

MEDICAL MARKET

Reumatologie



Prof. Dr. Cătălin Codreanu

Președintele Societății Române
de Reumatologie

Revista profesioniștilor din Sănătate

2021 - 2022



Șef Lucrări
Dr. Monica Copotoiu

Medic primar reumatolog

NU TOȚI BIFOSFONAȚII ORALI SUNT EGALI

TRĂIEȘTE FĂRĂ TEAMA



OSTEOPOROZEI



Prof. Dr.
Claudia Mihailov

Spitalul Clinic CF Constanța
Universitatea Ovidius Constanța



Prof. Dr. Codrina Ancuța

Universitatea de Medicină
și Farmacie „Grigore T. Popa” Iași



Conf. Univ.
Dr. Florina Ligia Popa

Universitatea „Lucian Blaga”
din Sibiu

**ACTONEL® 35MG
COMPRIMATE
GASTROREZISTENTE
A REDUS FRACTURILE
CU ORICE LOCALIZARE CU**

17% ↓

COMPARATIV CU BIFOSFONAȚII
ORALI CU ELIBERARE IMEDIATĂ¹

Referințe:

1. Thomasius, F. et al. Osteoporos Int (2021). <https://doi.org/10.1007/s00198-021-06108-w>.

2. Actonel® 35 mg comprimate gastrorezistente - Rezumatul caracteristicilor produsului.

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.

Acest produs se eliberează pe bază de prescripție medicală de tip PBL.

Rezumatul caracteristicilor produsului este disponibil în interiorul revistei.

GASTRO-REZISTENT
ACTONEL®
Risidonat de sodiu 35 mg comprimate gastrorezistente

Actonel® GR este indicat pentru tratamentul
osteoporozei postmenopauzale la femeile
cu risc crescut de fracturi²

Theramex
For Women, For Health



INFORMAȚII ABREVIATE DE PRESCRIPȚIE – ACTONEL 35 mg comprimate gastrorezistente

DENUMIREA COMERCIALĂ A MEDICAMENTULUI - Actonel 35 mg comprimate gastrorezistente

COMPOZIȚIA CALITATIVĂ ȘI CANTITATIVĂ - Fiecare comprimat gastrorezistent conține risedronat de sodiu 35 mg (echivalent cu acid risedronic 32,5 mg). **DATE CLINICE - Indicații terapeutice** Trăamentul osteoporozei la pacientele aflate în perioada de postmenopauză cu risc crescut de fracturi.

Doze și mod de administrare Doze - La femei adulte, doza recomandată este de un comprimat gastrorezistent Actonel 35 mg, administrat oral, o dată pe săptămână. Comprimatul trebuie administrat în aceeași zi a fiecărei săptămâni. Nu a fost stabilită durata optimă a tratamentului cu bifosfonați pentru osteoporoză. Necesitatea continuării tratamentului trebuie reevaluată periodic, în funcție de beneficiile și riscurile potențiale ale administrării risedronatului, pentru fiecare caz în parte, în special după 5 sau mai mulți ani de utilizare.

Grupe speciale de pacienți Vârstnici Dintre pacientele cărora li s-au administrat risedronat 35 mg comprimate gastrorezistente în studiile de osteoporoză postmenopauză, 59% aveau 65 de ani și peste, în timp ce 13% aveau 75 ani și peste. În general nu au fost observate diferențe de siguranță și eficacitate între aceste paciente și pacientele mai tinere. Pacienți cu insuficiență renală La pacientele cu insuficiență renală de la ușoară la moderată nu este necesară ajustarea dozelor. La pacientele cu insuficiență renală severă (clearance-ul plasmatic al creatininei < 30 ml/min) este contraindicată administrarea de risedronat de sodiu. Copii și adolescenți Risedronatul de sodiu nu este recomandat pentru utilizare la copii și adolescenți cu vârsta sub 18 ani, din cauza datelor insuficiente privind siguranța și eficacitatea.

Mod de administrare Actonel 35 mg comprimate gastrorezistente trebuie administrate oral, dimineața, imediat după micul dejun. Administrarea în timpul postului alimentar poate duce la creșterea riscului de dureri la nivelul abdomenului superior. Comprimatul trebuie înghițit întreg și nu trebuie supt sau mestecat. Pentru a favoriza tranzitul comprimatului până în stomac, acesta trebuie administrat în ortostatism, cu un pahar cu apă plată (≥ 120 ml). Pacientele nu trebuie să se așeze în clinostatism timp de 30 de minute după administrarea comprimatului. Administrarea suplimentară de calciu și vitamina D trebuie luată în considerare, dacă aportul alimentar este inadecvat. În cazul în care se omite o doză, pacientele trebuie instruite să ia comprimatul în ziua în care își amintesc. Ulterior, pacientele vor relua administrarea comprimatului o dată pe săptămână, în ziua în care se făcea în mod obișnuit administrarea. Nu trebuie administrate două comprimate în aceeași zi.

Contraindicații Hipersensibilitate la substanța activă sau la oricare dintre excipienți. Hipocalcemie. Sarcină și alăptare. Insuficiență renală severă (clearance-ul plasmatic al creatininei < 30 ml/min). **Atenționări și precauții speciale pentru utilizare** Medicamentele care conțin cationi polivalenți (de exemplu calciu, magneziu, fier și aluminiu) interferează cu absorbția bifosfonaților și trebuie administrate într-o perioadă a zilei diferită de administrarea comprimatelor de risedronat. Vârsta înaintată sau factorii de risc pentru fracturi, prezenți izolat, nu

constituie un motiv suficient de inițiere a tratamentului osteoporozei cu bifosfonați. La pacientele foarte vârstnice (cu vârsta >80 de ani), dovezile în sprijinul eficacității bifosfonaților, incluzând risedronatul, sunt limitate. Hipocaliemia trebuie tratată înainte de a începe tratamentul cu risedronat. Alte tulburări ale metabolismului osos sau mineral (de exemplu disfuncție paratiroidiană, hipovitaminoză D) trebuie tratate în momentul începerii terapiei cu risedronat. Bifosfonații au fost asociați cu esofagită, gastrită, ulceratii esofagiene și ulceratii gastro-duodenale. De aceea, este necesară prudența: la pacientele cu antecedente de afecțiuni esofagiene, care întârzie tranzitul sau golirea esofagiană, cum sunt stricturile esofagiene sau acalazia, la pacientele care nu pot sta în ortostatism timp de cel puțin 30 de minute după administrarea comprimatului; dacă se administrează risedronat la pacienți cu afecțiuni esofagiene sau ale tractului gastro-intestinal superior, active sau recente (inclusiv esofag Barrett diagnosticat). Osteonecroza de maxilar, în general asociată cu o extracție dentară și/sau infecție locală (incluzând osteomieliță), a fost raportată la pacienții cu neoplasm care utilizau scheme de tratament ce conțineau bifosfonați cu administrare, în principal, intravenoasă. De asemenea, mulți dintre acești pacienți utilizau chimioterapie și tratament cu corticosteroizi. Osteonecroza de maxilar a fost raportată, de asemenea, la pacienții cu osteoporoză tratați cu bifosfonați administrați pe cale orală. În cursul tratamentului cu bifosfonați au fost raportate cazuri de osteonecroză a canalului auditiv extern, în special în asociere cu terapia de lungă durată. Factorii de risc posibili pentru osteonecroza canalului auditiv extern includ utilizarea corticosteroizilor și chimioterapia și/sau factorii de risc locali, cum sunt infecțiile sau traumatismele. Trebuie luată în considerare posibilitatea de apariție a osteonecrozei canalului auditiv extern la pacienții cărora li se administrează bifosfonați, care prezintă simptome auriculare, inclusiv infecții cronice ale urechii. În timpul tratamentului cu bifosfonați, au fost raportate fracturi atipice subtrohanterice și de diafiză femurală, în special la pacienții care urmează un tratament pe termen lung pentru osteoporoză.

Interacțiuni cu alte medicamente și alte forme de interacțiune - Medicamentele care conțin cationi polivalenți (de exemplu calciu, magneziu, fier și aluminiu) interferează cu absorbția bifosfonaților și trebuie administrate într-o perioadă a zilei diferită de administrarea comprimatelor de risedronat. Risedronatul de sodiu nu se metabolizează sistemic, nu este inductor enzimatic al citocromului P450 și se leagă în proporție mică de proteinele plasmatic. Administrarea inhibitorului pompei de protoni, esomeprazol concomitent cu risedronat 35 mg comprimate gastrorezistente crește biodisponibilitatea risedronatului.

Fertilitatea, sarcina și alăptarea Risedronatul de sodiu nu trebuie administrat în timpul sarcinii sau la femeile care alăptează. Nu există date adecvate cu privire la efectele risedronatului asupra fertilității la oameni. **Reacții adverse** Cele mai frecvente efecte adverse raportate la administrarea de risedronat comprimate sunt afecțiuni gastrointestinale, inclusiv dureri abdominale, diaree, dispepsie, greață, constipație; durere musculo-scheletică și cefalee. Lista completa a reacțiilor adverse se regăsește în Rezumatul Caracteristicilor Produsului, disponibil pe site-ul Agenției Naționale a Medicamentelor (ANM) - <https://www.anm.ro/nomenclator/medicamente>.

PROPRIETĂȚI FARMACEUTICE - Perioada de valabilitate 5 ani.

Precauții speciale pentru păstrare - Acest medicament nu necesită condiții speciale de păstrare. **DEȚINĂTORUL AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ** Theramex Ireland, 3rd Floor, Kilmore House, Park Lane, Spencer Dock, Dublin 1, DOI YE64, Irlanda **NUMĂRUL(E) AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ** 13897/2021/01-06, **DATA PRIMEI AUTORIZĂRI SAU A REÎNNOIRII AUTORIZAȚIEI** Data primei autorizări: August 2020, **DATA REVIZUIRII TEXTULUI** Mai 2021. Acest medicament se eliberează pe bază de prescripție medicală, de tip P6L.

Acest material promoțional se adresează profesioniștilor din domeniul sănătății.

Cod material: ACTOGR_RO_PRINTAD_005112



IWH Rouge SRL

Calea Șerban Vodă, Central Business Park, Clădirea A, Parter, Secțiunea A.P.24, București

Tel: + 4 031 631 09 90

E-mail: safety.romania@teva-romania.ro, medinfo.ro@theramex.com

Revista profesioniștilor din sistemul sanitar!

Două decenii de la apariția primului anuar al spitalelor



ABONAMENT ANUAL LA REVISTA MEDICAL MARKET

Rugăm cei interesați să trimită o solicitare pe adresa: redactie@finwatch.ro sau la tel/fax 021.321.61.23 Vă mulțumim!



