

*POLIARTRITA REUMATOIDA*

*Dr GHITA ADRIAN LUCIAN*

*Medic specialist reumatologie*

*Definitie: Poliartrita reumatoida*- este o boala inflamatorie sistemica cronica cu etiologie necunoscuta si patologii autoimune, caracterizata printr-o artropatie deformanta si distructiva, dar si manifestari sistemice multiple.

*Epidemiologie*

*PR* –este cea mai frecventa suferinta reumatica de tip inflamator, ea reprezentand aproximativ 10% din totalul bolilor reumatice. Incidenta este de 0,5/100000 la femei si 0,2/100000 la barbati, iar prevalenta este de 1,7% la femei si 0,7% la barbati.

*!! In tara noastra boala intereseaza aproximativ 1% din populatia generala. Afectarea persoanelor de varste tinere, evolutia severa cronica, invalidanta cresc substantial costurile sociale ale bolii si fac din PR nu doar o problema medicala, ci una sociala, o adevarata problema de sanatate publica !!*

*Etiologie*

-Etiologia PR este multifactoriala , factorii favorizanti actionand pe un teren genetic predispozant

### ***Factorii favorizanti:***

*1.sexul:* PR este una dintre multele suferinte cronice inflamatorii care predomina la femei. Totusi raportul F/M este de 2:1-4:1 comparativ cu alte boli autoimune la care este mult mai mare- *tiroidita Haschimoto* 25:1, *lupusul eritematos sistemic* 9:1, *diabetul zaharat tip 1*-5:1.

*2.Agentii infectiosi*-parvovirusuri, virusul rujeolei posibil implicate

*3.Factorii reumatoizi (FR)*-identificarea FR ca autoanticorpi a reprezentat prima dovada a rolului jucat de autoimunitate in aparitia PR

*4.Factorii genetici*- PR este asociata cu HLA-DR 4 in randul populatiei albe.

### ***TABLOUL CLINIC***

Debutul bolii se produce la varste tinere de obicei in decadele 3-5 ,dar boala poate debuta practice la orice varsta

*-Debutul insidios* –este cel mai frecvent intalnit aparand la 60-65% dintre cazuri. Debutul poate fi precipitat de unii factori favorizanti:stress emotional,expunere la frig,traumatisme,infectii.

*-Debutul acut sau subacut* apare la 15-20% dintre cazuri. Se caracterizeaza prin aparitia durerilor si tumefactiilor articulare in cateva zile, de obicei asimetrice, acompaniate de febra si alterarea starii generale- este mai frecvent la copii.

*-Afectarea articulara* este de tip inflamator- durerea si redoarea matinala sunt caracteristice tuturor artropatiilor inflamatorii. In PR redoarea matinala dureaza cel putin 45 minute.

*-Tumefactia si caldura locala* –reprezentate de edem, infiltrat inflamator, cresterea cantitatii de lichid sinovial

*-Caracteristici importante ale afectarii articulare din PR sunt:*

-simetria

-aditivitatea

-evolutivitatea

Articuliatiile cel mai frecvent afectate sunt: metacarpofalangiene (*MCF*), interfalangiene proximale (*IFP*), radiocubitocarpiene (*RCC*) si carpiene. Articuliatiile mari sunt de obicei mai tarziu afectate , ele ramanand asimptomatice mai mult timp.

**Mainile-** reprezinta sediul celor mai importante si mai frecvente afectari ale PR. Primele manifestari constau in dureri si tumefactii ale articuliatiilor *RCC*, *MCF*, *IFP* , slabiciune musculara , afectarea functiei de prehensiune. La nivelul degetelor pot aparea mai multe modificari: „in gat de lebada” „in butoniera” etc.

*Cotul*-este uneori afectat

*Umerii*-articuliatiile gleno-humerala, acromio-claviculara, calota rotatorilor, bursele sunt afectate

*Coloana cervicala*-este singurul segment al coloanei vertebrale interesat in PR

*Articuliatiia temporo-mandibulara*-este destul de frecvent afectata- apar dureri la masticatie, dificultate la inchiderea gurii, crepitatii, iar CT/RMN evidentiaza eroziuni sau geode.

*Gleznele*-sunt afectate doar in formele severe de boala.

*Picioarele*-sunt afectate la peste 1/3 din pacientii cu PR-intalnim degetul „in ciocan” , precum si hallux valgus-in formele evoluate.

*Genunchii*-sunt frecvent afectati

*Soldul*-este mai rar afectat

***Manifestarile extraarticulare:***

-*nodulii reumatoizi*-cea mai frecventa manifestare

-*vasculita*

-*afectarea pulmonara*- pleurezia –rar diagnosticata clinic, fibroza interstitiala , sindromul Caplan, nodulii pulmonari (unici sau multipli-se impune ***biopsia lor***), pneumotoraxul, bronsiolita se pot intalni

-*afectarea cardiaca* reprezentata de pericardita, miocardita, endocardita

-*afectarea renala*- rara se produce prin vasculita, prezenta nodulilor reumatoizi la nivelul parenchimului renal, ca urmare a tratamentului- AINS, saruri de Aur, D-penicilamina, ciclosporina. PR este cea mai frecventa cauza de amiloidoza secundara-in formele severe, cu evolutie *indelungata si manifestandu-se frecvent prin sindrom nefrotic*

-*afectarea neurologica*-se poate produce prin vasculita de vasa nervorum- parestezii, paralizii, areflexie,amiotrofie, prin procese compressive-sindromul de canal carpian , infiltrarea meningelui

-*afectarea oculara*- este mai frecventa la femei si consta in episclerita,sclerita ,kerato-conjunctivita sicca in cazul asocierii cu sindromul Sjogren .Afectarea ocular poate fi si consecinta tratamentului cu hidroxiclorochina.

