



**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, MUNCII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AL REPUBLICII MOLDOVA**

Artrita reactivă la adult

Protocol clinic național

PCN- 76

Chișinău, 2018

**Aprobat prin ședința Consiliului de experți al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova
din 30.03.2017, proces verbal nr. 1**

**Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii
Moldova nr.23 din 11.01.2018 cu privire la aprobarea Protocolului clinic național
„Artrita reactivă la adult”**

Elaborat de colectivul de autori:

Liliana Groppa	USMF „Nicolae Testemițanu”
Eugeniu Russu	USMF „Nicolae Testemițanu”
Serghei Popa	USMF „Nicolae Testemițanu”
Svetlana Agachi	USMF „Nicolae Testemițanu”
Elena Deseatnicova	USMF „Nicolae Testemițanu”
Larisa Rotaru	USMF „Nicolae Testemițanu”
Daniela Cepoi-Bulgac	USMF „Nicolae Testemițanu”

Recenzenți oficiali

Victor Ghicavî	Catedră farmacologie și farmacologie clinică, USMF „Nicolae Testemițanu”
Ghenadie Curocichin	Catedra medicina de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”
Valentin Gudumac	Catedră medicina de laborator, USMF „Nicolae Testemițanu”
Vladislav Zara	Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale
Maria Cumpănă	Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate
Diana Grosu-Axenti	Compania Națională de Asigurări în Medicină

CUPRINS

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT	5
PREFAȚĂ	5
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	5
A.1. Diagnosticul - exemplu de formulare a diagnosticului	5
A.2. Codul bolii (CIM 10)	6
A.3. Utilizatorii	6
A.4. Scopurile protocolului	6
A.5. Data elaborării protocolului	6
A.6. Data actualizării protocolului	6
A.7. Data reviziei următoare	6
A.8. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea protocolului	6
A.9. Definițiile folosite în document	7
A.10. Informația epidemiologică	7
B. PARTEA GENERALĂ	8
B.1. Nivel de asistență medicală primară	8
B.2. Nivelul consultativ specializat (reumatolog)	9
B.3. Nivelul de staționar	10
C. 1. ALGORITM DE CONDUITĂ	12
C. 1.1 Algoritm de tratament al ARe	12
C. 2. Descrierea metodelor, tehnicilor și procedurilor	13
C.2.1 Clasificarea ARe	13
C.2.2. Factorii cauzali ai ARe	13
C.2.3. Conduita pacientului cu ARe	13
C.2.3.1. Anamnezic	13
C.2.3.2. Examenul fizic	14
C.2.3.3. Investigații paraclinice	15
C.2.3.4. Determinarea gradului activității bolii	18
C.2.3.5. Determinarea gradului de exprimare a entezitei prin scorul MASES	18
C.2.4. Diagnosticul	18
C.2.4.1. Diagnosticul pozitiv	18
C.2.4.2. Diagnosticul diferențial	20
C.2.5. Criteriile de spitalizare a pacienților cu ARe	20
C.2.6. Tratamentul	21
C.2.6.1. Tratamentul medicamentos al ARe	21
C.2.6.2. Tratamentul nemedicamentos al ARe	24
C.2.7. Prognosticul evolutiv	24
C.2.7.1. Aprecierea prognosticului ARe	24
C.2.7.2. Particularitățile evolutive a ARe pe fundalul infecției HIV/SIDA	24
C.2.7.3. Particularitățile evolutive a ARe pe fundalul infecției VHB și VHC	25
C.2.8. Supravegherea pacienților cu ARe	25
C.2.9. Complicațiile ARe	26
D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI	27
E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PNC	29

ANEXE	30
BIBLIOGRAFIA	35
INFORMAȚIE PENTRU PACIENT	36

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

ACR	Colegiul Reumatologilor Americani
AINS	antiinflamatoare nesteroidiene
ARe	artrita reactivă
ALAT	Alaninaminotransferaza
AMP	asistenta medicala primara
ASAT	Aspartataminotransferaza
DAREA	scorul de activitate a bolii din <i>disease activity of reactive arthritis</i>
DMARD	tratament de fond din <i>disease-modifying antirheumatic drug</i>
ECG	electrocardiografie
GCS	glucocorticosteroizi
HIV	virusul imunodeficienței umane
HLA	sistemul major de histocompatibilitate din <i>human leukocyte antigen system</i>
HTA	hipertensiune arteriala
IC	insuficienta cardiaca
IFA	insuficiența funcțională a articulațiilor
MASES	scorul aprecierii entezitei din <i>Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesis Score</i>
MTX	Methotrexatum
NYHA	Asociatia inimii din New York/ <i>New York Heart Association</i>
PCR	proteina C – reactiva
VHB	virus hepatic B
VSH	viteza de sedimentare a hematiilor

PREFAȚĂ

Acest protocol a fost elaborat de grupul de lucru al Ministerului Sănătății al Republicii Moldova (MS RM), constituit din specialiștii Departamentului Medicină Internă, Disciplina Reumatologie și Nefrologie a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”.

Protocolul național este elaborat în conformitate cu ghidurile internaționale actuale privind SA și va servi drept bază pentru elaborarea protoalelor instituționale, în baza posibilităților reale ale fiecărei instituții în anul curent. La recomandarea MS pentru monitorizarea protoalelor instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în protocolul clinic național.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul: Artrita reactivă

Exemplu de formulare a diagnosticului:

1. Artrită reactivă, forma postenterocolitică, de etiologie *Yersinia enterocolitica*, cu afectarea articulației talocrurale drepte, evoluție acută, gradul II de activitate, scorul DAREA 16, stadiul radiologic II, IFA I;
2. Artrită reactivă, forma uro-genitală, de etiologie hlamidiană cu afectarea articulațiilor mici ale plantelor și articulației talocrurale stânga, evoluție cronică, gradul II de activitate, scorul DAREA 15, stadiul radiologic III, sacroiliită bilaterală asimetrică, stadiul radiologic pe dreapta II, pe stânga III, IFA II;
3. Artrită reactivă, forma uro-genitală, de etiologie hlamidiană cu atingeri sistemice (limfadenopatie, proteinurie, microhematurie, aortită – insuficiența valvei aortice gr II-III, IC II NYHA), gradul III de activitate, scorul DAREA 22, stadiul radiologic III, IFA III;

A.2. Codul bolii (CIM 10):

M02.0 – Artropatie după derivație intestinală

M02.1 – Artropatia post-dezinterică

M02.2 – Artropatia post-vaccinantă

M02.3 – Sindromul Reiter

M02.8 – Alte artropatii de reacție

M02.9 – Artropatia de reacție fără precizare

M07.6 – Alte artrite enteropatice

A.3. Utilizatorii:

- oficiile medicilor de familie (medici de familie și asistentele medicilor de familie);
- centrele de sănătate (medici de familie);
- centrele medicilor de familie (medici de familie);
- centrele consultative raionale (medici reumatologi);
- asociațiile medicale teritoriale (medici de familie și medici reumatologi);
- secțiile de reumatologie ale spitalelor municipale;
- secțiile de reumatologie ale spitalelor republicane.

A.4. Scopurile protocolului:

1. Sporirea numărului de pacienți cărora li s-a stabilit în prima lună de la debutul bolii diagnosticul de ARE
2. Sporirea numărului de pacienți cărora li s-a stabilit în primele 4 luni de la debutul bolii diagnosticul de ARE cu atingeri viscerale
3. Sporirea calității examinării clinice și paraclinice a pacienților cu ARE
4. Sporirea calității tratamentului pacienților cu ARE
5. Sporirea numărului de pacienți cu ARE supravegheați conform recomandărilor protocolului clinic național
6. Sporirea numărului de pacienți cu ARE, cărora li se vor monitoriza posibilele efecte adverse la tratament cu preparate antibacteriene, AINS, de fond (DMARD) și biologice.

A.5. Data elaborării protocolului: 2009




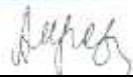

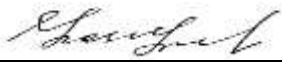
A.6. Data actualizării protocolului: 2018

A.7. Data reviziei următoare: 2020

A.8. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea protocolului:

Numele	Funcția
Liliana Groppa	d.h.ș.m., profesor universitar Șef Disciplinei de reumatologie și nefrologia a USMF „Nicolae Testemițanu”
Eugeniu Russu	d.ș.m., Conferențiar universitar al Disciplinei de reumatologie și nefrologia a USMF „Nicolae Testemițanu”
Serghei Popa	d.ș.m., Conferențiar universitar al Disciplinei de reumatologie și nefrologia a USMF „Nicolae Testemițanu”
Svetlana Agachi	d.ș.m., Conferențiar universitar al Disciplinei de reumatologie și nefrologia a USMF „Nicolae Testemițanu”
Elena Deseatnicova	d.ș.m., Conferențiar universitar al Disciplinei de reumatologie și nefrologia a USMF „Nicolae Testemițanu”
Larisa Rotaru	d.ș.m., Conferențiar universitar al Disciplinei de reumatologie și nefrologia a USMF „Nicolae Testemițanu”
Daniela Cepoi-Bulgac	Asistent universitar al Disciplinei de reumatologie și nefrologia a USMF „Nicolae Testemițanu”

Protocolul a fost discutat, aprobat și contrasemnat:

Denumirea/instituția	Numele și semnătura
Comisia Științifico-Metodică de Profil „Reumatologia”	
Asociația Medicilor de Familie din RM	
Agenția Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	
Consiliul de Experți al MS RM	
Consiliul Național de Evaluare și Accreditare în Sănătate	
Compania Națională de Asigurări în Medicină	

A.9. Definițiile folosite în document

Artrita reactivă (ARe) este o patologie articulară inflamatorie nesupurativă, cu un component autoimun minimal, ce se instalează în urma infecțiilor intestinale sau urogenitale, preponderent la persoane cu predispoziție genetică [4,8,10].

Artrita reactivă este asociată infecțiilor gastro-intestinale cu speciile *Sigella*, *Salmonella* și *Campylobacter*, cât și a altor microorganisme, precum și cu infecțiile uro-genitale (în special cu *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*) [3,4,8,15,16,17].

A.10. Informația epidemiologică

Frecvența – pe plan internațional incidența ARe este de aproximativ 30-40 cazuri la 100000 adulți, dar această cifră variază considerabil în diferite zone geografice [8,9].