Consultant medical: Dr. Aurora Bulbuc, medic primar Medicină de familie
 Editor
 Calea Rahovei, nr. 266-268,
 Sector 5, București,
 Electromagnetica Business Park,
 Corp 01, et. 1, cam. 4
 Tel: 021.321.61.23
 e-mail: redactie@finwatch.ro ISSN 2286 - 3443



„Suntem foarte preocupați de pregătirea tinerilor reumatologi în specialitate”
Interviu cu Prof. Dr. Cătălin Codreanu

4

Inteligența artificială și reumatologia – un parteneriat în prezent și viitor?
Șef Lucrări Dr. Monica Copotiu

6

Managementul modern al sindromului Behçet
Prof. Dr. Claudia Mihailov

10

Uveita în spondiloartrite: repere diagnostice și terapeutice
Prof. Dr. Codrina Ancuța

16

Manifestări dermatologice în bolile reumatologice
**Iftimie Georgiana, Daniela Opreș-Belinski
 Mihai Abobului**

20

Managementul sindromului de impingement al umărului
Conf. Univ. Dr. Florina Ligia Popa

22



„Suntem foarte preocupați de pregătirea tinerilor reumatologi în specialitate”

Interviu realizat cu
Prof. Dr. Cătălin Codreanu, Președintele Societății Române de Reumatologie

În perioada 24-25 septembrie Poiana Brașov găzduiește un nou Congres Național de Reumatologie, manifestare științifică dedicată medicilor reumatologi români și nu numai.

Despre noutățile congresului din acest an, dar și despre tendințele din domeniul reumatologiei la nivel internațional în contextul actual (COVID 19), ne vorbește Prof. Dr. Cătălin Codreanu, Președintele Societății Române de Reumatologie, Vicepreședintele Asociației pentru Registrul Român de Boli Reumatice (RRBR), UMF „Carol Davila”.

Stimate domnule Președinte al Societății Române de Reumatologie, vă rugăm să ne relați care sunt noutățile pe care le aduce această manifestare științifică atât din punctul de vedere al tematicii cât și al invitațiilor care vor susține prezentări.

Ediția din acest an a Congresului Național de Reumatologie se înscrie în tradiția manifestărilor anterioare de acest fel, fiind principala reuniune științifică din domeniul reumatologiei din țara noastră.

Concomitent însă, ea este complet diferită față de toate edițiile anterioare, pentru că se desfășoară în condițiile impuse de pandemia COVID-19. Evenimentul va fi unul hibrid, cu o componentă de participare fizică la Poiana Brașov, sesiunile științifice și implicit participanții fiind împărțiți între 3 săli diferite, la distanță, pentru a reduce numărul de participanți care interacționează între ei, fără a exclude însă o componentă care este foarte importantă, și a cărei valoare am ajuns să o prețuim doar atunci când am fost lipsiți de ea - interacțiunea directă cu colegii, schimbul de opinii, discuțiile. Toți participanții cu prezență fizică sunt vaccinați, și suntem foarte mândri să transmitem în acest fel un mesaj foarte puternic în favoarea vaccinării, importantă nu numai pentru cadrele medicale, dar și pentru pacienții pe care-i îngrijim.

Concomitent, Congresul va fi transmis, pentru cei care nu pot participa fizic, on-line.

Congresul își păstrează complexitatea din alți ani: 23 sesiuni științifice, toate educaționale, cu 46 lectori, dintre care 11 străini, acoperă practic tot spectrul actual al reumatologiei; contribuțiile originale

sunt prezentate în cadrul sesiunii de comunicări orale, cu o selecție de 12 lucrări, precum și a sesiunii de postere, cu 74 lucrări acceptate.

Cum susține SRR tinerii medici, atât în cadrul congresului cât și prin alte proiecte (vă rugăm să detaliați)?

Preocuparea SRR pentru educația medicală a tinerilor reumatologi este o constantă: doar la Congresul care începe în 24 septembrie avem 104 rezidenți, a căror participare este în totalitate susținută de Societate! Suntem foarte preocupați de pregătirea lor în specialitate, sunt cei care peste câțiva ani vor prelua prima linie a contactului cu pacienții cu suferințe reumatice, de felul în care sunt pregătiți depinde în mare măsură performanța sistemului. Acesta este și motivul pentru care organizăm anual Școala de vara a tinerilor reumatologi. Desfășurată anul acesta la Sibiu, între 12 și 16 iulie, cu 80 participanți fizici și peste 100 la distanță, a constituit un bun prilej de actualizare a cunoștințelor colegilor tineri în principalele domenii ale reumatologiei.

2020 a fost o perioadă a provocărilor pe plan medical (și nu numai) datorită COVID-19. Care este impactul acestui virus asupra bolilor reumatice? Există interacțiuni între tratamentele pentru bolile reumatice și COVID-19? Care sunt noutățile și recomandările privind managementul pacienților cu boli reumatice în contextul pandemiei cu SARS-CoV-2 ?

Pacienții cu boli reumatice de tip inflamator/autoimun se încadrează într-o categorie de risc potențial crescut față de infecții în general, prin trei mecanisme: procesul patogenetic al bolii, care presupune o disfuncție a sistemului imun; prezența comorbidităților, a complicațiilor bolii reumatice și a unor factori de risc general față de infecții; terapiile antireumatice care, prin exercitarea unui efect net imunosupresor, pot crește riscul unei boli infecțioase sau al unei manifestări mai severe a acesteia. Intervenția diverselor mecanisme imunosupresoare se poate manifesta în variate combinații, de aceea pentru evaluarea riscului în diverse situații clinice este rezonabilă aplicarea unei strategii de stratificare a riscului, bazată pe identificarea unor factori de risc individuali, de exemplu în cazul poliartritei reumatoide.

Se consideră că un control corespunzător al activității bolii în afecțiunile reumatice de tip inflamator/autoimun, obținut prin continuarea unei scheme terapeutice cu eficacitate confirmată, poate contribui la o reducere a riscului de apariție a unei infecții. Din acest motiv, recomandarea general acceptată în prezent este ca la pacienții care nu au semne clinice de COVID-19 să se continue fără modificări terapia remisivă sau imunosupresoare utilizată, fără a fi necesară testare prealabilă pentru SARS-CoV-2.

Pe cohortele publicate până în prezent nu există date care să demonstreze o creștere a riscului de infecție cu SARS-CoV-2 sau de forme severe de COVID-19 la pacienții cu boli reumatice de tip inflamator/autoimun, inclusiv la cei tratați cu terapii remisive.

În schimb, la pacienții care au o boală reumatică inflamatoare și dezvoltă COVID-19, la fel ca în orice infecție severă, este necesară întreruperea temporară a medicației remisive sau imunosupresoare,

aceasta putând fi reluată după vindecarea infecției.

Ca regulă generală, glucocorticoizii, indiferent de expunerea sau infecția cu SARS-CoV-2, pot fi utilizați, dacă au indicație în tratamentul bolii reumatice, însă în cea mai mică doză care permite controlul bolii reumatice. La pacienții tratați cu doze de peste 10 mg de prednison pe zi, a fost identificat un risc mai mare de spitalizare pentru COVID-19. Pentru pacienții aflați sub corticoterapie și care necesită scăderea dozei sau oprirea tratamentului, întreruperea nu se face niciodată brusc.

Pacienții cu boli reumatice de tip inflamator/autoimun sau care urmează terapii imunosupresoare trebuie să primească recomandări generale de distanțare socială (minim 2 metri) și igienă corectă și constantă a mâinilor. Purtarea de măști medicale care să acopere nasul și gura pare să aibă un efect semnificativ în reducerea riscului de infectare, utilizarea acestora fiind recomandată nu numai în spațiile închise, dar și în spațiile deschise dar aglomerate, în care distanțarea socială nu poate fi corect respectată.

Se recomandă de asemenea reducerea sistematică a riscului de îmbolnăvire cu SARS-CoV-2 prin limitarea expunerii pacienților imunodeprimați la un risc crescut de contagiune legat de consultații și manevre medicale care nu sunt esențiale. Se vor reduce consultațiile și manevrele care presupun prezența fizică a pacientului în cabinet:

- utilizarea optimă a tele-medicinei: cu preferință fermă pentru realizarea evaluărilor și formularea recomandărilor necesare la distanță, în toate cazurile în care aceasta este posibilă;
- reducerea frecvenței monitorizărilor de laborator (atunci când este posibil);
- creșterea intervalului între administrări pentru medicația intravenoasă (atunci când este posibil).

Manevrele care presupun prezența pacientului în cabinet/spital și care nu pot fi amânate se fac doar cu programare care să asigure distanțarea pacienților și securitatea actului medical, atât pentru pacient, cât și pentru personalul medical. Este obligatorie efectuarea screening-ului pentru simptome sau risc epidemiologic de COVID-19, înainte de a permite accesul pacienților în cabinet/spital; de asemenea, este obligatorie purtarea de către personalul medical a echipamentului de protecție,

adecvat în funcție de gradul de risc.

Este recomandabilă stabilirea unei relații de strânsă cooperare cu medicii de familie, în perspectiva delegării unor activități de monitorizare a evoluției bolii și continuării terapiei. În cazul în care există deficiențe de asigurare a medicației antireumatice (de exemplu pentru hidroxiclorochină), medicul reumatolog trebuie să găsească soluții pentru continuarea terapiei sau modificarea schemei terapeutice.

Utilizarea vaccinurilor are o importanță esențială pentru reducerea impactului pandemiei. Implementarea corectă a vaccinării anti COVID-19 este în mod particular importantă la pacienții cu boli reumatice de tip inflamator sau autoimun, la care se poate întâlni reducerea performanței sistemului imun, urmare consecințelor bolii sau tratamentului cu medicamente imuno-supresoare.

Vaccinurile împotriva COVID-19 utilizate în UE, inclusiv în România, au fost aprobate pe baza unor studii intensive care au dovedit eficacitatea și siguranța acestora.

Pacienții cu boli reumatice de tip inflamator sau autoimun sau cei tratați cu medicamente imunosupresoare pot fi vaccinați anti COVID-19, fără restricții.

Pentru a asigura eficacitatea maximă a vaccinării, în mod ideal este recomandabil ca aceasta să fie realizată într-un moment când boala reumatică este bine controlată sau înainte de începerea tratamentului imunosupresor. Pentru pacienții aflați deja în cursul unui tratament imunosupresor, vaccinarea poate fi făcută de regulă fără să necesite modificarea schemei de tratament antireumatic. În situații particulare, medicul reumatolog poate decide altfel, ținând cont de tipul bolii reumatice, gradul de activitate al acesteia, tratamentul imunosupresor folosit (cu atenție specială la pacienții tratați cu Rituximab), precum și de comorbiditățile prezente.

Nu există informații care să ateste că vaccinarea împotriva COVID-19 ar putea reactiva bolile reumatice de tip inflamator sau autoimun, de asemenea nu au fost semnalate reacții adverse particulare post-vaccinare la acești pacienți.

Va fi respectat programul uzual de vaccinare pentru pacienții cu boli reumatice de tip inflamator/autoimun sau care urmează terapii imunosupresoare, cu o atenție particulară pentru vaccinarea sezonieră anti-gripală și anti-pneumococică.

Inteligența artificială și reumatologia – un parteneriat în prezent și viitor?

„It always seems impossible until it's done.”

Nelson Mandela

Inteligența artificială (IA) a devenit în secolul XXI și în special în era pandemiei SARS-CoV-2 un partener al cadrelor medicale. Inteligența artificială este capacitatea ca ceva non-uman, adică o mașină de a reproduce/de a imita comportamentul uman precum: capacitatea de învățare, planificare, raționamentul, capacitatea de a rezolva probleme, creativitatea, manipularea, capacitatea de mișcare, capacitatea de percepție și de a reproduce cunoștințele înmagazinate.



Șef Lucrări
Dr. Monica Copotiu

Medic primar reumatolog

Inteligența artificială în domeniul medical se cuantifică ca IA încorporată – roboți medicali, drone și IA de tip software reprezentată de motoare de căutare, programe de cuantificare în domeniul imagisticii, app (Rheuma Helper), asistenți virtuali – „chat bots”.