-*afectarea digestiva*- cel mai frecvent urmare a terapiei cu AINS si cortizonice.MTX, leflunomidul, ciclosporina pot produce afectare hepatica.

-*Sindromul Felty* este o comparative redutabila ,care apare in formele cu evolutie indelungata si asociaza PR cu splenomegalia, neutropenia.

-*afectarea osoasa* din PR consta in osteopenie juxtaarticulara, eroziuni subcondrale ,precum si osteoporoza generalizata toate responsabile de durere ,deformare articulara si afectare functional ,precum si risc crescut de fractura.

-*afectarea musculara* consta in atrofia fibrelor muscular ,miozita inflamatorie nespecifica ,efectele terapiei

### ***EXPLORARI PARACLINICE***

-*modificari hematologice*-cea mai frecventa cauza de anemie-anemia cronica simpla

-*sindromul biologic inflamator nespecific* –exprimat prin cresterea VSH si a tuturor reactantiilor de faza acuta

-*modificari imunologice*-**FR** este pozitiv la 65-80% dintre pacientii cu PR. La inceputul bolii , acest procent este de numai 30% pentru ca dupa primele 6-12 luni sa creasca semnificativ . Titrul FR se coreleaza cu activitatea bolii , iar manifestarile extraarticulare apar numai la cazurile seropozitive. *FR se asociaza cu forme mai severe de boala* si are o oarecare valoare prognostica. Recent au fost descrisi ac impotriva peptidelor citrullinate cum ar fi filagrina ,fibrina sau alte proteine . *Acesti Ac au cea mai mare specificitate in PR (95%)*. Ei apar precoce in evolutia PR , se gasesc in titruri mari in formele severe de boala si se anunta a fi marker imunologici important in diagnosticul serologic precoce al acestei suferinte.

-*examenul lichidului sinovial*- pune in evident lichid sero-citrin cu caracter de exsudat

-*biopsia sinoviala* –este rareori folosita pentru stabilirea diagnosticului

-*examenul radiologic*- cea mai accesibila si utilizata metoda de diagnostic in PR ,in ciuda faptului ca sensibilitatea si specificitatea sa sunt reduse.

In primele luni de boala examenul radiologic este normal!!

Ulterior se pot evidentia:

-osteoporoza juxta-articulara, ulterior difuza

-ingustarea spatiilor articulare

-eroziuni marginale , geodele si microgeodele apar in stadiile mai avansate

-deformarile articulare-stadiile tardive

-anchilozele-intereseaza mai ales carpul , MCF ,IFP ,tarsul

-*ecografia articulara*-poate pune precoce in evidenta lichidul sinovial, inflamatia

-**RMN**- este o metoda imagistica performanta care evidentiaza precoce eroziunile osoase, chistele osoase, alterarea cartilajului articular.

Costurile ridicate reduc deocamdata accesibilitatea acestei metode

***Diagnosticul pozitiv***- se face pe baza criteriilor ACR.

***Diagnosticul diferential***- se face cu LES, RAA, spondilartropatiile seronegative, artroza ,guta , artropatia psoriazica.

## **TRATAMENT**

1. *Simptomatic* –AINS-reduc durerea si inflamatia

2. *Corticoterapia*

3. *Remisiv-Methotrexatul (MTX)*-constituie agentul cel mai utilizat „standardul de aur” in PR. Administrarea MTX –orala sau parenterala se face saptamanal. Doza de intretinere este cuprinsa intre 7,5-25 mg/saptamana. El este eficient la 80% dintre pacienti.

*Reactiile adverse frecvente sunt:*

-*hepatice*- cresterea transaminazelor

-*hematologice*-leucopenie, trombocitopenie

-*pulmonare*- fibroza pulmonara

-*mucoase*-afte bucale

-*digestive*-greaata, varsaturi, diaree

- *cutanate*- urticarie

- *renale*-la dozele mari folosite in oncologie poate aparea IRA

-*osoase* –osteoporoza, dureri osoase.

*Alte remisive folosite: Leflunomide*- o alternativa la MTX, *sarurile de Aur* –limitata administrarea in prezent, *Hidroxiclorochina*, *Sulfasalazina*, *D-Penicillamina*, *Ciclofosfamida*- formele severe de boala, *Azathioprina* , *Ciclosporina A* .

## ***TRATAMENTUL BIOLOGIC IN PR***

-Are rezultate foarte bune, dar este foarte greu accesibil. Necesita conditii speciale de includere si monitorizare stricta !! Tratamentul este decontat 100% .

Se folosesc: Rituximab (5088 lei ) , Adalimumab (3943 lei), Etanercept (4019 lei), Anakinra(5826 lei) etc.

### ***Tratamentul chirurgical***

-sinovectomii

### ***Tratamentul balneo-fizical***

-trebuie aplicat cu mare prudenta pacientilor cu PR si trebuie rezervat doar perioadelor de remisiune a bolii .El consta in kineto si hidroterapie care pot ameliora durerea , reduc inflamatiile , previn osteoporoza si atrofiile musculare.

Statiuni recomandate sunt : *Olanaesti, Calimanesti, Baile Herculane, Sovata, Slanic Prahova, Moneasa* . *Baile Felix* sunt recomandate pacientilor cu poliartrita care au avut interventii chirurgicale ortopedice!!