Mortalitatea/Morbiditatea – ARe de obicei are o evoluție auto-limitantă, cu rezoluția simptomelor în 3-12 luni, chiar și la pacienții cu forme acute. Totuși are o tendință de recurențe, în special cu procese inflamatorii oculare și urogenitale. Indivizii cu determinanta HLA-B27 pozitivă au un risc crescut de recurențe printr-o infecție nouă sau factori de stres ce pot reactiva maladia [15,16].

În 15% cazuri pacienții cu ARe dezvoltă artrite, entezite și spondilite destructive de durată. Implicarea articulației coxo-femurală, VSH 30 precum și lipsa răspunsului la tratament cu AINS – sunt indicatori ai unei forme grave sau cronicizării procesului.

Sexul – ARe de etiologie enterică alimentară se întâlnește în măsură egală atât la bărbați cât și la femei. Raportul bărbați/femei în ARe asociată unei infecții uro-genitale este de 9:1 [1,12].

Vârsta – majoritatea pacienților cu ARe au vârsta cuprinsă între 20-40 ani [3,4].

B. PARTEA GENERALĂ

<i>B.1. Nivel de asistență medicală primară</i>		
Descriere	Motivele	Pașii
1. Diagnostic		
1.1. Evaluarea pacientului	Recunoașterea semnelor precoce de ARe, cât și suspectarea atingerilor organelor interne este important în stabilirea diagnosticului, și recomandarea tratamentului antibacterian individualizat pentru eradicarea agentului etiologic.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Anamneză (<i>casetele 1,4</i>) • Examenul fizic cu evaluarea statutului funcțional (<i>casetele 5,7,8 anexa</i>); • Investigații paraclinice pentru determinarea factorului etiologic (<i>casetele 2,6</i>), activității bolii și supravegherea evoluției bolii (<i>casetele 7,8,9,10</i>); • Este recomandabilă consultația specialistului reumatolog la toți pacienții primar depistați; • Aprecierea indicațiilor pentru consultul repetat al specialistului reumatolog (în cazul ineficienței tratamentului efectuat, evoluției atipice a bolii sau prezenței atingerilor sistemice);
1.2. Decizia asupra tacticii de tratament: staționar versus ambulatoriu		Evaluarea criteriilor de spitalizare pentru pacientul cu ARe (<i>caseta 11</i>)
2. Tratament		
2.1. Tratamentul	Scopul tratamentului este eradicarea infecției uro-genitale sau enterocolice, normalizarea funcției articulare și evitarea complicațiilor din partea organelor interne prin atingeri viscerale	Obligatoriu (<i>caseta 12</i>): <ul style="list-style-type: none"> • AINS - la adresarea primară și diagnostic confirmat (<i>caseta 14</i>). Recomandabil (la diagnostic confirmat): <ul style="list-style-type: none"> • Antibacteriene – inițiere sau continuarea tratamentului inițiat (<i>caseta 13</i>) • Glucocorticosteroizi – evaluarea pacientului inițiat în tratamentul GCS de către reumatolog, sau administrarea primară (doar în cazurile atingerilor sistemice sau ineficienței AINS) cu excepția introducerii intraarticulare (<i>caseta 15</i>); • Preparate de fond (DMARD clasice) (<i>caseta 16</i>) evaluarea pacientului inițiat în tratamentul citostatic și biologic de către reumatolog; • Tratamentul nonfarmacologic: reabilitare (<i>caseta 17</i>).

3. Supravegherea	<p>Tratamentul antibacterian va permite eradicarea agentului etiologic - infecției uro-genitale și enterocolice și va preveni atingerile viscerale prin proces autoimun indus.</p> <p>Supravegherea va permite depistarea precoce al atingerilor viscerale prin proces autoimun indus.</p> <p>Este important pentru aprecierea funcției articulare.</p>	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Controlul eficacității tratamentului antibacterian; • Controlul eficacității tratamentului de fond (DMARD clasice și biologice) (<i>caseta 21</i>); • Supravegherea în baza programului elaborat de specialistul reumatolog./
6. Recuperarea		<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conform programelor recuperatoare existente, cât și recomandărilor medicilor specialiști; • Tratament sanatorial.

<i>B.2. Nivelul consultativ specializat (reumatolog)</i>		
Descriere	Motivele	Pașii
1. Diagnostic		
1.1. Confirmarea diagnosticului de ARE	<p>Diagnosticul precoce și tratamentul antibacterian și AINS administrat din start, cât și aprecierea necesității în tratament de fond cu administrarea lui poate minimaliza durata bolii și micșora numărul pacienților cu afectări viscerale prin proces autoimun indus.</p>	<p>Obligatoriu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anamneză (<i>casetele 1,4</i>) • Examenul fizic cu evaluarea statutului funcțional (<i>casetele 3,5,7,8, anexa</i>); • Investigații paraclinice pentru determinarea factorului etiologic (<i>casetele 2,6</i>), activității bolii și supravegherea evoluției bolii, efectuarea diagnosticului diferențial (<i>casetele 7,8,9,10</i>); • Aprecierea indicațiilor pentru consultul specialiștilor: ginecolog/urolog, oftalmolog, gastro-enterolog, dermatolog, nefrolog.
1.2. Decizii asupra tacticii de tratament: staționar versus ambulatoriu		<p>Aprecierea criteriilor de spitalizare (<i>caseta 11</i>) Elaborarea programei de tratament și supraveghere pentru nivelul de asistență medicală primară</p>
2. Tratament		

2.1. Tratamentul medicamentos și de reabilitare în condiții de ambulatoriu.	Scopul tratamentului este eradicarea infecției uro-genitale și enterocilice provocatoare de artrită, combaterea procesului inflamator, prevenirea reacției autoimune induse, combaterea atingerilor viscerale și menținerea al abilităților funcționale articulare.	Obligativu (caseta 12): <ul style="list-style-type: none"> • Antibacteriene – inițierea tratamentului etiologic (caseta 13); • AINS - la adresarea primară și diagnostic confirmat (caseta 14); • Glucocorticosteroizi – doar în cazurile atingerilor sistemice sau ineficienței AINS sau în caz de tratament local cu introducerea intraarticulară (caseta 15); • Preparate de fond (DMARD clasice) (caseta 16); • Tratamentul nonfarmacologic: reabilitare (caseta 17).
3. Supravegherea		
3.1. Supravegherea	Supravegherea tratamentului antibacterian, de fond (DMARD), AINS – eficacitatea, reacțiile adverse. Supravegherea va permite depistarea precoce al atingerilor viscerale prin proces autoimun indus. Este important pentru aprecierea funcției articulare	<ul style="list-style-type: none"> • Controlul eficacității tratamentului antibacterian; • Controlul eficacității tratamentului de fond (DMARD clasice și biologice) (casetele 18,19,20,21,22,23).

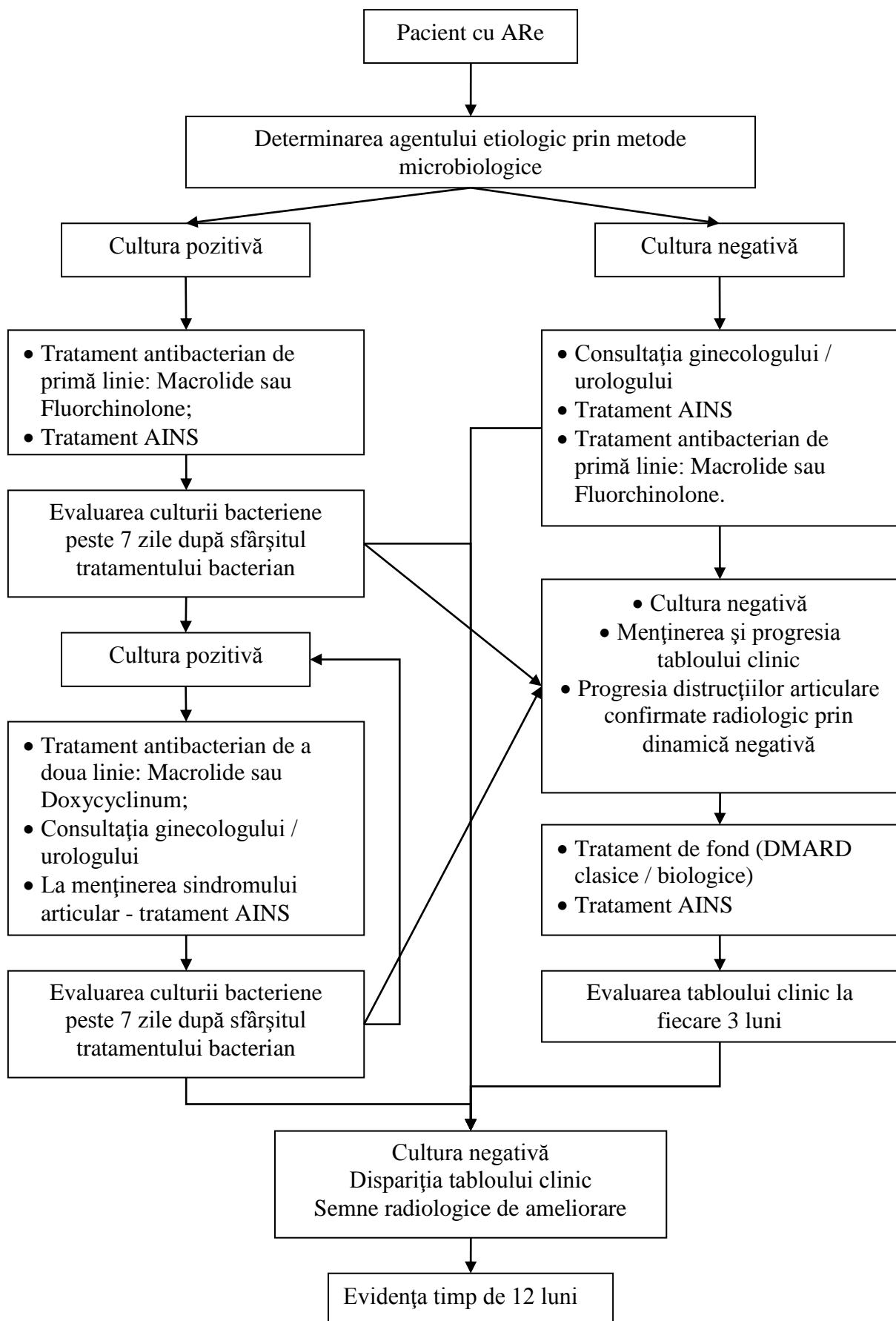
B.3. Nivelul de staționar

Descriere	Motivele	Pașii
1. Spitalizare		
1. Spitalizare	Diagnosticul precoce și tratamentul antibacterian și AINS administrat din start, cât și aprecierea necesității în tratament de fond cu administrarea lui poate minimaliza durata bolii și micșora numărul pacienților cu afectări viscerale prin proces autoimun indus.	<ul style="list-style-type: none"> • Spitalizarea în secțiile de reumatologie a spitalelor municipale și republicane. • Criterii de spitalizare (caseta 11)
2. Diagnosticul		
2.1. Confirmarea diagnosticului de ARE și evaluarea posibilelor atingeri viscerale	Diagnosticul precoce al ARE, cât și al atingerilor viscerale prin proces autoimun indus, tratamentul antibacterian, de fond (DMARD) și AINS administrat din start pot	Obligativu: <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza (casetele 1,4) • Examenul fizic cu evaluarea statutului funcțional (casetele 3,5,7,8, anexa);