De ce IA și reumatologie? Răspunsul ar putea fi unul complex, dar obiectivele sunt simple adică creșterea calității vieții pacientului prin oferirea unui tratament personalizat care ar putea fi realizat cu ajutorul capacității de sinteză a IA.

IA s-a impus inițial în domeniul patologiei musculo scheletale și neurologice cu ajutorul exoscheleților.

Piața roboticii cu destinația reabilitare medicală a luat amploare în ul-

timii ani. Aceasta implică atât eforturi fizice, psihice cât și financiare atât a pacientului și familiei acestuia cât și a echipei de reabilitare robotică.

Recuperarea pacienților cu disfuncții neurologice dobândite precum: leziuni spinale complete și incomplete și atac vascular cerebral (AVC) a căpătat valențe noi cu introducerea robotizării în planul de recuperare, adică a exoscheleților robotici. Scopul principal al utilizării exoscheleților a fost ameliorarea calității vieții individului prin creșterea independenței acestora. În ciuda studiilor limitate ca și număr de pacienți, beneficiile acestora au fost următoarele: ameliorarea parametrilor cardio metabolici, corectarea echilibrului, a mersului, posibilitatea pentru pacienții tetraplegici de a se ridica și a menține poziția de ortostatism precum și de a se angrena în mers cu ameliorarea vitezei (ex. creșterea de la 0.1m/sec. la 0.7m/sec.), ameliorarea tonusului muscular, a sistemului osos, ameliorarea leziunilor de decubit și scăderea în greutate (creșterea în greutate este o consecință a imobilizării prelungite). Rezultatele obținute au fost un punct de referință în dezvoltarea de noi exoscheleți în reabilitarea medicală dar și a unor generații modificate ulterior pentru uzul propriu al pacientului.

tarea de noi exoscheleți în reabilitarea medicală dar și a unor generații modificate ulterior pentru uzul propriu al pacientului.

Exoscheleții sau exoscheleții robotizați conform terminologiei anglo-saxone sunt unități robotice portabile sau de tip costum, controlate cu ajutorul unui software care manipulează un sistem pneumatic, motorizat de levier sau hidraulic cu scopul de a restabili locomoția. Ei pot oferi independența dorită de pacienții cu leziuni spinale incomplete sau complete, a pacienților care au suferit un atac vascular cerebral; aceștia fiind capabili să îndeplinească anumite activități individuale sau de zi cu zi (ex.: vizite medicale, cumpărături, întâlniri de socializare) ameliorându-și capacitatea fizică.

Exoscheletul este un organism complex format din om, robot cuplate de inteligența umană și artificială.

Pe piața medicală există mai multe tipuri de exoscheleți, dar datorită costurilor ridicate, a lipsei de decontare din partea asigurărilor publice și private și a modelului/modului de

implementare (antrenament specific din partea manipulatorului) momentan utilizarea lor este redusă. Acest lucru asociat cu limitarea studiilor de tip cohortă, cu design diferit care să sublinieze ameliorarea calității vieții și sănătății, nu ar trebui să fie descurajator în introducerea acestei proceduri în recomandările de reabilitare a pacienților cu diferite deficite neuro-musculoscheletale.

Exoscheleții dedicați recuperării trenului posterior, a membrilor inferioare sunt cei mai răspândiți. Ei au fost dezvoltați pentru: a reabilita mersul (ex. îmbunătățirea forței musculare, a motricității și a mersului); a asista mersul (ex. pacienți cu absența sau deficitul funcției motorii și/sau senzitive a membrilor inferioare – recâștigarea asistată a capacității de a se ridica, de a se așeza, de a merge); a augmenta capacitatea fizică (ex. creșterea forței musculare).

Există o varietate mare de exoscheleți robotici care se clasifică în funcție de:

- membrul vizat de recuperat (membre superioare, membre inferioare, membre superioare și trunchi, tot corpul)
- apartenență (individuală, academică, comercială și guvernamentală)
- modul de control - utilizarea ca interfață a unei mașini (joystick, panou de comandă/butoane individuale, controlat de minte, senzori, fără control)
- materialul utilizat (materiale rigide – metale, carbon și materiale flexibile – exocostum sau exoschelet ușor)
- modul de alimentare (exoscheleți alimentați cu baterii – statici și dinamici și exoscheleți pasivi, pseudo-pasivi și hibridi)
- mobilitate (fixat sau mobil)

Exoscheleții pot fi utilizați pentru: reabilitarea mersului (Lokomat,

ALEX, ExoGT), asistarea mersului (ReWalk, Vanderbilt, CHUK-EXO, SuitX Phoenix), augmentarea forței musculare (BLEEX, Exohiker, ExoClimber, Human Universal Load Carrier, HAL, HEXAR).

Majoritatea afecțiunilor reumatologice sunt caracterizate de inflamație și/sau imunitate care asociază o patofiziologie complexă responsabilă de evoluția imprevizibilă a acestora. Introducerea învățării automate (IA) – machine learning, o ramură a IA adică a utilizării unor programe informatice capabile de a simula/genera o evoluție și de a identifica factorii de risc coroborând datele obiective și subiective ale pacientului cu literatura de specialitate o reprezintă verosimil viitorul managementului reumatologic. Potențialul IA în domeniul medical este unul vast. IA folosește o serie de algoritmi în domeniul reumatologic precum: învățarea spervizată, învățarea nesupervizată, învățarea profundă și învățarea prin întărire.

Învățarea supervizată constă în realizarea unor modele constituite pe baza exemplului date, care constau în intrări și ieșiri furnizate de către un expert – medic specialist reumatolog. Ieșirile pot fi reprezentate de numere (ex. indici compoziți precum BAS-DAI; scorul DAS 28-PCR) sau de reprezentări precum boală activă sau în remisiune. Modelele însușite pe baza numerelor/cifrelor se numesc modele regresive, iar celelalte (variabile calitative) se numesc modele de clasificare.

Învățarea nesupervizată urmărește recunoașterea modelelor cu date neetichetate, se realizează pe intrările în sistem. Acest algoritm se utilizează în procesarea bazelor mari de date medicale sau a grupurilor de pacienți de tip cohortă. În practica curentă ajută clinicianul la stabilirea conexiunilor între date și în felul acesta de a înțelege mai bine procesul patologic.

Învățarea profundă se bazează pe rețelele de neuroni artificiali. Rețelele neuronale se adaptează la un impuls și sunt capabile să învețe. Rețelele arhitecturale neuronale sunt capabile să

gestioneze diferite tipuri de date de intrare – imagini medicale, text, alte date din dosarul medical al pacientului.

Învățarea prin întărire – se bazează pe strategii învățate de cum să acționezi optim în anumite situații în funcție de o variabilă/criteriu (ex. a alege cel mai bun tratament în funcție de co-morbiditățile asociate).

Aplicațiile practice în reumatologie a IA sunt:

- Recunoașterea patologiei imagistice prin utilizarea rețelelor neuronale. Studiile conduse de Brahim și omologul său Xue au demonstrat o acuratețe și o sensibilitate în detectarea gonartrozei a IA superpozabilă cu a unui reumatolog senior. Se poate folosi deasemenea în gradarea severității gonartrozei și astfel secundar în a prezice severitatea acesteia. Au aplicabilitate în radiologie, imagistica nucleară și în procesul de învățare a ecografiei musculoscheletale.
- Diagnosticare electronică – prin sisteme electronice de diagnostic denumite în limbaj anglo-saxon „symptom checkers”. Aceste programe sunt mai utilizate de către pacienți sau aparținători. Acestor programe li se poate atribui o interfață care va duce la o inițiere a unui dialog între participanți respectiv pacient și IA. Aceste programe sunt cunoscute ca și chat bot. Ele sunt preferate de către „generația bitcoin” ca modalitate principală de interacțiune între pacient și cadrul medical și testate de către ceilalți. Limitările impuse de chat bot sunt interfațele care pot fi rigide și reci comparativ cu componenta umană, neîncrederea în roboți sau/și IA, granița utilizării dispozitivelor digitale. E necesară încă confirmarea din partea grupării umane a diagnosticului final pentru o validare a celui oferit de IA. Chat boturile sunt capabile la ora actuală de a depista în mod corect 1/3 din cazurile de artrită inflamatorie. Un exemplu de chat bot ar fi symptomate.com. Un alt chat bot Versus Arthritis în cola-

borare cu IBM Watson au dezvoltat un asistent personal IA care să le ofere suport pacienților în managementul medicației și a exercițiilor recomandate.

- Diagnostic și stratificare – se bazează pe bazele de date medicale de tip cohort realizând o clasificare pe baza datelor clinice și paraclinice introduse, o discriminare a gradului de activitate a artritei reumatoide (de ex.) sau pe baza anumitor variabile de a depista cazurile de artrită reumatoidă bazându-se pe modele de tip aleator.
- Predicția evoluției și prognosticului – este un proces complicat, sofisticat. IA poate fi utilă prin învățarea și redarea modelelor de predicție a evoluției bolii. Acestea sunt importante în managementul terapeutic și monitorizarea clinică și paraclinică a afecțiunii de bază. În anul 2018, Olanda se folosește de IA de a prezice puseele acute pe baza modelelor realizate coroborând datele clinice și paraclinice din datele medicale ale pacienților diagnosticați cu artrită reumatoidă. Cea mai bună super pozabilitate cu viața reală s-a obținut utilizând efectul de tip pădurea leatory vs regresia logistică respectiv „k-nearest neighbor”. Studii care au vizat mortalitatea pacienților cu AR respectiv stadializarea acestora au fost publicate ulterior.
- Genetica și biomarkerii transcripționali – genetic joacă un rol important în evoluția, prognosticul și tratamentul pacienților cu boli autoimune și/sau inflamatorii. Realizarea cu ajutorul IA a unor modele de predicție sau de diferențiere a afecțiunilor (ex. artroză vs AR sau psoriazis vs artrită psoriazică) utilizând bazele de date genetice, ar putea contribui la o individualizare a managementului pacientului cu consecințe benefice asupra calității vieții acestuia.

Viitorul implică cu siguranță un parteneriat om – IA, în contextul în care prezentul ne oferă echipe me-

dicale mixte formate din roboți medicali care îndeplinesc sarcini bine stabilite prin protocolul local – administrarea medicației la pacienții carantinați. Dilemele constau în integrarea principiilor etice ale umanității coroborate probabil cu legile roboticii lui Asimov precum și în acceptarea intruziunii non-umanului, mașinilor în spațiul privat.

