

ATITUDINI DE PERSPECTIVĂ ÎN DIAGNOSTICUL PRECOCE AL PACIENȚILOR CU ARTRITE INFLAMATORII

Liliana Groppa, Valentin Ștepa, Eugeniu Russu, Liudmila Gonța, Victor Cazac,
Nadejda Ganea, Eugen Goțonoaga

Departamentul Medicină Internă, Clinica Medicală № 5, Reumatologie și Nefrologie,
USMF "Nicolae Testemițanu"

Summary

Perspective solutions in early diagnosis of patients with inflammatory arthritis

Early initiation of the DMARD treatment leads to improvement of the clinical and radiological outcome. Obtaining sustained remissions or low activity of the disease, is also more easily achieved by early applying treatment. This study was focused on identifying the strategies meant to reduce the time between diagnosis and management of inflammatory arthritis, especially in rheumatoid arthritis. A systematic review of the literature, according to the Cochrane guides on systematic reviews, was undertaken.

Rezumat

Inițierea precoce a tratamentului DMARD duce la îmbunătățirea prognosticului clinic și radiologic al pacienților. Obținerea remisiunilor durabile sau a activității minime a bolii este la fel mai ușor de obținut prin aplicarea precoce a tratamentului. Acest studiu a avut obiectivul de a identifica strategiile menite să reducă timpul dintre diagnosticul și managementul artritelor inflamatorii, în special în artrita reumatoidă. Cu acest scop a fost efectuat un reviu sistematizat al literaturii, ce respectă ghidurile Cochrane al review-urilor sistematizate.

Introducere

Există dovezi clare ce susțin că folosirea precoce a tratamentului DMARD duce la îmbunătățirea prognosticului clinic și radiologic al pacienților. Atingerea remisiunilor durabile sau a activității minime a bolii este la fel mai ușor de obținut prin aplicarea precoce a tratamentului [17, 25, 32].

Rezultatele unor studii susțin că asistența precoce a pacienților cu artrită inflamatorie (AI), în special al artritei reumatoide, ar trebui efectuată de un specialist, de obicei reumatolog. Studiile au demonstrat că pacienții cu artrită reumatoidă (AR) au fost diagnosticați mai devreme, au primit tratament DMARD mai frecvent și au obținut rezultate clinice și radiologice mai bune când au fost curați de reumatologi. Un raport al Oficiului Național de Audit al Marii Britanii a susținut că tratamentul inițial la nivelul de asistență secundară este mai eficient ca cost [24].

În ciuda acestui fapt, foarte des apar întârzieri între solicitarea ajutorului medical de către pacienți și evaluarea acestora de către specialistul reumatolog pentru inițierea tratamentului. Cauzele incriminate sunt cel mai des cele legate de pacienți și pauza dintre evaluarea inițială de către reumatolog și stabilirea diagnosticului.

Cu ocazia acestui reviu, pauzele dintre stabilirea diagnosticului și începerea tratamentului au fost divizate în patru etape:

1. de la apariția simptomelor până la asistența medicală primară;
2. de la asistența primară până la referirea la reumatolog;
3. de la referirea la reumatolog până la evaluare;
4. de la evaluarea de către reumatolog până la începerea tratamentului DMARD.

Un comitet comun ACR/EULAR a fost asamblat pentru a analiza strategiile ce ar soluționa aceste întârzieri. Așa cum inițiativele ce promovează clasificarea și tratamentul precoce au fost deja demult inițiate, eforturile acestui comitet s-au axat pe scurtarea primelor 3 etape.

Metode

A fost efectuat un reviu sistematizat al literaturii, ce respectă ghidurile Cochrane al review-urilor sistematizate [34], pentru a identifica strategiile menite să reducă timpul dintre diagnosticul și managementul artritelor inflamatorii, în special în artritele reumatoide.

