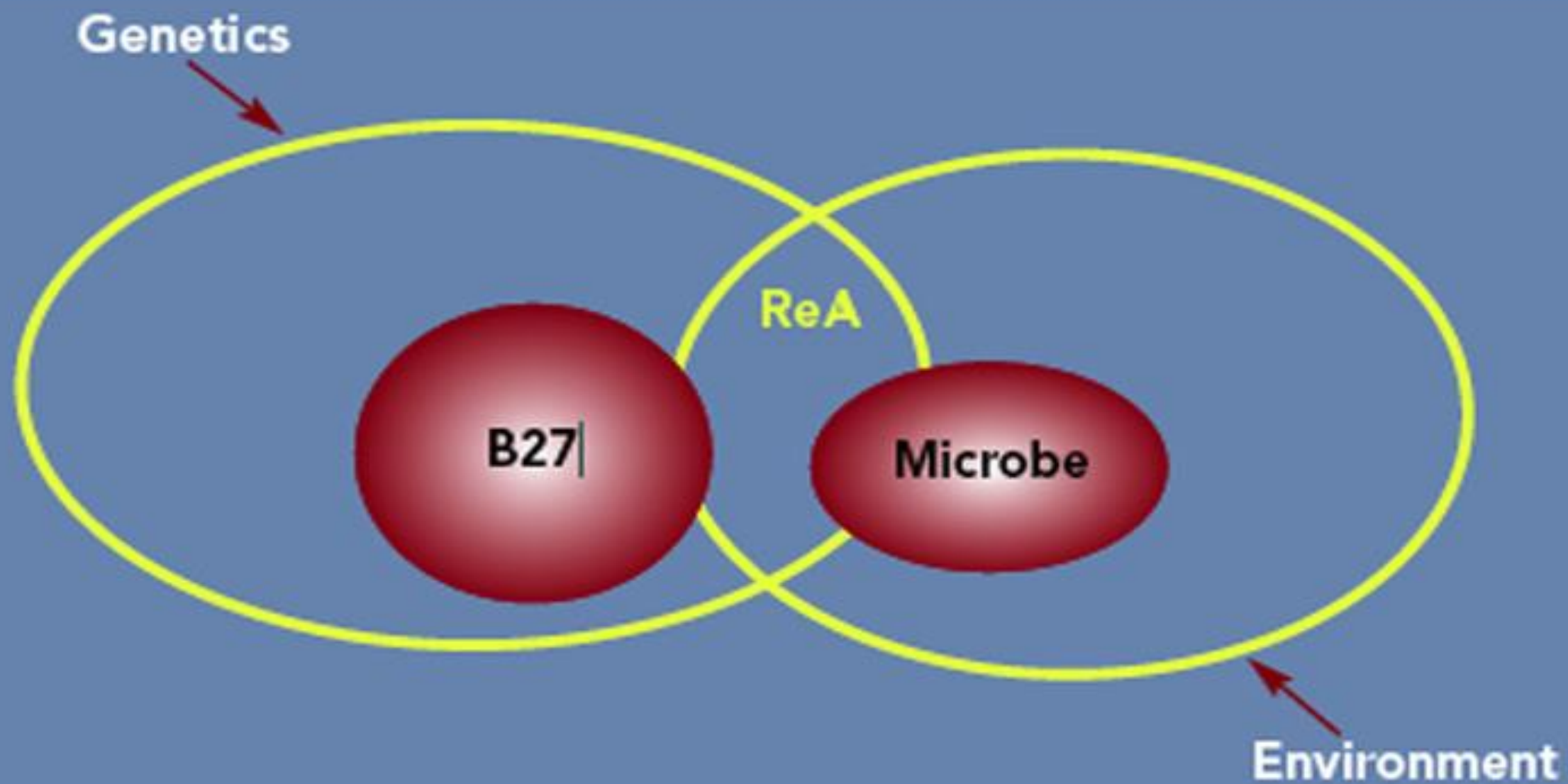
- Se observă o disbalanță între producția citokinelor proinflamatorii de către mononuclearele sanguine în timpul artritei acute;
- Răspunsul slab/întârziat a celulelor LTh2 poate favoriza persistența microbilor/Ag microbiene în sinovie