Bibliografie selectivă:

1. Ashraf S Gorgey, Robotic exoskeletons: The current pros and cons, *World J Ortop*, 2018 September 18, 9(9):112-119, doi: 10.5312/wjo.v9.i9.112.
2. Miller LE, Zimmermann AK, Herbert WG, Clinical effectiveness and safety of power edexoskeleton-assisted walking in patients with spinal cord injury: systematic review with meta-analysis, *Med Devices (Auckl)* 2016, 9: 455-466, [PMID: 27042146 DOI: 10.2147/MDER.S103102].
3. Federici S, Meloni F, Bracalenti M, De Filippis ML. The effectiveness of powered, active lower limb exoskeletons in neuro rehabilitation: A systematic review. *Neuro Rehabilitation* 2015; 37: 321-340 [PMID: 26529583 DOI: 10.3233/NRE-151265].
4. Asselin P, Knezevic S, Kornfeld S, Ciriogliaro C, Agranova-Breyter I, Bauman WA, Spungen AM. Heart rate and oxygen demand of powered exoskeleton-assisted walking in persons with paraplegia. *J Rehabil Res Dev* 2015; 52: 147-158 [PMID: 26230182 DOI: 10.1682/JRRD.2014.02.0060].
5. <https://exoskeletonreport.com/2015/08/types-and-classifications-of-exoskeletons/> accesat în data de 11.08.2019
6. B. Chen, H Ma, LYQin, F Gao et al, Recent developments and challenges of lower extremity exoskeletons, *Journal of Orthopaedic Translation*, 2016, 5, 26-37.
7. Alcobendas-Maestro M, Esclari'n-Ruz A, Casado-Lo'pez RM, Mun'oz-Gonza'lez A, Pe'rez-Mateos G, Gonza'lez-Valdiza'n E, et al. Lokomat robotic-assisted versus over ground training within 3 to 6 months of incomplete spinal cord lesion randomized controlled trial. *Neuro rehabil Neural Repair* 2012; 26: 1058e63.
8. Tsukahara A, Kawanishi R, Hasegawa Y, Sankai Y. Sit-to-stand and stand-to-sit transfer support for complete paraplegic patients with robot suit HAL. *Adv Robot* 2010; 24:1615e38.
9. Esquenazi A, Talaty M, Packel A, Saulino M. The ReWalk powered exoskeleton to restore ambulatory function to individuals with thoracic-level motor-complete spinal cord injury. *Am J Phys Med Rehabil* 2012; 91:911e21.
10. Guizzo E, Deyle T. Robotics trends for 2012. *IEEE Eng Med Biol Mag* 2012; 19:119e23.
11. Quintero HA, Farris RJ, Goldfarb M. A method for the autonomous control of a lower limb exoskeleton for persons with paraplegia. *J Med Device* 2012; 6:041003.
12. Maria Hugle, Patrick Omoumi, Jacob M. van Laar, Joschka Boedecker Thomas Hugle, Applied machine learning and artificial intelligence in rheumatology, *Rheumatology Advances in Practice* 20;0:1–10doi:10.1093/rap/rkaa005.
13. Brahim A, Jennane R, Riad R et al. A decision support tool for early detection of knee Osteo Arthritis using X-ray imaging and machine learning: data from the Osteo Arthritis initiative. *Comput Med Imaging Graph* 2019; 73:11–8.
14. Xue Y, Zhang R, Deng Y, Chen K, Jiang T. A preliminary examination of the diagnostic value of deep learning in hip osteo arthritis. *PLoS One* 2017; 12:e0178992.

Regulatpro® Intotdeauna sănătos!



Regulatpro Bio

Regulatpro Bio este produs prin fermentare în cascadă - o metodă unică patentată în anul 2004. Reprezintă concentrat bioactiv care conține fragmente enzimatiche: di-, tri- și oligopeptide, precum și polifenoli, flavonoide și componente probiotice din fructe, miezuri și legume, cultivate în condiții ecologice semănțe. Regulatpro Bio reface sinteza enzimelor din organism și mărește producerea de ATP în celule.

- ✓ Reglează procesele biochimice normale din corp
- ✓ Duce la detoxifiere rapidă și eficientă
- ✓ Reduce stresul oxidativ
- ✓ Menține echilibrul acido-bazic în limite fiziologice
- ✓ Stimulează imunitatea nespecifică
- ✓ Reglează și menține flora intestinală normală

Regulatpro Metabolic

Regulatpro Metabolic este un supliment alimentar care activează procesele enzimatiche din corp. La concentratul bioactiv de fragmente enzimatiche din Regulatpro Bio sunt adăugate vitamine din grupul B, vitamina C, vitamina D, minerale și microelemente, care acționează ca și cofactori naturali ai enzimelor sistemice.

- ✓ Influențează metabolismul glucozei
- ✓ Normalizează metabolismul proteinelor
- ✓ Consolidează imunitatea
- ✓ Ajută funcționarea mușchilor și a țesutului conjunctiv
- ✓ Creează o protecție puternică antioxidantă
- ✓ Menține echilibrul electrolic
- ✓ Elimină oboseala
- ✓ Ajută la reducerea greutateii

Regulatpro Bio și Regulatpro Metabolic nu conțin coloranți, conservanți, alcool, zahar, gluten, lapte sau potențiatori de aromă, potrivite pentru vegani. O doză de 100 ml Regulatpro Metabolic este egală cu o unitate de pâine.

Managementul modern al sindromului Behçet

Sindromul Behçet este o vasculită primară sistemică ce poate afecta vase de calibrul diferit (predominant teritoriul venos) și este caracterizat prin manifestări cutaneo-mucoase, articulare, oculare, vasculare, neurologice și gastrointestinale^[1].



Prof. Dr.
Claudia Mihailov

Spitalul Clinic CF Constanța
Universitatea Ovidius Constanța

Prima menționare a bolii a fost făcută de Hipocrate în secolul V î.e.n ca «ulcerație bucală aftoasă, genitală și iridociclită» și menționată de Adams în 1849.

Profesorul Hulusi Behçet (1881–1948), a descris sindromul Behçet, ca entitate patologică distinctă, asociind ulcerarea orală și genitală cu uveită (posibil etiologie virală).

Are debut frecvent între 20-30 de ani, rar la vârste peste 50 de ani, prezentând o evoluție alternantă cu exacerbări și remisiuni. Prognosticul este variabil, bărbații și tinerii prezintă o formă de boală cu evoluție severă și prognostic rezervat.^[4]

Ambele sexe sunt afectate în mod egal, dar există diferențe geografice între manifestările clinice (cu o prevalență mai mare a bărbaților în zona Orientului Mijlociu și a femeilor în nordul Europei și Statelor Unite). Bărbații și tinerii prezintă o evoluție mai severă a bolii.^[2]

Sindromul Behçet este o afecțiune multifactorială, iar manifestările bolii sunt considerate a fi declanșate de di-

verși factori de mediu, la persoanele cu fond genetic predispozant. Etiopatogenia bolii este incomplet elucidată, dar este recunoscută o activitate imunitară aberantă, declanșată de expunerea la factori trigger infecțioși la pacienții cu predispoziție genetică (în special alelele HLA-B51 și variantele IL-10 și la locusul IL-23-IL-12RB2). Studiile au demonstrat modificarea funcției sistemului imunitar înăscut și dobândit. Implicarea factorilor genetici a fost sugerată de prezența sindromului Behçet la pacienții din aria geografică cunoscută sub numele de „Drumul mătăsii”, unde prevalența alelei HLA-B51 este relativ mare, în comparație cu restul lumii. S-a observat agregarea familială în cazul debutului juvenil, asociind prevalența crescută a alelei HLA-B51 la membrii aceleiași familii și de rezistența înăscută în dezvoltarea sindromului Behçet la pacienții HLA-DR1 și HLA-DQw1 pozitivi. Un rol major în etiopatogenia sindromului Behçet îl joacă mecanismul imun, fiind implicate: proteine de șoc termic, citokine cu alterări în activitatea neutrofilelor și macrofagelor. Agentul trigger, infecțios, activează sistemul imunitar, atât pe cel înăscut și pe cel adaptativ la pacienții cu profil citokinic și Th1 pro-inflamator.^[3]

Disfuncția endotelială și inflamația vasculară sunt factori cheie care mediază tromboza.^[3]

Criteriile de diagnostic ale sindromului Behçet (după International Study Group) sunt reprezentate de prezența ul-

cerațiilor aftoase minore sau majore sau a ulcerărilor herpetiforme, recurente de cel puțin 3 ori într-o perioadă de 12 luni și a încă două din următoarele criterii: ulcerarea genitală recurentă, leziuni oculare (uveită anterioară, uveită posterioară, prezența de celule în corpul vitros sau vasculită retiniană observate de oftalmolog), a leziunilor cutanate (eritem nodos, pseudofoliculită sau leziuni papulopustuloase sau noduli acneiformi observate de medic la pacienți postadolescență și care nu urmează tratament cu corticosteroidi) și a testului de patergie pozitiv (citit de medic la 24-48 h).

Reacția de patergie este cea mai relevantă leziune diagnostică, fiind produsă prin hiperreactivitatea tegumentară la traumatism.

În anul 2018, experții EULAR au fost de părere că termenul de „sindrom” este mai exact pentru Behçet, acesta fiind considerat o constelație de simptome.

O serie de modele terapeutice cu mecanisme de acțiune complexe au fost studiate de un grup de lucru (experți din diferite arii de specialitate: medicină internă, reumatologi, oftalmologi, dermatologi, neurologi, gastroenterologi, chirurgi vasculari) sub auspiciile EULAR care a revizuit 3927 de articole și inclus 192 studii. Obiectivul grupului de lucru a fost îmbunătățirea recomandărilor privind managementul sindromului Behçet în lumina rezultatelor ultimelor studii și identificarea unor noi zone de interes pentru viitoarele cercetări.⁽¹⁾

Rezultatele au fost discutate și prezentate iar în final fiecărei recomandări i s-au alocat un nivel de evidență (de la I-IV) și grad de recomandare (de la A la D) elaborându-se 5 principii generale și 10 recomandări.

Principiile generale sunt reprezentate de abordarea multidisciplinară, individualizarea tratamentului în funcție de vârstă, gen, tip și severitatea afectării de organ, dar și de preferința pacientului, de suprimarea promptă a exacerbărilor inflamatorii și recăderilor pentru a împiedica afectarea ireversibilă de organ. Este de reținut că manifestările clinice se pot remite cu timpul la mulți pacienți, iar afectările oculare, neurologice, vasculare și gastrointestinale se pot asocia cu un prognostic rezervat. ⁽¹⁾

Recomandarea 1: afectare cutaneo-mucoasă - administrarea colchicinei ca terapie de primă intenție la pacienții cu manifestări cutaneo-mucoase și pentru exacerbări corticosteroizii topici vor ajuta la vindecarea leziunilor.

Recomandarea 2: afectare oculară - orice pacient cu sindrom Behçet și afectare inflamatorie la nivel ocular posterior trebuie să primească un regim terapeutic precum: azatioprina, ciclosporina A, interferon-alpha sau anticorp monoclonal anti-TNF.

Recomandarea 3: uveita anterioară (ca manifestare izolată) - agenții imunosupresori, trebuie luați în considerare pentru cazurile de uveită anterioară cu prognostic sever (vârsta tânără, sex masculin și debut precoce al bolii). Managementul uveitei necesită atenție sporită, diagnosticare precoce și evaluarea severității afectării oculare, necesitând colaborare strânsă cu oftalmologul, în vederea stabilirii conduitei terapeutice care să inducă și să mențină remisii clinice.

Recomandarea 4: tromboza venoasă profundă acută în sindrom Behçet - utilizarea glucocorticoizilor și agenților imunosupresori (azatioprina, ciclofosfamidă sau ciclosporina A).

Recomandarea 5: tromboza venoasă refractară - utilizarea anticorpilor monoclonali anti-TNF, terapia anticoa-

gulantă putând fi asociată atunci când riscul de sângerare este scăzut și se exclude prezența unui anevrism. Pentru pacienții cu risc major de hemoragie este recomandată embolizarea în locul chirurgiei clasice.