Obiectivele au fost trasate respectând un cadru specific PICR (pacient, intervenție, comparație, rezultat). Pacienții au fost clasați ca adulți cu simptome musculo-scheletale. Intervenția poate fi orice strategie menită să faciliteze identificarea sau referirea la medicul specialist a pacienților cu AI. După posibilități, acestea au fost comparate cu grupuri ce nu au folosit aceste strategii. Medline și biblioteca Cochrane au fost folosite pentru căutarea articolelor publicate în perioada Ianuarie 2000 – Noiembrie 2012 și a abstractelor ACR/EULAR din 2007 – 2013. Au fost utilizate și metode de căutare aliate a literaturii pentru a obține articole suplimentare la tema dată. În total au fost evaluate 2378 de articole, după filtrarea celor ce se dublează. Douăzeci din acestea au fost selectate pentru o evaluare deplină.

Rezultate

Strategiile ce adresează această etapă includ cele menite să faciliteze depistarea cazurilor noi în comunități, cu mărirea nivelului de conștientizare de către populație și informația de pe web-site-uri specializate. La noi în Republica Moldova la moment există situl Asociației Republicane de Osteoporoză și Reumatologie, unde pacienții pot consulta informativ diferite stări de durere articulară și osteo-musculară.

O abordare nouă utilizând o metodă screening completă a populației, utilizând un chestionar și un test pentru anticorpi, care au fost elaborate de EULAR 2012 pentru a facilita identificarea indivizilor cu AI nediate diagnosticate. Acuratețea diagnostică a combinației dintre CSQ (Chestionarul pentru screeningul maladiilor țesutului conjunctiv) și testarea pentru factorul reumatoid (FR) și peptide anti-ciclice citrinate (anti-CCP) pentru identificarea AI a demonstrat o sensibilitate, specificitate și valoare predictivă negativă și pozitivă de 95.3%, 99.2%, 71.4% and 97.7% respectiv. Analiza ulterioară a acestei strategii pe un grup mai mare va putea determina precizia diagnostică și efectivitatea costului în combinația optimă [5, 23].

Pentru detectarea patologiei inflamatorii a mâinii a fost descris și un test simplu care cuprinde o compresie fermă a mâinii, o prehensiune a unui creion cu patru degete și prinderea unei coli de hârtie. Deși ușor de realizat, mulți pacienți au necesitat și o evaluare clinică, din cauza specificității scăzute a acestui instrument. Au fost descrise și alte două proiecte, ce invitau persoane cu simptome articulare la screening și consiliere pentru artrită, dar acestea nu raportat despre eficacitatea măsurilor întreprinse [4].

Odată cu creșterea numărului de pacienți cu acces la internet, un număr tot mai mare din aceștia folosesc internetul ca o sursă de informație pentru auto-diagnosticare. Cu toate acestea, nici o strategie bazată pe internet nu a fost validată pentru a identifica AI. Un chestionar online cu o versiune specifică pentru AR furnizează scoruri pe baza răspunsurilor pozitive, dar nici o informație cu privire la probabilitatea de a avea AI, și nici un algoritm de acțiune în ceea ce privește solicitarea asistenței medicale, nu este accesibilă. Au fost depistate și două evaluări a resurselor online. Acestea au sugerat că volumul lecturii este prea mare pentru cititorul mediu, și că majoritatea site-urilor au fost influențate de factorul comercial [7].

Depistarea pacienților cu posibile AI la nivelul asistenței primare este cheia pentru referirea precoce a acestora la medicul de profil. Strategiile din această etapă au inclus programe educaționale pentru medicii din asistența primară și pentru cei din asistența specializată,

utilizarea chestionarelor, examinarea screening pentru patologiiile musculo-scheletale, și utilizarea ghidurilor de referință.

