

Bibliografie

1. Bodrug I., Mazur M., Guranda I., Mazur-Nicorici L., Calin L. The particularities of enthesitis in psoriatic arthritis. În: Annals of the Rheumatic Disease. The annual European Congress of Rheumatology European League Against Rheumatism. The EULAR Journal. Abstracts Book, vol. 67 Supliment II. Paris, France, 2008, AB0678, p.628.
2. Groppa L., Chişlari L. Particularităţile clinice, radiologice şi de laborator ale spondilitei anchilozante la femei. În: Congresul II de Medicină internă cu participare internaţională. Volum de Rezumate. Chişinău, 2007, p.124-126.
3. Mazur M. Clasificarea Maladiilor reumatice. Criterii de diagnostic. Chişinău 2007. p.55.
4. Popescu R., Marinescu L. Bazele fizice şi anatomice ale kinetologiei. Testarea musculo- articulară. Editura Agora, 1999.
5. Alamanos Y., Voulgari P., Drosos A. Incidence and prevalence of psoriatic arthritis: a systematic review. In: J Rheumatol, 2008, vol. 35, p.1354-1358.
6. Alenius G., Stenberg B., Stenlund H., et al. Inflammatory joint manifestations are prevalent in psoriasis. In: J Rheumatol, 2002 vol. 29, p.2577-2782.
7. Braun J A., et al. ASAS – Consensus Statement (Berlin Jan.2003). In: Ann Rheum 2003, vol. 62, p.817-824.
8. Gladman D. Psoriatic arthritis. În: Oxford textbook of rheumatology. Maddison P, Isenberg D, Woo P, Glass DN, eds. New-York: Oxford University Press, 1998, p.1071-1084.
9. Gladman D., Farewell V. HLA studies in psoriatic arthritis: current situation and future needs. In: J Rheumatol. 2003 Jan;30(1), p.4-6.
10. Ngheim F. T., Donahue J. P. Rehabilitation in ankylosing spondylitis. Curr Opin Rheumatol 2008 Mar 20 (2): 203-7. Review. PMID: 18349752 (PubMed- indexed for MEDLINE).

DERMATOMIOZITA (caz clinic)

Oxana Sârbu,* Liliana Groppa,* Elena Bonari**

Departamentul Medicină Internă,
Clinica Medicală Nr. 5, Disciplina Reumatologie şi Nefrologie USMF „Nicolae Testemiţanu”,
**IMSP SCM „Sfînta Treime”

Summary

Dermatomyositis

Dermatomyositis is the main acquired inflammatory myopathy characterized by inflammatory and degenerative changes in the skeletal muscle and sometimes in the skin, leading ultimately to atrophy and muscle contractures.

Rezumat

Dermatomiozita reprezintă principala miopatie inflamatoare dobândită caracterizată prin modificări inflamatoare şi degenerative ale muşchiului scheletic şi uneori şi ale pielii ducând în final la atrofii şi contracturi musculare.

Criterii de diagnostic (Bohan şi Peter):

- Slăbiciune musculară simetrică cu afectarea musculară a extremităţilor şi muşchilor posteriori ai gâtului, cu sau fără disfagie cu afectarea musculaturii respiratorii.
- Biopsia musculară evidenţiază necroza fibrelor musculare de tip 1 şi 2, fagocitoză, regenerare, atrofie perifasciculară, variaţie a mărimii fibrelor şi infiltrat inflamator.

- Creșterea enzimelor serice musculare (CK, aldolaza, LDH).
- Modificări electromiografice (EMG) cu potențiale polifazice scurte, fibrilații spontane secundare iritabilității inserționale și descări bizare de înaltă frecvență.
- Manifestări dermatologice.

Caz clinic

Pacienta M. 67 ani, a fost internată pe 9.03.2011 în secția reumatologie IMSP SCM "Sfânta Treime".

Acuzele la internare:

1. Slăbiciune musculară simetrică, pronunțată, preponderent a brațelor și coapselor;
2. Mialgii moderate, difuze, cu mobilitatea activă limitată; dificultate la ridicarea capului;
3. Eruptii cutanate difuze, de culoare roșie-vioacee, cu divers caracter la nivelul feței, membrelor superioare, coapselor, și partea superioară a toracelui;
4. Artralгии - tip mecanic, difuze preponderent în articulațiile mici ale mâinilor;
5. Scădere ponderală timp de ultimele luni (8 kg);
6. Febra periodică până la 37,5 grade Celsius,
7. Fatigabilitate.

Anamnestical bolii: Este bolnavă din iulie 2010, când au apărut erupții cutanate pe coapse (nedurerose, fără prurit). Peste o lună (august, septembrie) s-au asociat artralгии - cu un episod de artrită simetrică a articulațiilor mici ale mâinii, mialgii, slăbiciune musculară, eritem periorbital. În noiembrie 2010 – a fost consultată de către dermatolog, alergolog, a fost stabilit diagnosticul: Dermatită alergică. Toxidermie. A fost tratată cu Dexametazon, cu efect pozitiv temporar, cu o dinamica negativă a simptomelor din decembrie 2010, cu răspândirea erupțiilor cutanate, intensificarea slăbiciunii musculare proximale (cu greu se ridică din pat, își face toaleta, se ridică pe scări și de pe scaun), apariția subfebrilității, alopecie. Având în vedere dinamica negativă, pacienta a fost spitalizată în secția reumatologie cu diagnosticul de osteoartroză deformantă, forma nodulară, suspiciune la maladia de sistem a țesutului conjunctiv.