Recomandarea 6: afectarea arterială - pentru anevrismul de arteră pulmonară sau artere periferice, EULAR recomandă tratament cu ciclofosfamidă și glucocorticoizi, inițiat înaintea intervenției chirurgicale. Intervenția chirurgicală (stentare sau grefă) nu trebuie amânată chiar dacă pacientul este asimptomatic.

Recomandarea 7: afectare gastrointestinală - confirmarea endoscopică a afectării gastrointestinale la pacienții cu sindrom Behçet pentru a evita terapia imunosupresoare inutilă în cazul altor diagnostice ca utilizarea AINS, BII, infecții intestinale.

Recomandarea 8: afectare gastrointestinală refractară/severă - identificarea precoce a complicațiilor (perforații, hemoragii majore sau obstrucție intestinală) care necesită intervenție chirurgicală de urgență. ⁽⁸⁾

Recomandarea 9: afectare sistem nervos - pentru managementul atacurilor acute în cazul afectării parenchimatose a sistemului nervos, EULAR recomandă tratamentul cu doze mari de glucocorticoizi urmat de tapering lent, asociat cu azatoprină; ciclosporina-A trebuie evitată.

Recomandarea 10: afectare articulară - în cazul afectării articulare la pacienții cu sindrom Behçet, EULAR recomandă colchicina ca terapie de primă linie, de asemenea, glucocorticoizii administrați intraarticular pot fi o opțiune terapeutică pentru afectarea acută monoarticulară, iar pentru implicarea articulară cu caracter recurent și cronic, EULAR recomandă folosirea de azatioprină, interferon alpha sau inhibitori TNF.

Recomandările actuale au ca scop standardizarea tratamentului pentru pacienții cu sindrom Behçet, dar inevitabil vor fi diferențe între țări în funcție de variabilele geografice, de sistemele de sănătate, diferențele culturale și programele

de decontare. Diferențele sunt legate de dozele și durata utilizării glucocorticoizilor, de utilizarea mai frecventă a tratamentelor biologice în unele centre, preferința IFN-α în detrimentul anti-TNF, anticoagularea la pacienții cu tromboză venoasă profundă și tipul intervenției chirurgicale folosite pentru afectarea arterială.

Limitarea principală a acestor recomandări a fost că încă se bazează, în special, pe studii observaționale și dovezi necontrolate sau păreri ale experților; în consecință, recomandările au fost obținute prin extinderea opțiunilor terapeutice sugerate.

Au fost identificate probleme care necesită răspuns pe viitor și a fost propusă o agendă de cercetare pentru îmbunătățirea managementului sindromului Behçet. ⁽¹⁾

Bibliografie

- Hatemi G. Et al, Ann Rheum Dis 2018; 77:808-818. Doi:10.1136/annrheumdis-2018-213225.
- Kelley's textbook of rheumatology / [edited by] Gary S. Firestein [et al.]. -8th ed/
- LeccesP. Et al, Management of skin, mucosa and joint involvement of Behçet's syndrome: A systematic review for update of the EULAR recommendations for the management of Behçet's syndrome, Seminars in Arthritis and Rheumatism Volume 48, Issue 4, February 2019, Pages 752-762.
- Rheumatology / [edited by] Marc C. Hochberg, Alan J. Silman, Josef S. Smolen, Michael E. Weinblatt, Michael H. Weisman.—Sixth edition
- Up-todate: file:///E:/REUMATO/uptodate%2021.2/UpToDate/contents/mobipreview.htm?28/12/28874
- Reumatologie – Dr Ileana Claudia Mihailov – editia 2016.
- The Autoimmune Diseases - Fourth Edition / Noel R. Rose, Ian R. Mackay, 2006.
- Behçet's Syndrome; Yusuf Yazıcı, Hasan Yazıcı
- Hemmer T., Perez-Canto A., Distler A. et al. - IgA nephropathy in patients with Behçet's syndrome: Case report and review of literature, Br J Rheumatol, 1997, 36, 696–699.

ALASOD[®]

600

Contribuie la protejarea celulelor împotriva stresului oxidativ



Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. ALA-600 SOD[®] este un supliment alimentar. Citiți cu atenție prospectul și informațiile de pe ambalaj. Suplimentele alimentare nu înlocuiesc o dietă variată și echilibrată și un stil de viață sănătos. A nu se depăși doza recomandată pentru consumul zilnic. A nu se lăsa la îndemâna copiilor. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată sau reclamație cu privire la acest produs la adresa de e-mail: contact@addenda.ro.

Alfasigma România S.R.L.

str. Cluceru Udricani, nr. 18, parter și etaj 1, sector 3, București
tel.: 031.805.35.26, 031.805.35.27; fax: 031.805.35.28.
e-mail: info.ro@alfasigma.com

ALFASIGMA 

Redă libertatea mișcării!



DICLOREUM[®] 150_{mg}

capsule cu eliberare prelungită

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Diclorem[®] 150 mg capsule cu eliberare prelungită se eliberează pe bază de prescripție medicală P6L. Administrare orală. Pentru informații suplimentare vă rugăm să consultați rezumatul caracteristicilor produsului, disponibil la cerere sau pe site-ul www.anm.ro. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată la acest produs la adresa de e-mail: Drugsafety.alfasigma@addenda.ro sau la Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale. DAPP - Alfasigma S.p.A.

Alfasigma România S.R.L., Strada Cluceru Udricani,
Nr. 18, Parter și etajul 1, sector 3, București,
Telefon: 031 805 35 26, 031 805 35 27, Fax: 031 805 35 28
E-mail: info.ro@alfasigma.com

ALFASIGMA

Uveita în spondiloartrite: repere diagnostice și terapeutice



Prof. Dr. Codrina Ancuța

Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” Iași; Spitalul Clinic de Recuperare Iași, Clinica Reumatologie 2

Uveita în SpA-repere conceptuale

Spondiloartritele (SpA) rămân un grup heterogen boli reumatice inflamatorii cronice ce au în comun o serie de elemente definitorii între care determinismul genetic (HLA-B27 și gene non-HLA: ERAP-1, IL-23R), inflamația locală (sinovială, entezeală, cutanată) și sistemică, polimorfismul clinic (afectare axială și artrite periferice, entezite, dactilite, manifestări sistemice și complicații) și resursele terapeutice (biologice TNF și non-TNF)1-6.

Manifestările extra articulare (MEA) legate de conceptul de boală, respectiv uveita, psoriazisul și boala inflamatorie intestinală, se regăsesc frecvent în expresia clinică a SpA, cu particularități în funcție de forma de boală (axială sau periferică), având implicații diagnostice, terapeutice și prognostice1-6.

Uveita acută anterioară (UAA) constituie cea mai frecventă MEA decelată la mai mult de o treime din SpA, cu un impact major asupra calității vieții și abordare multivalentă. Considerată inflamația imună mediată a tractului uveal (iris, corp ciliar, coroidă), conform nomenclaturii în vigoare (SUN, Standardization of uveitis nomenclature) uveita poate fi clasificată în anterioară (irită, iridociclită), intermediară (afectare corp vitros și/sau retină periferică), posterioară (coroidită, retino-coroidită) și panuveită, asociată sau nu cu vasculita retiniană1-6. UAA

asociată HLA-B27 este apanajul SpA axiale regăsindu-se în special la pacienți cu spondilită anchilozantă (SA): 20% la 5 ani de la diagnosticarea SA și până în 40% la 20 ani de la diagnostic, cu potențial de recurențe în legătură sau nu cu episoadele de activitate ale bolii reumatice1-6.

Un profil al uveitei în SpA ne aduce în fața unui pacient de sex masculin, vârstă tânără, cu boală HLA-B27 pozitivă, care dezvoltă uveită acută unilaterală, rar alternantă, cu eventuale recidive și complicații oculare între care rata înaltă de reacție fibrinoasă/celulară și, mai rar, hipopion1-6.

Pattern-ul uveitei diferă în SpA axiale (axSpA) (forma nonradiografică, nr-axSpA; spondilita anchilozantă) versus SpA periferice (artrita psoriazică, boala inflamatorie intestinală) raportat la frecvență, modalitatea de debut, model clinic, localizare, profil evolutiv (tabelul 1)1-6.

Mecanisme patobiologice în uveita SpA

Deși incomplet descifrate, evenimentele patobiologice ce definesc SpA și uveita în contextul SpA sunt rezultatul interrelației disbioză intestinală – infecții bacteriene – stress biomecanic – activare imună aberantă (axele TNF α și IL-17A/IL-23) ce se derulează pe un background genetic specific (gena HLA-B27 și non-HLA). Un model patogenetic propus sensibilizează asupra similarităților între inflamația la nivelul scheletului axial/periferic și cea oculară: (i) stress-ul biomecanic intervine în geneza inflamației la nivel de enteză respectiv corp ciliar, iris); (ii) expresia aberantă, excesivă a HLA-B27; (iii) mimetismul molecular agent infecțios–ochi/articular; (iv) creșterea traficului și recrutării celulare (monocite, limfocite,

neutrofile) la nivel interstital, ocular și sinovial, cu activarea buclelor patogenice citokinice specifice SpA1-6.

De interes rămâne mediul intra-ocular unde regăsim activare excesivă a limfocitelor Th1, Th17 și Th2 autoreactive cu nivele înalte de mediatori și citokine proinflamatorii de tipul IFN γ , TNF α , IL-2 și IL-12 de proveniență Th1 și IL-17A, IL-17F și IL-22 rezultate prin hiperactivarea subpopulației Th17. Prezența HLA-B27 aduce diferențe în ceea ce înseamnă populațiile celulare activate și mediatorii proinflamatori, deși se pare că nu există diferențe în expresia citokinică versus UAA idiopatică1-6.

Uveita în diagnosticul SpA

O mare parte din pacienții cu uveită nu au fost diagnosticați SpA la prezentarea la oftalmolog, procentul fiind mai mare în cazul uveitei HLA-B27 pozitivă. Dat fiind implicațiile clinice, prognostice și terapeutice, identificarea strategiei optime de acces/trimitere între specialități devine prioritară, parteneriatul reumatolog-oftalmolog cu eventuală extensie la nivelul medicului de familie fiind esențiale1-6.

Atât algoritmul DUET (detecția SpA la pacienți cu UAA permite diagnosticarea precoce a bolii via oftalmolog în populația cu UAA idiopatică HLA-B27 pozitivă; circa 40% din uveitele HLA-B27 aparțin SpA non-diagnosticate), cât și, de dată mai recentă, algoritmul ASAS, se pretează la identificarea precoce a bolii reumatice și complicației oculare, permițând o terapie adecvată precoce1-6.