	minimaliza durata bolii și micșora numărul pacienților cu dizabilități articulare stabile.	<ul style="list-style-type: none"> • Investigații paraclinice pentru determinarea factorului etiologic (<i>casetele 2,6</i>), activității bolii și supravegherea evoluției bolii, efectuarea diagnosticului diferențial (<i>casetele 7,8,9,10</i>); • Aprecierea indicațiilor pentru consultul specialiștilor: ginecolog/urolog, oftalmolog, gastro-enterolog, dermatolog, nefrolog
3. Tratament		
3.1. Tratamentul medicamentos și nemedicamentos în condiții de staționar.	Scopul tratamentului este eradicarea infecției uro-genitale și enterocilice provocatoare de artrită, combaterea procesului inflamator, prevenirea sau combaterea reacției autoimune induse, tratamentul atingerilor viscerale și menținerea abilităților funcționale articulare.	Obligatoriu (<i>caseta 12</i>): <ul style="list-style-type: none"> • Antibacteriene – inițierea tratamentului etiologic (<i>caseta 13</i>); • AINS (<i>caseta 14</i>); • Glucocorticosteroizi – doar în cazurile atingerilor sistemice sau insuficienței AINS sau în caz de tratament local cu introducerea intraarticulară (<i>caseta 15</i>); • Preparate de fond (DMARD clasice și biologice) (<i>caseta 16</i>); • Tratamentul nonfarmacologic: reabilitare sau chirurgical (<i>caseta 17</i>).
3. Externarea		
3.1. Externarea cu recomandările către nivelul primar pentru continuarea tratamentului și supraveghere		Extrasul obligatoriu va conține: <ul style="list-style-type: none"> • Diagnosticul definitiv desfășurat; • Rezultatele investigațiilor și consultațiilor efectuate; • Recomandările pentru pacient; • Recomandările pentru medicul de familie

C. 1. ALGORITM DE CONDUITĂ

C. 1.1 Algoritm de tratament al ARe



C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

C.2.1 Clasificarea ARe [4]

Caseta 1. Clasificarea 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;

C.2.2. Factorii cauzali ai ARe [12,13,17]

Caseta 2. Factorii etiologici ai ARe

- *Chlamydia trachomatis*
- *Mycoplasma hominis*
- *Mycoplasma genitalium*
- *Ureaplasma urealyticum*
- *Salmonella enteritidis*
- *Salmonella typhimurium*
- *Shigella flexneri*
- *Shigella dysenteriae*
- *Campylobacter jejuni*
- *Yersinia enterocolitica*
- *Clostridium difficile*

Nota: Pentru alte infecții la moment nu sunt date convingătoare suficiente de factor cauzal.

C.2.3. Conduita pacientului cu ARe [15]

Caseta 3. Pașii obligatorii în conduita pacientului cu ARe

1. Stabilirea diagnosticului precoce de ARe;
2. Investigarea obligatorie pentru determinarea agentului trigger patogen, gradului de activitate a bolii, determinarea implicării articulare și a coloanei vertebrale și posibilei implicării sistemice;
3. Alcătuirea planului de tratament (individualizat) în funcție de agentul trigger patogen, gradul de activitate a bolii, duratei maladiei, exprimării implicării sistemice;
4. Monitorizarea evoluției bolii, complianței la tratament, eficacității tratamentului antibacterial, antiinflamator și stabilizator

C.2.3.1. Anamnestical [13,14,15]

Caseta 4. Recomandări în colectarea anamnesticalui

- Evidențierea factorilor trigger (infecțiile uro-genitale și entero-colitice), însă aproximativ 35% pacienți cu ARe sunt culturo-negativi;
- Determinarea susceptibilității genetice (determinanta HLA-B27);
- Debutul bolii (acut <6 luni; trenant 6-12 luni, cronic >12 luni);
- Simptoamele de afectare articulară și coloanei vertebrale;
- Simptomele de afectare sistemică cu manifestarea gradului procesului inflamator;

- Tratament anterior (antibioticoterapie – preparat, doza, durata, antiinflamatoare nesteroidiene, alte tratamente cu influența asupra sistemului osteo-articular).

Istoricul bolii – ARe se dezvoltă de obicei la 2-4 săptămâni după o infecție gastro-intestinală sau urogenitală. La 10% din pacienți boala nu este precedată de o infecție simptomatică.

Ambele forme ale ARe atât post-urogenitală cât și post-enterocolitică se pot manifesta inițial prin uretrită nongonococică. Alte manifestări posibile sunt: disurie ușoară cu eliminări muco-purulente, prostatită la bărbați și eliminări vaginale și sau cervicită la femei, cu prezența limfadenopatiei inghinale regionale. Debutul ARe este de obicei acut și se caracterizează prin alterarea stării generale, fatigabilitate și febră.

C.2.3.2. Examenul fizic [13,14,15]

Caseta 5. Regulile examenului fizic în ARe

- *Determinarea stării generale;*
 - febra sau subfebrilitate periodică, cu valorile în mediu sub 39°C;
- *Evidențierea semnelor clinice osteo-articulare ale ARe:*
 - oligoartrita sau poliartrita asimetrică ce afectează preponderent articulațiile mici și medii ale membrelor inferioare: articulațiile plantelor, genunchilor, talo-crurale, dar pot fi afectate și articulațiile radiocarpiană, cotului, umărului;
 - în cazurile cronice și grave pot fi implicate articulațiile mici ale mâinilor și plantelor, prin oligoartrită sau poliartrită asimetrică cu dezvoltarea dactilitei (degete în „crenvrust”).
 - lombalgiile în ARe se dezvoltă în aproximativ 50% cazuri, însă la examenul fizic al pacienților cu forma acută a bolii, sindromul algic este minimal, fiind prezentă excepțional limitarea flexiei lombare.
 - pacienții cu afectarea severă și cronică a coloanei vertebrale prin ARe pot prezenta la examenul fizic manifestări similare celor din spondiloartrita anchilozantă.
 - entezopatiile din ARe sunt asociate cu manifestări inflamatorii (ex. durere, tumefacție, parestezii) în regiunea inserției tendonului Ahile, fasciei plantare pe calcaneu, tuberozității ischiadice, crestelor iliace și coastelor.
- *Evidențierea semnelor clinice de afectare a pielii, mucoaselor și unghiilor:*
 - cheratodermie blenoragică plantară și palmară imperceptibilă de cea din psoriazis pustulos, dar foarte specific pentru ARe cronică.
 - eritemul nodos se poate dezvolta dar nu este specific.
 - unghiile pot deveni subțiri și stratificate, asemenea unei infecții micotice sau distrofiei unghiale psoriazice, dar fără ulceratii.
 - ulceratiile bucale se localizează pe limbă, palatul moale al gurii sau pe gingii, fiind puțin dureroase.
 - balanita circinată – apariția ulceratiilor, ce rezultă din proces inflamator urogenital cu ruperea veziculelor pe gland.
- *Evidențierea semnelor clinice de afectare oculară:*
 - conjunctivita este manifestarea clasică a triadei sindromului Reiter și poate preceda sau acompania debutul artritei.
 - alte leziuni oculare sunt caracterizate prin uveite acute (20% din pacienți), episclerite, keratite și ulceratii corneene. Aceste leziuni tind la recurențe.
- *Evidențierea semnelor clinice de infecție entero-colitică:*
 - infecția entero-colitică poate provoca ARe. Speciile patogene includ Salmonella, Shigella, Yersinia și Champilobacter cu dezvoltarea unui tablou clinic caracteristic acestor infecții. Frecvența ARe după aceste infecții este de 1-4%.
 - unii pacienți cu ARe prezintă crize diareice și colică abdominală persistentă sau alternantă.
 - colita ulceroasă nespecifică, cât și maladia Crohn se asociază cu riscul marcat pentru

dezvoltarea ARe.

- *Evidențierea semnelor clinice de afectare renală:*
 - patologia renală deseori este ușoară manifestată prin proteinurie nesemnificativă și microhematurie.
 - în cazuri cronice grave au fost descrise nefropatii prin depozitări de amiloid și de IgA cu dezvoltarea glomerulopatiilor.
- *Evidențierea semnelor clinice de afectare cardiovasculară:*
 - tulburări de conducere prin nodul AV.
 - aortită și regurgitație aortică se pot întâlni în 1-2% cazuri de ARe.
 - miocardită.
 - tromboflebita recidivantă.
- *Determinarea scorului activității bolii DAREA:*
 - intensitatea durerii după scara de la 0 la 2;
 - numărul articulațiilor dureroase și tumefiate;
 - concentrația proteinei-C reactive;
 - evaluarea globală a bolii după scara de la 0 la 2.
- *Determinarea scorului entezitei MASES – pentru durere la palpare:*

C.2.3.3. Investigații paraclinice [5,7,11,13,14,15]

Caseta 6. Teste pentru determinarea activității bolii și supravegherea evoluției bolii:

- Hemoleucograma, VSH, PCR (proteina C reactivă), acizii sialici, fibrinogenul;

Notă: Testele se efectuează obligatoriu la nivel de AMP și specializată.

