



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

Artrita psoriazică la adult

Protocol clinic național

PCN -295

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.19 din 11.01.2018 cu privire la aprobarea
Protocolului clinic național „Artrita psoriazică 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”

Recenzenti 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	3
PREFAȚĂ	3
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	3
A.1. Diagnosticul: Artrita Psoriazică	3
Exemplu de formularea diagnosticului:	4
A.2. Codul bolii (CIM 10):	4
A.3. Utilizatorii:	4
A.4. Scopurile protocolului:	4
A.5. Data elaborării protocolului	4
A.6. Data actualizării protocolului	4
A.7. Data următoarei revizuirii	4
A.8. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea protocolului:	4
A.9. Definițiile folosite în document	5
A.10. Informația epidemiologică	6
B. PARTEA GENERALĂ	7
<i>B.1. Nivel de asistență medicală primară</i>	7
<i>B.2. Nivelul consultativ specializat (reumatolog)</i>	8
<i>B.3. Nivelul de staționar</i>	10
C. 1. ALGORITM DE CONDUITĂ	12
C. 1.1 Algoritm de conduită al APs	12
C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR	13
C.2.1 Clasificarea APs	13
C.2.2. Factorii cauzali ai APs	13
C.2.3. Conduita pacientului cu APs	14
C.2.3.1. Anamnezic	14
C.2.3.2. Examenul fizic	14
C.2.3.3. Investigații paraclinice	16
RECOMANDĂRILE PENTRU EFECTUAREA INVESTIGAȚIILOR	17
C.2.3.4. Determinarea gradului activității bolii	19
C.2.3.5. Determinarea gradului de exprimare a entezitei prin scorul MASES	19
C.2.4. Diagnosticul	19
C.2.4.1. Diagnosticul pozitiv	19
C.2.4.2. Diagnosticul diferențial	21
C.2.5. Criteriile de spitalizare a pacienților cu APs	21
C.2.6. Tratamentul	21
C.2.6.1. Tratamentul medicamentos al APs	21
C.2.6.2. Tratamentul nemedicamentos al APs	24
C.2.7. Prognosticul evolutiv	24
C.2.7.1. Aprecierea prognosticului APs	24
C.2.8. Supravegherea pacienților cu APs	24
C.2.9. Complicațiile APs	25
D. RESURSE UMANE ȘI MATERIALE NECESARE PENTRU RESPECTAREA PREVEDERILOR PROTOCOLULUI	25
E. INDICATORI DE MONITORIZARE A IMPLEMENTĂRII PROTOCOLULUI	30
ANEXE	30
GHIDUL PACIENTULUI	32
Fișa standardizată de audit medical bazat pe criterii	33
BIBLIOGRAFIA	34

ABREVIERILE FOLOSITE ÎN DOCUMENT

ACR	Colegiul Reumatologilor Americani
AINS	antiinflamatoAPs nesteroidiene
ALAT	alaninaminotransferaza
AMP	asistenta medicala primara
APs	artrita psoriazică
ASAT	aspartataminotransferaza
BASDAI	Bath Ankylosing Spondylitis Disease Index
BASFI	Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index
DAS	Scorul de activitate a bolii (Disease Activity Score)
DMARD	tratament de fond din <i>disease-modifying antirheumatic drug</i>
ECG	electrocardiografie
ECG	Electrocardiografie
ESSG	European Spondylarthropathy Study Group
EULAR	European League Against Rheumatism
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	Asociația inimii din New York/ <i>New York Heart Association</i>
PCR	proteina C - reactiva
TNFα	Tumor Necrosis Factor - α
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 protocoalelor instituționale, în baza posibilităților reale ale fiecărei instituții în anul curent. La recomandarea MS pentru monitorizarea protocoalelor instituționale pot fi folosite formulare suplimentare, care nu sunt incluse în protocolul clinic național.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Diagnosticul: Artrita Psoriazică

Exemplu de formularea diagnosticului:

1. Artrită psoriazică, varianta poliarticulară asimetrică, evoluție acută, gradul (*valoarea*) de activitate, scorul DAS28-4 (*valoarea*), stadiul radiologic (*valoarea*), IFA (*valoarea*);
2. Artrită psoriazică, varianta preponderent axială, evoluție cronică, gradul (*valoarea*) de acivitate, scorul BASDAI (*valoarea*), stadiul radiologic BASRI (*valoarea*), sacroiliită bilaterală asimetrică, stadiul radiologic pe dreapta II, pe stânga III, BASFI (*valoarea*);
3. Artrită psoriazică, varianta mutilantă, evoluție cronică, gradul (*valoarea*)de acivitate, scorul DAS28-4 (*valoarea*), stadiul radiologic (*valoarea*), sacroiliită bilaterală asimetrică, stadiul radiologic BASRI pe dreapta (*valoarea*), pe stânga (*valoarea*), IFA II cu atingeri sistemice (limfadenopatie, proteinurie, microhematurie, aortită – insuficiența valvei aortice gr II-III, IC II NYHA);

A.2. Codul bolii (CIM 10):

M07* Artropatii psoriazice si enteropatie

Exclude: artropatii psoriazice si enteropatie juvenile (M09.-*)

M07.0* [0,4,7,9] Artropatia psoriazica interfalangiana distala (L40.5†)

M07.1* [0-9] Artrita mutilanta (L40.5†)

M07.2* Spondilita psoriazica (L40.5†)

M07.3* [0-9] Alte artropatii psoriazice (L40.5†)

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 APs
2. Sporirea numărului de pacienți cărora li s-a stabilit în primele 4 luni de la debutul bolii diagnosticul de APs cu atingeri viscerale
3. Sporirea calității examinării clinice și paraclinice a pacienților cu APs
4. Sporirea calității tratamentului pacienților cu APs
5. Sporirea numărului de pacienți cu APs supravegheați conform recomandărilor PCN
6. Sporirea numărului de pacienți cu APs, cărora li se vor monitoriza posibilele efectele adverse la tratament cu preparate AINS, GCS, de fond (DMARD) și biologice.

A.5. Data elaborării protocolului: 2018




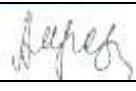

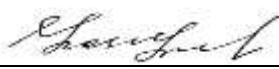
A.6. Data actualizării protocolului:

A.7. Data următoarei revizuirii: 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 Disciplina de reumatologie și nefrologie a Departamentului Medicina Interna, IP USMF „Nicolae Testemitanu”, Președintele Societății Medicilor Interniști a RM
Eugeniu Russu	d.ș.m., conferențiar universitar, Disciplina de reumatologie și nefrologie a Departamentului Medicina Interna, IP USMF „Nicolae Testemitanu”
Serghei Popa	d.ș.m., conferențiar universitar, Disciplina Reumatologie și Nefrologie a Departamentului Medicină Internă, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie ”Nicolae Testemițanu”
Svetlana Agachi	d.ș.m., conferențiar universitar, Disciplina de reumatologie și nefrologie a Departamentului Medicina Interna, IP USMF „Nicolae Testemitanu”
Elena Deseatnicova	d.ș.m., conferențiar universitar, Disciplina de reumatologie și nefrologie a Departamentului Medicina Interna, IP USMF „Nicolae Testemitanu”
Larisa Rotaru	d.ș.m., conferențiar universitar, Disciplina de reumatologie și nefrologie a Departamentului Medicina Interna, IP USMF „Nicolae Testemitanu”
Daniela Cepoi-Bulgac	asistent universitar, Disciplina de reumatologie și nefrologie a Departamentului Medicina Interna, IP USMF „Nicolae Testemitanu”

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 Acreditare în Sănătate	
Compania Națională de Asigurări în Medicină	

A.9. Definițiile folosite în document

Artrita psoriazică este o artropatie inflamatorie cronică însoțită de modificări clinice, ce includ artralgiile, hiperemie, tumefiere, deseori cu redoare matinală prelungită și radiologice caracteristice, ce apar la bolnavii cu psoriazis tegumentar sau poate fi premergătoare psoriazisului [1,5].