Dublin Uveitis Evaluation Tool (DUET) rămâne un excelent instrument de evaluare în situația în care prima intervenție medicală este cea cu oftalmolog, legat de apariția uveitei, constituind

Tabelul 1. Uveita axSpA vs uveita pSpA

	Uveita axSpA	Uveita pSpA (artrita psoriazică, boală inflamatorie intestinală)
Frecvența	Cea mai frecventă MEA 40% SA au mim 1 episod UAA, mai ales în axSpA-HLAB27+ Bărbat	205% în boala inflamatorie intestinală 7% în artrita psoriazică Femeie
Debut	Brusc	Insidios
Forma clinică	UAA	UAA și uveita intermediară
Tip afectare	Episoade unilaterale 50% Uveita alternantă (<i>flip-flop</i>) 40% Bilaterală 6%	Bilaterală 60% <i>Flip-flop</i> 20% Unilaterală 20%
Evoluție	Rar recurente	Cronicizare

*axSpA, spondiloartrite axiale; pSpA, spondiloartrite periferice; UAA, uveita acută anterioară

Tabel 2. Decizia terapeutică în Spa în funcție de uveită

Infliximab	Adalimumab	Etanercept	Certolizumab	Golimumab	Secukinumab
Eficacitate înaltă	Eficacitate înaltă	Eficacitate controversată	Eficacitate așteptată	Eficacitate așteptată	Eficacitate controversată
Rar uveita paradoxală	Rar uveita paradoxală	Uveita paradoxală (borderline)	Evidențe limitate	Evidențe limitate	Evidențe limitate

o oportunitate pentru un eventual diagnostic de SpA dacă sunt întrunite etapele propuse de algoritmul de evaluare. Stratificarea pacienților se face în funcție de o serie de variabile—prezența lombalgiei inflamatorii (vârsta de debut < 45 ani, durată peste 3 luni), HLA-B27, istoricul de psoriazis cutanat (figura 1)1-6.

UAA constituie un factor prognostic negativ în SpA în relație directă cu activitatea înaltă (ASDAS), impactul funcțional (BASFI), metrologia (BASMI) și damage-ul radiologic. Mai mult, riscul crescut uveita este corelat cu severitatea leziunii radiografice (sacroiliita), terenul genetic (axSpA HLA-B27 pozitive), durata (istoricul lung de boală), durerea inflamatorie vertebrală, entezita, nivelul crescut al proteinei C reactive1-6. Pe de altă parte, risc scăzut pentru uveită au pa-

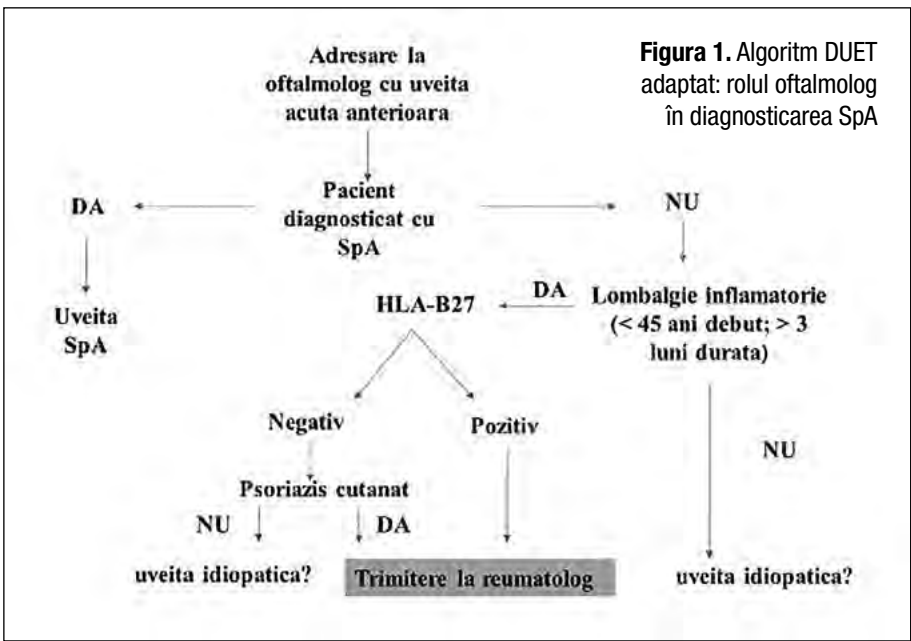
ciienții cu psoriazis și artrită psoriazică și cei cu dactilită1-6.

Uveita, factor de prioritizare/ alegere a medicatie biologice

Variantele terapeutice sunt multivalente (figura 2), administrate secvențial sau în asociere, pe paliere de agresivitate: (i) topice; (ii) glucocorticoizi intraocular sau sistemic (eficacitate pe termen scurt, risc de complicații pe termen lung); (iii) remisie sintetice (reduc recidivele, eficacitate modestă, efect tardiv, toxicitate); (iv) biologice (bDMARDs) (tabelul 2) (eficiente în UAA refractară; răspuns diferit în clasa inhibitorilor de TNF cu eficacitate superioară a anticorpilor mo-

noclonali anti-TNF versus receptorul solubil TNF, tradusă prin protecție superioară pentru episoadele uveitice; eficacitate ce necesită validare suplimentară pentru inhibitorii IL-17, deși date recente orientează spre riscul scăzut de recidivă UAA și în contextul secukinumab-ului); și, în perspectivă, (v) inhibitorii de janus kinaze (JAK)1-6.

Uveita constituie un factor de optimizare a deciziei terapeutice la pacienții cu SpA (tabelul 2), fiind recunoscută eficacitatea variabilă a biologicilor TNF și non-TNF asupra manifestărilor extraarticulare. Mai mult, protecția vis-a-vis de afectarea oculară (episoade de novo sau recurențe uveitice) este clar demonstrată pentru infliximab și adalimumab, dar mai puțin evidentă pentru ceilalți doi anticorpi monoclonali de TNF (certoli-



zumab și golimumab); etanerceptul și secukinumabul au rezultate controversate pe această direcție¹⁻⁶. Dacă majoritatea studiilor publicate înainte de 2020 sensibilizează asupra ratei crescute de apariție a uveitei în contextul etanerceptului (risc de până la 4 ori mai mare comparativ cu adalimumabul și de 2 ori mai mare comparativ cu infliximabul)^{1-3,5,6}, Khoury și colab, 2020, nu confirmă faptul că etanerceptul nu ar fi „prietenuț al ochiului”, ci puntează faptul că riscul de uveită la pacienții cu SpA nu pare a fi mai mare la etanercept față de anticorpii monoclonali, ci, mai degrabă, uveita la pacienții sub tratament cu inhibitori de TNF pare a fi legată de istoricul de uveită decât de molecula prescrisă⁴.

Legat de secukinumab, datele publicate sunt, de asemenea, discordante. Lindstrom și colab (2021) în urma unui studiu real-life asupra pacienților cu SpA ce au primit secukinumab în perioa-

da 2015-2018 în registrul suedez SRQR (Swedish Rheumatology Quality Register) sugerează risc mai mare de UAA în contextul inhibitorului de IL-17A comparativ anticorpii monoclonali de TNF, dar comparativ cu riscul etanerceptului. Rata UAA a fost apreciată la 100 pacienți-anipe durata tratamentului la pacienți fără episoade de uveită în anul ce precede inițierea medicației biologice³.

Interesant, Deodhar și colab, 2021, urmăresc incidența uveitei la pacienții cu SA activă tratați cu secukinumab într-o analiză combinată a trei studii de fază 3 demonstrând că nu există risc crescut de UAA în contextul medicației studiate. Într-adevăr, incidența uveitei pe durata terapiei cu secukinumab, atât a cazurilor noi, cât și a recurențelor, este redusă (3.3%), cu o rată medie ajustată la intervalul de expunere de 1.0 (0.1-3.7), în timp ce rata UAA raportată la pacienți tratați cu inhibitori TNF este de 2.6-3.5 la 100 pacienți-an⁶.

Figura 2. Opțiuni terapeutice în uveita SpA

I. TOPICE
GC, MIDRIATICE, CICLOPLEGICE

III. DMARDs SINTETICE
Sulfasalazina
Methotrexat
Ciclosporina
DMARDs, Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs

II. GLUCOCORTICOIZI INTRAOCULAR/ SYSTEMIC

IV. DMARDs BIOLOGICE
Inhibitorii TNF
Uveita refractara

Uveita paradoxală

O mențiune specială pentru uveita paradoxală, definită ca exuberanța fenomenelor inflamatorii oculare (puseu/uveită de novo) în contextul unui bDMARDs validat pentru indicația respectivă, explicată prin implicarea căii IL-23/IL-17 cu dezechilibru citokinic în puseu, în contextul inhibiției TNF și creșterii activării Th17. Reținem o serie de elemente definitorii pentru uveita paradoxală între care rezoluția la întreruperea bDMARD-inductor și recrudescența la reluarea medicației, riscul înalt la etanercept (uveita paradoxală borderline)^{1-3,5}. Complicațiile sunt rare, unele cazuri impunând switching-ul pe un alt bDMARDs din categoria anticorpilor monoclonali anti-TNF mai ales în caz de recurențe. În unele situații a fost raportată rezoluție fără recădere deși se menține medicația inductoare^{1-3,5}.

Concluzionând, uveita reprezintă o manifestare extraarticulară relativ comună în SpA, un reper în alegerea biologicului optim, iar parteneriatul oftalmolog-reumatolog este esențial pentru gestionarea adecvată a cazului.

Bibliografie:

1. Rademacher J, Poddubnyy D, Pleyer U, Uveitis in spondyloarthritis, Ther Adv Musculoskel Dis 2020, Vol. 12: 1–20.
2. Biggioggero M, Crotti C, Becciolini A et al, The Management of Acute Anterior Uveitis Complicating Spondyloarthritis: Present and Future, Hindawi Bio-Med Research International Volume 2018, Article ID 9460187, 11 pg.
3. Lindström U, Bengtsson K, Olofsson T, et al. Anterior uveitis in patients with spondyloarthritis treated with secukinumab or tumor necrosis factor inhibitors in routine care: does the choice of biological therapy matter? Ann Rheum Dis 2021; 0:1–8. doi:10.1136/annrheumdis-2021-220420.
4. Khoury G, Morel J, Combe B, Lukas C, Occurrence of anterior uveitis in patients with spondyloarthritis treated with tumor necrosis factor inhibitors: comparing the soluble receptor to monoclonal antibodies in a large observational cohort, Arthritis Research & Therapy (2020) 22:94.
5. Hysa E, Cutolo CA, Gotelli E et al, Immunopathophysiology and clinical impact of uveitis in inflammatory rheumatic diseases: An update, Eur J Clin Invest.2021;51:e13572, https://doi.org/10.1111/eci.13572
6. Deodhar AA, Miceli-Richard C, Baraliakos X et al, Incidence of Uveitis in Secukinumab-treated Patients With Ankylosing Spondylitis: Pooled Data Analysis From Three Phase 3 Studies, ACR Open Rheumatology 2020, 2 (5): 294–299



CONGRESUL NAȚIONAL DE REUMATOLOGIE

24-25 septembrie 2021

Poiana Brașov

www.srreumatologie.ro

Manifestări dermatologice în bolile reumatologice

Bolile reumatologice includ o serie vastă de afecțiuni, de la patologii degenerative de tipul artrozei, la afecțiuni inflamatorii, autoimune care cuprind afectare sistemică, cum ar fi lupusul eritematos sistemic, poliartrita reumatoidă sau vasculitele, până la boli metabolice de tipul osteoporozei.

Iftimie Georgiana¹

Daniela Opriș-Belinski^{1,2}

Mihai Abobului^{1,2}

¹Spitalul Clinic „Sfânta Maria” București

²Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila” București

Afectarea cutanată este frecvent implicată în patologia reumatologică.

Manifestările dermatologice se împart în două mari categorii:

- **nespecifice**, ce apar într-o mare varietate de patologii ce includ bolile reumatologice, care ridică o suspiciune ce orientează spre diagnostic
- **specifice**, apar ca semn clinic distinctiv (prin confirmare histopatologică) sau sunt chiar incluse în criteriile de diagnostic în anumite boli (Lupus, Dermatomiozită, Sclerodermie).