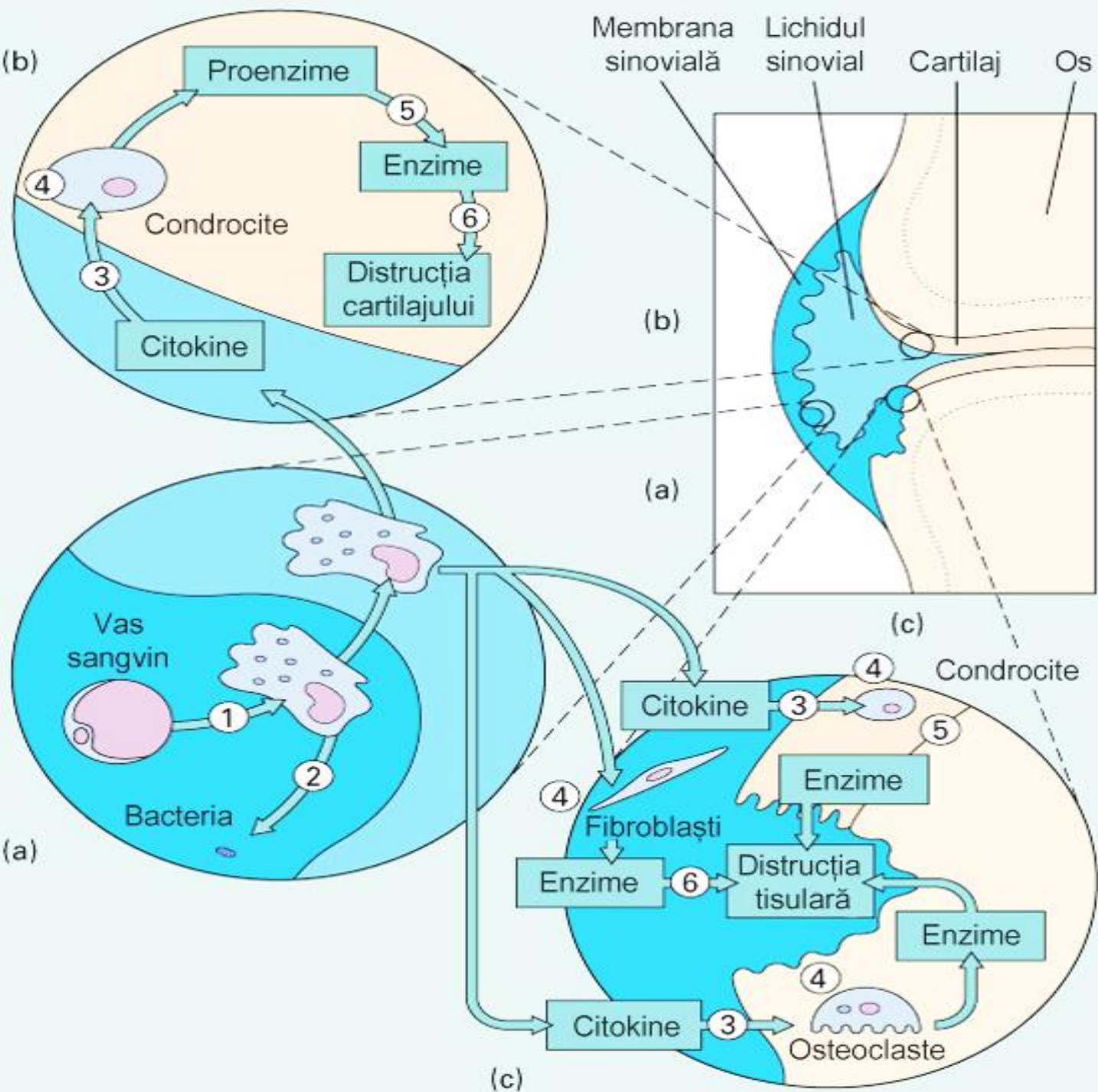
# Patogenie

- Prezența HLA-B27 nu este necesară pentru debutul ARe, dar aceasta contribuie la cronicizarea procesului;
- Rolul HLA-B27 probabil este cauzat de reacția încrucișată între structurile microbiene și HLA-B27;
- HLA-B27 ca atare, poate fi ținta răspunsului imun;
- Astfel, persistența structurilor microbiene în organismul gazdă se explică prin dereglarea eliminării microorganismelor de către reactivitatea citokină alterată sau funcție defectă / aberată a HLA-B27.

**Figure 1: Gene–environment interaction in reactive arthritis**

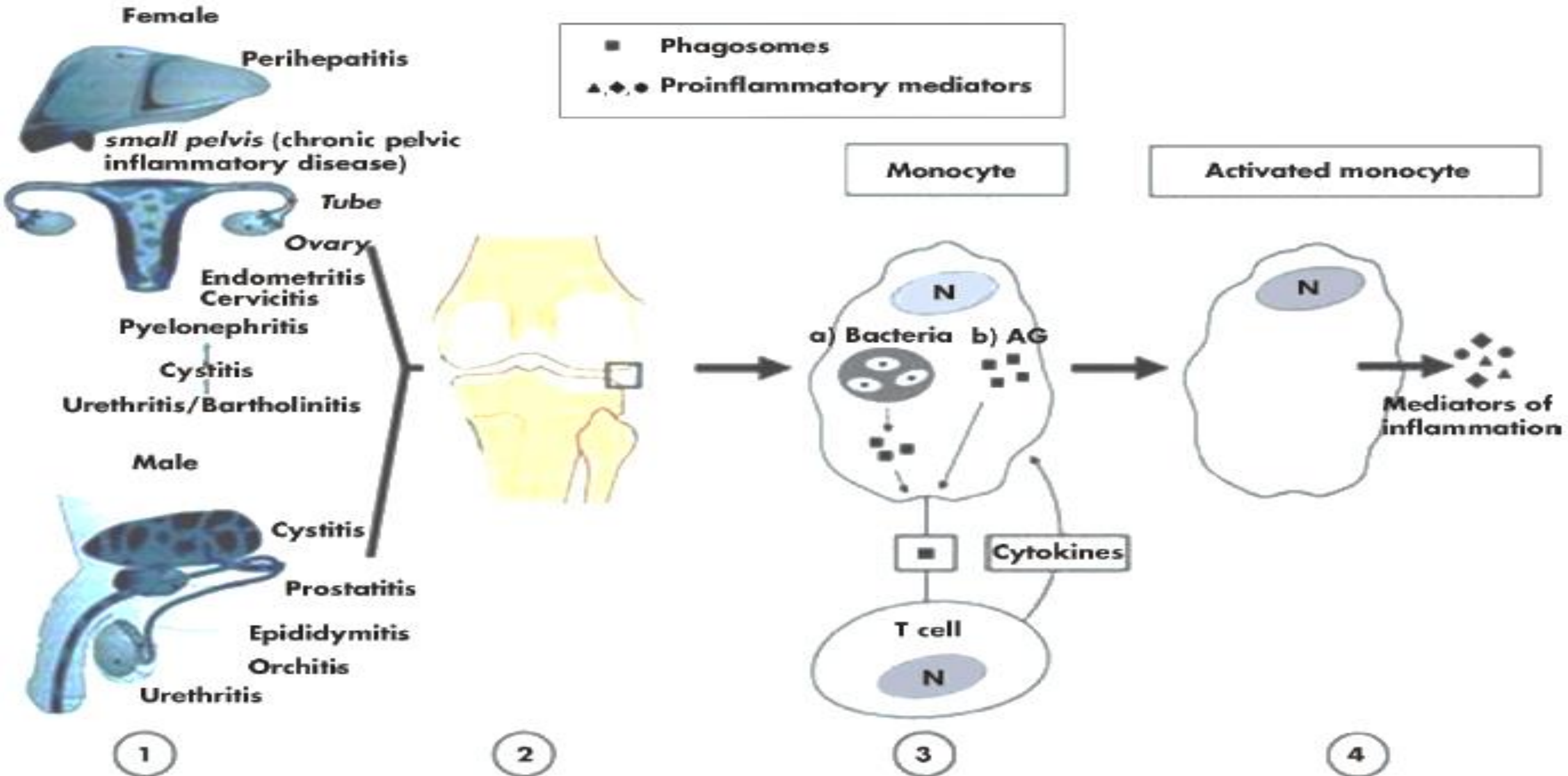


# Mecanismele patogenetice ale artritei reactive



- Sensibilizarea celulelor imunocompetente cu exo- și endotoxinele bacteriene specifice;
- Lansarea cascadei inflamatorii la nivelul cartilajului articular;
- Activarea enzimelor litice articulare și a osteoclastelor în articulația afectată prin inflamație aseptică.