A.10. Informația epidemiologică

Frecvența – pe plan internațional incidența APs este de aproximativ 15-30 cazuri la 100000 adulți, dar această cifră variază considerabil în diferite zone geografice [2,8]. Incidența APs la pacienții cu psoriazis tegumentar variază de la 7% la 37%.

Mortalitatea/Morbiditatea – APs de obicei are o evoluție progresivă, cu progresarea spre mutilare osteo-articulară (osteoliză, acroosteoliză) și anchiloză axială. APs are o tendință de recurențe, în special cu procese inflamatorii oculare și urogenitale. Indivizii cu determinanta HLA-B27 pozitivă au un risc crescut de evoluție progresivă mutilantă [6,9]. Mortalitatea preponderent este dictată de afectarea cardiacă specifică.

Sexul – AP afectează ambele sexe, dar cu o predominanță la bărbați [1,3].

Vârsta – majoritatea pacienților cu APs au vârsta cuprinsă între 30-50 ani [5,7].

B. PARTEA GENERALĂ

B.1. Nivel de asistență medicală primară

Descriere	Motivele	Pași
1. Diagnostic		
1.1. Evaluarea pacientului	Recunoașterea semnelor precoce de APs, cât și suspectarea atingerilor organelor interne este important în stabilirea diagnosticului, și recomandarea tratamentului de fond și simptomatic.	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 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 APs (<i>caseta 11</i>)
2. Tratament		
2.1. Tratamentul	Scopul tratamentului este stabilizarea evoluției, 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"> • Glucocorticosteroizi – evaluarea pacientului inițiat în tratamentul GCS de către reumatolog, sau administrarea primară (doar în cazurile implicărilor 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	Tratamentul va permite stabilizarea și remisiunea artritei și va preveni atingerile viscerale prin proces autoimun indus. Supravegherea va permite depistarea precoce al atingerilor viscerale prin proces autoimun indus. Este important pentru aprecierea funcției articulare.	Obligatori: <ul style="list-style-type: none"> • Controlul eficacității tratamentului de fond (DMARD clasice și biologice) (<i>caseta 21</i>); • Supravegherea în baza programului elaborat de specialistul reumatolog./
6. Recuperarea		Obligatori: <ul style="list-style-type: none"> • Conform programelor recuperatoare existente, cât și recomandărilor medicilor specialiști; • Tratament sanatorial.

B.2. Nivelul consultativ specializat (reumatolog)

Descriere	Motivele	Pași
1. Diagnostic		
1.1. Confirmarea diagnosticului de APs	Diagnosticul precoce și tratamentul AINS, GCS, cât și tratament de fond cu administrarea lui poate minimaliza activitatea bolii și micșora numărul pacienților cu afectări viscerale prin proces autoimun.	Obligatori: <ul style="list-style-type: none"> • Anamneză (<i>caselele 1,4</i>) • Examenul fizic cu evaluarea statutului funcțional (<i>caselele 3,5,7,8, anexa</i>); • Investigații paraclinice pentru determinarea activității bolii și supravegherea evoluției bolii, efectuarea diagnosticului diferențial (<i>caselele 7,8,9,10</i>); • Aprecierea indicațiilor pentru consultul specialiștilor: dermatolog, oftalmolog, gastro-enterolog, nefrolog.
1.2. Decizii asupra tacticii de tratament: staționar versus ambulatoriu		Aprecierea criteriilor de spitalizare (<i>caseta 11</i>) Elaborarea programei de tratament și supraveghere pentru nivelul de asistență medicală primară
2. Tratament		

2.1. Tratamentul medicamentos și de reabilitare în condiții de ambulatoriu.	Scopul tratamentului este suprimarea procesului inflamator, atenuarea reacției autoimune induse, combaterea atingerilor viscerale și menținerea al abilităților funcționale articulare.	Obligatoriu (caseta 12): <ul style="list-style-type: none"> • AINS - la adresarea primară și diagnostic confirmat (caseta 14); • Glucocorticosteroizi – doar în cazurile implicărilor 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 de fond (DMARD), AINS, GCS – eficacitatea, reacțiile adverse. Supravegherea va permite depistarea precoce al atingerilor viscerale prin proces autoimun. Este important pentru aprecierea funcției articulare	<ul style="list-style-type: none"> • Controlul eficacității tratamentului simptomatic; • Controlul eficacității tratamentului de fond (DMARD clasice și biologice) (casetele 18,19,20,21,22,23).

