

- Rheumatology European League Against Rheumatism. The EULAR Journal. Abstracts Book, vol. 67 Supplement II. Paris, France, 2008, AB0678, p.628.
3. Groppa L., Chişlari L. Particularitățile clinice, radiologice și de laborator ale spondilitei anchilozante la femei. În: Congresul II de Medicină internă cu participare internațională – Volum de Rezumate. Chişinău, 2007, p.124-126.
 4. Mazur M. Spondiloartritele seronegative. Medicină Internă vol. 2, Chişinău 2008, p. 589-590.
 5. Mazur M. Clasificarea Maladiilor reumatice. Criterii de diagnostic. Chişinău 2007. p.55.
 6. Calin A., Nakache J., Gueguen A., Zeidler H., Mielants H., Dougados M. Defining disease activity in ankylosing spondylitis: is a combination of variables (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index). In: Rheumatology (Oxford), 1999, vol. 38, p.878–882.
 7. Calin A., Garrett S., Whitelock H., Kennedy L., O’Hea J., Mallorie P., et al. A new approach to defining functional ability in ankylosing spondylitis: the development of the Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index. In: J Rheumatol 1994, vol. 21, p. 2281–2285.
 8. Chandran V. Epidemiology of Psoriatic Arthritis. In: J Rheumatol 2009, vol. 36, p. 213- 215.
 9. Creemers M., Franssen M., Hof Mv., Gribnau F., Van De Putte L., Van Riel P. Assessment of outcome in ankylosing spondylitis: an extended radiographic scoring system. In: Ann Rheum, 29 March 2004, p 24-76.
 10. Gladman D., Antoni C., Mease P., Clegg D., and Nash P. Psoriatic arthritis: epidemiology, clinical features, course, and outcome. In: Ann Rheum, 2005, vol. 64 p.14-17.
 11. Gladman D., Helliwell P., Mease P., et al. Assessment of patients with psoriatic arthritis: a review of currently available measures. In: Arthritis Rheum, 2004, vol. 50, p.24-35.
 12. Mease P., Antoni C., Gladman D. and Taylor W. Psoriatic arthritis assessment tools in clinical trials. In: Ann Rheum, 2005, vol.64; p. 49-54.
 13. Moll JM, Wright V. Psoriatic arthritis. Semin Arthritis Rheum 1973;3:55-78.
 14. Taylor W., Gladman D., Helliwell P., Marchesoni A., Mease P., Mielants H. CASPAR Study Group. Classification criteria for psoriatic arthritis: development of new criteria from a large international study. In: Arthritis Rheum, 2006, vol. 54, p. 2665-2673.

PARTICULARITĂȚILE AFECTĂRII CORDULUI LA PACIENȚII CU SPONDILOARTRITA ANCHILOZANTĂ

Liliana Groppa, Liudmila Gonța, Eugeniu Russu, Nicolae Ciobanu, Valeriu Corotaș
 Departamentul Medicină Internă, Clinica Medicală № 5, Reumatologie și Nefrologie
 USMF, ”Nicolae Testemițanu”
 Institutul de Cardiologie, Departamentul de diagnostic funcțional
 IMSP Spitalul Clinic Municipal “Sfânta Treime”, secția reumatologie

Summary

Particularities of heart involvement in patients with ankylosing spondylitis

Spondyloarthritides and, in particular, ankylosing spondylitis are characterized by an excess mortality from cardiovascular disease of around 20-40%. The most specific lesions in patients with ankylosing spondylitis are aortic incompetence and conduction defects. Potential mechanisms for cardiac abnormalities comprise a chronic inflammatory condition with increased levels of circulating cytokines and acute phase reactants. Early detection of cardiac disorders in patients with ankylosing spondylitis may have important therapeutic and prognostic implications.

Key words: ankylosing spondylitis, aortic incompetence, conduction defects.