Teste pentru determinarea agentului etiologic al bolii:

- Izolarea agentului patogen prin metode microbiologice clasice (frotiu uretral, col uterin sau izolare din materiile fecale pe culturi celulare), imunologice (determinarea titrului anticorpilor specifici în serul pacientului) sau metodele de biologie moleculară (reacția de polimerizare în lanț);

Teste și proceduri pentru determinarea implicării în proces a organelor interne și efectuarea diagnosticului diferențial:

- Factorul reumatoid;
- Tipizarea la HLA-B27
- Analiza generală a urinei;
- Biochimia serică (ALAT, ASAT, bilirubina totală și fracțiile ei, fosfataza alcalină, ureea, creatinina, proteina totală);
- Puncția articulară (în caz de sinovită) cu examinarea bacteriologică (metoda de biologie moleculară - reacția de polimerizare în lanț la ADN agentului provocator) și clinică a lichidului sinovial;
- Examinarea radiologică articulațiilor afectate și articulațiilor sacro-iliace cu aprecierea stadiului radiologic;
- Ultrasonografia articulară sau tomografia computerizată (la necesitate), rezonanța magnetică nucleară articulară (la necesitate) sau scintigrafia scheletică (la necesitate);
- Electrocardiografia;
- Ecocardiografia;
- Ultrasonografia organelor interne (la necesitate);

Teste pentru determinarea infecțiilor asociative:

- Testarea la HIV/SIDA;
- Testarea la VHB și VHC.

RECOMANDĂRILE PENTRU EFECTUAREA INVESTIGAȚIILOR

Investigațiile de laborator și paraclinice		Semne sugestive pentru ARe	AMP	Nivel consultativ	Staționar
Hemoleucograma		Determinarea gradului de activitate a procesului inflamator	O	O	O
VSH			O	O	O
Analiza generală a urinei		Pentru excluderea afectărilor renale	O	O	O
Proteina C-reactivă, acizii sialici		Determinarea gradului de activitate a procesului inflamator	O	O	O
Fibrinogenul			O	O	O
Izolarea agentului patogen		Permite izolarea agentului patogen pentru determinarea etiologică și conduita terapeutică antibacteriană	R	O	O
	<i>Metode microbiologice clasice</i> (frotiu uretral, col uterin sau izolare din materiile fecale pe culturi celulare)				
	<i>Metode imunologice</i> (determinarea titrului anticorpilor specifici în serul pacientului)				
	<i>Metode de biologie moleculară</i> (reacția de polimerizare în lanț)			R	O
Factorul reumatoid;		Pentru diagnosticul diferențial	R	O	O
Biochimia serică (ALAT, ASAT, bilirubina totală și fracțiile ei, fosfataza alcalină, ureea, creatinina, proteina totală)		Pentru excluderea patologiei organelor interne pe fundalul procesului autoimun indus		O	O
Puncția articulară (în caz de sinovită) cu examinarea bacteriologică (metoda de biologie moleculară prin reacția de polimerizare în lanț la ADN agentului provocator) și clinică a lichidului sinovial		Pentru determinarea agentului etiologic, conduita terapeutică antibacteriană și tratament antiinflamator local			O

Examinarea radiologică articulațiilor afectate și articulațiilor sacro-iliace cu aprecierea stadiului radiologic	Apreciază modificările structurale osoase și caracterizează diagnosticul, necesar pentru aprecierea comparativă al evoluției bolii	R	O	O
Electrocardiografia;	Permite stabilirea dereglărilor de ritm și de conducere în cazul afectărilor cardiace prin proces autoimun indus	O	O	O
Ecocardiografia	Permite depistarea afectărilor cardiace prin miocardită, aortită și al. aparente pe fundalul procesului autoimun indus		R	O
Ultrasonografia articulară	Apreciază modificările structurale osoase, cartilajinoase și ligamentare, determină gradul sinovitei și caracterizează diagnosticul, necesar pentru aprecierea comparativă al evoluției bolii		R	O
Tomografia computerizată, rezonanța magnetică nucleară articulară	Necesară pentru efectuarea diagnosticului diferențial		R	R
Scintigrafia scheletică	Necesară pentru aprecierea focarelor de inflamație articulară și diagnostic diferențial		R	O
Testarea la HIV/SIDA;	Necesită determinarea ca fiind în grupul de risc de prognostic negativ		R	R
Testarea la VHB și VHC	Necesită determinarea ca fiind în grupul de risc de prognostic negativ		R	R
Tipizarea la HLA-B27	Necesară pentru efectuarea diagnosticului diferențial și determinarea gradului de risc pentru prognostic negativ		R	R
Ultrasonografia organelor interne	Permite depistarea afectărilor organelor interne aparente pe fundalul procesului autoimun indus		R	O
Consultația specialiștilor – ginecolog / urolog, oftalmolog, nefrolog, dermatovenerolog, gastro-enterolog	Pentru efectuarea diagnosticului diferențial	R	O	O

O – obligatoriu; **R** - recomandabil

C.2.3.4. Determinarea gradului activității bolii [13,14,15]

Caseta 7. Determinarea scorului de activitate al artritei reactive (DAREA – disease activity of reactive arthritis)

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/L

Parametru	Manifestarea	Punctajul
Aprecierea durerii de pacient	Lipsește	0
	Moderat	1
	Sever	2
Aprecierea stării globale	Bine	0
	Mediu grav	1
	Grav	2

Scorul DAREA = **suma** valorilor la toți cinci indici

Interpretarea:

- scorul minim – 0;
- cu cât scorul este mai mare cu atât gradul activității bolii este mai exprimat

(Eberl G, Studnicka-Benke A, et al. Development of a disease activity index for the assessment of reactive arthritis (DAREA). Rheumatology. 2000; 39: 148-155.)

C.2.3.5. Determinarea gradului de exprimare a entezitei prin scorul MASES [13,14,15]

Caseta 8. Determinarea scorului MASES (Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesis Score) pentru durere la palpare:

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 iliaca anterosuperioară (dreapta)	
6	spina iliaca anterosuperioară (stânga)	
7	spina iliaca posterosuperioară (dreapta)	
8	spina iliaca posterosuperioară (stânga)	
9	crestele iliace (dreapta)	
10	crestele iliace (stânga)	
11	al 5-lea proces spinos lombar	
12	inserția proximală a tendonului lui Ahile (dreapta)	
13	inserția proximală a tendonului lui Ahile (stânga)	
	TOTAL (MAX 13 puncte)	

C.2.4. Diagnosticul [13,14,15]

C.2.4.1. Diagnosticul pozitiv – se bazează pe criteriile generale al spondiloartritelor seronegative cu excluderea semnelor spondiloartritei anchilozante și artritei psoriazice

Caseta 9. Criteriile de diagnostic:

--

PRIMA ETAPĂ – CONFIRMAREA PREZENȚEI SPONDILOARTROPATIEI SERONEGATIVE		
Criteriile de diagnostic al spondiloartropatiilor (adaptate de Amor B., Dougados M., Mijiyava M. On 1990)		Puncte
Simptome clinice sau istoric de:		
1. durere dorsală sau lombară nocturnă sau redoare matinală a coloanei dorsolombare		1
2. oligoartrită asimetrică		2
3. durere fesieră		1
4. deget în cârnat		2
5. talalgie sau alte dureri entesopatice		2
6. irită		2
7. uretrită negonococică sau cervicită cu cel mult o lună înaintea debutului artritei		1
8. diaree acută cu cel mult o lună înaintea debutului artritei		1
9. psoriazis, balanită sau boală inflamatorie intestinală (colită ulcerosă, boală Crohn)		2
Semne radiografice		2
10. sacro-iliită (bilaterală gradul II sau unilateral gradul III)		
Teren genetic		
11. prezența HLA-B27 sau istoric familial de ARe, uveită sau boală inflamatorie intestinală		2
Răspuns la tratament		2
12. ameliorare după 24 ore după administrarea de AINS		
Diagnosticul se pune dacă punctajul adunat este egal sau mai mare de 6.		
Criterii de clasificare a spondiloartropatiilor (European Spondylarthropathy Study Group (ESSG), 1991.		
Durere spinală inflamatorie	SAU	Sinovită
		· Asimetrică sau Predominantă la membrele inferioare
ȘI		
Unu sau mai multe din următoarele		
<ul style="list-style-type: none"> • Istoric familial – rude de gradul 1 sau 2 cu spondilită anchilozantă, psoriazis, irită acută, artrită reactivă sau boală intestinală inflamatorie • Boală intestinală inflamatorie • Durere fesieră alternantă în trecut sau prezent • Durere spontană sau sensibilitate la palpare în trecut sau prezent în locul inserției tendonului Achilles sau fasciei plantare (entezită) • Episod de diaree cu < o lună până la debutul artritei • Uretrită sau cervicită non-gonococică cu < o lună până la debutul artritei 		

- Sacroiliită bilaterală gr.2-4 sau unilaterală gr.3-4

A DOUA ETAPĂ – CONFIRMAREA PREZENȚEI ARTRITEI REACTIVE

Criteriile de diagnostic al artritei reactive (adaptate de Sieper și Braun, 1999)

- (1) Artrita asimetrică
- (2) Afectarea predominantă a membrilor inferioare
- (3) Manifestare clinică a infecției suportate – 1 și > criterii:
 - (3a) diareea, ce a evoluat 4 săptămâni înainte de debutul bolii
 - (3b) uretrita, ce a evoluat 4 săptămâni înainte de debutul bolii
 - (3c) analiza bacteriologică pozitivă pentru *Salmonella*, *Shigella*, *Yersinia*
 - (3d) depistarea *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*
 - (3e) depistarea serologică a infecției provocate de *Salmonella* sau *Shigella* (anticorpi la lipopolisaharide sau antigen specific)
 - (3f) anticorpi la *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum*
 - (3g) depistarea AND la *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum* prin PCR
- (4) Excluderea altor boli reumatice

Diagnosticul se confirmă în prezența tuturor 4 criterii.

C.2.4.2. Diagnosticul diferențial

Caseta 10. Efectuarea diagnosticului diferențial

În dependență de prezentarea clinică este necesar de efectuat diagnosticul diferențial cu următoarele maladii:

- Artrita septică, în special artrita gonococică.
- Artritele microcristalinice, în deosebi guta.
- Febra reumatismală acută – mono-, sau oligoartrita reumatismală
- Artrita reumatoidă și sindromul Still.
- Alte spondiloartrite seronegative cum sunt spondiloartrita anchilozantă și artrita psoriazică.