Mai multe referințe au raportat strategii menite să îmbunătățească cunoștințele medicilor din asistența medicală primară în ceea ce privește AI cu ajutorul atelierelor de lucru, ședințe de consultare în comun dintre aceștia și reumatologi, și distribuția de materiale educaționale [6, 11, 18, 28]. Toate au raportat oarecare reușită în ceea ce privește creșterea gradului de conștientizare, a cunoștințelor și a capacității de a detecta AI și de a sesiza specialiștii de profil. Unul din studii descrie o inițiativă de educare continuă a personalului din medicina primară asupra beneficiilor de screening-ului și diagnosticării pacienților cu suspjecție la AR și a managementului acestora în comun cu un specialist. O creștere a cunoștințelor pe termen scurt a crescut raportul pacienților cu AR îndreptați la reumatologi de la 37.4% până la 41.8% pe o perioadă de 4 luni. Un alt program, bazat pe ghiduri clinico-practice adaptate pentru asistența medicală primară, constând dintr-un atelier de lucru profesional acreditat și 6 luni de activități pentru a consolida învățarea, a arătat că deciziile de referire precoce a AR spre specialiștii în reumatologie a crescut de la 43.2% la 54.6% [19].

Consultări comune dintre medicii din medicina primară și reumatologi a influențat, de asemenea, comportamentul de sesizare, cu o scădere în îndreptarea pacienților ce pot fi gestionați în cadrul asistenței primare, reducând astfel listele de așteptare a pacienților care necesită evaluare reumatologică.

Au fost depistate patru chestionare pentru auto-evaluare [4, 5, 23]. Acestea au fost raportate ca fiind simple și ușor de completat. Utilizarea lor poate servi un ghid inițial pentru profesioniștii din medicina primară pentru a identifica pacienții cu AI. Două au fost elaborate pentru utilizare în sfera îngrijirii inițiale. Unul din ele, un instrument de detectare timpurie a AI, cu 11 itemi elaborați și validați de Bell și col, include întrebări referitoare la simptomele AI, capacitatea funcțională, antecedente personale și familiale a AR și diagnosticul de psoriasis. Cel de al doilea, un instrument de screening online pentru AR, a fost bazat pe modele de implicare articulară descrise de pacienți, cum ar fi durata simptomelor sau absența lor, tipic pentru fibromialgie. Al treilea, utilizează șapte întrebări și o diagramă pentru depistarea articulațiilor dureroase și tumefiate, este destinat în primul rând pentru a fi utilizat de către reumatologi. Elaborat pentru a identifica pacienții cu AR conform criteriilor de clasificare a AR din 1987, aceasta s-a dovedit a fi utilă în excluderea pacienților cu spondilită anchilozantă, artrită psoriazică și osteoartroză, dar mai puțin utilă în depistarea pacienților cu artralgi, unii dintre care ar fi putut avea un debut de AI. Autorii planifică să elaboreze o nouă versiune a chestionarului utilizând criteriile de clasificare a AR din 2010 [1].

Pentru diferențierea pacienților cu AI și a celor ce se prezintă cu cauze neinflamatorii ale durerii a fost elaborată o metodă simplă, ce utilizează raportul dintre scorul durerii pe scala vizual analogică și un chestionar de evaluare a dificultății efectuării activităților cotidiene [7]. Această metodă, după părerea autorilor, trebuie însă să fie testată într-o populație nedagnosticată.

Deși efectuate în general de reumatologi și alți specialiști pe patologii musculo-scheletale, screening-ul efectuat la etapa de asistență medicală primară s-a dovedit a fi util în detectarea precoce a maladiilor musculo-scheletale. Utilizarea de către fizioterapeuți a metodei de screening MBPC (mers, brațe, picioare și coloană vertebrală) [8] pentru a detecta AR a demonstrat o sensibilitate și o specificitate între 50% până la 77% și de 75% la 100%, respectiv, sugerând că acest lucru ar putea ajuta personalul din medicina primară să excludă patologiiile neinflamatorii și de a menține accesul prioritar a pacienților cu AI.

Un program la calculator format din nouă elemente (șase legate de simptome și trei pe baza rezultatelor de laborator – FR (factorul reumatoid), anti-CCP și VSH), a fost conceput pentru a ajuta medicii din medicina primară să diagnostice AR. Cu toate acestea, acest program nu a fost încă evaluat în ceea ce privește îmbunătățirea identificării și adresării la reumatolog a

pacienților cu AI [19]. Multe societăți naționale și internaționale au publicat ghiduri de management a AI, cele mai multe subliniind importanța referirii precoce la reumatolog. Una din referințe, oferă un ghid clinic bazat pe dovezi pentru adresarea pacienților în dependență de simptomele specifice cum ar fi numărul de articulații tumefiate și durata redori matinale. Multe clinici pentru artrita precoce au utilizat criterii similare pentru internare.