# Patogenie ARe în infecția *Chlamydia trachomatis*



# Artrita reactivă: tablou clinic

Manifestările clinice apar după o perioadă latentă de 1-2 săptămâni (chiar și până la 6 spt.) de la instalarea infecției.

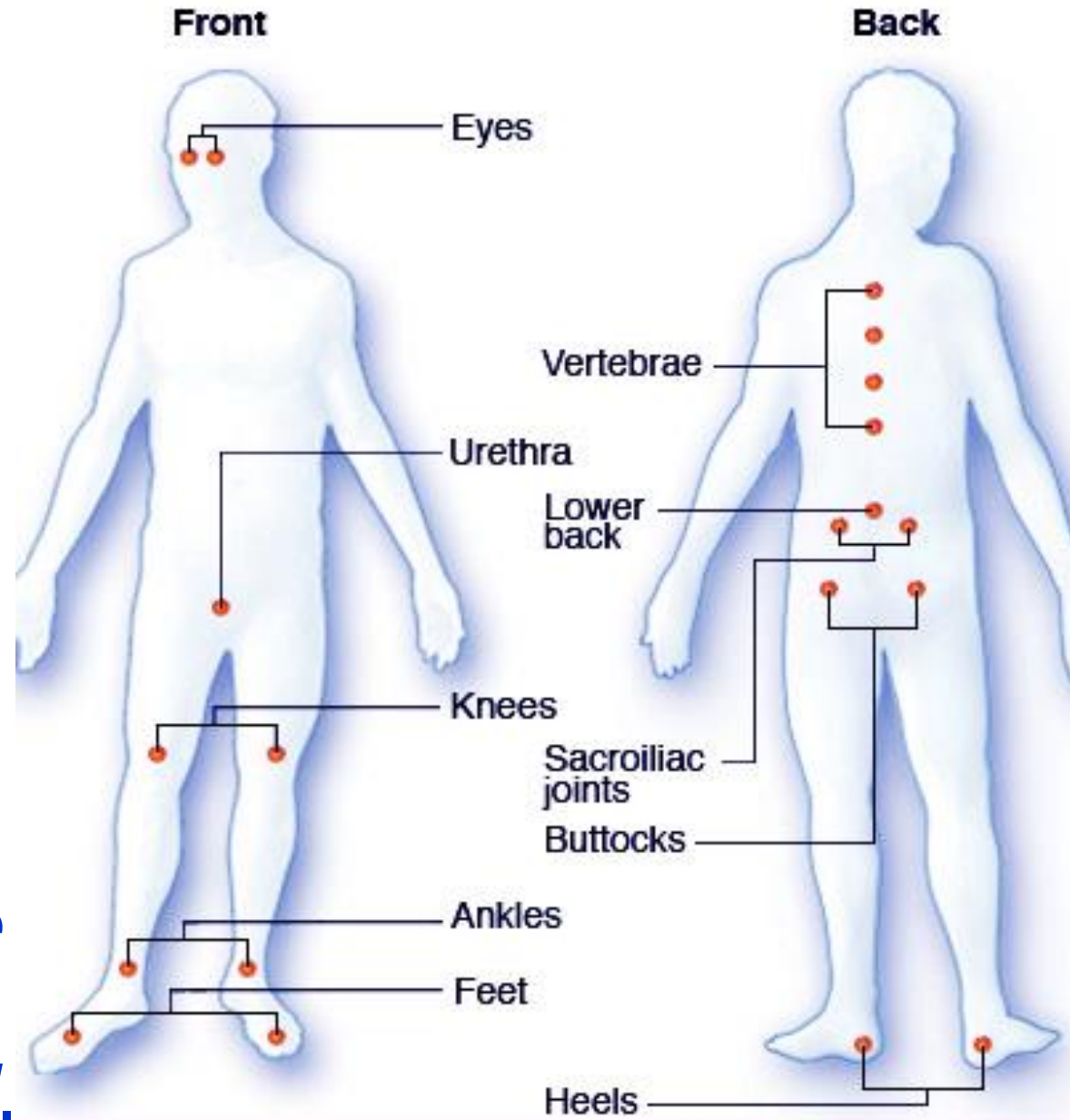
- Pentru *Chlamydia trachomatis* această perioadă este de cca. 4 săpt., în 10-25% cazuri infecția este asimptomatică;
- Pacienții tipic sunt adulți tineri (30-40 ani);
- La copii boala se asociază cu enterită;
- Bărbații și femeile sunt expuși egal la boala cauzată de infecție gastrointestinală, în timp ce ARe cauzată de *Chlamydia trachomatis* este mai comună pentru bărbați.

# Tablou clinic

- Manifestările clinice asociate cu infecția genitourinară sunt asemănătoare celor asociate cu infecțiile enterale.

Clinic se observă 4 sindroame:

1. **Sindromul entezopatic**.
2. **Artrita periferică: acută sau subacută, oligoartrită asimetrică, cu afectare predominantă la membrele inferioare.**
3. **Sindrom axial și pelvic: afectare coloanei vertebrale cu sacroiliită.**
4. **Sindrom extramusculoskeletal.**



Not all patients have symptoms at all locations

# Tablou clinic

Primele manifestări sunt cele ale ***uretritei non-gonococice***.