Rezumat

Spondiloartritele seronegative, mai ales, spondiloartrita anchilozantă sunt asociate cu mortalitate crescută de afectări cardiovasculare 20 – 40%. Afecțiunile cardiace cele mai

caracteristice în cadrul spondiloartritei anchilozante sunt insuficiența aortică și dereglări de conducere. Mecanismele potențiale ale afectării cordului includ inflamația cronică sistemică, însoțită de un nivel ridicat de citokine circulante și reactanți de fază acută. Detectarea precoce a afecțiunilor cardiace la pacienții cu spondiloartrita anchilozantă poate avea implicații importante terapeutice și prognostice.

Cuvinte chee: spondiloartrita anchilozantă, insuficiența aortică, dereglări de conducere.

Actualitatea

Spondiloartrita anchilozantă este o afecțiune inflamatorie cronică, care afectează predilect articulațiile sacroiliace și scheletul axial, capabilă să afecteze cu frecvență și gravitate diferită articulațiile periferice și o gamă largă de manifestări extraarticulare. Spectrul clinic se desfășoară de la o simplă sacroileită până la o maladie cu afectarea polisistemică progresivă. Actualmente spondiloartrita anchilozantă se consideră un prototip al grupului de boli care împreună formează entitatea de „spondiloartrite seronegative” cu multe trăsături comune clinice și radiologice [7]. În calitate de caracteristici comune ale grupului de spondiloartrite seronegative sunt menționate artrita periferică asimetrică cu afectarea preponderentă a membrelor inferioare, sacroileită, durere spinală de tip inflamator, entezopatii, agregarea familială, asocierea cu HLA-B27, absența factorului reumatoid [1].

O valoare importantă în tabloul clinic al spondiloartritelor seronegative ocupă manifestările sistemice cardiovasculare, care în majoritatea cazurilor determină prognosticul și dictează tactica ulterioară de tratament. Spondiloartrite seronegative, mai ales, spondiloartrita anchilozantă sunt asociate cu mortalitate crescută de afectări cardiovasculare 20 – 40% [5].

Datele literaturii prezintă că afecțiunile cardiace clasice în cadrul spondiloartritei anchilozante sunt aortită cu insuficiența aortică și dereglările de conducere (A-V blocuri) [6]. Patologiile au un spectru larg și la fel pot include fibroza cuspelor valvelor aortice și mitrale, dereglări de ritm, disfuncția ventriculului stâng, pericardita, miocardita [8].

Depistarea precoce a afecțiunilor cardiace, în special a afectării valvei aortice poate avea aspecte terapeutice și prognostice importante. Dilatarea arcului aortei și prezența cristei la examenul ecocardiografic, reprezintă un indicator al afectării preclinice a aortei [9]. Depistarea directă a insuficienței aortice este acum posibilă prin utilizarea tehnicii Doppler ecocardiografice. Studiile prospective cu utilizarea ecocardiografiei Doppler ne-ar extinde cunoștințele despre prevalența și rezultatele afectării valvei aortice în spondiloartrita anchilozantă și ar putea contribui la prognosticul riscului afectării valvulare severe. Afectarea valvei aortice se atestă la 1 – 10% din pacienți cu spondiloartrita anchilozantă. Diferențele din cadrul subgrupurilor de pacienți, cum ar fi vârsta și durata bolii, pot explica parțial varietatea expresiei acestor manifestări [8].

Regurgitarea mitrală, după datele literaturii nu este frecventă, dar gravă [1]. Prevalența prolapsului valvei mitrale nu este mai mare, decât cel depistat în populația generală [3].

La fel, prevalența dereglărilor de ritm, exprimate prin bloc atrioventricular a sporit cu avansarea bolii de la 0,6% după 5 ani de boală la 8,5% peste 30 de ani. De asemenea, în cazul insuficienței valvei aortice prevalența s-a dublat, dacă au fost afectate și articulațiile periferice [2].

Deoarece tulburări de conducere intracardiacă pot fi tranzitorii, frecvența investigațiilor electrocardiografice și durata monitorizării ulterioare pot avea un rol important. Prevalența tulburărilor de conducere este mai mare la pacienții cu afectarea valvei aortice. Au fost descrise varietăți largi de tulburări ai conducerii, inclusiv blocul atrioventricular de gradul întâi, doi și trei, blocurile de ram a fascicului Hiss, sindrom Wolf-Parkinson-White [1]. Tulburările de conducere trec spontan, chiar și în cazurile de bloc intracardiac complet [8]. Cercetările electrofiziologice la pacienții cu bloc intracardiac complet sugerează, că acest bloc se localizează preferențial în nodul atrioventricular, cu toate că este posibilă și afectarea sistemului de conducere [9].