Strategiile ce abordează întârzierile de la trimiterea la reumatolog până la evaluarea de către acesta includ triajul trimiterilor și utilizarea formularelor de trimitere, dezvoltarea clinicilor pentru artritele recente și alte tipuri de servicii cu acces rapid pentru pacienții ce prezintă AI acute.

Unele lucrări au raportat despre utilizarea sistemelor de triaj pentru trimitere la reumatolog. Acestea s-au dovedit a fi folositoare în evaluarea înscrierilor prioritare a pacienților cu AI și în reducerea trimiterilor inutile. Două din acestea au folosit un sistem de gradare de la A la C/D, unde A a fost desemnat cazurilor urgente, inclusiv persoanele noi cu AI, care trebuie văzute în decurs de 2-4 săptămâni [14-27]. Utilizarea formularelor standardizate oferă o listă a structurată a informațiilor esențiale, cum ar fi semnele clinice, radiologice, rezultatele analizei de sânge, precum și răspunsul la medicamente antiinflamatoare nesteroidiene și corticosteroizi. O altă formă eficientă de triaj a fost revizuirea fișelor pacienților înainte de a face o programare [15]. Cu toate acestea, disponibilitatea fișelor este necesară pentru aceasta, și ar putea fi problematică în unele centre. O revizie amplă a unuia din sistemele de triaj [27] a arătat că unor pacienți fără AI li s-a dat prioritar în centrele de medicină primară pentru trimiterea la reumatolog, cu toate că informațiile clinice din fișa de trimitere, sugerau altceva. Acest lucru a fost de multe ori bazat pe un rezultat al FR fals-pozitiv. Un mic studiu observațional prospectiv de cohortă a determinat că testarea la anti-CCP este mai relevantă în acordarea priorității la accesul în spitale a acestor pacienți [21].

Capacitatea de a tria fișele de trimitere este dependentă de informația furnizată în ele de medicul care face trimiterea. În multe din trimiterile primare lipsesc detalii de bază care și duc la triajul inadecvat al pacienților. Mai multe grupuri de autori au proiectat forme de trimitere pentru a îmbunătăți procesul de triaj. Căutarea noastră a relevat patru forme care au fost testate - acestea au ajutat la standardizarea și la colectarea informațiilor importante pentru triaj [2, 10, 16, 31]. Toate au inclus elemente din anamneză, examenul fizic și rezultatele testelor de laborator. Referenților li s-a solicitat evaluarea nivelului de urgență a trimiterilor lor, de asemenea, folosite pentru a facilita evaluarea acestora. Două grupuri de autori au evaluat utilizarea formularelor de trimitere, împreună cu un sistem de triaj și au demonstrat o creștere semnificativă în capacitatea de a detecta trimiterile urgente și de a reduce timpul de așteptare pentru înscrieri, comparativ cu folosirea doar a triajului.

Căutarea întreprinsă de către noi a relevat două articole care descriu clinici triaj în care persoanele au fost evaluate inițial de către un medic de asistență primară înainte de a stabili o înscriere la reumatolog. În unul din acestea, atât asistente din reumatologie cât și personalul din asistența primară au avut rezultate bune atât în ceea ce privește sensibilitate, specificitatea, cât și valorile predictive pozitive și negative cuprinse între 87% și 92% [13]. În celălalt, a fost raportat un grad ridicat de satisfacție al pacienților [3]. Nu există date cu privire la îmbunătățirea timpului de așteptare.