- Caracteristică pentru ambele forme ale bolii (venerice și non-venerice)
- Eliminări mucopurulente
- Disuria
- Prostatită
- Epididimită

# Tablou clinic

## *Femei*

- Disuria
- Eliminări vaginale
- Cervicită purulentă



# Tablou clinic

## Conjunctivita:

- Urmează uretrita peste câteva zile
- Simptomele de regulă sunt moderate și tranzitorii
- Uveita acută anterioară este posibilă



# Tablou clinic

- Simptomele articulare mai des apar ultimele
- Aditive
- Oligo-articulare
- Membrele inferioare sunt afectate mai frecvent



# Tablou clinic

- Boala se poate manifesta și sub formă poliarticulară cu afectarea art. mici;
- La unii pacienți poate fi observată dactilita.
- Cca. 30% pacienți au dureri inflamatorii lombare, cu agravare nocturnă și iradiere fesieră



# Entezite

## Locații comune ale entezitelor

- Călcâi – cel mai frecvent (Achilles)
- Patela
- Tuberculul tibial
- Baza metatarsului al 5<sup>lea</sup>
- Fascia plantară
- Alte locuri include:
  - Bursa anserine
  - Trohanter major
  - Creasta iliacă
  - Manșeta rotatorului (în SA)
  - Costochondrale

ACHILLES  
TENDINITIS



# Tablou clinic

## Keratoderma blenorrhagica

- Rash cutanat papulosquamos
- Vezicule ce devin hyperkeratotice, formând cruste până să dispară
  - Palme/tălpi
  - Penis (balanitis circinata)



# Tablou clinic

- Onicoliză în cazuri cu evoluție prolongată cronică;
- Glosită și alte manifestări mucocutaneate
- Balanitis circinata



# Erozii dureroase ale degetelor la un pacient cu ARe.



# Tablou clinic

- Afectarea valvei aortice: 1-2% de cazuri
- Rareori dereglarea conductibilității cardiace (bloc AV)
- Amiloidoza
- Complicații neurologice:
  - Neuropatii periferice
  - Encefalopatie
  - Mielită transversă



# Artrita reactivă

|  |       |
|--|-------|
| Număr articulații afectate                               | 1-24  |
| Durere lombară joasă, %                                  | 2-67  |
| Sacroiliită Rg, %  | 11-20 |
| Uretrită, %  | 4-93  |
| Conjunctivită, %   | 6-78  |
| Irită, %   | 6-17  |
| Leziuni tegumentare, %                                   | 4-14  |
| Eritem nodos, pustule, keratoderma, balanitis circinatum | <1    |
| Afectare cardiacă  | <1    |
| Durata artrită, luni                                     | 1-30  |
| Evoluție cronică (>12 luni), %                           | 0-30  |
| HLA-B27+, %  | 0-94  |

# Artrita reactivă: evoluție

## Evoluție

- Evoluția normală limitată durează cca. 3-12 luni
- 15% au acutizări de artrită prelungite
  - ? *Recurență*
  - ? *Reinfecție*
- Spondilita anchilozantă se dezvoltă în  $\approx 10\%$  cazuri
- Relația cu HIV – probabil datorită riscului crescut de infecții concurente non-HIV inițiatoare

# Artrita reactivă: complicații

- Artrite recurente (15-50%)
- Artrită cronică / cu sacroiliită (15-30%)
- Spondilită anchilozantă (30-50% pacienți HLA-B27+)
- Stricturi ureterale
- Valvulopatie aortică, necroză aortică
- Glaucom secundar
- Cataracta
- Edem macular cistoid
- Sinechii posterioare/anterioare
- Opacificări vitreoase
- SA, APs, AR
- Erythroderma (rar)

# Diagnostic ARe

## Teste de laborator

- Anemie normocromă,  
normocitară
- Leucocitoză
- Reactanți de fază acută:
  - VSH ↑
  - Proteina C-reactivă ↑

# Diagnostic ARe

- HLA-B27 pozitiv la cca. 75% pacienți
- Culturi bacteriene sterile
- Lichid sinovial - caracter inflamator:  $> 2000$  cel/ml
- Predomină PMN  $\geq 50000$  în caz de artrită septică
- Examen direct, citologie, căutare micro-cristale, cultura
- Lipsesc elemente specifice utile în diagnosticul ARe dar importante în diagnosticul diferențial
- Biopsie sinovială rară: studiu histologic

# Diagnostic de laborator

- ***Chlamydia trachomatis***:
- Prima porție de urină matinală – PCR
- Frotiu ureteral sau cervical - PCR, cultura
- Metode serologice – Ac anti-chlamydia IgG, IgM și IgA (*teste pozitive la populația sănătoasă, reactivitate încrucișată cu Chlamydia pneumoniae; testele serologice pozitive fără anamneză de uretrită/cervicită nu sunt suficiente pentru diagnostic*).
- Însămânțări fecalii pentru infecțiile gastrointestinale.