În publicațiile științifice recente frecvent este abordat subiectul asocierii complexului de histocompatibilitate HLA-B27 cu afectarea cordului. Conform datelor L. Bergfeldt, aortita și blocul AV sunt asociate cu HLA-B27 antigen în 67-88% din cazuri și printre 26 de pacienți cu cardiostimulatoarele investigați s-a detectat HLA-B27-pozitiv la 22 indivizi (85%) [1]. Există și alte studii ce demonstrează o asociere strânsă a modificărilor cardiace discutate cu HLA-B27. Astfel studiul lui O. Laitinen et al., a evidențiat că printre 74 de pacienți cu artrita reactivă postenterocolitică s-a diagnosticat aortita doar la persoane HLA-B27-pozitivi [8]. Cu toate acestea, studiul lui J. Bruges-Armas et al. nu a identificat o expresie crescută a HLA-B27 printre 127 de pacienți la care au fost instalate stimuloare cardiace comparativ cu lotul de control, care a servit 130 de persoane fără dereglări de conductibilitate [7].

Spre deosebire de artrita reumatoidă în spondiloartrita anchilozantă pericardita nu este o manifestare clinică evidentă atât din punct de vedere clinic sau patologic. Conform datelor literaturii, pericardita este un semn clinic mai frecvent a sindromului Reiter, decât în spondiloartrita anchilozantă [9].

Cu toate acestea alte studiile au demonstrat că la pacienții cu spondiloartrita anchilozantă pot apărea tulburări grave de conducere cardiacă, ce ar necesita implantarea de pacemaker, și regurgitare aortică progresivă, ce este o indicație pentru protezarea valvei aortice [8].

Scopul studiului a fost de a determina afectarea cordului la bolnavi cu spondiloartrita anchilozantă utilizând EcoCG asociat Doppler, ECG, Holter ECG, stres-test cu efort fizic dozat, analiza frecvenței unor schimbări majore și evaluarea gradului de severitate a acestora.

Material și metode

Studiul nostru a inclus 57 de bolnavi cu spondiloartrita anchilozantă, care au fost investigați în secția reumatologie a IMSP SCM "Sfânta Treime" în perioada anilor 2009-2011. Toți pacienții internați au fost investigați complex pentru confirmarea diagnosticului, cât și pentru aprecierea gradului de afectare a cordului. Pentru confirmarea diagnosticului s-au aplicat criteriile de diagnostic de la New-York (1984), fiind completate prin examene specifice de laborator și instrumentale atât pentru determinarea sindromului inflamator sistemic, cât și pentru aprecierea gradului de afectare a cordului. Toți pacienții au fost examinați utilizând chestionarele clinice specifice: BASDAI, BASFI, BASRI, HAQ. Pacienții înrolați în studiu au corespuns criteriilor de includere și de excludere elaborate la începutul studiului.

Astfel, studiul a inclus 57 de pacienți – 51 bărbați și 6 femei. Vârsta medie a pacientului a fost de 31,5 (28-41) de ani, vârsta medie la debutul bolii – 24 (18-27), durata bolii la momentul includerii în studiu 9 (2-22) ani. Pozitivi după antigenul HLA-B27 au fost 52 (91,22%) pacienți. Caracterizarea generală a lotului pacienților cu spondiloartrita anchilozantă este prezentată în tabelul 1.

Tabelul 1. Caracteristica generală a pacienților incluși în studiu, n=57

Bărbați/Femei	51/6
Vârsta medie (ani)	31,5 (28-41)
Vârsta medie a pacienților la debutului bolii (ani)	24 (18-27)
Durata medie a bolii (ani)	9 (2-22)
HLA-B27 pozitivi	52 (91,22%)
Forma axială	28
Forma periferică	7
Forma mixtă	22

Rezultate

O varietate largă de tulburări de ritm și conducere s-au înregistrat la 19 (33,33%) de pacienți, din care HLA-B27 a fost detectat la 18 (94,73%) persoane (tabelul 2).