Disponibilitatea serviciilor de acces rapid oferă un mijloc suplimentar pentru pacienții cu AI care au nevoie de vizite urgente. Mai multe articole pe tema reorganizării clinicilor sau a sistemelor de sănătate cu scopul de a oferi acces rapid pacienților primari, au arătat reducerea timpului de așteptare și creșterea numărului de readresări la reumatolog a pacienților cu AI. Acestea au inclus modificări în stabilirea programărilor și proiectarea unui protocol pentru personalul asistenței medicale primare pentru anumite patologii reumatice, proiectarea unui program pentru accesul timpuriu al pacienților cu patologii musculo-scheletale cu combinarea resurselor reumatologice, ortopedice și fizioterapeutice. A fost descrisă și implementarea de

clinici pentru acces rapid/imediat în care pacienții primari erau evaluați în termen de la o zi până la 2 săptămâni de la contactul/trimitere pentru o scurtă evaluare înainte de programare sau de recomandări ulterioare [22, 26]. Aceste clinici se pot dovedi deosebit de eficiente pentru acces rapid la serviciile de reumatologie unde reumatologii sunt puțini la număr.

Două grupuri de savanți au descris, de asemenea, servicii de acces rapid pentru pacienții care se prezintă cu probleme acute dintre care o parte au fost diagnosticați primar cu AI – în unul din acestea personalul era disponibil în orice moment pentru discuții telefonice și înscrieri pentru evaluarea pacienților, în celălalt trimiterile noi de urgență erau evaluate în cadrul unui serviciu de tratament stabilit să lucreze de două ori pe săptămână.

Două lucrări, ambele din clinici pentru artrita precoce din Leiden, și-au comparat rezultatele cu cele obținute prin asistența medicală de rutină și au aratat ca durata simptomelor la prima vizită la medicii din asistența primară și la prima vizită la clinica reumatologică a fost mai scurtă la pacienții referiți la clinicile pentru artritele precoce (6.4 vs 17.3 săptămâni și 14.1 vs 37 săptămâni, respectiv) [30]. O analiză similară efectuată câțiva ani mai târziu 73 a demonstrat că durata simptomelor a fost considerabil mai scurtă în ambele grupuri (în medie (intervalul) 4.4 săptămâni (0.1-87) și 17 săptămâni (0.1 - 104) de la primele vizite la clinicile pentru artritele precoce și la asistența medicală de rutină, respectiv), sugerând creșterea gradului de conștientizare a clinicii de la medicii ce fac trimiterile și/sau îmbunătățiri în furnizarea de servicii clinice pe parcursul timpului.

Discuții

AR este o patologie răspândită, cu implicații socio-economice importante. În Marea Britanie se estimează că 580000 de adulți au AR și 26 000 de cazuri noi sunt diagnosticate anual cu aproximativ 45 % de vîrstă lucrătoare. S-a raportat că până la 20% au renunțat la activitatea de serviciu din cauza AR după 5 ani [9].

Dovezile din literatura de specialitate și practica clinică publicată sprijină în mod clar necesitatea unui diagnostic precoce și tratament pentru a reduce daunele articulare și de a îmbunătăți rezultatele clinice, termenul ideal fiind de 3 luni de la debutul simptomelor. Alte studii au demonstrat beneficiul incontestabil al managementului precoce de către reumatolog [20]. Cu toate acestea, întârzierile din partea pacientului în căutarea ajutorului medical și în trimiterea ulterioară pentru evaluare de către reumatolog sunt încă foarte răspândite. Într-un studiu recent din 10 centre europene, întârzierea medie de la debutul simptomelor la evaluarea reumatologică a fost de 6 luni, cu raportul pacienților vazuți în termen de 3 luni de la debutul simptomelor variind de la 8% la 42% [14]. În unele centre din Birmingham și Heraklion cele mai notabile întârzieri au fost din cauza pacienților în timp ce în altele (Berlin, Viena și Leiden) [33] pacienții s-au prezentat devreme. În cele mai multe, trimiterea de la medicul din asistența primară la reumatolog a fost un factor important de întârziere, cu o medie de cel puțin 2 luni în șapte din cele 10 centre.

În urma analizei literaturii de specialitate și a rezultatele sondajelor am constatat mai multe strategii de adresare a acestor probleme. Unele au fost bine elaborate și au inclus măsurări ale rezultatelor ce demonstrează eficiența lor. Altele au fost mai puțin dezvoltate, iar unele încă relativ noi.