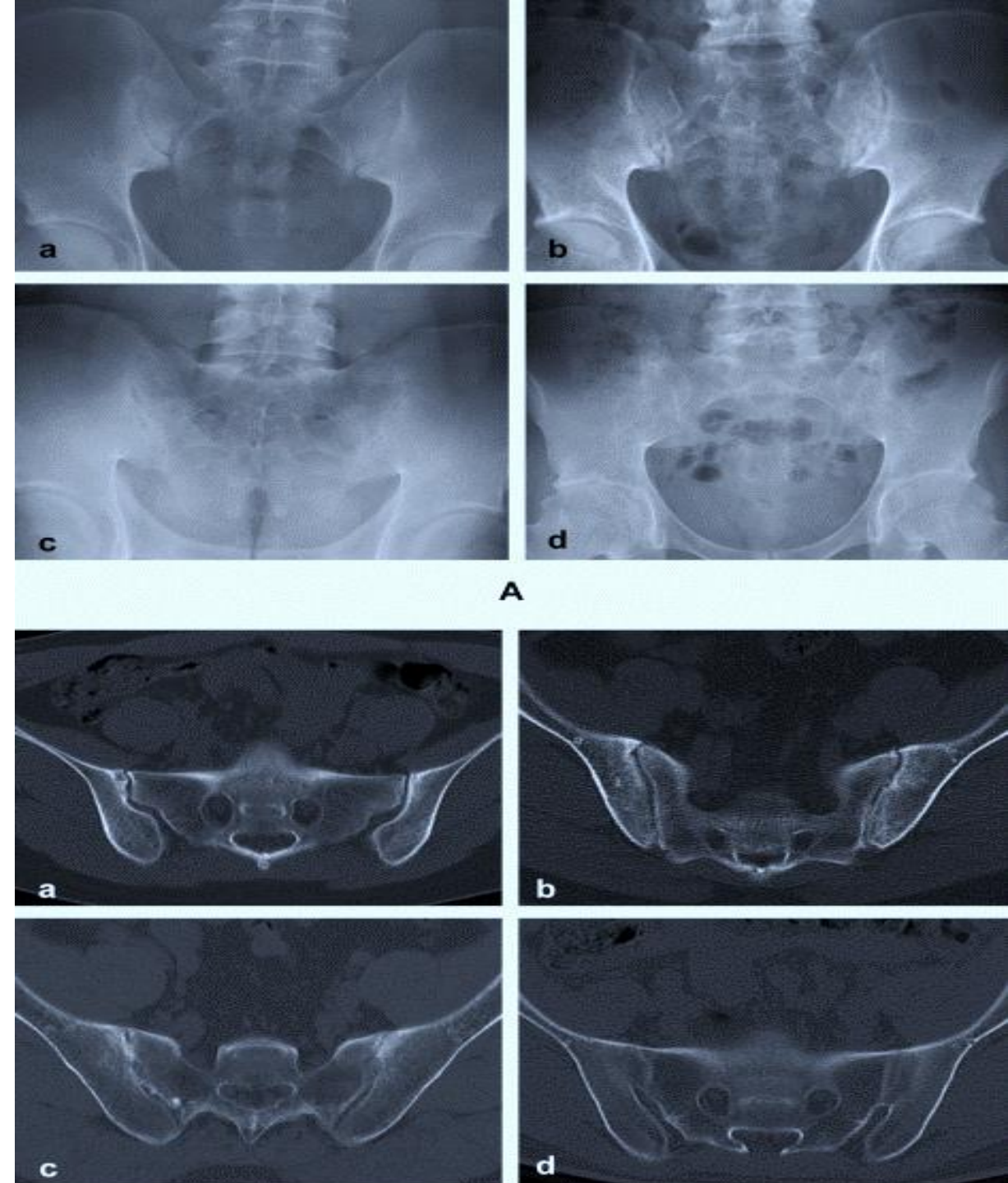
# ARe. Diagnostic imagistic

## Tardiv:

- Osteoporoza juxtaarticulară
- Tumefiere de părți moi
- Periostită, entezită
- Eroziuni (forme cronice)
- Sacroiliită asimetrică
- Sindesmofit atipic/non-marginal