Lupusul eritematos sistemic

“Lupus”, Rogerius sec XII/Paracelsus sec XV = caracter eroziv și extinderea rapidă a leziunilor—“la fel cum lupul își consumă prada”

Definiție: Este o boală autoimună caracterizată prin producție de autoanticorpi, formarea de complexe imune cu apariția fenomenelor inflamatorii cronice. Lupusul poate exista în forma cutanată de sine stătător, sau poate avea implicare sistemică.

Afectarea cutanată:

- poate apare în orice moment al evoluției
- este a doua ca și frecvență după artrite,
- poate fi specifică sau nespecifică
- asociază de obicei anticorpi anti Ro sau La.

În funcție de modalitatea de evoluție, pot fi: acute, subacute sau cronice

Sunt incluse în criteriile de diagnostic ale bolii.

Acute:

Eritem “în fluture”: apare la nivelul piramidei nazale și eminentelor malare, respectând șanțul nazo-labial, cea mai frecventă manifestare



tare acută în lupus

Lupus bulos, leziune acută ce apare mult mai rar

- la care se adaugă fotosensibilitatea fiind deficit ca o reacție eritematoasă intensă apărută la mai puțin de 30 de minute de la expunerea la radiațiile UVB (poate apare la ½ din pacienții cu LES).

Subacute:

- **papule eritematoase** ce formează plăci papuloscuamoase (diagnostic diferențial cu lichenul plan sau plăcile psoriaziforme)
- **leziuni policiclice** în varianta anulară, accentuate de expunerea la soare, pot fi însoțite de prurit și



NU lasă cicatrici

Leziunile cronice

- discoide, localizate sau generalizate
- paniculita (lupus profundus)
- Sunt hiperkeratozice și lasă cicatrici.



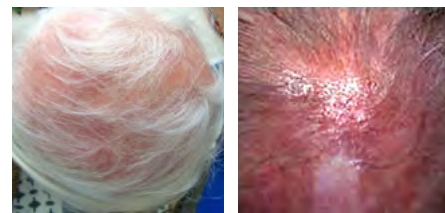
Manifestări nespecifice:

Modificări la nivelul scalpului:

“părul lupic” = păr subțire, uscat, se rupe la mică distanță de emergenta, poate ajunge până la alopecie difuză

Corelată de obicei cu activitatea bolii.

- reversibilă - leziuni acute/subacute;
- ireversibilă - leziuni cronice
- postmedicamentoasă - reversibilă la



oprirea tratamentului.

Alături de alopecie, se mai adaugă în cadrul manifestărilor cutanate nespecifice din cadrul Lupusului și sindromul Raynaud, calcinosis cutis, livedo reticularis și ulcerațiile orale.

Prezența în scorurile de activitate a bolii a manifestărilor cutaneo-mucoase

Dermatomiozita

Definiție: Dermato și polimiozita sunt două entități ce aparțin grupului de miopatii inflamatoare, cu criteriul de implicare dermatologică obligatoriu pentru dermatomiozită.

Leziunile cutanate specifice preced de regulă slăbiciunea musculară, modificările EMG și creșterea enzimelor musculare.

Amiopia (sine miositis), este foarte rară, cu prezența singulară a manifestărilor cutanate >6 luni, confirmate biptic.

Manifestările cutanate sunt incluse în criteriile de diagnostic.

Caracteristici:

- **rash heliotrop:** apare în zona periorbitală, nu cruță șanțul nazo-labial, cu edem al pleoapelor violaceu, pe gât (“în V”) și umeri (“semnul șalului”)

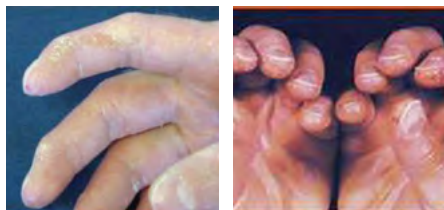


- **semnul Gottron:** erupție roșiatică, reliefată, netedă, ce apare pe fața dorsală a



măinilor, coate, genunchi, maleola internă

- **papule Gottron**: erupție eritematopapulă, lineară, pe fața dorsală a mâinii, accentuate în zona articulară



- **“mâna de mecanic”**: euptie exfoliativă pe fața palmară a primelor trei degete

Sclerodermia (Scleroza sistemică)

Definiție: Este o boală de țesut conjunctiv, caracterizată prin alterarea microvascularizației și fibroză interstițială, afectând tegumentul și unele organe interne.

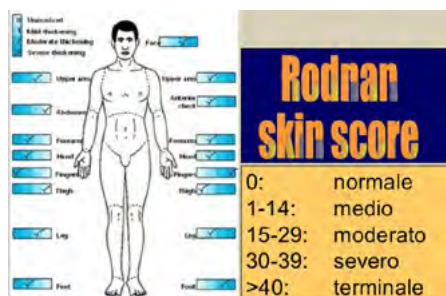
Tegumentele sunt îngroșate, îndurate, aderente la planurile subiacente

Afectarea cutanată limitată cuprinde regiuni ca și degetele, mâinile, antebrățe, față

Afectarea cutanată difuză cuprinde brațele, trunchiul, coapsele

Manifestările cutanate sunt cuprinse în **scorul Rodnan** de evoluție prognostică

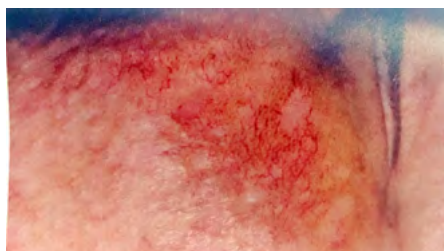
Un scor Rodnan mai mare de 20 se asociază cu prognostic prost, cu afectare cardiacă sau criză renală sclerodermică



Faciesul sclerodermic: aspect de “icoană bizantină”, ștergerea ridurilor de expresie ale ochilor, efilarea nasului, microstomie, cu micșorare apertură bucală, subțierea buzelor, riduri radiale periorale



Teleangiectaziile apar pe față, palme, degete și sunt dilatații ale capilarelor, arteriolelor sau venulelor în derm.



Fenomenul Raynaud: spasmul arterial duce la episoade de reducere a fluxului vascular: ischemie cu albirea tegumentelor, cianozarea acestora și apoi revascularizarea acestora cu roșeață și căldură locală.

Sclerodactilie, îngroșarea tegumentelor la nivelul degetelor

-> îngroșarea este precedată de edem, se numește **“puffy fingers”**

Ulcerațiile digitale apar de obicei la nivelul pulpei degetelor mâinii, sunt dureroase și invalidante și pot duce la gangrenă distală

Modificări cutanate tardive în sclerodermie:

Modificări de hiperpigmentare alternative cu hipopigmentare, în “sare și piper”, apar pe trunchi și extremități.

Artropatia psoriazică

Caracterizată de o placă eritematoasă bine delimitată, acoperită de scuame argintii ce poate conduce la o maculă roșie lucioasă cu puncte sângerânde (semn Auspitz): scalp, suprafețe de extensie coate, genunchi, presacrat

- unghii: hiperkeratoza, striaiții unghiale, onicoliza, colorație brun-gălbuie (picătura de ulei)

Boala Behcet (vasculita de vas variabil)

Leziuni caracteristice:

Ulcerații aftoide mucoasa bucală: dureroase, multiple, superficiale/profunde, cu o bază centrată de necroză galbenă și o margine roșie, îndurată, se vindecă spontan, fără cicatrici

Ulcerații aftoide genitale: mai dureroase, mai extinse, lasă cicatrici depigmentate

Manifestări dermatologice ce pot apare și în alte patologii:

Nodulii subcutanați:

În **poliartrita reumatoidă**, se numesc **noduli reumatoizi**, apar la 1/3 pacienți și se asociază cu pozitivarea factorului reumatoid. Sunt fermi, nedureroși, atașați de planul periostal, mobilizabili. Apar degete, olecran, tendon Achile, ochi, plămân, SNC

În **gută se numesc tofi gutoși:** depozite de urat monosodic la nivelul pavilionului urechii, mâinilor, degete, antepicior, bursa olecran, tendonul lui Achile, dar cel mai frecvent la nivelul MTF I unde afectează mobilitatea

- pot ajunge la dimensiuni foarte mari
- ulcerarea eliminare material alb cretosă suprainfecție

Purpura

Pete hemoragice roșii-vioacei, nu dispar la vitropresiune, nedureroase. Apar în zonele declive, mb.inf, abdomen, fete de extensie mb.sup, coate. Sunt accentuate de ortostatism, evoluează în pusee.

Purpura maculara, posibil postinfecțioasă

Purpura ulcerata necrotizanta PAN

Purpura palpabila din poliangeita microscopică

Leziuni purpurice active cu teleangiectazii și hiperpigmentare datorită episoadelor repetate purpurice

Livedo reticularis

Pattern vascular marmorat, decolorare purpurie dantelată a pielii fără margini bine delimitate inflamația venulelor dat obstrucției capilare

Frecvent pe brațe, mâini, picioare

Apare în: - vasculita livedoida (+ulcerații) - poliarterita nodoasă -LES- dermatomiozită -asociată medicamentos: amantadina, bromocriptina

Eritemul nodos

- **Forma de paniculită.** Apare în derm și țesut subcutanat

Reacție de hipersensibilitate la stimuli antigenici, brusc

- Infecții, sarcoidoză, b.Behcet, boli inflamatorii intestinale, medicamente, tumori maligne
- noduli simetrici, rotund-ovalari, eritematoși, calzi, dureroși
- membre inferioare, genunchi, glezne
- mai mari de 1cm, colorație roșiatică-roșu-violetă galben-verzui
- Regresie spontană 3-6 săptăm, vindecare fără cicatrici

- Episoade recurente

Manifestări dermatologice în afecțiile postmedicamentoase

Sindrom Stevens Johnson

Reacție cutanată severă

- febră și simptome flu-like, cefalee și crampe musculare, anterior
- eritem plat pe față și trunchi foarte dureros -pe o anumită zonă - 2 nuanțe de culoare - buloase - pot denuda, zona rămasă este susceptibilă la infecții, epiderma se poate desprinde foarte ușor
- ulcerările mucoase buze, limbă, zone genitală și anală scad abilitatea de alimentație

Cauze: - medicație: lamotrigina, carbamazepina, alopurinol, sulfonamide-infecțios: Mycoplasma, Cytomegal virus-HIV, LES

Managementul sindromului de impingement al umărului

Datorită complexității și particularităților de biomecanică, umărul este una din articulațiile cele mai predispuse la apariția patologiei. Durerea de umăr este o acuză fizică frecventă, coafa rotatorilor reprezentând principala sursă. Sindromul de impingement al umărului (SIU) este cauza comună a acuzelor algice și determină o disabilitate semnificativă.



Conf. Univ.
Dr. Florina Ligia Popa

Universitatea „Lucian Blaga” din Sibiu,
Facultatea de Medicină, Spitalul Clinic
Județean de Urgență Sibiu, Secția
clinică Reabilitare Medicală I

Există și alte afecțiuni care determină durere de umăr și care trebuie excluse: artroza glenohumerală prin căutarea osteofitelor inferioare ale capului humeral; paralizia de nerv suprascapular ce necesită electro-miografie pentru diagnostic și rezonanță magnetică pentru evaluarea cauzei; radiculopatia cervicală care se poate asocia frecvent cu SIU; sindromul algic complex regional; neoplazii cu metastazare osoasă; durerile referite din: sindromul de apertură toracică, afecțiuni pulmonare, boala coronariană ischemică, ulcer peptic^[1].