Pentru a rezolva întârzierile dependente de pacienți, la debutul simptomelor până la evaluare lor la etapa asistenței medicale primare, strategii de depistare în mase mari de populație au fost puse în aplicare, deși eficiența ca cost a acestora trebuie încă să fie stabilită. Educația populației țintă cu privire la AI înainte de screening a fost sugerată ca un factor-cheie în optimizarea preciziei de diagnostic a testelor.

Sensibilizarea opiniei publice este o componentă importantă pentru evaluarea și adresarea precoce, cu toate acestea, puține descrieri a strategiilor de educare a populației au fost găsite. Deși internetul este utilizat pe scară largă pentru a difuza informația, calitatea chestionarelor și a

informației conținute pe site-uri trebuie îmbunătățită, pentru ca acestea să fie folosite la facilitarea referirii precoce a pacienților cu AI [5]. Rolul asistenței medicale primare este unul primordial pentru sesizarea precoce așa cum marea majoritate a persoanelor cu simptome de artrita vor căuta ajutor în primă instanță la o clinică de asistență primară. Patologiile musculo-scheletale au fost raportate ca fiind motivul cel mai frecvent al vizitelor recurente la medicul de familie, cuprinzând până la 30% din consultări [12]. Un studiu cuprinzând un reviu al literaturii, ghiduri practice și opinii ale experților în domeniu sugerează că o asistență de înaltă calitate la nivelul medicinei primare ar trebui să îndeplinească două aspecte de bază în îngrijirea și gestionarea pacienților cu artrită - primul este recunoașterea precoce a simptomelor și a doua, adresarea promptă la medicul reumatolog pentru diagnostic, în mod ideal, în cadrul primei sau a celei de a doua consultații. Cu toate acestea, s-a raportat că <50% sunt referiți în decurs de 3 luni la un specialist [33] și că persoanele cu AR sunt consultați în medie de 4 ori până a fi trimiși la medicul de profil. Lipsa de cunoștințe, de conștientizare, de stimulent financiar, și de evaluare a calității au fost raportate ca factori ce contribuie la aceste întâzieri. Debutul insidios al simptomelor și prezentările clinice atipice ale AR sunt la fel incriminate.

Analiza efectuată de către noi a constatat că multe ghiduri confirmă necesitatea de îndreptare precoce a persoanelor cu suspecție de AI la medicul reumatolog, puține din acestea însă oferă sfaturi utile pentru înfăptuirea acestui lucru. Programele educaționale și informative pentru medicii de familie au demonstrat o îmbunătățire semnificativă a cunoștințelor și a referirii pacienților cu AI. Educarea studenților de la medicină este un alt factor important, deși nu acest aspect nu a fost în special abordat în acest studiu.

Referirea precoce a pacienților la medicul de profil necesită o conlucrare deschisă între toate părțile implicate. Triajul s-a dovedit a fi util în prioritizarea trimerilor, însă acesta este foarte dependent de informațiile oferite în fișele de trimitere. Fișele de trimitere adaptate s-au dovedit utile în ghidarea pacienților. Acestea, împreună cu utilizarea sistemelor de triaj au îmbunătățit prioritizarea trimerilor și a scăzut timpul pierdut de la trimitere la evaluarea pacienților de către reumatolog. Raportul cost-eficiență al altor măsuri, cum ar fi, anticorpii anti-proteine coclice citrullinate (anti-CCP) necesită încă a fi cercetate. Fondarea centrelor pentru artritele precoce au îmbunătățit accesul la evaluarea timpurie de către reumatolog. Multe centre de medicină primară folosesc ghiduri și criterii reumatologice pentru referirea precoce. Alte servicii de acces rapid au oferit mijloace pentru pacienți ce prezintă AI acute de a fi evaluați cât mai devreme.