## Precoce:

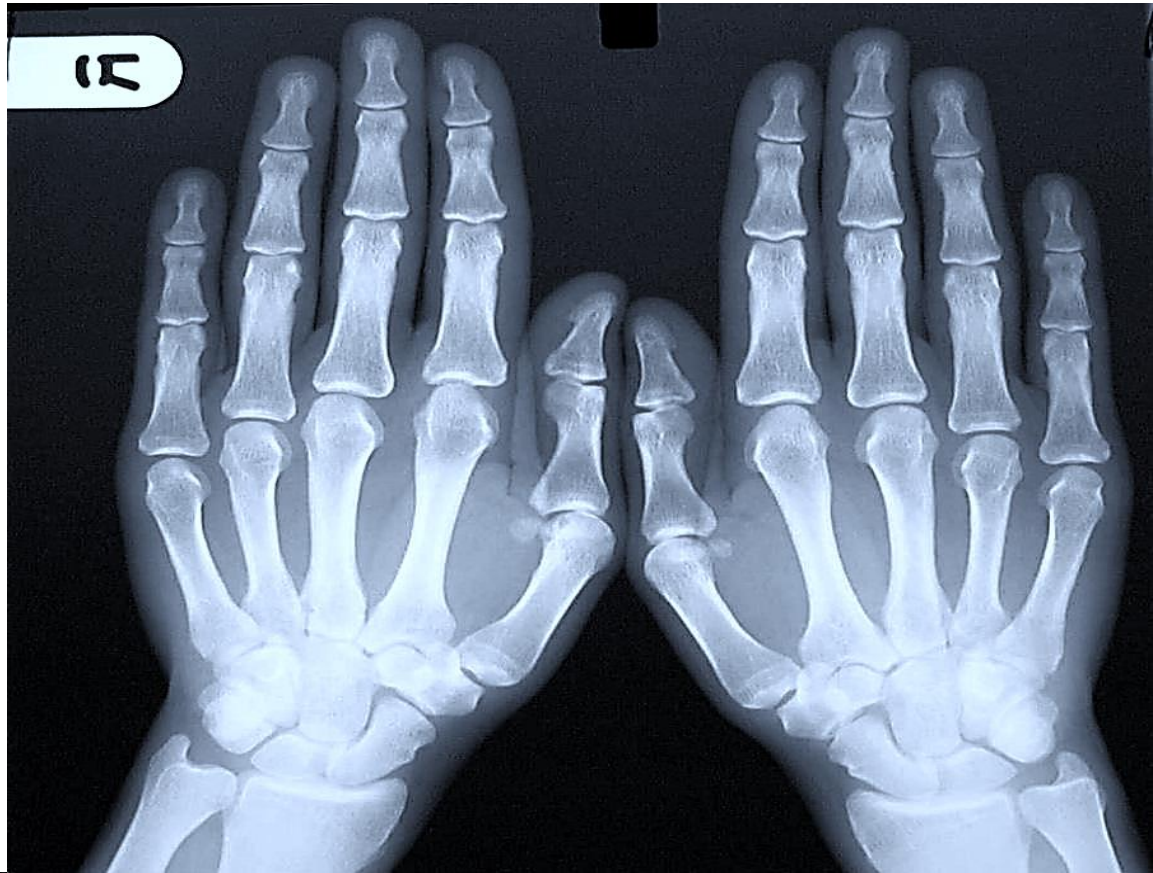
Echografie, RMN



# Osteofite vs. Sindesmofite, entezite





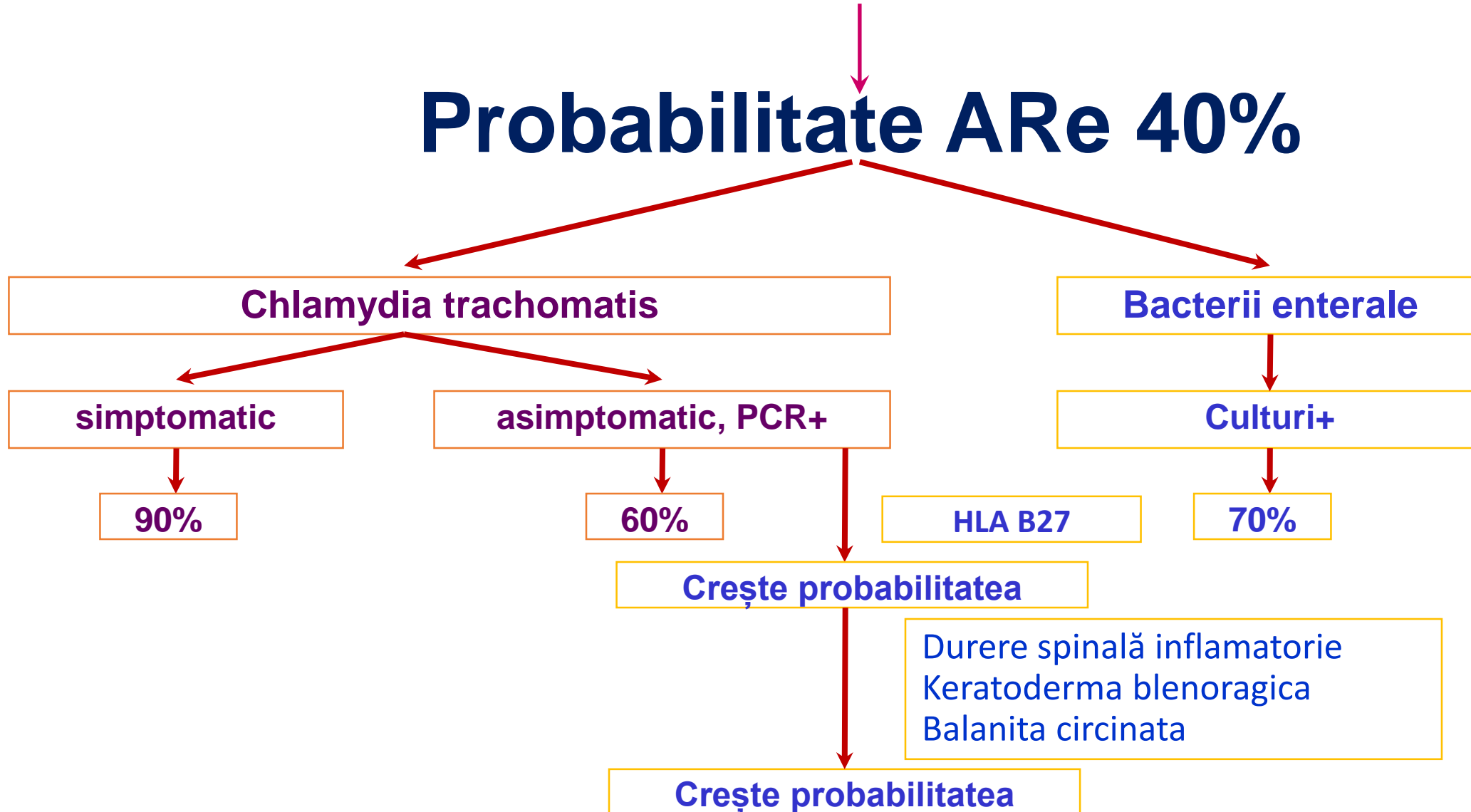




# Algoritm diagnostic ARe

Sindrom articular tipic SpA & excludere: gută, artroză, traumă

Probabilitate ARe 40%



# Criteriile de diagnostic al spondiloartropatiilor AMOR

(Adaptate de Dougados M., Mijiyava M. 1990)

| Criterii  | Punctaj |
|---|---------|
| <b>Simptome clinice sau istoric de:</b>   |         |
| 1. Durere dorsala sau lombara nocturna sau redoare matinala coloana dorsolombară            | 1       |
| 2. Oligoartrita asimetrica  | 2       |
| 3. Durere fesiera   | 1       |
| 4. Dactilita (degete „în cârnați” / „în crenvurști”)  | 2       |
| 5. Talalgie sau alte dureri entesopaticice  | 2       |
| 6. Irita  | 2       |
| 7. Uretrita negonococică sau cervicită cu cel mult o luna înainte de debutului artritei     | 1       |
| 8. Diaree acuta cu cel mult o luna înainte de debutului artritei                            | 1       |
| 9. Psoriazis, balanită sau boală inflamatorie intestinala (colita ulcerosa, boala Crohn)    | 2       |
| <b>Semne radiografice</b>   |         |
| 10. Sacro-iliita (bilaterala gradul II sau unilateral gradul III)                           | 2       |
| <b>Teren genetic</b>  |         |
| 11. Prezenta HLA-B27 sau istoric familial de ARe, uveită sau boală inflamatoare intestinală | 2       |
| <b>Răspuns la tratament</b>   |         |
| 12. Ameliorare dupa 24 ore dupa administrarea de AINS                                       | 2       |

# Criteriile de diagnostic ale artritei reactive

(adaptate de Sieper si Braun, 1999)

- (1) artrită asimetrică**
- (2) afectarea predominantă a membrelor inferioare**
- (3) manifestare clinică a infecției suportate –  $\geq 1$  criterii:**
  - (3a)** diareea, ce a evoluat 4 săpt. înainte de debutul bolii
  - (3b)** uretrita, ce a evoluat 4 săpt. înainte de debutul bolii
  - (3c)** analiza bacteriologică pozitivă pentru *Salmonella*, *Shigella*, *Yersinia*
  - (3d)** depistarea *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*
  - (3e)** depistarea serologica a infecției provocate de *Salmonella* sau *Shigella* (Anticorpi la lipopolizaharide sau antigen specific)
  - (3f)** anticorpi la *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*
  - (3g)** depistarea ADN al *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum* prin PCR
- (4) excluderea altor boli reumatice**

# Criteria de clasificare a ARe (preliminare)

## Criteria majore

1. Artrită cu 2 sau 3 manifestări următoare:
  - Asimetrică
  - Mono- sau oligoartrită
  - Afectare predominantă a membrelor inferioare
2. Infecție simptomatică precedentă cu 1 sau 2 din următoarele:
  - Enterită (diaree cel puțin o zi, 3 zile – 6 săpt. până la debutul artritei)
  - Uretrită (disurie sau eliminări cel puțin o zi, 3 zile – 6 săpt. Până la debutul artritei)

## Criteria minore

(Cel puțin unu din următoarele)

1. Evidența infecțiilor trigger  
Reacție urinară ligază pozitivă sau frotiu ureteral/cervical pentru Chlamydia trachomatis
2. Evidența infecțiilor sinoviale (imunohistologie sau PCR pozitive pentru Chlamydia)