Notă:

1. Excluderea artritei septice, în special artritei gonococice se efectuează prin depistarea agentului patogen în lichidul sinovial;
2. Excluderea artritelor microcristalinice, în deosebi gutei, se efectuează cu ajutorul cercetării lichidului sinovial pentru depistarea cristalelor de urați, cercetarea nivelului seric de urați și explorarea radiologică și criteriilor ACR;
3. Excluderea febrei reumatismale acute se va efectua în baza criteriilor Johns;
4. Excluderea artritei reumatoide se va efectua prin confruntarea criteriilor de diagnostic pentru artrita reumatoidă după ACR;
5. Excluderea altor spondiloartrite seronegative se va efectua în prezența semnelor caracteristice clinice și paraclinice corespunzătoare criteriilor ACR pentru spondiloartrita anchilozantă și corespunzătoare criteriilor CASPAR pentru artrita psoriazică.

C.2.5. Criteriile de spitalizare a pacienților cu ARe [15]

Caseta 11. Criteriile de spitalizare a pacienților cu ARe

- Artrită reactivă primar depistată sau adresare primară cu semne clinice de ARe cu atingeri sistemice;
- Adresare repetată cu semne clinice de recădere a bolii (reapariția artritelor, sinovitei,

eradicarea antibacteriană ineficace al agentului patogen, febrei, apariția semnelor de implicare sistemică, non-responder la tratament AINS în lipsa agentului patogen, ce determină necesitatea inițierii unui tratament remisiv);

- Apariția semnelor complicațiilor ARe cu forma sistemică pe parcursul supravegherii de către medicul de familie (semne ale afectării cardiace, renale, țesutului reticulo-endotelial, afectări oculare progresive, apariția semnelor clinice și paraclinice de amiloidoză renală);
- Imposibilitatea îngrijirii la domiciliu și îndeplinirii tuturor prescripțiilor medicale la domiciliu;
- În cazul rezistenței la tratament sau evoluție atipică a bolii pentru reevaluarea pacientului.
- Comorbiditățile importante (diabet zaharat, patologia aparatului valvular a cordului, patologii renale preexistente, stările cu imunitate compromisă);
- Progresarea afectării articulare prin implicarea articulațiilor noi, ineficiența tratamentului AINS, sinovite reactive repetative;
- Puseu inflamator intens și trenant, cu dinamică poliarticulară pentru investigații și reconsiderare diagnostică și terapeutică.

C.2.6. Tratamentul [1,2,4,6,9,15]

NOTĂ Produsele neînregistrate în Nomenclatorul de Stat al medicamentelor vor fi marcate cu asterisc (*) și însoțite de o argumentare corespunzătoare pentru includerea lor în protocol.

Caseta 12. Principiile de tratament ARe

- Regim (cruțător cu evitarea eforturilor fizice excesive în articulațiile afectate, cât și în prezența afectării cardiace: aortită – insuficiența valvei aortice de diferit grad);
- Dieta va depinde de varianta afectării prin agentul patogen: forma postenterocolitică – regim dietetic cruțător în vizorul sistemului gastro-intestinal; forma uro-genitală – regim dietetic cruțător în vizorul mucoasei căilor urinare (excluderea condimentelor)
- Tratamentul medicamentos:
 - Preparate antibacteriene;
 - Preparate AINS;
 - Preparate glucocorticosteroizi pentru administrare sistemică de scurtă durată (doar în cazul atingerilor sistemice și la ieșecul preparatelor AINS);
 - Tratament remisiv;
 - Tratament local (glucocorticosteroizi intra-articular sau aplicații locale de Dimethylsulfoxidum și unguente de preparate AINS);
 - Tratamentul afectărilor tegumentare și oculare (coordonat cu dermatologul și oftalmologul);
 - Tratament chirurgical (sinovectomie) – la necesitate;
 - Tratament de reabilitare.

C.2.6.1. Tratamentul medicamentos al ARe

Caseta 13. Tratamentul medicamentos al ARe cu preparate antibacteriene

Nivelul de evidență Ia [5,7,9,12].

Conceptul actual al patogeniei ARe indică acțiunea unui agent infecțios care declanșează boala, dar tratamentul cu antibiotice nu schimbă evoluția bolii, chiar și în cazul izolării microorganismului. În aceste cazuri antibioticele sunt folosite pentru tratarea infecției de bază, tratamentul specific pentru ARe fiind de fond DMARD (disease - modifying antirheumatic drugs – clasice și biologice).

Tratamentul antibacterian este util când infecția este documentată. Tratamentul se administrează simultan la partenerii cuplului.

Se pot utiliza următoarele grupe de preparate:

- Grupul tetraciclinei
 - Doxycyclinum - 200 mg/zi – 10-14 zile
- Grupul macrolidelor:
 - Clarithromycinum - 1 g/zi – 10-14 zile
 - Azithromycinum - 500 mg – prima zi, apoi 250 mg/zi – 6 zile
 - Roxithromycinum - 300 mg/zi – 10-14 zile
- Grupul fluorchinolonilor (a fi administrate pentru o perioadă de 10-14 zile):
 - Ciprofloxacinum – 1 g/zi
 - Ofloxacinum – 400 mg/zi
 - Lomefloxacinum – 400 mg/zi
 - Pefloxacinum – 800 mg/zi

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

Caseta 14. Tratamentul medicamentos al ARe cu preparate AINS

Nivel de evidență Ib [6,14,15].

Sunt indicate pentru combaterea artralgiilor și semnelor de artrită. Se preferă terapii discontinue, de scurtă durată, pe parcursul episoadelor algice, individualizând alegerea AINS funcție de toleranță, răspuns terapeutic și de riscul reacțiilor adverse.

Obligatoriu:

- Diclofenacum (75 mg – în 1-2 prize/24 ore) sau
- Etodolacum (400-800 mg – în 1-2 prize/24 ore) sau
- Naproxenum (250-750 mg – în 1-2 prize/24 ore) sau
- Meloxicamul (7,5 mg – în 1-2 prize/24 ore) sau
- Ketoprofenum (100-200 mg – în 2-3 prize/24 ore)
- Etoricoxibum (60-120 mg/24 ore – într-o priză)

Prezintă o alternativă importantă în cazul aplicațiilor locale prin forma de unguent în asocierie cu Dimethylsulfoxidum (50% de sol. pe apă distilată izolată sau în combinație cu Metamizoli natrium (0,5gr), Heparini natrium (5000 UA), Sol. Diclofenacum (3,0 ml) zilnic), 5-7 proceduri la o cură., dar și solitar a AINS în formă de unguent, cremă sau gel.

Notă: Este necesară monitorizarea continuă a reacțiilor adverse la tratament cu AINS - grețuri, vome, dispepsie, diaree, constipații, ulcer gastric, majorarea transaminazelor, hematurie, cefalee, micșorarea trombocitelor, fotosensibilitate. Pacienții cu tratament îndelungat cu AINS (mai mult de 3-4 săptămâni) în mod obligatoriu necesită monitorizarea hemoleucogramei, creatininei, ureei și transaminazelor. Inhibitorii ultraselectivi COX2 sunt contraindicate pacienților cu patologii cardiovasculare și cu predispunere spre tromboze (patologie venoasă).

Caseta 15. Tratamentul medicamentos al ARe cu preparate glucocorticoesteroizi

Nivel de evidență Ib [5,8,15].

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

Pot fi folosite:

- Prednisonum 5-15 mg/zi în funcție de gradul exprimării procesului inflamator, atingerilor sistemice și răspuns la tratament;
- Methylprednisolonum 4-8 mg/zi în funcție de gradul exprimării procesului inflamator, atingerilor sistemice și răspuns la tratament

Glucocorticoesteroizi intraarticular (Methylprednisolonum, Betametasonum).

Caseta 16a. Tratamentul medicamentos al ARe de fond clasic (remisiv – DMARD clasic)

Nivel de evidență Ib [5,8,15].

La pacienții cu formele cronice sau persistente de ARe în pofida folosirii medicației sus-numite, pot fi folosite medicamente de linia a doua, așa-numitor DMARD.

Sulfasalazinum – s-a dovedit eficientă în afectările articulare periferice, unde produce o ameliorare relativ durabilă, însă manifestările axiale nu sunt influențate. Doza utilă terapeutic este de 2 g/24h, cu creștere treptată de la o doză inițială de 500 mg/zi, testînd toleranța și eficiența. În cazurile non-responsive se poate prescrie o doză maximală de 3 g/24h pînă la atingerea efectului, urmată de scădere lent-progresivă, cu stabilirea unei doze de întreținere care să controleze durabil boala. Lipsa eficienței constatată după 4 luni de tratament, obligă la stoparea administrării.

Methotrexatum 7,5-12,5-15 mg/săptămână, oral sau intramuscular în asociere urmat de administrarea - acid folic (5 mg/săptămână sau 1 mg zilnic – în afara zilelor de administrare de Methotrexatum). Este indicat la ineficiența sulfasalazinei, în afectările axiale, în cazul atingerilor sistemice, la o progresie rapidă a bolii (chisturi, eroziuni articulare).

Leflunomidum – în artrita psoriazică: tratamentul cu Leflunomidum se începe cu o doză de încărcare de 100 mg o dată pe zi, timp de 3 zile. Doza de întreținere recomandată este de 20 mg Leflunomidum o dată pe zi. Efectul terapeutic apare, de obicei, după 4-6 săptămâni și se poate intensifica în continuare pînă la 4-6 luni. Nu se recomandă ajustarea dozei la pacienții cu insuficiență renală ușoară. Nu este necesară ajustarea dozei la pacienții cu vârsta peste 65 de ani.

Notă:

- Pentru a monitoriza posibilitatea apariției reacțiilor adverse se va examina hemoleucograma (monitorizată de 2 ori pe lună) și transaminazele (monitorizate o dată pe lună);
- În cazul rezistenței la tratament sau evoluție atipică a bolii, se va efectua reevaluarea pacientului în vederea prezenței altor maladii articulare așa ca artrita reumatoidă seronegativă;
- La inițierea tratamentului se indică teste hepatice (ALAT, ASAT, fosfataza alcalină, proteinele serice, serologia pentru virusurile hepatice B și C);
- La pacienții cu teste hepatice anormale, infecție cronică cu VHB sau VHC se va întrerupe administrarea Methotrexatumului.

Caseta 16b. Tratamentul medicamentos al ARe de fond biologic (remisiv – DMARD biologic) Nivel de evidență Ia [2,8,12].

Posedă acțiune țintită asupra unui anumit component al sistemului imun. 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 exacerbarea celor latente.