Tabelul 2. Dereglări de ritm și conducere la pacienții cu spondiloartrita anchilozantă, n=57

	Nr. pacienților, (%)	HLA-B27 (%)
Dereglări de ritm și conducere	19 (33,33)	18 (94,73)
Blocada atrioventriculară gr I	5 (26,31)	4 (80,0)
Blocada atrioventriculară gr II-III (implantarea cardiostimulatorului)	2 (10,52)	2 (100,0)
Blocada intraventriculară	2 (10,52)	2 (100,0)
Bloc complet de ram stâng a fasc. Hiss	3 (15,78)	2 (66,66)
Bloc complet de ram drept a fasc. Hiss	2 (10,52)	2 (100,0)
Bradycardie sinusală	11 (57,89)	10 (90,9)
Tahicardie sinusală	3 (15,78)	3 (100,0)
Extrasistolie	4 (21,05)	4 (100,0)
Fibrilație atrială	1 (5,26)	1 (100,0)

Bloc atrioventricular de gradul I a fost diagnosticat la 5 (26,31%) persoane, la majoritatea pacienților bloc de gradul I nu a necesitat tratament, la 2 (10,52%) bolnavi – bloc de gradul II-III. Tulburări de conducere intraventriculară au fost înregistrate la 2 (10,52%) pacienți. La 3 (15,78%) bolnavi s-a depistat bloc complet de ram stâng, la 2 (10,52%) de bolnavi - bloc complet de ram drept a fascicolului Hiss. La o persoană s-a determinat o combinație de blocadă AV cu bloc de ram stâng a fascicolului Hiss.

La 11 (57,89%) de pacienți s-a înregistrat bradycardie sinusală (la 4 bolnavi FCC a fost < 50', la 7 - FCC de la 50 până la 60'). Tahicardie sinusală a fost observată la 3 (15,78%) persoane, extrasistolie – la 4 (21,05%) (la 2 - extrasistolie ventriculară, la 2 - supraventriculară), fibrilație atrială la 1 pacient.

Manifestările clinice asociate cu dereglări de ritm și conducere și care au necesitat tratament s-au observat la 5 pacienți din 57. La 2 bolnavi cu bloc AV de gradul II și III cu atacuri Adams-Stokes a fost implantat cardiostimulator.

Examen ecocardiografic s-a efectuat la 57 de bolnavi cu spondiloartrita anchilozantă. S-au obținut datele despre frecvența sporită a modificărilor a arcului aortei și aparatului valvular la astfel de pacienți. Rezultatele EcoCG+Doppler sunt prezentate în tabelul 3.

Tabelul 3. Afectarea aortei și aparatului valvular conform examenului ecocardiografic la bolnavi cu spondiloartrita anchilozantă, n=57

	Nr. pacienților, n	%
Numărul pacienților cu afectarea cordului HLA-B27+	34	59,64
Dilatarea/îngroșarea arcului aortei	17	50,0
„Crista subaortică” („subaortic bump”)	3	8,82
Îngroșarea cuspelor valvei aortice	14	41,17
Îngroșarea cuspelor valvei mitrale	6	17,64
Regurgitarea aortică gradul I-II	21	61,76
Regurgitarea aortică gradul III-IV	3	8,82
Regurgitarea mitrală gradul I-II	5	14,7
Protezarea valvei aortice/mitrale	1	2,94

Modificările la nivelul arcului aortei și valvei aortice s-au observat destul de frecvent. Aceste schimbări patologice în formă de îngroșare și/sau dilatare s-au detectat la 17 (50%) pacienți. La majoritatea pacienților lățimea aortei nu a depășit 4,3 cm și doar la 2 pacienți a fost de 4,9 cm.

La 3 (8,82%) pacienți la examen ecocardiografic s-a vizualizat o îngroșare locală în formă de „cristă subaortică” („subaortic bump”) la nivelul peretelui posterior mai jos de valva aortică în locul joncțiunii ei cu baza cuspei mitrale anterioare.