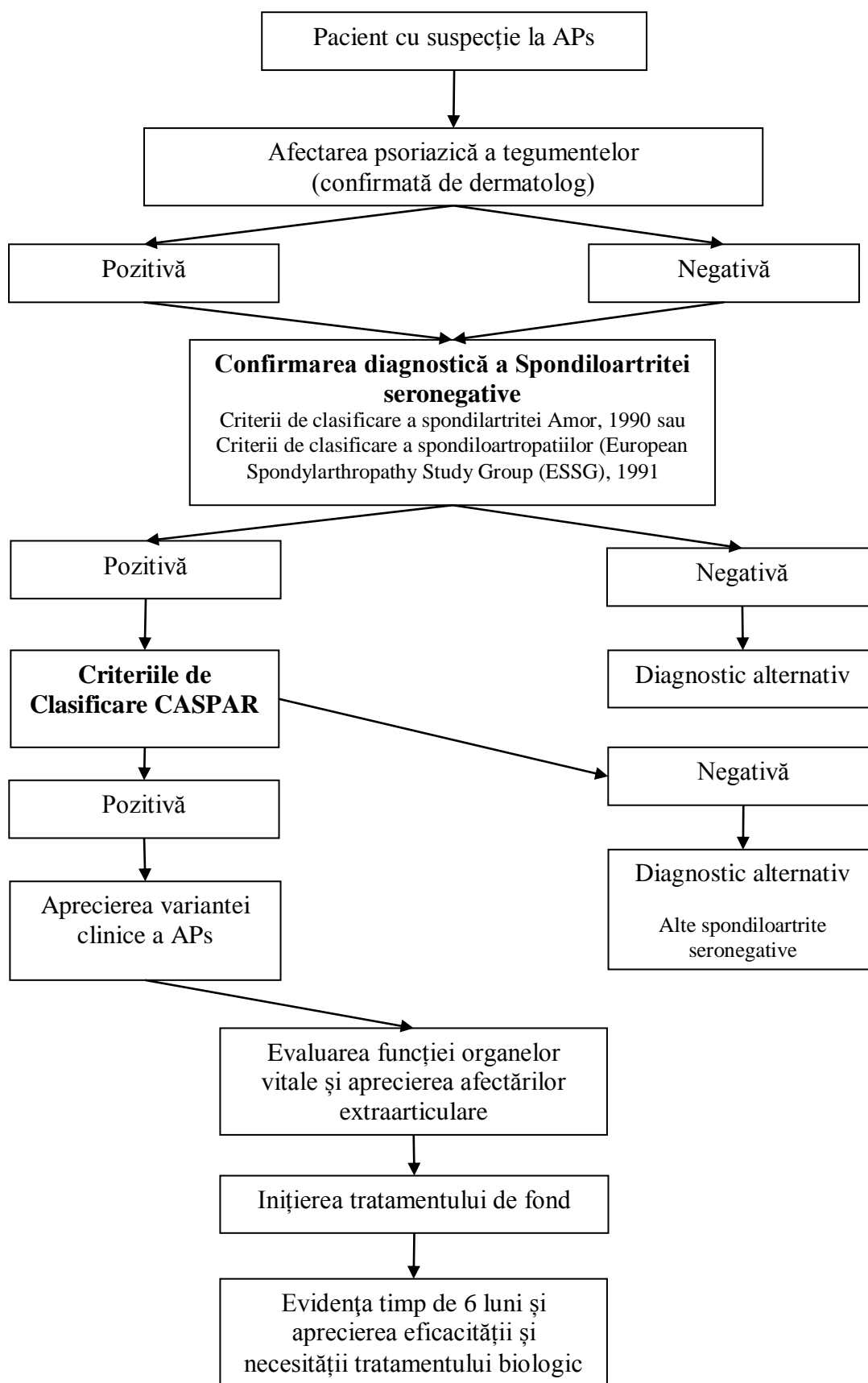
B.3. Nivelul de staționar

Descriere	Motivele	Pașii
1. Spitalizare		
1. Spitalizare	Diagnosticul precoce și tratamentul simptomatic și de fond administrat din start, poate minimaliza activitatea bolii și micșora numărul pacienților cu afectări viscerale prin proces autoimun.	<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 APs și evaluarea posibilelor atingeri viscerale	Diagnosticul precoce al APs, cât și al atingerilor viscerale prin proces autoimun, tratamentul de fond (DMARD), GCS și AINS administrat din start pot minimaliza activitatea bolii și micșora numărul pacienților cu disabilități articulare stabile.	Obligatoriu: <ul style="list-style-type: none"> • Anamneza (casetele 1,4) • Examenul fizic cu evaluarea statutului funcțional (casetele 3,5,7,8, anexa); • Investigații paraclinice pentru determinarea activității bolii și supravegherea evoluției bolii, efectuarea diagnosticului diferențial (casetele 7,8,9,10); • Aprecierea indicațiilor pentru consultul specialiștilor: dermatolog, oftalmolog, gastro-enterolog, nefrolog

3. Tratament		
3.1. Tratamentul medicamentos și nemedicamentos în condiții de staționar.	Scopul tratamentului este combaterea procesului inflamator, prevenirea sau combaterea reacției autoimune, tratamentul atingerilor viscerale și menținerea abilităților funcționale articulare.	Obligatoriu (caseta 12): <ul style="list-style-type: none"> • AINS (caseta 14); • Glucocorticosteroizi – doar în cazurile implicărilor sistemice sau insuficienței AINS sau în caz de tratament local cu introducerea intraarticulară sau periarticulară în caz de entezite (caseta 15); • Preparate de fond (DMARD clasice și biologice) (caseta 16); • Tratamentul nonfarmacologic: reabilitare sau chirurgical (caseta 17).
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 conduită al APs



C. 2. DESCRIEREA METODELOR, TEHNICILOR ȘI PROCEDURILOR

C.2.1 Clasificarea APs [4]

Caseta 1. Clasificarea APs

APs face parte din spondiloartritele seronegative, având variante:

- artrita articulațiilor interfalangiene distale;
- oligoartrita asimetrică;
- poliartrita asimetrică sau simetrică asemănătoare cu poliartrita reumatoidă (rheumatoid-like);
- artrita axială (afectarea coloanei vertebrale și/sau articulațiilor sacroiliace);
- artrită mutilantă sau distructivă.

După debutul bolii:

- Acut <6 luni;
- Trenant 6-12 luni,
- Cronic >12 luni;

C.2.2. Factorii cauzali ai APs [2,7,9,10]

Caseta 2. Factorii trigeri ai APs

Conform datelor din literatura de specialitate în etiologia artritei psoriazice sunt implicați factori trigeri:

Factorii infecțioși

- Infecțiile intestinale virale (Enterovirusurile) sau bacteriene (Yersinia, Salmonella și al.) au indus dezvoltarea sau agravarea psoriazisului cutanat sau artritei psoriazice, fapt care presupune rolul lor etiologic.
- Faringoamigdalita streptococică (mai frecvent streptococul de grup A) a fost acceptată ca fiind în directă legătură cu exacerbările artritei psoriazice și psoriazisului cutanat.
- Există date despre asocierea psoriazisului și artritei psoriazice cu infecția HIV și creșterea prevalenței artritei psoriazice în zonele endemice pentru HIV.

Factorii genetici

- Aproximativ 40% de pacienți cu psoriazis sau artrită psoriazică au în anamneza eredocolaterală aceste afecțiuni la rudele de gradul I.
- Artrita psoriazică este asociată cu frecvența mărită a depistării de HLA-B7 și HLA-B27 și frecvența mică a evidențierii HLA-DR7 și HLA-Cw7.
- HLA-B27 în prezența de HLA-DR7, HLA-DQ3 în absența de HLA-B39 determină progresarea bolii, pe când HLA-B22 prezintă un factor protector.

Traumatismul

- Unele studii prezintă date despre apariția artritei psoriazice și acroosteolizei după o traumă fizică la pacienții cu psoriazis tegumentar.

Rolul afectărilor vasculare

- Patologia vasculară este similară atât în piele cât și în sinovie, caracterizată prin angiogeneză cu vase sinuzale anormale. Activarea factorilor de angiogeneză parțial este datorată acțiunii TNF α , incluzând și factorul de creștere vasculară endotelială (VEGF), factorul de transformare- β (TGF β), factorul de creștere trombocitară și angiopoetinei, care contribuie la acest fenomen. Neovascularizarea este o componentă importantă a caracterului inflamator și eroziv a bolii.

Dereglările metabolice.

- Bolnavii cu artrita psoriazică și psoriazis prezintă două modificări importante biochimice implicate în patogeneza bolii: scăderea dihidroepiandrosteronului (DHEA) și creșterea activității 17-beta-dihidroxisteroiddehidrogenazei, care are ca urmare o exacerbare a ciclului pentozic cu formarea excesivă de NADPH. Aceasta duce la o sinteză în exces de precursori ai acizilor nucleici, ce clinic se exprimă prin tendința de proliferări la nivelul tegumentului, cartilajului articular și membranei sinoviale. Se presupune, că psoriazisul ar fi o boală

generală a țesutului conjunctiv cu manifestări predominant cutanate și articulare.