Status praesens:

1. Starea generală de gravitate medie.
2. Conștiința clară.
3. Atitudinea activă.
4. Constituția normostenică.
5. Obezitate abdominală IMC-33 kg/m².
6. Tegumentele roz-pale cu rash heliotrop și edem periorbital cu erupții de culoare violacee pe față, pe gât, zona decolteului, pe trunchi, pe coapse, membrele superioare, livedo reticularis.
7. Ganglionii limfatici periferici fără modificări.
8. Edeme periferice absente.
9. Subfebrilitate.
10. Alopecie.

Aparatul osteoarticular: Mersul greu. Hipotrofia musculaturii preponderent a brațelor și coapselor. Dureri tip mecanic în articulațiile radiocarpene bilateral, metacarpofalangiene bilateral, interfalangiene proximale și distale, umerilor, coatelor, genunchilor.

Aparatul respirator, cardiovascular, digestive și urogenital fără modificări evidente.

În urma investigării minuțioase a pacientei s-au evidențiat indicii inflamației nespecifice majorați (VSH-58 mm/h, PCR-60 mg/l, fibrinogen-8,2 g/l), indicii citolizei musculare majorați (LDH-946, Izoenzima CK-MB-250).

Diagnostic clinic: Dermatomiozită forma idiopatică, evoluție cronică, activitate II cu afectarea, tegumentelor (eritem paraorbital, zona decolteu, coapse și torace), mușchilor (mialgii,

miastenie proximală), articulațiilor (artralgii, artrite), vaselor (syndrom Raynaud, livedo reticularis).

Tratament aplicat: Tab. Prednizolon 60 mg/zi, Tab. Plaquenil 200 mg/zi. Doza 60 mg Prednizolon a fost administrată pacientei 3 luni, cu scăderea dozei (conform schemei standard) până la doza de 20 mg în zi, după care a survenit o acutizare cu reapariția slăbiciunii în părțile proximale a membrelor superioare, apariția pe piele a zonelor de pigmentare roșii-violacee pe alocuri confluențe, cu hotar clar, în regiunea gâtului, partea superioară a trunchilui și membrilor superioare, cu creșterea indicilor de mioliză, LDH-608 U/l și CFK-250 U/l. A fost majorată doza de prednizolon până la 40 mg în 24 ore cu efect pozitiv peste o săptămână. A scăzut semnificativ slăbiciunea musculară și dispariția hiperpigmentării peste 2 săptămâni. Peste o lună a s-a început scăderea dozei de steroizi mai lentă până la doza de 5 mg în zi, cu asocierea de Metotrexat 10 mg pe săptămână. La moment starea generală a pacientei este relativ satisfăcătoare cu monitorizarea lunară a izofermenților musculari și transaminazelor.

Concluzie

Cazul prezentat reprezintă un tablou clasic de dermatomiozită -boala difuză a țesutului conjunctiv care se întâlnește cu o frecvență de 2-10 cazuri noi la un milion de populație, cu afectarea mai frecventă a femeilor, dar cu parere de rău diagnosticul nu se stabilește în stadiile precoce, iar tratamentul patogenetic întârzie, ceea ce înrăutățește prognosticul.

Bibliografie

1. Cohen A.S., Bennet J. C-Rheumatologz and Imunologz, Grune and Straton, New York, 1986.
2. Popescu E., Ionescu R. Compendiu de reumatologie, Ed. Tehnică 1993.
3. Popescu E., Reumatologie, 1997.
4. Marie Solignac. Sensibilisation aux modalites de prise en charge des pathologies inflammatoires chroniques Masson, Paris, Presse Med 2005.
5. Pierre Khalifa /Rhumatologie/ 2002.

ROLUL IRM ÎN DIAGNOSTICUL SPONDILOARTRITEI ANCHILOZANTE

(Reviul literaturii)

Oxana Sârbu, Liliana Groppa, Larisa Rotaru, Valeriu Corotaș

* USMF „Nicolae Testemițanu”, Departamentul Medicină Internă,
Clinica Medicală Nr. 5, Disciplina Reumatologie și Nefrologie.

** Spitalul Clinic Republican, Laboratorul de Reumatologie,

*** IMSP SCM "Sfânta Treime"

Summary

The importance of mri in the diagnosis of ankylosing spondylitis

While the standard X-ray is the classic landmark in the diagnosis and structural lesions in AS, recently the experts have given more weight to modern imaging techniques and especially to MRI in recent criteria and recommendations. The interest for MRI is based before all on three key-points: the possibility of establishing an early diagnosis of spondyloarthritis in the absence of radiological sacroileitis, the possibility of guiding the clinician in making the therapeutic decision according to the evolutive stage, objective support viewing inflammation and response to treatment.