Îngroșarea cuspelor valvei aortice s-a determinat la 14 (41,17%) de pacienți, îngroșare marginală – la 3, îngroșare difuză la 11. Îngroșarea cuspelor a valvei mitrale s-a demonstrat la 6 (17,64%) cazuri.

Modificările arcului aortei și aparatului valvular la majoritatea pacienților au fost asociate. La 3 persoane îngroșarea cuspelor valvei aortice s-a asociat cu îngroșarea în regiunea joncțiunii aorto-mitrale („subaortic bump”), la 17- îngroșarea cuspelor valvei aortice s-a determinat împreună cu îngroșarea sau dilatarea aortei, la 1 - crista subaortică s-a acompaniat cu îngroșarea cuspelor valvei mitrale. Modificările structurale patologice ecografic s-au detectat în mai multe zone simultan la un total de 12 de pacienți (35,2%).

La majoritatea bolnavilor cu spondiloartrita anchilozantă procesul patologic în aorta și aparatul valvular a decurs asimptomatic și s-a identificat doar la EcoCG+Doppler. Regurgitarea aortică de gradul III și IV hemodinamic semnificativă s-a observat numai la 3 pacienți. Protezarea valvei aortice a avut loc la 1 caz. La 21 (61,76%) pacienți s-a depistat regurgitarea aortică de gradul I-II, la 5 (14,7%)- regurgitare mitrală de gradul I-II.

La 4 persoane s-au determinat semne de pericardita adezivă, manifestată prin îngroșarea și separarea foștelor pericardului.

La 8 bolnavi s-a detectat asocierea blocadei AV cu patologia arcului aortei, aparatului valvular sau îngroșarea subaortică. Frecvența blocadei AV la pacienții cu modificările aortei și aparatului valvular a fost semnificativ mai înaltă decât la bolnavi fără aceste schimbări. Pe de altă parte, variațiile de frecvență a modificărilor aortei și aparatului valvular la persoane cu blocada AV au fost, de asemenea, semnificativ mai mare decât la pacienții fără blocada AV. Posibil, că asocierea blocadei AV cu leziuni la nivelul aortei și aparatului valvular poate fi explicată prin apropierea anatomică a acestor structuri și răspândirea relativ de ușoară a procesului inflamator de pe aorta pe valva mitrală și partea inferioară a septului interatrial, unde este situat nodul sinoatrial.

Discuții

Astfel, în conformitate cu examen ECG la pacienții cu spondiloartrita anchilozantă des s-au detectat tulburări de conducere – blocuri AV și dereglări de conducere interventriculară. Frecvența sporită a dereglărilor de conductibilitate a fost constată și de alți savanți: L. Bergfeldt și coautorii au observat diverse dereglări de conducere la aproape 1/3 din bolnavi examinați. Aceste modificări adesea au fost tranzitorii și nu s-au înregistrat la examen ECG repetat [1]. În cele mai multe cazuri tulburări de conducere nu au fost severe: L. Bernstein și O. Broch printre 190 de pacienți cu spondiloartrita anchilozantă la 29 (15%) au evidențiat bloc AV de gradul I și la 3 (1,6%) bloc AV de gradul III [6]. Alți savanți au diagnosticat bloc AV complet la astfel de pacienți la 1-9% de cazuri [7]. În grupul nostru de studiu la majoritatea bolnavilor dereglări de conductibilitate de asemenea nu au impactat semnificativ asupra gravității și evoluției maladiei de bază.

Cercetătorii au elucidat bradicardie sinusală la pacienții cu spondiloartrita anchilozantă de mai multe ori [3], iar studiul nostru a detectat în 11 (57,89%) de cazuri. Deseori în practica clinică cotidiană astfel de schimbări rămân fără atenție deosebită. Bradicardie poate fi o manifestare a disfuncției nodului sinusal la baza căreia stau modificări patologice în peretele arterial ce alimentează acest nod și în miocardul atriului drept [4].