Alți factori

- Leziunile cutanate psoriaziforme pot fi observate la pacienții cu artrite reactive și boli inflamatorii intestinale.
- Clima rece și uscată este un factor care poate agrava simptomele specifice ale bolii, în special a artritei psoriazice și viceversa, clima caldă, umedă și razele solare (razele ultraviolete) pot ameliora simptomele bolii.
- Stresul și anxietatea pot cauza apariția psoriazisului și pot agrava leziunile deja existente articulare și cutanate.
- Anumite medicamente, precum antiinflamatoarele non-steroidiene (AINS), β -blocanții și sărurile de litiu, pot agrava simptomele psoriazisului.

C.2.3. Conduita pacientului cu APs [2,5,7,9]

Caseta 3. Pașii obligatorii în conduita pacientului cu APs

1. Stabilirea diagnosticului precoce de APs;
2. Investigarea obligatorie pentru determinarea 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 gradul de activitate a bolii, duratei maladiei, exprimării implicării sistemice;
4. Monitorizarea evoluției bolii, complianței la tratament, eficacității tratamentului simptomatic și patogenetic.

C.2.3.1. Anamnestical [1,6,9]

Caseta 4. Recomandări în colectarea anamnesticalui

- Evidențierea factorilor trigere;
- Determinarea susceptibilității genetice (determinanta HLA-B27);
- Debutul bolii (acut <6 luni; trenant 6-12 luni, cronic >12 luni);
- Simptomele de afectare articulară și coloanei vertebrale;
- Simptomele de afectare sistemică cu manifestarea gradului procesului inflamator;
- Tratament anterior (antiinflamatoare nesteroidiene, alte tratamente cu influența asupra sistemului osteo-articular).

C.2.3.2. Examenul fizic [4,8,9,10]

Caseta 5. Regulile examenului fizic în APs

- *Determinarea stării generale;*
 - febra sau subfebrilitate periodică, cu valorile în mediu sub 39°C;
- *Evidențierea semnelor clinice osteo-articulare ale APs:*
 - oligoartrita sau poliartrita asimetrică ce afectează preponderent articulațiile mici și medii ale membrilor inferioare: articulațiile plantelor, genunchilor, talo-cruale, dar pot fi afectate și articulațiile radiocarpiană, cotului, umărului;
 - în cazurile cronice și active pot fi implicate articulațiile mici ale mâinilor și plantelor, prin oligoartrită sau poliartrită asimetrică cu dezvoltarea dactilitei.
 - lombalgiile în APs 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 APs pot prezenta la examenul fizic manifestări similare celor din spondiloartrita anchilozantă.
 - entezopatiile din APs sunt asociate cu manifestări inflamatorii (ex. durere, tumefacție, parestezii) în regiunea inserției tendonului Ahile, fasciei plantare pe calcaneu, tuberozității ischiatice, creștelor iliace și coastelor.

- *Evidențierea semnelor clinice de afectare a pielii, mucoaselor și unghiilor:*
 - 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 ulcerații.
 - ulcerațiile bucale se localizează pe limbă, palatul moale al gurii sau pe gingii, fiind puțin dureroase.
- *Evidențierea semnelor clinice de afectare oculară:*
 - conjunctivita;
 - alte leziuni oculare sunt caracterizate prin uveite acute (20% din pacienți), episclerite, keratite și ulcerații corneene. Aceste leziuni tind la recurențe.
- *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 12-15% cazuri de APs.
 - miocardită.
 - tromboflebita recidivantă.
- *Determinarea scorului activității bolii DAS28-4:*
- *Determinarea scorului entezitei MASES – pentru durere la palpate.*

Oligoartrita asimetrică este cea mai frecventă formă de artrită psoriazică și apare la aproximativ 50% din pacienți. Această variantă clinică se manifestă prin afectarea asimetrică a articulațiilor interfalangiene distale și proximale ale mâinilor și plantelor și a articulațiilor metacarpofalangiene. În cadrul acestei forme asocierea unei tendosinovite a flexorilor realizează aspectul de dactilită și de obicei într-un timp sunt afectate mai puțin de 5 articulații.

Artrita interfalangiană distală este o formă mai rară a artritei psoriazice și se manifestă la doar 8-16% din pacienți și de regulă se asociază cu afectarea psoriazică a unghiilor. Această variantă clinică poate fi unica localizare a procesului patologic. Cu toate că leziunea articulațiilor interfalangiene distale este considerată ca o caracteristică clasică și unică pentru artrita psoriazică, ea apare primordial la bărbați. Afectarea unghiilor cu inflamație pronunțată a paronichiei și tumefierea patului unghial pot fi pronunțate, uneori complicând evoluția artritei.

Poliartrita asimetrică este varianta clinică ce mimează conform multor criterii aspectul artritei reumatoide, însă evoluează cu sacroileită (o trăsătură particulară al acestei forme clinice). Circa 25-40% din pacienți bolnavi de artrită psoriazică prezintă poliartrită simetrică. Afectarea articulară posedă afinitate pentru articulațiile radio-cubito-carpene, interfalangiene proximale și distale, cu o tendință spre anchiloză, deformarea mâinii, dar este mai puțin extensivă și mai puțin deformantă decât poliartrita reumatoidă seropozitivă.

Afectarea axială (implicarea în proces al coloanei vertebrale și/sau articulațiilor sacroiliace) se caracterizează prin sacroileită (adesea unilaterală), care poate să domine în tabloul clinic, inclusiv afectarea coloanei vertebrale. Tabloul clinic corespunde criteriilor spondilitei anchilozante, dar asociat cu o evoluție gravă a psoriazisului tegumentar. Semnele clinice de spondilită și/sau sacroiliită se pot asocia cu alte forme clinice ale artritei psoriazice. Spondilita se poate manifesta fără semne radiologice de sacroiliită, sau poate să se manifeste radiologic, dar fără redoare matinală în partea inferioară a coloanei vertebrale. Deaceia nu există o corelație dintre semnele clinice și radiologice ale sacroileitei. Vertebrele sunt afectate asimetric și în proces poate fi implicată articulația atlantoaxială cu eroziuni de odontoid și subluxație. Radiologic pot fi depistate sindesmofite nonmarginale asimetrice, osificație paravertebrală și, mai puțin caracteristic, anchiloză vertebrală cu calcificarea discului. Artropatia axială fără afectarea periferică este depistată la 5% din pacienții cu artrită psoriazică.

Artrita mutilantă se caracterizează prin leziuni osteolitice ale falangelor și articulațiilor metacarpene, care deseori se asociază cu sacroileită și leziuni cutanate extinse. De obicei sunt afectate degetele mâinilor

(cu aspectul de degete telescopate), însă pot fi afectate și degetele plantelor. Aproximativ 5% din pacienții cu artrită psoriazică prezintă artrită mutilantă cu scurtarea degetelor, uneori coexistând cu anchiloză și contracturi în alte degete. Este înregistrată o mare varietate în evoluția artritei psoriazice mutilante, dar spre deosebire de artrita reumatoidă mulți pacienți prezintă remisiuni temporare. Pe de altă parte, într-un număr mare de publicații s-a raportat că afectările erozive la majoritatea pacienților cu evoluție progresivă spre deformare, osteoliză și disabilitate, induce creșterea semnificativă a mortalității în comparație cu restul populației.