Anti-TNF α (Infliximabum, Adalimumabum*, Etanerceptum*)

Contraindicații – infecții recurente, tuberculoză, maladiile demielinizante, neoplasme, insuficiența cardiacă, sarcina, alăptarea, imunizarea cu vaccinuri vii

Efecte adverse – complicații infecțioase, tuberculoza, inducerea maladiilor autoimune, neoplasmelor

Monitorizare paraclinică - anticorpi antinucleari – în caz de semne clinice și paraclinice de lupus eritematos de sistem; radiologia pulmonară – 1 la 3 luni; testare cutanată tuberculinică – 1 la 6 luni.

Se administrează conform schemei standard – vezi Protocolul Clinic Național Artrita reumatoidă.

Adalimumabum*, Etanerceptum* - sunt preparate anti-TNF α de nivelul doi, pentru pacienții non-responderi la Infliximabum.

* - medicamentele marcate nu sunt la moment înregistrate în Republica Moldova.

C.2.6.2. Tratamentul nemedicamentos al ARe

Caseta 17. La recomandări speciale:

Tratament chirurgical – în cazul artritei-sinovitei habituale recurente, care nu se supune tratamentului medicamentos – sinovectomia.

Tratamentul de reabilitare:

- Reprezintă o latură componentă importantă în tratamentul complex al pacientului cu ARe: se va utiliza terapia cu remedii fizioterapice și terapia ocupațională.
- Elaborarea programului de gimnastică curativă la domiciliu, protecția articulară habituală.

C.2.7. Prognosticul evolutiv [15]

C.2.7.1. Aprecierea prognosticului ARe

Caseta 18. Aprecierea prognosticului ARe

S-au sistematizat factori de prognostic nefavorabil, cu valoare predictivă negativă în primii doi ani de la debut.

Factori de predicție negativă

1. artrita coxofemurală
2. VSH > 30 mm/h
3. limitare a mobilității coloanei lombare
4. deget "în cărnat"
5. oligoartrită
6. HLA-B27+
7. infecția HIV/SIDA
8. infecția VHB
9. debut la vârstă ≤ 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**

C.2.7.2. Particularitățile evolutive a ARe pe fundalul infecției HIV/SIDA [7,13,14]

Caseta 19. Particularitățile evolutive a ARe pe fundalul infecției HIV/SIDA

- evoluție rapid progresivă al sindromului articular;
- debut cu oligoartrita articulațiilor medii și mici cu evoluare spre poliartrită asimetrică;
- sinovită exidativă marcată rebelă la tratament;
- atrofia musculară periarticulară severă;
- polientezită semnificativă;
- asocierea frecventă a manifestărilor extraarticulare:
 - balanită circinată;
 - keratoderma blenoragică;
 - ulcere bucale;
 - limfadenopatie;
 - afectare cardiacă și renală frecventă

C.2.7.3. Particularitățile evolutive a ARe pe fundalul infecției VHB și VHC [7,13,14]

Caseta 20. Particularitățile evolutive a ARe pe fundalul infecției VHB și VHC

- evoluție lentă, deseori ocultă al sindromului articular;
- asociere frecventă al afectărilor vaselor mici periarticular cu apariția peteșiiilor hemoragice periarticulare migratorii;
- debut cu oligoartrita asimetrică al articulațiilor mici – preponderent a membrilor inferioare și a articulațiilor talo-crurale;
- sinovită se prezintă foarte rar și este nesemnificativă, nu corelează cu gradul procesului inflamator;
- limfadenopatie generalizată;
- afectare renală frecventă

C.2.8. Supravegherea pacienților cu ARe [7,13,14]

Caseta 21. Supravegherea pacienților cu ARe

- Pe parcursul spitalizării zilnic se va monitoriza temperatura corpului, pulsul, tensiunea arterială, tabloul auscultativ a cordului (în vederea afectării valvei aortice), statusul articular, numărul articulațiilor dureroase și tumefiate, palparea ganglionilor limfatici (determinarea evoluției limfadenopatiei);
- Periodic la intervale de 1-3-6 luni:
 - intensitatea durerii după SVA;
 - numărul articulațiilor dureroase și tumefiate;
 - capacitatea funcțională articulară;
 - determinarea indicelui DAREA;
 - determinarea scorului MASES
 - hemoleucograma;
 - urograma;
 - examinarea la prezența agentului trigger prin metode microbiologice și serologice;
 - proteina C-reactivă;
 - examinarea oftalmologică, urologică/ginecologică, dermatologică;
 - examinarea ultrasonografică a articulațiilor afectate;
 - examinarea EchoCG și ECG în vederea excluderii sau depistării precoce al afectării cordului
- Periodic, o dată pe an:
 - radiografia articulară;
 - schintigrafia scheletică

Periodicitatea de supraveghere a pacienților cu ARe de către medicul de familie:

- Controlul eficacității tratamentului la a 14-a zi;
- Reevaluarea pacientului la 1-3-6-12 luni;
- Cooperarea cu alte specialități - fizioterapeut, urolog, ginecolog, oftalmolog, dermatovenerolog.

Periodicitatea de supraveghere a pacienților cu ARe de către specialist reumatolog:

- Controlul eficacității tratamentului la a 14-a zi;
- Reevaluarea pacientului la 3 și 6 luni;
- Cooperarea cu alte specialități - fizioterapeut, urolog, ginecolog, oftalmolog, dermatovenerolog.

Periodicitatea de supraveghere a pacienților cu ARe forma sistemică de către medicul de familie:

- Controlul eficacității tratamentului la 14 și 28 zile;

- Reevaluarea pacientului în vederea eficacității tratamentului DMARD și posibililor reacții adverse – la fiecare 2 săptămâni primele 3 luni, apoi o dată în lună 6 luni, apoi o dată la 2 luni 12 luni;
- Cooperarea cu alte specialități - fizioterapeut, urolog, ginecolog, oftalmolog, dermatovenerolog.

Periodicitatea de supraveghere a pacienților cu ARe de către specialist reumatolog:

- Controlul eficacității tratamentului la 14 și 28 zile;
- Reevaluarea pacientului în vederea eficacității tratamentului DMARD și posibililor reacții adverse – o dată în lună primele 4 luni, apoi o dată la 2 luni 12 luni;
- Cooperarea cu alte specialități - fizioterapeut, urolog, ginecolog, oftalmolog, dermatovenerolog.

Nota: În caz de apariție a semnelor de recădere a bolii, reacțiilor adverse la tratament, complicațiilor sau semnelor de atingere viscerală medicul de familie și specialistul reumatolog va îndrepta pacientul în secția specializată – reumatologie.

C.2.9. Complicațiile ARe [7,13,14]

Caseta 22. Complicațiile ARe

- Cardita, miocardita, aortita cu insuficiența valvei aortice;
- Glomerulopatiile;
- Amiloidoza renală;
- Sinovite reactive recurente;
- Uveită cronică;
- Anchiloze articulare.

Caseta 23. Complicațiile cele mai frecvente în urma tratamentului ARe

- Afectarea tractului gastro-intestinal: sindromul dispeptic, gastrită, duodenită, boala ulceroasă, colită pseudomembranoasă, disbacterioza intestinală;
- Afectarea toxică hepatică (hepatita), glandei pancreatice (pancreatita), hematologică, a rinichilor;
- Rezistența bacteriană;
- Acutizarea infecțiilor recurente (în cadrul tratamentului de fond – DMARD);
- Reacții alergice;
- Osteoporoza secundară;
- HTA.

**D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU
RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI**

D.1. Instituțiile de AMP	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medic de familie certificat; • asistenta medicală.
	<p>Aparataj, utilaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tonometru; • fonendoscop; • electrocardiograf; • oftalmoscop; • laborator clinic standard pentru determinarea: (hemoleucogramei, analizei generale a urinei, creatininei și ureei serice, ALT, AST, bilirubina totală și fracțiile ei, VSH, proteina C reactivă, fibrinogenul).
	<p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antibiotice; • AINS; • Glucocorticosteroizi; • Sulfasalazinum, Methotrexatum
D.2. Instituțiile consultativ-diagnostice	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medic reumatolog certificat • asistente medicale.
	<p>Aparataj, utilaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tonometru • fonendoscop • electrocardiograf • ecocardiograf • oftalmoscop • cabinet de diagnostic funcțional • cabinet radiologic • laborator clinic standard pentru determinarea: (hemoleucogramei, analizei generale a urinei, creatininei și ureei serice, ALT, AST, bilirubina totală și fracțiile ei, VSH, proteina C reactivă, fibrinogenul).
	<p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antibiotice • AINS • Glucocorticosteroizi • Sulfasalazinum, Methotrexatum
D.3. Secțiile de reumatologie ale spitalelor municipale	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medic-reumatolog certificat; • medic-funcționalist certificat; • asistente medicale; <p>acces la consultații calificate: ginecolog/urolog, nefrolog, neurolog, oftalmolog, ortoped, fizioterapeut, kinetoterapeut</p>
	<p>Aparataj, utilaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tonometru; • fonendoscop; • electrocardiograf; • ecocardiograf; • oftalmoscop; • cabinet de diagnostic funcțional;