*Criteria de excludere (altă cauză de artrită)*

**ARe definită:** 2 criteria majore și un criteriu minor relevant

**ARe probabilă:** 2 criteria majore și un criteriu minor non relevant sau 1 criteriu major și 1 sau 2 criteria minore relevante

# Determinarea scorului activității ARe (DAREA)

Indicii care sunt incluși în calcularea scorului

- Numărul articulațiilor tumefiate;
- Numărul articulațiilor dureroase;
- Aprecierea gradului durerii de către pacient;
- Aprecierea stării globale de pacient;
- Valoarea proteinei C-reactive mg/dl

| Parametru                     | Manifestarea | Punctajul |
|-------------------------------|--------------|-----------|
| Aprecierea durerii de pacient | Lipsește     | 0         |
|                               | Moderată     | 1         |
|                               | Severă       | 2         |
| Aprecierea stării globale     | Bine         | 0         |
|                               | Medie gravă  | 1         |
|                               | Gravă        | 2         |

# Scorul entezitic MASES

|    |  |                               |
|----|--|-------------------------------|
| 1  | prima articulație costocondrală (dreapta)              |                               |
| 2  | prima articulație costocondrală (stânga)               |                               |
| 3  | a 7-a articulație condrocostală (dreapta)              |                               |
| 4  | a 7-a articulație condrocostală (stânga)               |                               |
| 5  | spina iliacă anterosuperioară (dreapta)                |                               |
| 6  | spina iliacă anterosuperioară (stânga)                 |                               |
| 7  | spina iliacă posterosuperioară (dreapta)               |                               |
| 8  | spina iliacă posterosuperioară (stânga)                |                               |
| 9  | crestele iliace (dreapta)                              |                               |
| 10 | crestele iliace (stânga)                               |                               |
| 11 | al 5-lea proces spinos lombar                          |                               |
| 12 | inserția proximală a tendonului lui Achilles (dreapta) |                               |
| 13 | inserția proximală a tendonului lui Achilles (stânga)  |                               |
|    |  | <b>TOTAL: (MAX 13 puncte)</b> |



# **ARe. Diagnostic diferențial**

- Cu restul SpA, în special artrita psoriazică și artrita din BII tip I
- Artritele infecțioase, în special gonococică
- Artritele microcristaline
- Boala Behçet
- Traumatismul articular
- FRA
- BCG intravezical

# Tratamentul

- AINS sunt medicamente de primă linie pentru tratament
- Pacienții cu recurențe frecvente sau artrită cronică vor beneficia de preparate remisive (DMARD) precum **Sulfasalazina** sau **Methotrexatul**.
- În forma axială - tratament biologic cu blocante TNF $\alpha$
- Steroizi în administrare topică sunt indicați în conjunctivită și uveită.
- În monoartrită / oligoartrită injectare intraarticulară de steroizi poate fi benefică.

# Tratamentul infecțiilor

- Toți pacienții cu infecție acută cu *Chlamydia trachomatis* trebuie tratați cu antibiotice:
- **Azithromycin** 2 g (sau alt macrolid) împreună cu partenerul.
- **Tetraciclina (*Doxiciclina*)** poate aduce beneficiu la o cură de 3 luni.
- Curele de 6 luni prin combinația de antibiotice (***Azitromicin + Rifampicin*** sau ***Doxiciclin + Rifampicin***) la pacienții cu persistența demonstrată a infecției cu *Ch.trachomatis* s-au dovedit a fi efective.
- Enterita necomplicată precedentă dezvoltării ARe nu este indicație pentru antibioticoterapie.

# Tratamentul infecțiilor

- Cu toate că nu sunt studii controlate, tratamentul recent a infecțiilor cu antibiotice, înaintea instalării artritei, poate preveni artrita.
- Din momentul introducerii antibioticilor în tratament, cu excepția infecției cu *Chlamydia trachomatis*, acestea nu au demonstrat că au influență asupra evoluției ARe.

# Tratament antibacterian

## Grupul tetraciclinei

- Doxiciclin - 200 mg/zi – 10-14 zile

## Grupul macrolidelor:

- Claritromicin - 1 g/zi – 10-14 zile
- Azitromicin - 500 mg – prima zi, apoi 250 mg/zi – 6 zile
- Roxitromicin - 300 mg/zi – 10-14 zile

## Grupul fluorchinolonilor (a fi administrate pentru o perioada de 10-14 zile):

- Ciprofloxacin – 1 g/zi
- Ofloxacin – 400 mg/zi
- Levofloxacin – 400 mg/zi
- Pefloxacin – 800 mg/zi