Analiza modificărilor EcoCG la pacienții cu spondiloartrita anchilozantă a evidențiat structurile cordului cel mai des afectate. Acestea sunt: aorta ascendentă, valva aortică și mitrală,

precum și zona de trecere a peretelui posterior al arcului aortei în cuspa mitrală anterioară. În acest loc se formează o îngroșare a endocardului în formă de „cristă”, ce prezintă țesut fibros postinflamator. Acest fenomen, cunoscut sub denumire de „crista subaortică” sau „subaortic bump” a fost descris pentru prima dată de B. Bulkey și W. Roberts în 1973 și este considerat a fi specific pentru spondiloartrita anchilozantă [1]. S.Pronin și coautorii au detectat „crista subaortică” în 11,5% dintre pacienții cu astfel de nozologie, dar G.Kotelnicov în 10% [9]. Conform studiului nostru aceste modificări patologice s-au evidențiat în 8,82 % de cazuri. Conform datelor literaturii științifice modificările similare sunt, de asemenea, identificate la pacienții cu alte spondiloartrite seronegative: artrita reactivă și artrită psoriazică [5,7]. Studiile histologice efectuate în timpul intervențiilor chirurgicale, au demonstrat semne de inflamație acută și cronică în arcul aortei și valva mitrală: edem, infiltrarea cu limfocite și celule plasmatiche, proliferarea fibroblaștilor. Nu s-au depistat vegetații, anevrisme, microorganisme. Semn caracteristic pentru aortită este lipsa de stenoză aortică [2,3].

Aortită în spondiloartrita anchilozantă în comparație cu alte tipuri cunoscute de aortită (de exemplu, bacteriană, arterita Takayasu,) se caracterizează prin leziuni localizate la nivelul arcului aortei, prezența îngroșării în formă de cristă în regiunea joncțiunii aorto-mitrale („subaortic bump”), asocierea cu îngroșarea a cuspelor valvei aortice și mitrale și evoluție preponderent oligosimptomatică. O altă manifestare a sindromului cardiologic HLA-B27 asociat este prezența tulburărilor de conductibilitate la nivelul nodului atrioventricular și în partea inferioară a sistemului de conducere. Posibil, afectarea structurilor cordului nu se limitează doar la nivelul arcului aortei, valvei aortice și mitrale, dar acoperă de asemenea septul interatrial, interventricular și peretele ventriculului stâng [4,7,8].

Concluzii

Astfel, afectarea cordului în spondiloartrita anchilozantă prezintă o manifestare extraarticulară frecventă. Dereglări de ritm și conducere s-au detectat la 19 din 57 (33,33%) pacienți; modificările aortei și valvei aortice – la 31 din 57 (54,3%). În majoritatea cazurilor aortita și afectarea aparatului valvular evoluează fără simptomatologia clinică manifestă și se determină doar la examen ecocardiografic. Dereglări de conductibilitate se asociază cu modificările aortei și aparatului valvular: blocada atrioventriculară s-a detectat mai frecvent la bolnavi cu schimbări patologice la EcoCG; pe de altă parte, afectarea aortei, valvei aortice și mitrale s-a observat mai frecvent la pacienții cu blocuri AV. Conform datelor examenului ecocardiografic pentru sindrom cardiopat antigenul HLA-B27 asociat este caracteristic prin inflamația localizată a arcului aortei și la nivelul joncțiunii aorto-mitrale cu îngroșarea valvelor aortice, mitrale și tulburări de conducere.

Realizările despre geneza patologiei cardiace în spondiloartrita anchilozantă sunt limitate: nu sunt cunoscuți triggerii antigenici, mecanismele patogenetice de dezvoltare a procesului inflamator în peretele aortei și valvei aortice, nu este clară cauza implicării selective în procesul patologic a mușchiului miocardului ventriculului stâng și impactul asupra acestora a sistemului imun. Perspectivele caracterizării afectării cordului la acești pacienți va permite prevederea modificărilor ireversibile prin direcționarea corectă a diagnosticului ce va ameliora prognosticul la această categorie de pacienți.