C.2.3.3. Investigații paraclinice [2,4,7,8,10]

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 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 APs	AMP	AMSA	AMS
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
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;	Depistează dereglările de ritm/conducere în caz afectărilor cardiace prin proces autoimun	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, cartilaginoase și ligamentare, determină gradul sinovitei și caracterizează diagnosticul, necesar pentru aprecierea comparativă al evoluției bolii		R	O
Tomografia computerizată, RMN	Necesară pentru efectuarea diagnosticului diferențial		R	R
Scintigrafia scheletică	Apreciază focarele 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
Ultrasonografia organelor interne	Depistează afectarea org. interne aparente pe fundalul procesului autoimun indus		R	O
Consultația specialiștilor – dermatovenerolog, oftalmolog, nefrolog, gastro-enterolog	Pentru efectuarea diagnosticului diferențial	R	O	O

O – obligatoriu; **R** - recomandabil

C.2.3.4. Determinarea gradului activității bolii [3,6,8]

Caseta 7. Determinarea scorului de activitate al APs

Notă: Indicele DAS28 poate fi calculat on-line accesând site-ul www.das-score.nl

Valoarea DAS/DAS28	Gradul de activitate
$\leq 2,4 / \leq 3,2$	Activitate scăzută
$> 2,4 - \leq 3,7 / > 3,2 - \leq 5,1$	Activitate moderată
$> 3,7 / > 5,1$	Activitate înaltă

C.2.3.5. Determinarea gradului de exprimare a entezitei prin scorul MASES [2,4,7,9]

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 [4,6,8,10]

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

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)

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 entesopaticice | 2 |
| 6. irită | 2 |
| 7. uretrită negonococică sau cervicită cu cel mult o lună înaintea debutului | |

Puncte

artritei		1
8. diaree acută cu cel mult o lună înainte de debutul artritei		1
9. psoriazis, balanită sau boală inflamatorie intestinală (colită ulceroasă, boală Crohn)		2
Semne radiografice		
10. sacro-iliită (bilaterală gradul II sau unilateral gradul III)		2
Teren genetic		
11. prezența HLA-B27 sau istoric familial de APs, uveită sau boală inflamatorie intestinală		2
Răspuns la tratament		
12. ameliorare după 24 ore după administrarea de AINS		2
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 PSORIAZICE		
Criteriile de diagnostic CASPAR (Classification of Psoriatic Arthritis, International Multicentre Validation of Diagnostic Criteria for Psoriatic Arthritis – Psoriatic Arthritis Consensus 2006)		
Criteriile de diagnostic a artropatiei psoriazice – ambele din cele care urmează:		
(1) patologie inflamatorie articulară, coloanei vertebrale și tendoanelor cu tumefiere, durere și/sau redoare;		
(2) 3 criterii sau mai multe din cele care urmează:		
(2a) psoriazis a pielii		
(2b) psoriazis în antecedente		
(2c) antecedente eredo-colaterale familiale în psoriazis de gradul întâi și doi		
(2d) afectarea psoriazică a unghiilor		
(2e) factorul reumatoid negativ		
(2f) dactilita cu tumefierea falangelor (degete sub formă de “cârnaț”)		
(2g) istoric de dactilită stabilită de reumatolog		
(2h) manifestările radiologice caracteristice în articulațiile mâinilor și plantelor		

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 reactivă.

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 pentru artrita reactivă.

C.2.5. Criteriile de spitalizare a pacienților cu APs [5,7,9]

Caseta 11. Criteriile de spitalizare a pacienților cu APs

- Artrită psoriazică primar depistată sau adresare primară cu semne clinice de APs cu atingeri sistemice;
- Adresare repetată cu semne clinice de recădere a bolii (reapariția artritelor, sinovitei, febrei, apariția semnelor de implicare sistemică, non-responder la tratament AINS, inițierea unui tratament remisiv);
- Apariția semnelor complicațiilor APs 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, patologie renală preexistentă, stările cu imunitate compromisă);
- Progresarea afectării articulare prin implicarea articulațiilor noi, ineficiența tratamentului AINS, GCS, sinovite reactive repetative;
- Puseu inflamator intens și/sau trenant, cu dinamică poliarticulară pentru investigații și reconsiderare diagnostică și terapeutică.

C.2.6. Tratamentul [2,4,5,7,9,10]

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 APs

- 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 – regim dietetic cruțător în viziunea tegumentelor,

sistemului gastro-intestinal și mucoasei căilor urinare (excluderea condimentelor)

- **Tratamentul medicamentos:**
 - Preparate AINS;
 - Preparate glucocorticosteroizi pentru administrare sistemică de scurtă durată (doar în cazul implicărilor sistemice și la ieșecul preparatelor AINS);
 - Tratament remisiv;
 - Tratament local (glucocorticosteroizi intra-articular sau aplicații locale de dimetilsulfoxid 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 APs

Caseta 14. Tratamentul medicamentos al APs cu preparate AINS

Nivel de evidență Ib [2,5,7].

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
- Meloxicamum (7,5 mg – în 1-2 prize/24 ore) sau
- Ketoprofenum (100-200 mg – în 2-3 prize/24 ore) sau
- Nimesulidum (100 mg – în 2 prize/24 ore) sau
- Etoricoxibum (60-120 mg/24 ore – într-o priză)

NB! AINS se indică în cure de 5-7 zile, deoarece pot acutiza erupțiile psoriazice tegumentare

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. Inhibitorii ultraselectivi COX2 sunt contraindicate pacienților cu patologii cardiovasculare și cu predispunere spre tromboze (patologie venoasă).

Caseta 15. Tratamentul medicamentos al APs cu glucocorticosteroizi

Nivel de evidență IIa

pentru administrare locală, Ib pentru administrare sistemică [5,6].

Glucocorticosteroizi sistemici 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 implicărilor sistemice. Durata tratamentului nu va depăși 10-14 zile.

Pot fi folosite:

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

NB! Uneori poate induce dezvoltarea formelor refractare al psoriazisului cu transformarea în variante atipice.

Glucocorticosteroizi intraarticular (Methylprednisolonum, Betamethasonum).

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

Nivel de evidență Ib [3,6,9].

La pacienții cu APs în pofida folosirii medicației sus-numite, trebuie folosite medicamente 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 cu 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 leflunomidă se începe cu o doză de atac de 100 mg o dată pe zi, timp de 3 zile. Doza de întreținere recomandată este de 20 mg leflunomidă 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 Metotrexatum și Leflunomidum.

Caseta 16b. Tratamentul medicamentos al APs de fond biologic (remisiv – DMARD biologic) Nivel de evidență Ia [4,7,9,10].

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, Adalimumab*, 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 (anul 2016).