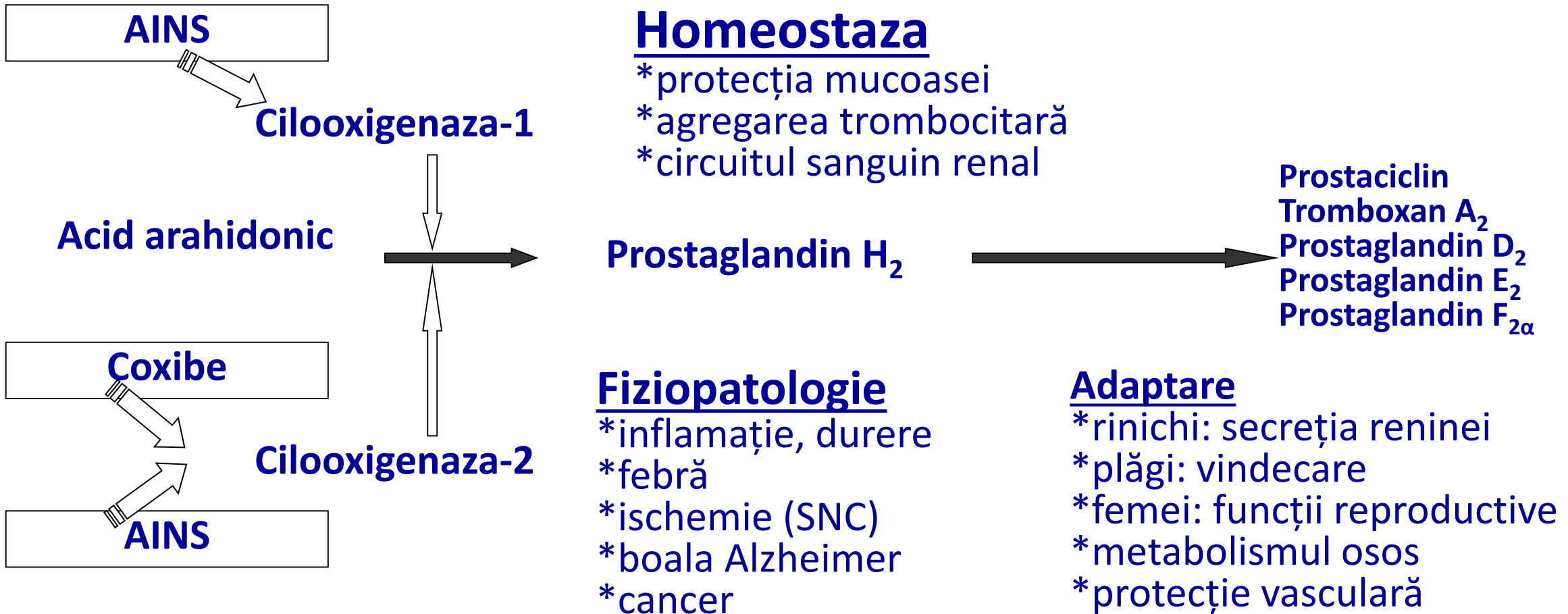
- Sunt prezentate date despre eficacitatea asocierii grupurilor **macrolid**, apoi **chinolon** sau **tetraciclin**, apoi **chinolon**.
- Durata optimă a terapiei antibacteriene este de 10-14 zile, prelungirea acesteia poate aduce beneficii terapeutice.

# AINS

AINS sunt medicamente de primă linie pentru tratament. Nici un AINS în particular nu este presupus a fi mai preferat și mai efectiv. Eficacitatea fiecăruia este individuală. Se preferă cele cu durată de acțiune lungă.

- **Diclofenac** (*75 mg – in 1-2 prize/24 ore*) sau
- **Meloxicam** (*7,5 mg – in 1-2 prize/24 ore*) sau
- **Dexketoprofen** (25 mg – în 2-3 prize/24 ore)
- **Nimesulid** (100 mg – în 1-2 prize/24 ore) sau
- **Etoricoxib** (60-120 mg/24 ore – într-o priză)

# Mecanism de acțiune a AINS



Acidul arahidonic, eliberat de membrana fosfolipidică ca răspuns la diferiți stimuli, este transformată în prostaglandină H<sub>2</sub> de către COX-1 și COX-2. Prostaglandina H<sub>2</sub> la rândul său derivă în multiple prostanoide. AINS neselective inhibă ambele ciclooxigenaze (COX-1 și COX-2), cu alterarea funcției homeostatice a COX-1). Coxibele inhibă selectiv COX-2, fiind practic lipsite de adversitățile comune pentru AINS neselective.

# Tratament local

- Comprese la articulațiile alterate:
  - Sol. **Dimexid 50%** - 5,0 ml + Sol. **Diclofenac** 3,0 ml + Ungv. **Heparină 2 cm Nr. 25**
- Aplicații locale cu Ungv. **Capsicam** sau **Viprosal**, nr. 15 în cure 3/an
- Aplicarea largă a unguentelor antiinflamatoare



# Glucocorticoizii

***Glucocorticosteroizii sistemici se administrează în special la pacienții ce nu răspund la*** tratament cu preparate AINS sau care prezintă reacții adverse AINS, în prezența semnelor obiective de inflamație sau în prezența dovezilor atingerilor sistemice. Durata tratamentului nu va depăși 10-14 zile.

## ***Pot fi folosite:***

- **Prednisolon** 5-15 mg/zi;
- **Metilprednisolon** 4-8 mg/zi.

***Glucocorticosteroizi intraarticular*** (Susp. Metilprednisolon, Betametazon).

**Irită** - local

# Medicamente remisive

- **Sulfasalazină** (2-3g/24 de ore). Lipsa eficienței constatată după 4 luni de tratament, obligă stoparea administrării.
- **Methotrexat** (7,5-15 mg/săptămână) cu co-administrare de **Acid folic** (5 mg/săpt. sau 1 mg zilnic – în afara zilelor de administrare de Mtx). Este indicat la ineficiența Sulfasalazinei, în afectările periferice, în cazul atingerilor sistemice, la o progresie rapidă a bolii (chisturi, eroziuni articulare).

# Terapia biologică

Au potențial remisiv sporit, demonstrat pe studii clinice. Prezintă alternativa de linia a doua în cazul lipsei efectului la tratamentul cu DMARD clasic. Cel mai redutabil efect advers – complicații infecțioase primare sau exacerbară celor latente.

- *Terapia anti TNF $\alpha$ :*

- **Infliximab (Remicade)** 3 mg/kg corp i.v. în prima, a 2-a și a 6-a săptămână apoi câte o injecție la fiecare 8 săptămâni.

- **Etanercept (Enbrel)** 25 mg 2 ori/săpt., sau 50 mg/săpt. s.c.

- **Adalimumab (Humira)** 80 mg s.c. apoi 40 mg s.c. fiecare a doua săpt.

# Tratament fizioterapeutic

- Tratamentul balneo-fizioterapeutic trebuie aplicat la pacienții cu artrită reactivă, îndeosebi în perioadele de remisiune ale bolii (în caz contrar poate prelungi puseele evolutive).
- El constă mai ales în metode fizioterapeutice, kinetoterapeutice și hidroterapie, care pot:
  - ameliora durerea
  - reduce inflamația
  - tonifica musculatura
  - preveni osteoporoza
  - preveni atrofiile musculare.

# criterii de prognostic nefavorabil

1. Artrita coxofemurală
2. VSH > 30 mm/h
3. Limitarea mobilității coloanei lombare
4. Dactilita
5. Oligoartrita
6. HLA-B27+
7. Infecția HIV/SIDA
8. Infecția VHB
9. Debut la vârstă  $\leq 16$  ani
10. Eficiență slabă a AINS

Prezența a 3 factori la debut – semnificație predictivă negativă. Afectarea coxofemurală are cea mai importantă semnificație de predicție negativă.