Reviu-ul efectuat în cadrul acestui studiu are limitările sale. Marea majoritate a datelor provin din Europa și America de Nord. Rămâne de studiat strategiile din alte regiuni menite, inclusiv Republica Moldova, pentru a reduce timpul pierdut în asistența pacienților cu AI.

Concluzii

Adresarea precoce la reumatolog a pacienților cu AI este foarte importantă pentru prognosticul acestor bolnavi. Pentru a reuși, trebuie întreprinse măsuri care vizează întârzierile survenite la toate nivelurile - de la debutul simptomelor la evaluarea de către medicul de familie, până la evaluarea de către reumatolog și inițierea tratamentului - și necesită o educație comună a tuturor celor implicați și o organizare practică corespunzătoare pentru a asigura accesul rapid a pacienților cu AI.

Bibliografie

1. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, et al. 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Ann Rheum Dis* 2010;69. p. 1580–1588.
2. Arndt U, Behrens F, Ziswiler HR, et al. Observational study of a patient and doctor directed pre-referral questionnaire for an early arthritis clinic. *Rheumatol Int* 2007;28. p. 21–26.

3. Bain L. ACR & EULAR survey 2010.
4. Beattie KA, Bobba R, Bayoumi I, et al. Validation of the GALS musculoskeletal screening exam for use in primary care: a pilot study. *BMC Musculoskelet Disord* 2008;9. p. 115
5. Bell MJ, Tavares R, Guillemain F, et al. Development of a self-administered early inflammatory arthritis detection tool. *BMC Musculoskelet Disord* 2010;11. p. 50.
6. Boonen A, Svensson B. Joint consultation: a joint venture towards improving effectiveness of health care. *Eur J Intern Med* 2003;14. p. 146–147.
7. CLaP T. A clue from a self-report questionnaire to distinguish rheumatoid arthritis from noninflammatory diffuse musculoskeletal pain. *Arthritis Rheum* 1990;33. p. 1317–1322.
8. Doherty M, Dacre J, Dieppe P, et al. The ‘GALS’ locomotor screen. *Ann Rheum Dis* 1992;51. p. 1165–1169.
9. Emery P, Breedveld FC, Dougados M, et al. Early referral recommendation for newly diagnosed rheumatoid arthritis: evidence based development of a clinical guide. *Ann Rheum Dis* 2002;61. p. 290–297.
10. Fitzgerald A, de Coster C, McMillan S, et al. Relative urgency for referral from primary care to rheumatologists: the Priority Referral Score. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2011;63. p. 231–239.
11. Glazier RH, Badley EM, Lineker SC, et al. Getting a Grip on Arthritis: an educational intervention for the diagnosis and treatment of arthritis in primary care. *J Rheumatol* 2005;32. p. 137–142.
12. Goodwin N, Curry N, Naylor C, et al. Managing people with long-term conditions. An Inquiry into the Quality of General Practice in England. The King’s Fund. 2010.
13. Gormley GJ, Steele WK, Gilliland A, et al. Can diagnostic triage by general practitioners or rheumatology nurses improve the positive predictive value of referrals to early arthritis clinics? *Rheumatology (Oxford)* 2003;42. p. 763–768.
14. Graydon SL, Thompson AE. Triage of referrals to an outpatient rheumatology clinic: analysis of referral information and triage. *J Rheumatol* 2008;35. p. 1378–1383.
15. Harrington JT, Walsh MB. Pre-appointment management of new patient referrals in rheumatology: a key strategy for improving health care delivery. *Arthritis Rheum* 2001;45. p. 295–300
16. Hazlewood GLT, Martin L, Barr S. The impact of a centralized referral system in rheumatology. *J Rheumatol* 2010;37. p. 1289.
17. Lard LR, Visser H, Speyer I, et al. Early versus delayed treatment in patients with recent-onset rheumatoid arthritis: comparison of two cohorts who received different treatment strategies. *Am J Med* 2001;111. p. 446–451.
18. Ledue T, Kloza EM, Craig WY, et al. The maine arthritis partnership: a pilot project to improve the diagnosis and management of arthritis by primary care physicians. *ACR* 200.
19. Lineker SC, Bell MJ, Badley EM. Evaluation of an inter-professional educational intervention to improve the use of arthritis best practices in primary care. *J Rheumatol* 2011;38. p. 931–937.
20. Luqmani R, Hennell S, Estrach C, et al. British Society for Rheumatology and british health professionals in Rheumatology guideline for the management of rheumatoid arthritis (the first two years). *Rheumatology (Oxford)* 2006;45. p. 1167–1169.
21. Madan A, Belshaw R, Grennan D. Anti-CCP antibodies as an aid to prioritization of patients referred to the rheumatology clinic. *QJM* 2007;100. p. 737–738.
22. Magnusson CCD. RA diagnosis clinic: an experiment in prioritizing appointments for suspected RA. *J Rheumatol* 2010;36. p. 1337.
23. Maksymowych WP, Russell AS, Homik J, et al. E-triage rheumatoid arthritis study in early arthritis (ERASE).