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 APs

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 APs: 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 [7,8]

C.2.7.1. Aprecierea prognosticului APs

Caseta 18. Aprecierea prognosticului APs

S-au sistematizat factori de prognostic nefavorabil, cu valoarea 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. dactilita
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.2.8. Supravegherea pacienților cu APs [1,8,9]

Caseta 21. Supravegherea pacienților cu APs

- 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 DAS28;
 - determinarea scorului MASES
 - hemoleucograma;
 - urograma;
 - proteina C-reactivă;
 - examinarea dermatologică, oftalmologică, urologică/ginecologică;
 - 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;
 - scintigrafia scheletică

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

- Controlul prezenței reacțiilor adverse la tratament la fiecare 14 zile primele 2 luni;
- Reevaluarea pacientului la 3-6-12 luni;
- Cooperarea cu alte specialități - fizioterapeut, dermatovenerolog, urolog, ginecolog, oftalmolog.

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

- Controlul eficacității tratamentului la 2 luni;
- Reevaluarea pacientului la 3 și 6 luni;
- Cooperarea cu alte specialități – dermatovenerolog, fizioterapeut, urolog, ginecolog, oftalmolog.

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 APs [2,4,6,9]

Caseta 22. Complicațiile APs

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

Caseta 23. Complicațiile cele mai frecvente în urma tratamentului APs

- Afectarea tractului gastro-intestinal: sindromul dispeptic, gastrită, duodenită, boala ulceroasă, colită pseudomembranoasă, disbacterioza intestinală;
- Afectarea toxică a ficatului (hepatita), pancreasului (pancreatita), măduvei osoase și 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"> • AINS (<i>caseta 14</i>); • Glucocorticosteroizi (<i>caseta 15</i>); • Sulfasalazină, Metotrexatum, Leflunomidum (<i>caseta 16a</i>)
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"> • AINS(<i>caseta 14</i>); • Glucocorticosteroizi (<i>caseta 15</i>); • Sulfasalazinum, Methotrexatum, Leflunomidum (<i>caseta 16a</i>)
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: dermatolog, 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; • cabinet radiologic; • tomograf computerizat;

	<ul style="list-style-type: none"> • 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; <p>Medicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • AINS(<i>caseta 14</i>); • Glucocorticosteroizi (<i>caseta 15</i>); • Sulfasalazinum, Methotrexatum, Leflunomidum (<i>caseta 16a</i>); • Anti-TNFα (<i>caseta 16b</i>).
<p>D.4. Secțiile de reumatologie ale spitalelor republicane</p>	<p>Personal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • medic-reumatolog certificat; • medic-funcționalist certificat; • asistente medicale; • acces la consultații calificate: dermatolog, 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"> • AINS(<i>caseta 14</i>); • Glucocorticosteroizi (<i>caseta 15</i>); • Sulfasalazinum, Methotrexatum, Leflunomidum (<i>caseta 16a</i>); • Anti-TNFα (<i>caseta 16b</i>).

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 APs	Ponderea pacienților cu diagnosticul APs, cărora li s-a stabilit diagnosticul în prima lună de la debutul bolii (în %)	Numărul pacienților cu diagnosticul de APs, 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 APs 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 APs cu atingeri viscerale	Ponderea pacienților cu diagnosticul APs, cărora li s-a stabilit afectarea viscerală în primele 4 luni de la debutul bolii (în %)	Numărul pacienților cu diagnosticul de APs, 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 APs care se află la supravegherea medicului de familie
3.	Sporirea calității examinării clinice și paraclinice a pacienților cu APs	Ponderea pacienților cu diagnosticul APs, cărora li s-a efectuat examenul clinic și paraclinic obligatoriu conform recomandărilor PCN Artrita Psoriazică la adult" (în %)	Numărul pacienților cu diagnosticul de APs, cărora li s-a efectuat examenul clinic și paraclinic obligatoriu conform recomandărilor PCN Artrita Psoriazică la adult" pe parcursul unui an x 100	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de APs care se află la supravegherea medicului de familie
4.	Sporirea calității tratamentului pacienților cu APs	Ponderea pacienților cu diagnosticul APs, cărora li s-a indicat tratament conform recomandărilor PCN Artrita Psoriazică la adult" (în %)	Numărul pacienților cu diagnosticul APs, cărora li s-a indicat tratament conform recomandărilor PCN Artrita Psoriazică la adult" pe parcursul unui an x 100	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de APs care se află la supravegherea medicului de familie
5.	Sporirea numărului de pacienți cu APs supravegheați conform recomandărilor protocolului clinic național	Ponderea pacienților cu diagnosticul de APs, care au fost supravegheați conform recomandărilor PCN Artrita Psoriazică la adult" (în %)	Numărul pacienților cu diagnosticul APs, care au fost supravegheați conform recomandărilor PCN Artrita Psoriazică la adult" pe parcursul unui an X 100	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de APs care se află la supravegherea medicului de familie
6.	Sporirea numărului de pacienți cu APs, cărora li se vor monitoriza posibilele efecte adverse la tratament cu preparate AINS și de fond (DMARD).	Ponderea pacienților cu diagnosticul APs, cărora li s-au monitorizat posibilele efecte adverse la tratament cu preparate AINS și de fond conform recomandărilor PCN Artrita Psoriazică la adult" (în %)	Numărul pacienților cu diagnosticul APs, cărora li s-au monitorizat posibilele efecte adverse la tratament cu preparate AINS și de fond conform recomandărilor PCN Artrita Psoriazică la adult" pe parcursul unui an X 100	Numărul total de pacienți cu diagnosticul de APs care se află la supravegherea medicului de familie

APRECIEREA ACTIVITĂȚII BOLII, SCOR BASDAI
(Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index)

BASDAI																																																																																							
Pacient _____					Data ___ / ___ / _____																																																																																		
<p>Marcați pe linie situația Dvs. pentru ultima săptămână.</p> <p>1. Cum puteți caracteriza slăbiciunea generală/oboseala?</p> <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">0</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">1</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">2</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">3</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">4</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">6</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">7</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">8</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">9</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">10</td> </tr> </table> <p>Lipsește Foarte intensă</p> <p>2. Indicați nivelul durerii în coloana vertebrală cervicală, lombară și/sau articulațiile coxo-femorale?</p> <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">0</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">1</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">2</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">3</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">4</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">6</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">7</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">8</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">9</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">10</td> </tr> </table> <p>Lipsește Foarte intensă</p> <p>3. Indicați nivelul durerii sau tumefierii în articulații (în afară de coloanei vertebrale cervicală, lombare și articulațiilor coxo-femorale)?</p> <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">0</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">1</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">2</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">3</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">4</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">6</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">7</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">8</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">9</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">10</td> </tr> </table> <p>Lipsește Foarte intensă</p> <p>4. Cum puteți aprecia disconfortul local în orice arie sensibilă la palpare?</p> <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">0</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">1</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">2</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">3</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">4</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">6</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">7</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">8</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">9</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">10</td> </tr> </table> <p>Lipsește Foarte intensă</p> <p><small>Pentru următoarele răspunsuri personalul medical va aprecia media înainte de a fi introduse în chestionar.</small></p> <p>5. Cum apreciați nivelul general al redorii matinale?</p> <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">0</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">1</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">2</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">3</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">4</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">6</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">7</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">8</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">9</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">10</td> </tr> </table> <p>Lipsește Foarte intensă</p> <p>6. Care este durata redorii matinale din momentul trezirii?</p> <table style="width: 100%; text-align: center; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">0</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">1</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">2</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">3</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">4</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">5</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">6</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">7</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">8</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">9</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;">10</td> </tr> <tr> <td>0</td> <td>½ oră</td> <td></td> <td>1 oră</td> <td></td> <td>1 ½ ore</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>≥2 ore</td> <td></td> </tr> </table> <div style="text-align: right; margin-top: 10px; border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-left: auto;"> $\text{BASDAI} = \frac{Q1 + Q2 + Q3 + Q4 + \left(\frac{Q5 + Q6}{2}\right)}{5}$ </div> <p>Activitate SA conform BASDAI:</p> <ul style="list-style-type: none"> < 2 – activitate mică (joasă) 2,0-3,9 – activitate moderată 4,0-6,9 – activitate înaltă > 7 – activitate foarte înaltă 											0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	0	½ oră		1 oră		1 ½ ore				≥2 ore	
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																													
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																													
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																													
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																													
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																													
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																																																													
0	½ oră		1 oră		1 ½ ore				≥2 ore																																																																														