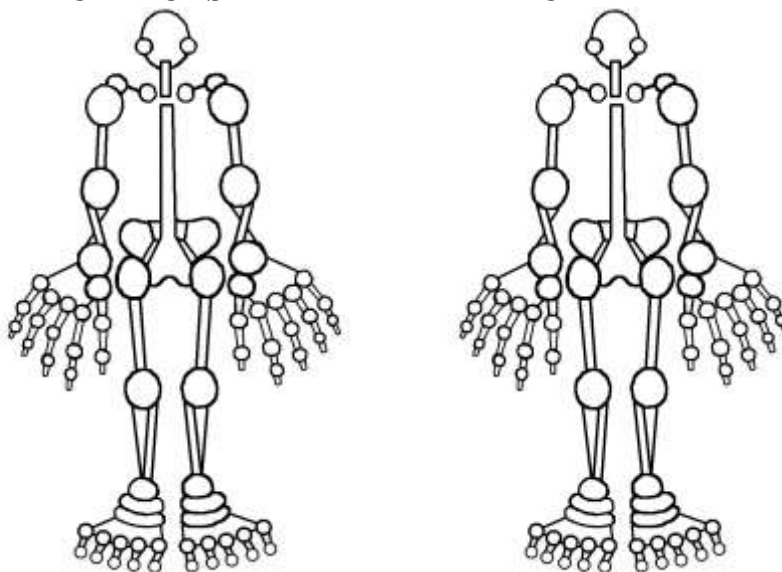
	<ul style="list-style-type: none"> • cabinet radiologic; • tomograf computerizat; • rezonanța magnetică nucleară; • laborator radioizotopic; • ultrasonograf articular; • laborator clinic standard pentru determinarea: (hemoleucogramei, analizei generale a urinei, creatininei și ureei serice, ALT, AST, bilirubina totală și fracțiile ei, VSH, proteina C reactivă, fibrinogenul, acizilor sialici, lichidului sinovial); • laborator imunologic; • laborator microbiologic;
D.4. Secțiile de reumatologie ale spitalelor republicane	<p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antibiotice; • AINS; • Glucocorticosteroizi; • Sulfasalazinum, Methotrexatum; • Anti-TNFα.
	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medic-reumatolog certificat; • medic-funcționalist certificat; • asistente medicale; • acces la consultații calificate: ginecolog/urolog, nefrolog, neurolog, oftalmolog, ortoped, fizioterapeut, kinetoterapeut
	<p>Aparataj, utilaj:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tonometru; • fonendoscop; • electrocardiograf; • ecocardiograf; • oftalmoscop; • cabinet de diagnostic funcțional; • cabinet radiologic; • tomograf computerizat; • rezonanța magnetică nucleară; • laborator radioizotopic; • ultrasonograf articular; • laborator clinic standard pentru determinarea: (hemoleucogramei, analizei generale a urinei, creatininei și ureei serice, ALT, AST, bilirubina totală și fracțiile ei, VSH, proteina C reactivă, fibrinogenul, acizilor sialici, lichidului sinovial); • laborator imunologic; • laborator microbiologic; • secție de fizioterapie și reabilitare prin metode fizice.
	<p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antibiotice; • AINS; • Glucocorticosteroizi; • Sulfasalazinum, Methotrexatum; • Anti-TNFα.

E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PCN

Nr	Scopurile protocolului	Măsurarea atingerii scopului	Metoda de calculare a indicatorului	
			Numărător	Numitor
1.	Sporirea numărului de pacienți cărora li s-a stabilit în prima lună de la debutul bolii diagnosticul de ARE	Ponderea pacienților cu diagnosticul ARE, cărora li s-a stabilit diagnosticul în prima lună de la debutul bolii (în %)	Numărul pacienților cu diagnosticul de ARE, cărora li s-a stabilit diagnosticul în prima lună de la debutul bolii pe parcursul unui an x 100	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de ARE care se află la supravegherea medicului de familie
2.	Sporirea numărului de pacienți cărora li s-a stabilit în primele 4 luni de la debutul bolii diagnosticul de ARE cu atingeri viscerale	Ponderea pacienților cu diagnosticul ARE, cărora li s-a stabilit afectarea viscerală în primele 4 luni de la debutul bolii (în %)	Numărul pacienților cu diagnosticul de ARE, cărora li s-a stabilit afectarea viscerală în primele 4 luni de la debutul bolii pe parcursul unui an x 100	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de ARE care se află la supravegherea medicului de familie
3.	Sporirea calității examinării clinice și paraclinice a pacienților cu ARE	Ponderea pacienților cu diagnosticul ARE, cărora li s-a efectuat examenul clinic și paraclinic obligatoriu conform recomandărilor „PCN Artrita reactivă” (în %)	Numărul pacienților cu diagnosticul de ARE, cărora li s-a efectuat examenul clinic și paraclinic obligatoriu conform recomandărilor „PCN Artrita reactivă” pe parcursul unui an x 100	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de ARE care se află la supravegherea medicului de familie
4.	Sporirea calității tratamentului pacienților cu ARE	Ponderea pacienților cu diagnosticul ARE, cărora li s-a indicat tratament conform recomandărilor „PCN Artrita reactivă” (în %)	Numărul pacienților cu diagnosticul ARE, cărora li s-a indicat tratament conform recomandărilor „PCN Artrita reactivă” pe parcursul unui an x 100	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de ARE care se află la supravegherea medicului de familie
5.	Sporirea numărului de pacienți cu ARE supravegheați conform recomandărilor protocolului clinic național	Ponderea pacienților cu diagnosticul de ARE, care au fost supravegheați conform recomandărilor „PCN Artrita reactivă” (în %)	Numărul pacienților cu diagnosticul ARE, care au fost supravegheați conform recomandărilor „PCN Artrita reactivă” pe parcursul unui an X 100	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de ARE care se află la supravegherea medicului de familie
6.	Sporirea numărului de pacienți cu ARE, cărora li se vor monitoriza posibilele efecte adverse la tratament cu preparate antibacteriene, AINS și de fond (DMARD).	Ponderea pacienților cu diagnosticul ARE, cărora li s-au monitorizat posibilele efecte adverse la tratament cu preparate antibacteriene, AINS și de fond conform recomandărilor „PCN Artrita reactivă” (în %)	Numărul pacienților cu diagnosticul ARE, cărora li s-au monitorizat posibilele efecte adverse la tratament cu preparate antibacteriene, AINS și de fond conform recomandărilor „PCN Artrita reactivă” pe parcursul unui an X 100	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de ARE care se află la supravegherea medicului de familie

ANEXA 1. FORMULARUL DE CONSULTAȚIE ȘI EVIDENȚĂ A PACIENTULUI CU ARE LA MEDICUL DE FAMILIE ȘI REUMATOLOG.

DE NOTAT ARTICULAȚIILE AFECTATE
DUREROASE TUMEFIATE



Stânga

Dreapta

tumefiate dureroase tumefiate dureroase

Determinarea activitate al artritei disease activity of Indicii care sunt scorului

scorului de reactive (DAREA – reactive arthritis) incluși în calcularea

Umăr				
Cot				
Pumn				
MCF	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
IFP	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Genunchi				
Subtotal				
Total	tumefiate	<input type="text"/>	dureroase	<input type="text"/>

1. Numărul articulațiilor tumefiate;
2. Numărul articulațiilor dureroase;
3. Aprecierea gradului durerii de către pacient;
4. Aprecierea stării globale de pacient;
5. Valoarea proteinei C-reactive mg/dL

Parametru	Manifestarea	Punctajul
Aprecierea durerii de pacient	Lipsește	0
	Moderat	1

	Sever	2
Aprecierea stării globale	Bine	0
	Mediu grav	1
	Grav	2

Scorul DAREA = **suma** valorilor la toți cinci indici

Interpretarea:

- scorul minim – 0;
- cu cât scorul este mai mare cu atât gradul activității bolii este mai exprimat

Determinarea scorului MASES (Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesis Score) pentru durere la palpare:

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 iliaca anterosuperioară (dreapta)	
6	spina iliaca anterosuperioară (stânga)	
7	spina iliaca posterosuperioară (dreapta)	
8	spina iliaca posterosuperioară (stânga)	
9	crestele iliace (dreapta)	
10	crestele iliace (stânga)	
11	al 5-lea proces spinos lombar	
12	inserția proximală a tendonului lui Ahile (dreapta)	
13	inserția proximală a tendonului lui Ahile (stânga)	
	TOTAL (MAX 13 puncte)	

Agentul etiologic: _____
confirmat prin _____ **data «** ____ **»** _____ **200** _____
DIAGNOSTICUL

(anul): luna Data debutului: (anul)..... (luna).....

Gradul și particularitățile afectării organelor interne _____

MONITORIZAREA DE LABORATOR

	DATA	DATA	DATA
VSH			
PCR			
Agentul patogen			
Fibrinogenul			
ALT			
AST			
Creatinina			
Ureea			
Hemoleucograma + trombocite			

TRATAMENTE ANTIBACTERIENE URMATE ANTERIOR

Medicament	Doza	Data începerii (ZZ/LL/AAAA)	Data întreruperii (ZZ/LL/AAAA)	Observații (motivul întreruperii, reacții adverse, ineficiența, etc.)

TRATAMENTUL ANTIBACTERIAN ACTUAL

1. _____ Puteți confirma că pacientul folosește continuu această doză de _____? DA NU

Doza actuală _____ Din data de (ZZ/LL/AAAA) _____

2. _____ Puteți confirma că pacientul folosește continuu această doză de _____? DA NU

Doza actuală _____ Din data de (ZZ/LL/AAAA) _____

ALTE TRATAMENTE ACTUALE (AINS/GCS)

Medicament	Doza	Data începerii (ZZ/LL/AAAA)	Data întreruperii (ZZ/LL/AAAA)	Observații (motivul întreruperii, reacții adverse, ineficiența, etc.)

TRATAMENTE DE FOND URMATE ANTERIOR

(în cazul modificării dozelor se trece data începerii și data întreruperii fiecărei doze)

Medicament	Doza	Data începerii (ZZ/LL/AAAA)	Data întreruperii (ZZ/LL/AAAA)	Observații (motivul întreruperii, reacții adverse, ineficiența, etc.)

TRATAMENTUL DE FOND ACTUAL

1. **Sulfasalazinum.** Puteți confirma că pacientul folosește continuu această doză de Sulfasalazină?

DA NU

Doza actuală _____ Din data de (ZZ/LL/AAAA) _____

2. **Methotrexatum (MTX).** Puteți confirma că pacientul folosește continuu această doză de MTX?