24. National Audit Office (2009). Services for People with Rheumatoid Arthritis. London: NAO.
25. Nell VP, Machold KP, Eberl G, et al. Benefit of very early referral and very early therapy with disease-modifying anti-rheumatic drugs in patients with early rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)* 2004;43. p. 906–914.
26. Pflugbeil S, Fuchs J, Smolen JS. Rapid access clinics allow early detection of inflammatory rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis* 2009;68 (Suppl 3) . p. 538.
27. Sathi N, Whitehead E, Grennan D. Can a rheumatologist accurately prioritize patients on the basis of information in the general practitioner referral letter? *Rheumatology (Oxford)* 2003;42. p. 1270–1271.
28. Schulpen GJ, Vierhout WP, van der Heijde DM, et al. Joint consultation of general practitioner and rheumatologist: does it matter? *Ann Rheum Dis* 2003;62. p. 159–161.
29. Singh S, Kumar A, Panneerselvam K, et al. Diagnosis of arthritis through fuzzy inference system. *J Med Syst* 2010 (In Press). Online First 6 October 2010 DOI: 10.1007/s10916-010-9606-9
30. Speyer I, Hazes JM, Breedveld FC. Recruitment of patients with early rheumatoid arthritis – the Netherlands experience. *J Rheumatol Suppl* 1996;44. p. 84–85.
31. Thompson A, Graydon S, Zibrowski E. The Canadian Arthritis Referral Study (CARS): an initial evaluation of the Canadian Arthritis Referral Tool (CART). *Arthritis Rheum* 2009;60 (Suppl 10) . p. 323.
32. van der Heide A, Jacobs JW, Bijlsma JW, et al. The effectiveness of early treatment with “second-line” antirheumatic drugs. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 1996;124. p. 699–707.
33. van der Linden MP, le Cessie S, Raza K, et al. Long-term impact of delay in assessment of patients with early arthritis. *Arthritis Rheum* 2010;62. p. 3537–3546.
34. van Tulder M, Furlan A, Bombardier C, et al. Updated method guidelines for systematic reviews in the cochrane collaboration back review group. *Spine* 2003;28. p. 1290–1299.

EXPRESIA DIAGNOSTICĂ A PROCESULUI INFLAMATOR LA PACIENȚII CU SPONDILOARTRITĂ AXIALĂ

**Liliana Groppa, Valentin Ștepa, Eugeniu Russu, Lia Chișlari,
Victor Cazac, Eugen Goțonoaga**

Departamentul Medicină Internă, Clinica Medicală № 5, Reumatologie și Nefrologie,
USMF ”Nicolae Testemițanu”

Summary

Diagnostic manifestation of the inflammatory process in patients with axial spondyloarthritis

The disease activity threshold necessary to start DMARD by combined or monotherapy was established arbitrary, for patient with axial spondyloarthritis, at BASDAI ≥ 4 . At the moment, the correlation between the activity of the disease and pain, inflammation and the impairment of spinal motor function. The objection of the study was to systematically compare the clinical, laboratory and radiological data of patients with SpAax with the BASDAI index. 100 patients that haven't been previously treated with biological drugs were included in the study.