Instrucțiuni pentru determinarea scorului:

BASDAI se determină prin răspunsul pe scara VAS de 10cm la 6 întrebări referitoare la 5 simptome major majore a SA: 1) *Oboseala* 2) *Durerea spinală* 3) *Durerea / tumefierea articulară* 4) *Arii de sensibilitate locală (entezite)* 5) *Redoarea matinală*.

Pentru ultimele 2 întrebări referitor redoarea matinală se ia media răspunsurilor. Rezultatul sumei de la 0 la 50 se împarte la 5 și se obține scorul BASDAI între 0 și 10.

CHESTIONAR DE EVALUARE A STATUTULUI FUNCȚIONAL – SCOR BASFI

Chestionar BASFI												
Pacient _____					Data ____ / ____ / ____							
<p>Întrebările „Puteți să...” se apreciază după scala de mai jos pentru <i>ultima săptămână</i>. Marcați situația care o considerați apropiată din intervalul 0-10</p> <p>Puteți Dumneavoastră să...</p>												
1. Îmbrăcați ciorapii fără ajutorul altora?												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Ușor					Imposibil							
2. Vă aplecați înainte pentru a ridica stiloul de pe podea fără alte mijloace de ajutor?												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Ușor					Imposibil							
3. Vă întindeți în sus pentru a lua o carte de pe raft fără ajutorul altora?												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Ușor					Imposibil							
4. Vă ridicați de pe scaun fără ajutorul mâinilor sau altor persoane?												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Ușor					Imposibil							
5. Vă ridicați de pe podea din poziția culcată fără ajutorul altora?												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Ușor					Imposibil							
6. Stați în picioare fără ajutorul suportului sau a altor persoane în decurs de 10 minute fără a simți disconfort?												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Ușor					Imposibil							
7. Urcăți 12-15 trepte fără sprijin în baston sau alt suport (cu un picior pe fiecare treaptă)?												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Ușor					Imposibil							
8. Întoarceți capul și să priviți în spate, fără a întoarce trunchiul?												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Ușor					Imposibil							
9. Vă ocupați cu activitate fizică (de ex. exerciții fizice, sport, lucru în grădină)?												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Ușor					Imposibil							
10. Vă mențineți activitatea pentru întreaga zi (acasă sau la serviciu)?												
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Ușor					Imposibil							
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 5px;">SUMA = (1+2+5+..10)</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Scor BASFI = SUMA / 10</td> </tr> </table>											SUMA = (1+2+5+..10)	Scor BASFI = SUMA / 10
SUMA = (1+2+5+..10)												
Scor BASFI = SUMA / 10												

Instrucțiuni pentru determinarea scorului

Aprecierea scorului total este în corespundere cu următoarele instrucțiuni: pentru întrebările 1-10 se sumează totalul punctelor obținute, iar suma obținută se împarte la 10. Scorul BASFI este media răspunsurilor la 10 întrebări. Scorul variază de la 0 la 10 puncte, unde 0 reflectă lipsa dereglărilor funcționale, iar 10 afectare maximală.

BATH ANKYLOSING SPONDYLITIS RADIOLOGY INDEX (BASRI)
[Mackay et al., 2003]

Scorul articulațiilor sacroiliace (după schema gradării de la New York)

Modificări în ambele articulații sacro-iliace	Punctaj
Fără modificări	0
Suspecte	1
Modificări minimale	2
Modificări moderate	3
Modificări severe	4

BASRI scoring of the spine (BASRI-s)

Chisturi, eroziuni, scleroză	Sindesmofite	Fuziune, anchiloză	Punctaj pentru col. cervicală	Punctaj pentru col. lombară
Lipsește	Lipsește	Lipsește	0	0
Suspecție	Lipsește	Lipsește	1	1
Prezente	0-2 vertebre	Lipsește	2	2
Prezente	≥3 vertebre	0 - 2	3	3
Prezente	≥3 vertebre	≥3	4	4
TOTAL				

Scorul total = (puncte pentru art. SI) + (puncte col. vertebrală cervicală) + (puncte col. vertebrală lombară). **Interpretarea:** scorul minim – 0; scorul maxim - 12

PSORIATIC ARTHRITIS RESPONSE CRITERIA (PsARC)
(Adaptat după Clegg D.O. și col. *Arthr Rheum* 1996, 39: 2013-2020)

Criterii de evaluare:

- Evaluarea generală a medicului pe o scară de variație cu 5 trepte;
- Evaluarea globală a pacientului pe o scară de variație cu 5 trepte;
- Scorul durerii/sensibilității articulare pe o scară de variație cu 4 trepte, pentru fiecare articulație (total 76 de articulații);
- Scorul tumefierii articulare pe o scară de variație cu 4 trepte, pentru fiecare articulație (total 74 de articulații).

Ameliorarea definită ca:

- Scăderea ≥ 1 punct pentru evaluarea globală;
- Scăderea cu $\geq 30\%$ pentru scorurile articulare;

Răspunsul la tratament definit ca:

- Ameliorarea pentru cel puțin 2 dintre criteriile de evaluare de mai sus;
- Unul dintre acestea trebuie să fie un scor articular;
- Nici o agravare a celor 4 criterii de evaluare de mai sus;

PSORIASIS AREA SEVERITY INDEX (PASI)(Adaptat după Fredriksson T., Patterson U., *Dermatologica* revăzut 1998, 157: 238-244)