DA NU

Doza actuală _____ Din data de (ZZ/LL/AAAA) _____

În caz de intoleranță MAJORĂ/CONFIRMATA (anexați documentele medicale) a Sulfasalazinei sau MTX, furnizați detalii privitor la terapia de fond _____

	DATA	DATA	DATA
Examinarea oftalmologică			
Examinarea ginecologică / urologică			
Examinat de fizioterapeut			
Examinat de kinetoterapeut			
Alte probleme			

Anexa 2. Fișa standardizată de audit bazat pe criterii pentru Artrita reactivă la adult

Nr	Domeniu	Definiții și note
1.	Denumirea IMSP evaluată prin audit	
2.	Persoana responsabilă de completarea fișei	Nume, prenume, telefon de contact
3.	Perioada de audit	dd/ll/aaaa
4.	Numărul fișei medicale a bolnavului staționar f.300/e	
5.	Mediul de reședință a pacientului	0 = urban; 1 = rural; 9 = nu se cunoaște
6.	Data nașterii pacientului	dd/ll/aaaa sau 9 = necunoscută
7.	Genul/sexul pacientului	0 = masculin 1 = feminin 9 = nu este specificat
8.	Numele medicului curant	
	Patologia	Artrita reactivă
	Internarea	
9.	Data internării în spital	dd/ll/aaaa sau 9 = necunoscut
10.	Timpul/ora internării la spital	Timpul (HH: MM) sau 9 = necunoscut
11.	Secția de internare	Departamentul de urgență = 0 ; Secția de profil reumatologic = 1; Secția de profil chirurgical/ortopedic = 2; Secția de terapie intensivă = 3
12.	Timpul parcurs până la transfer în secția specializată	≤ 30 minute = 0; 30 minute – 1 oră = 1; ≥ 1 oră = 2; nu se cunoaște = 9
13.	Data debutului simptomelor lor	Data (dd/ll/aaaa A) 0 = debut acut; 1 = debut insidios; 9 = necunoscută
14.	Aprecierea criteriilor de spitalizare	Au fost aplicate: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
15.	Tratament administrat la Departamentul de urgență	A fost administrat: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
16.	În cazul răspunsului afirmativ indicați tratamentul (medicamentul, doza, ora administrării):	
17.	Transferul pacientului pe parcursul internării în secția de terapie intensivă în legătură cu agravarea	A fost efectuat: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9

	patologiei	
	Diagnosticul	
18.	Folosirea setului de criterii de clasificare și diagnostic	Au fost efectuate după internare : nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
19.	Aprecierea alterării funcționale: scoruri BASFI, BASMI,	A fost efectuată după internare: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
20.	Aprecierea activității bolii: scoruri BASDAI	negativ = 0; pozitiv = 1; rezultatul nu se cunoaște = 9
21.	Examen radiologic cu evaluarea scorurilor mSASSS și/sau BASRI	A fost efectuat după internare : nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
22.	Rezonanță magnetică nucleară (opțional)	A fost efectuat după internare : nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
	Tratamentul	
23.	Tratament cu AINS	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
24.	Tratament cu corticosteroizi	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
25.	Tratament remisiv (Sulfasalazin)	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
26.	Tratament cu remisiive biologice	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
27.	Tratament non-farmacologic	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
28.	Răspuns terapeutic, confirmat prin criteriile de răspuns: ASAS-IC, ASAS 20, ASAS 40, ASAS 5/6	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
29.		În cazul răspunsului negativ tratamentul efectuat a fost în
	Externarea și medicația	
30.	Data externării sau decesului	Include data transferului la alt spital, precum și data decesului.
31.	Data externării	dd/ll/aaaa sau 9 = necunoscută
32.	Data decesului	dd/ll/aaaa sau 9 = necunoscută
33.	Durata spitalizării	Zile
34.	Implementarea criteriilor de externare	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
35.	Prescrierea recomandărilor la externare	Externat din spital cu indicarea recomandărilor: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
	Decesul pacientului	
36.	Decesul în spital	Nu = 0 Decesul cauzat de complicațiile ARe = 1; Alte cauze de deces = 2; nu se cunoaște

BIBLIOGRAFIA

1. ANANDARAJAH A, RITCHLIN CT. Treatment update on spondyloarthropathy. *Curr Opin Rheumatol*. May 2005;17(3):247-56.
2. CARTER JD, VALERIANO J, VASEY FB. Doxycycline versus doxycycline and rifampin in undifferentiated spondyloarthropathy, with special reference to chlamydia-induced arthritis. A prospective, randomized 9-month comparison. *J Rheumatol*. Oct 2004;31(10):1973-80.
3. CONWAY WF, TOTTY WG. Synovial arthritis. In: *Stark DD, Bradley WG, eds. Magnetic Resonance Imaging*. 3rd ed. Vol 2. 1999: 807.
4. FAN PT, YU DT. Reiter's syndrome. In: *Kelley's Textbook of Rheumatology*. 2001: 1039-67.
5. KUNUNEN M, KOVERO O, WENNEBERG B, KONTTINEN YT. Radiographic signs in the temporomandibular joint in Reiter's disease. *J Orofac Pain*. 2002;16(2):143-7.
6. KVIEN TK, GASTON JS, BARDIN T, ET AL. Three month treatment of reactive arthritis with azithromycin: a EULAR double blind, placebo controlled study. *Ann Rheum Dis*. Sep 2004;63(9):1113-9.
7. LANJEWAR DN, BHOSALE A, IYER A. Spectrum of dermatopathologic lesions associated with HIV/AIDS in India. *Indian J Pathol Microbiol*. Jul 2002;45(3):293-8.
8. LEE AT, HALL RG, PILE KD. Reactive joint symptoms following an outbreak of Salmonella typhimurium phage type 135a. *J Rheumatol*. Mar 2005;32(3):524-7.
9. LOTERY HE, GALASK RP, STONE MS, SONTHEIMER RD. Ulcerative vulvitis in atypical Reiter's syndrome. *J Am Acad Dermatol*. Apr 2003;48(4):613-6.
10. LU DW, KATZ KA. Declining use of the eponym "Reiter's syndrome" in the medical literature, 1998-2003. *J Am Acad Dermatol*. Oct 2005;53(4):720-3.
11. MANASTER BJ. ARTHRITIS. IN: MANASTER BJ, DISLER DG, EDS. Musculoskeletal Imaging: *The Requisites*. 2nd ed. 2002: 130-1.
12. NUKI G, RALSTON SH, LUQMANI R. Inflammatory joint disease. In: Haslett C, et al, eds. *Davidson's Principles and Practice of Medicine*. 18th ed. 1999: 850-2.
13. PETERSEL DL, SIGAL LH. Reactive arthritis. *Infect Dis Clin North Am*. Dec 2005;19(4):863-83.
14. RESNIK D. Reiter's syndrome. In: *Diagnosis of Bone and Joint Disorders*. Vol 2. 2002: 1110.
15. REVEILLE JD, ARNETT FC. Spondyloarthritis: update on pathogenesis and management. *Am J Med*. Jun 2005;118(6):592-603.
16. ROHEKAR S, TSUI FW, TSUI HW, XI N, RIARH R, BILOTTA R, ET AL. Symptomatic acute reactive arthritis after an outbreak of salmonella. *J Rheumatol*. Aug 2008;35(8):1599-602.
17. TOWNES JM, DEODHAR AA, LAINE ES, SMITH K, KRUG HE, BARKHUIZEN A, ET AL. Reactive arthritis following culture-confirmed infections with bacterial enteric pathogens in Minnesota and Oregon: a population-based study. *Ann Rheum Dis*. Feb 13 2008.

Management of genital Chlamydia trachomatis infection Guideline No. 109, ISBN 978 1 905813 44 5, March 2009 - <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/109/index.html>

Reactive arthritis By Mayo Clinic Guide - www.mayoclinic.com/health/reactive-arthritis/DS00486

INFORMAȚII PENTRU PACIENT

Artrita reactivă se definește ca fiind artrită care apare la 1-4 săptămâni după o infecție enterală sau urogenitală, mai ales la persoanele cu HLA B27.

Artrita reactivă are 2 aspecte particulare:

- se deosebește de artritele infecțioase deoarece în cazul artritei reactive nu s-a obținut cultură de bacterii viabile din articulație;
- există și artrite reactive care nu pot fi clasificate ca spondiloartropatie seronegativă pentru că au altă poartă de intrare și nu sunt asociate cu HLA B27

Factorul genetic este reprezentat de HLA B27. Factorul infecțios constă în germenii care au aceleași caracteristici: au capacitatea de a sintetiza lipopolizaharidul, aderă ușor la membrana celulară și invadează celulele mucoasei intestinale sau urogenitale persistând la nivel intracelular. Dintre bacteriile enterale amintim: Shigella flexuri, Salmonella, Campylobacter, Yersinia. Bacteriile urogenitale implicate în apariția artritei reactive sunt: Chlamydia Trachomatis, Ureaplasma urealyticum.

Factorul care declanșează artrita reactivă este infecția enterală exprimată prin diaree sau infecția urogenitală cum ar fi, uretrita, prostatita, epididimita, vaginita, cervicita și care sunt exprimate prin scurgere mucopurulentă, disurie. După aproximativ 1-4 săptămâni de la debut pot apărea manifestări sistemice, articulare și extraarticulare. Manifestările sistemice constau în stare generală alterată, fatigabilitate, scădere în greutate, anorexie, febră

Manifestările articulare sunt artrita periferică, aceasta putând fi monoarticulară sau oligoarticulară asimetrică și afectează articulațiile mari ale membrelor inferioare (genunchi, gleznă) are caracter acut, migrator fiind însoțită de semnele de inflamație. Artrita periferică poate avea și caracter cronic, mai rar și afectează articulațiile mici sau cele de la nivelul membrelor superioare; artrita axială: sacroileită (exprimată prin durere la nivelul feselor) însoțită de spondilita (dorsalgie cu caracter inflamator); entezita: talalgie (tendinită ahiliană) durere toracică (inflamația inserției mușchilor intercostali pe coaste), durere la nivelul creștelor iliace; dactilita: tumefierea unui deget (sinovită, periostită); hipertrofia musculară la cvadriceps și apare rapid în artrita genunchiului.

Manifestările extraarticulare pot fi cutaneomucoase (keratoderma blenorrhagicum – manifestată prin vezicule clare pe fond eritematos cu localizare la nivelul palmelor și plantelor). O altă manifestare este balanita circinată (ulcerație superficială, margine neregulată, nedureroasă cu localizare pe gland sau canalul balanoprepuțial). De asemenea pot apărea ulcerații nedureroase la nivelul tractului digestiv (cavitatea bucală). În artrita reactivă poate fi prezentă uretrita sterilă, prin mecanism imun. În artritele determinate de Yersinia poate apărea eritemul nodos. Alte modificări extraarticulare sunt cele unghiale (modificări de culoare, hiperkeratoza, onicoliza asemănătoare cu cele din psoriazis), oculare (conjunctivită și uveită anterioară). Conjunctivita poate preceda afectarea articulară, întâlnindu-se în două treimi din cazuri, este precoce, bilaterală, recurentă. Uveita anterioară, spre deosebire de conjunctivita este frecvent unilaterală, având un risc crescut de cronicizare.

Analizele de laborator pot arăta sindrom inflamator: VSH ridicat, proteina C reactivă pozitivă, leucocitoză, anemie datorită inflamației cronice, trombocitoză. Diagnosticul pozitiv se bazează pe examinarea clinică, anamneza care are un rol foarte important precum și pe analizele de laborator și se efectuează de medic reumatolog. În toate cazurile tratamentul este necesar de efectuat etiologic prin preparate antimicrobiene, care este efectuat în cuplu și la recomandarea doar a medicului reumatolog.