Bibliografie

1. Bergfeldt L, Edhag O, Vallin H. Cardiac conduction disturbances, an underestimated manifestation in ankylosing spondylitis. *Acta Med Scand* 1982; 212:217-23.
2. Brunner F, Kunz A, Weber U, Kissling R. Ankylosing spondylitis and heart abnormalities: do cardiac conduction disorders, valve regurgitation and diastolic dysfunction occur more often in male patients with diagnosed ankylosing spondylitis for over 15 years than in the normal population? *Clin Rheumatol* 2006; 25:24-29
3. Gould BA, Turner J, Keeling DH. Myocardial dysfunction in ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 1992;51:227-232. Gupta BK, Panwar RB, Kabra PK. Ankylosing spondylitis in

- association with mitral stenosis, mitral regurgitation, and aortic regurgitation: a case report and review of the literature. *Echocardiography*, 2003,20(3), 275-7
- Graham D C, Smythe H A. The carditis and aortitis of ankylosing spondylitis. *Bull Rheum Dis* 1988;9:171-4.
 - Han C, Robinson DW Jr, Hackett MV. Cardiovascular disease and risk factors in patients with rheumatoid arthritis, psoriatic arthritis, and ankylosing spondylitis. *J. Rheumatol.* 2006; 33:2167-2172.
 - Lautermann D, Braun J. Ankylosing spondylitis-cardiac manifestations. *Clin. Exp. Rheumatol.*, 2002,20, 6 (suppl 28), 511-15
 - Peteres MJ, van der Horst-Bruinsma IE, Dijkmans BA, Nurmohamed MT. Cardiovascular risk profile of patients with spondylarthropathies, particularly ankylosing spondylitis and psoriatic arthritis. *Semin Arthritis Rheum*, 2004; 34:585-592.
 - Roldan CA, Chavez J, Wiest PW. Aortic root disease and valve disease associated with ankylosing spondylitis. *J Am Coll Cardiol* 1998;32:1397-1404.
 - Yildirim A, Aksoyek S, Calguneri M, et al. Echocardiographic evidence of cardiac involvement in ankylosing spondylitis. *Clin Rheumatol* 2002;21:129-134.

AFECTAREA RENALĂ ÎN GUTĂ

(revista literaturii)

**Larisa Rotaru, Liliana Groppa, Ala Pascari-Negrescu,
Svetlana Agachi, Lealea Chiaburu**

Departamentul Medicina Internă, Clinica Medicală nr.5, Disciplina Reumatologie
USMF "Nicolae Testemițanu"

Summary

Kidney involvement in gout

After arthritis, kidney disease is the most common clinical manifestation of hyperuricemia. This is manifested by the appearance of urate nephropathy, uric acid tubulopathy, stones from the uric acid. Primary gout leads to the development of nephropathy in 15% of patients, whereas in secondary gout nephropathy occurs in a larger number of patients (while taking medication, because of adherence of diabetes, hypertension, etc.).

Rezumat

După artrită, cea mai răspândită manifestare clinică a hiperuricemiei este reprezentată prin afectarea renală. Ea se manifestă prin apariția a nefropatiei uratice, tubulopatiei urice, calculilor formați din acid uric. Gută primară duce la dezvoltarea nefropatiei în 15% dintre pacienți, în timp ce în gută secundară - nefropatia apare la un număr mai mare de pacienți (pe fond de administrarea medicamentelor, din cauza asocierii cu diabetul zaharat de tip 2, hipertensiunii arteriale, etc).

Interesarea renală se concretizează în apariția (Barlow și Beilin,1968):

1. nefropatiei uratice
2. a tubulopatiei urice
3. a calculilor formați din acid uric.

Nefropatia uratică. Aceasta este rezultatul depunerii progresive de *urat monosodic monohidrat* sub formă de cristale în interstițiul renal și al inflamației pe care aceasta o declanșează. Depunerile sunt favorizate de pH-ul urinar acid, în condițiile eliminării renale crescute. Suferința este lent progresivă; totuși, pe baza datelor de analiză statistică se afirmă că nefropatia uratică nu reduce speranța de viață (Talbot și Lilienfeld,1980; Yu și Talbot,1980).