		Cap	Trunchi	Membrele superioare	Membrele inferioare
		<i>ExC</i>	<i>ExT</i>	<i>ExMS</i>	<i>ExMI</i>
Extinderea (Ex)	0	lipsește	lipsește	lipsește	lipsește
	1	<10%	<10%	<10%	<10%
	2	10-30%	10-30%	10-30%	10-30%
	3	30-50%	30-50%	30-50%	30-50%
	4	50-70%	50-70%	50-70%	50-70%
	5	70-90%	70-90%	70-90%	70-90%
	6	90-100%	90-100%	90-100%	90-100%
		<i>EC</i>	<i>ET</i>	<i>EMS</i>	<i>EMI</i>
Entam (E)	0	fără manifestări	fără manifestări	fără manifestări	fără manifestări
	1	minimale	minimale	minimale	minimale
	2	moderate	moderate	moderate	moderate
	3	medii	medii	medii	medii
	4	întinse	întinse	întinse	întinse
	5	foarte întinse	foarte întinse	foarte întinse	foarte întinse
		<i>IC</i>	<i>IT</i>	<i>IMS</i>	<i>IMI</i>
Severitatea erupției	0	fără manifestări	fără manifestări	fără manifestări	fără manifestări
	1	minimale	minimale	minimale	minimale
	2	moderate	moderate	moderate	moderate
	3	medii	medii	medii	medii
	4	întinse	întinse	întinse	întinse
	5	foarte întinse	foarte întinse	foarte întinse	foarte întinse
		<i>DC</i>	<i>DT</i>	<i>DMS</i>	<i>DMI</i>
Descuamare (D)	0	fără manifestări	fără manifestări	fără manifestări	fără manifestări
	1	minimale	minimale	minimale	minimale
	2	moderate	moderate	moderate	moderate
	3	medii	medii	medii	medii
	4	întinse	întinse	întinse	întinse
	5	foarte întinse	foarte întinse	foarte întinse	foarte întinse

PASI =

$$0,1(EC+IC+DC)ExC+0,3(ET+IT+DT)ExT+0,2(EMS+IMS+DMS)ExMS+0,4(EMI+IMI+DMI)ExMI$$

Scorul PASI variază de la 0 la 70

Ghidul pacientului

Artrita psoriazică este o boală inflamatorie articulară care apare la pacienții cu psoriazis (până la 30% dintre aceștia), fiind o boală de tip autoimun în care sistemul imun dereglat atacă structurile proprii, în principal pielea și articulațiile. Face parte din grupul de boli numit spondilartrite din care mai fac parte spondilita anchilozantă, artrita reactivă, bolile inflamatorii intestinale, având în comun cu acestea o anumită componentă genetică și anumite manifestări clinice.

Nu se știe cu exactitate cauza apariției acestei boli. Există o componentă genetică clară, multigenică, care predispune la apariția bolii. Prezenta terenului genetic nu înseamnă obligatoriu o apariție a bolii. Aproximativ 40% dintre pacienții cu psoriazis și artrita psoriazică au ruda de gradul I cu psoriazis.

Pe lângă factorul genetic, sunt implicați o serie de factori din mediu, cei mai incriminați fiind stresul, infecțiile, traumatismele.

Tratamentul unui pacient cu artrită psoriazică trebuie făcut într-o echipă: dermatolog, reumatolog, medicul de recuperare și fizio-kinetoterapie și în stadiile avansate ale bolii, medicul ortoped.

Tratamentul medicamentos este unul foarte complex. Avem la ora actuală o multitudine de opțiuni terapeutice. Alegerea trebuie făcută de medicul reumatolog în urma discuției cu pacientul și trebuie să țină cont de activitatea bolii, forma de afectare, gravitatea afectării articulare radiologice și de asemenea de alte boli asociate.

Se recomandă:

1. Adoptarea unei diete bogate în fructe și legume, îmbogățirea regimului cu vitamine (fie prin dietă, fie prin suplimente farmaceutice), menținerea unei greutate corporale optime;
2. Efectuarea exercițiilor fizice zilnice pentru tonifierea organismului;
3. Aplicarea de comprese reci și calde alternativ. Compresele reci reduc durerea, iar compresele calde stimulează relaxarea musculară. Compresele reci pot fi aplicate în mai multe reprize, chiar și 20 de minute. Se recomandă învelirea compreselor cu gheață în material textile, de exemplu un prosop, pentru a nu supune tegumentul unei temperaturi mult prea scăzute. Compresele cu gheata pot consta în pungi cu legume congelate, sau pungi cu carne înghețată. La fel de utile pot fi și dușurile reci și fierbinți;
4. Practicarea unor tehnici și exerciții de relaxare pentru a reduce stresul.

Deși mulți pacienți sunt foarte tentați să încerce medicamente alternative pentru tratarea artritei psoriazice, specialiștii sunt reținuți în a face astfel de recomandări.

Nici o metodă alternativă nu și-a demonstrat eficiența. În plus, unele ceaiuri, suplimente vitaminice și metode terapeutice s-au dovedit a fi chiar periculoase pentru pacienții cu astfel de afecțiuni. Orice tratament naturist trebuie prezentat medicului curant și împreună cu acesta pacientul poate decide dacă este sigur și dacă îl poate urma.

Artrita psoriazică are o evoluție cronică și poate să ajungă la afectarea importantă a articulațiilor, cu scoaterea lor din uzul pacientului. Impotența funcțională poate fi însă redusă printr-un tratament adecvat și prompt instituit. Specialiștii recomandă pacienților să se prezinte la medic cât mai repede posibil deoarece cu cât procesul este diagnosticat mai devreme, cu atât evoluția este oprită și starea de sănătate rămâne optimă.

Anexa 6. Fișa standardizată de audit bazat pe criteriile pentru Artrita psoriazică 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 = masculine; 1 = feminine; 9 = nu este specificat
8.	Numele medicului curant	
	Patologia	artrita psoriazică
	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 simptome 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 patologiei	A fost efectuat: nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
	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, ASDAS _{CRP} și ASDAS _{VSH}	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 remisie 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: PSARC, PASI, ASAS-IC, ASAS 20, ASAS 40, ASAS 5/6	Nu = 0; da = 1; nu se cunoaște = 9
29.	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 APs = 1; Alte cauze de deces = 2; nu se cunoaște

BIBLIOGRAFIA

1. Alenius G. Psoriatic arthritis-new insights give new options for treatment. In: Curr Med Chem. 2015;14(3), p. 359-366.
2. Braun J., Sieper J. Early diagnosis of spondyloarthritis. In: Nat Clin Pract Rheumatol. 2014 Oct;2(10), p.536-545.
3. Braun J., Sieper J. Spondylarthritides. In: Z Rheumatol. 2013 Nov;65(7), p.613-631.
4. Feuchtenberger M., Kleinert S., Tony H., Kneitz C. Psoriatic arthritis: therapeutic principles. In: Clin Dermatol. 2015 Sep-Oct;26(5), p.460-463.
5. Gladman D., Chandran V., Gottlieb A., Cook R., Duffin K. International multicenter psoriasis and psoriatic arthritis reliability trial for the assessment of skin, joints, nails, and dactylitis. In: Arthritis Rheum. 2015 Aug 27;61(9), p.1235-1242.
6. Gladman D. Psoriatic arthritis from Wright's era until today. In: J Rheumatol Suppl. 2014 Aug;83, p. 4-8.
7. Griffiths C., Barker J. Pathogenesis and clinical features of psoriasis. In: Lancet. 2012 Jul 21;370(9583), p.263-271.
8. Olivieri I., van Tubergen A., Salvarani C., van der Linden S. Seronegative spondyloarthritides. In: Best Pract Res Clin Rheumatol. 2012 Dec;16(5), p723-739.
9. Ritchlin C. From skin to bone: translational perspectives on psoriatic disease. In: J Rheumatol. 2015 Jul;35(7), p.1434-1437.
10. Thaçi D. Long-term data in the treatment of psoriasis. In: Br J Dermatol. 2015 Aug;159 Suppl 2, p.18-24.