SIU poate fi definit ca un sindrom clinic atribuit compresiunii structurilor din jurul articulației glenohumerale și determinat de un întreg spectru de condiții patologice. SIU reprezintă un complex de constatări clinice și nu leziunea unor structuri specifice^[1].

Coafa rotatorilor (CR) are un rol important în funcționalitatea umărului și reprezintă o sursă frecventă a durerii de umăr. Este compusă din 4 mușchi: supraspinos, infraspinos, rotund mic (teres minor) și subscapular. Astfel este asigurată coborârea și centralizarea capului humeral în articulația glenohumerală. Disfuncționalitatea CR permite migrarea superioară a capului humeral datorită acțiunii opozante a mușchiului deltoid^[2].

Factorii de risc pentru SIU sunt reprezentați de activitățile repetitive deasupra umărului sau capului în timpul diverselor munci (zugrăvit, încărcători) sau sporturi (tenis, aruncare de greutăți), înaintarea în vârstă, instabilitatea articulației glenohumerale sau a scapulei, inflexibilitatea extre-

mității superioare, particularități anatomice ale acromionului^[1].

Există puține evidențe privind managementul SIU. Vor fi îndrumați spre ortopedie chiar de la început cei cu suspiciune clinică de ruptură CR sau labrum, capsulită adezivă. Dacă totuși în aceste cazuri deficitul funcțional este minim, se începe tratamentul conservator constând în principal în aplicarea mijloacelor de reabilitare medicală^[1].

Tratamentul în SIU acut constă în: crio-terapie care reduce tumefacția și inflamația și induce analgezie; repaus; antiinflamatoare nesteroidiene în cură scurtă de 7-10 zile; infiltrații cu corticosteroizi; tratament fizical. Dacă se obține ameliorare în câteva săptămâni, se va continua tratamentul de recuperare și vor fi reluate progresiv activitățile.

În cazul eșecului tratamentului conservator sunt necesare investigații imagistice. Inițial se efectuează ecografia musculoscheletală, apoi radiografia de umăr în caz de simptome persistente peste 3-6 săptămâni.

Radiografia de umăr poate fi utilă în: evaluarea morfologiei acromionului, distanței acromion-cap humeral, articulației acromio-claviculare și a calcificărilor tendinoase^[1].

Ecografia musculoscheletală permite evaluarea leziunilor tendoanelor, mușchilor și burselor. Examinarea dinamică poate evidenția locul de impingement și tendoanele implicate. Studiile clinice efectuate au evidențiat o concordanță între diagnosticul clinic și cel ecografic de 80,5%^[3].

Rezonanța magnetică (RM) se efectuează în următoarele circumstanțe: eșuarea tratamentului conservator, diagnostic incert după evaluarea inițială, suspiciune de ruptură CR sau labrum, la atleți dacă este nevoie de confirmarea rapidă a diagnosticului. Artrografia RM cu gadolinium injectat intraarticular poate fi utilă când diagnosticul rămâne neclar după RM standard. Poate detecta patologia labrumului, rupturi mici sau parțiale ale CR^[2].

Există 3 opțiuni: tratament chirurgical în cazul rupturilor de CR sau labrum și capsulită adezivă; continuarea tratamentului conservator câteva luni și asocierea infiltrațiilor cu corticosteroizi în cazul tendinopatiilor de CR și bursite subacromiale; tratament chirurgical după 3-6-9 luni de tratament conservator inefficient^[1]. Intervențiile chirurgicale artroscopice sau clasice constau în acromioplastie, coracoplastie, debridare, refacerea CR sau labrum, capsulorafia^[2].

Tratamentul de reabilitare medicală corect instituit la majoritatea pacienților cu SIU trebuie aplicat înaintea tratamentului chirurgical. Rezultatele mai multor trialuri randomizate nu au raportat diferențe între pacienții tratați cu terapie fizică și cei tratați chirurgical cu decompresie subacromială [Kromer]. Se recomandă proceduri de electroterapie de joasă și medie frecvență, ultrasonoterapie, magnetoterapie, laserterapie și terapie shockwave^[2].

Kinetoterapia este esențială în tratamentul SIU. Un program de reabilitare eficient include: exerciții de creștere a mobilității articulare, mobilizări ale articulației glenohumerale cu utilizarea unor manevre specifice pentru structurile capsulare, exerciții de tonifiere musculară pentru CR și stabilizatorii scapulei^[4].

Infiltrațiile cu glucocorticoizi și substanțe vâscoelastice aduc beneficii pe termen scurt. Ameliorarea simptomatologiei duce la creșterea complianței la tratament fizical, dar există puține evidențe (câteva trialuri mici randomizate)^[1].

Concluzii. SIU reprezintă principala cauză a durerii de umăr. Tratamentul de reabilitare medicală reprezintă prima opțiune în SIU și s-a dovedit eficient la majoritatea pacienților. Evaluarea ortopedică se recomandă după 3 luni de tratament conservator fără ameliorare.

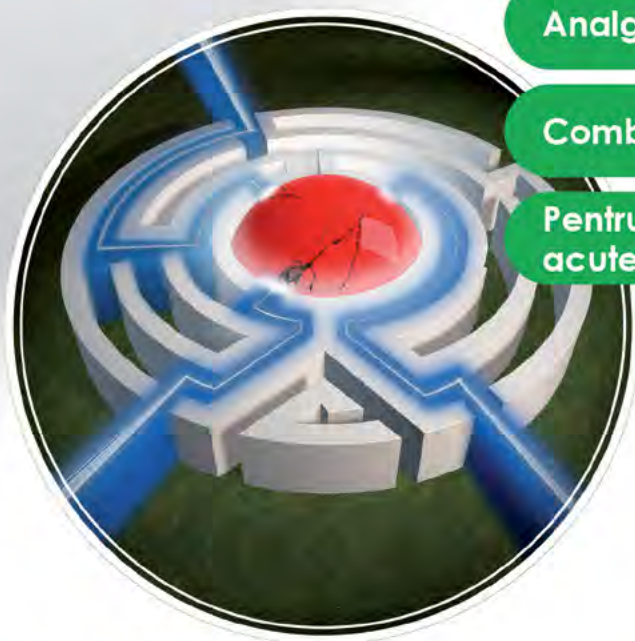
Bibliografie

1. Simons SM, Kruse D, Dixon JB. Shoulder impingement syndrome. *www.uptodate.com*. 2012; Oct 23.
2. DeBerardino TM, Young CC, Chang WK. Shoulder impingement syndrome clinical presentation. 2012; Nov 29. [Medscape Reference].
3. Mayerhoefer ME, Breitenseher MJ, Wurnig C, Ropoch A. Shoulder impingement: relationship of clinical symptoms and imaging criteria. *Clin J Sport Med* 2009; 19:83.
4. Kromer TO, Tautenhahn UG, de Bie RA, Staal JB, Bastiaenen CH. Effects of physiotherapy in patients with shoulder impingement syndrome: a systematic review of the literature. *J Rehabil Med* 2009; 41: 870-880.

SKUDEXA® 75 mg/25 mg

Tramadol Hydrochloride + Dexketoprofen

Analgezie multimodală eficientă și reducere rapidă a durerii acute^{1, 2, 3, 4}



Analgezic opioid/AINS^{5, 6}

Combinatie în doză fixă cu administrare orală^{5, 6}

Pentru tratamentul pe termen scurt al durerii acute moderate până la severe^{5, 6}



Doza recomandată este de 1 comprimat filmat/1 plic cu granule pentru soluție orală

(echivalent la clorhidrat de tramadol 75 mg și dexketoprofen 25 mg)

până la maxim 3 comprimate / 3 plicuri pe zi

(echivalent la clorhidrat de tramadol 225 mg și dexketoprofen 75 mg).

Intervalul minim între doze: 8 ore. Skudexa este destinat numai administrării pe termen scurt, nu mai mult de 5 zile.

¹ Moore RA, McQuay HJ, Tomaszewski J, Raba G, Tutunaru D, Lietuviene N, et al. BMC Anesthesiol. 2016 ian 22; 16:9.

Studiu multicentric, randomizat, dublu-orb, cu grupuri paralele, controlat placebo și activ, cu doză unică și doze multiple, de fază III, pe un număr de 606 pacienți cu histerectomie totală sau parțială pentru afecțiuni benigne, prezentând dureri de intensitate moderată și severă [VAS ≥ 40]. Pacientele urmau să primească șapte doze consecutive din medicamentul studiului, pe o perioadă de 3 zile. Obiectivul principal de eficacitate îl reprezintă SPID8 (suma diferențelor de intensitate a durerii la 8 h).

² McQuay HJ, Moore RA, Berta A, Gainutdinovs O, Fülești B, Porvaneckas N, et al. Br J Anaesth. 2016 feb; 116(2):269-76.

Studiu multicentric, randomizat, dublu-orb, cu grupuri paralele, controlat placebo și activ, de fază III, cuprinzând o fază cu doză unică și o fază cu doze multiple. Au fost cuprinși 641 de pacienți supuși unor intervenții standard de artroplastie totală de șold primară unilaterală pentru osteoartrită și care acuzau în repaus dureri de intensitate cel puțin moderată (VAS ≥ 40) în ziua de după intervenție. Medicamentul de studiu a fost administrat pe cale orală, o dată la 8 h pe o perioadă de 5 zile. Obiectivul principal de eficacitate îl reprezintă SPID8 (suma diferențelor de intensitate a durerii la 8 h).

³ Moore RA, Gay-Escoda C, Figueiredo R, Tóth-Bagi Z, Dietrich T, Miller S, et al. J Headache Pain. 2015; 16:60.

Studiu multicentric, randomizat, dublu-orb, cu grupuri paralele, controlat placebo și activ, de fază II, cu un total de 10 grupe de tratament, cu dexketoprofen trametamol (DKP [12,5 mg și 25 mg]) și clorhidrat de tramadol (TRAM [37,5 mg și 75 mg]) administrate sub formă de componente unice și în patru combinații fixe diferite, un grup martor activ (ibuprofen 400 mg), pe 606 pacienți cu durere moderată și severă (scala analog vizuală [VAS] ≥ 40 mm și scala de evaluare verbală cu 4 puncte [VRS] ≥ 2). Obiectivul studiului a fost acela de a evalua eficacitatea analgezică superioară și tolerabilitatea fiecărui agent unic și a fiecărei combinații față de placebo. Obiectivul primar a fost reprezentat de proporția pacienților cu cel puțin 50% din reducerea totală maximă a durerii. TOTPAR max. pe un interval de 6 ore după administrarea dozei (≥ 50% TOTPAR max).

⁴ Gay-Escoda C, Hanna M, Montero A, Dietrich T, Miller S, Giergiel E, et al. BMJ Open. 2019 Feb 19;9(2):e023715. doi: 10.1136/bmjopen-2018-023715. Studiu de fază IIIb multicentric, randomizat, dublu-orb, controlat placebo și activ, pe 653 de pacienți sănătoși cu vârstă de minimum 18 ani programați pentru extracția pe cale chirurgicală a cel puțin unui molar 3 inferior complet sau parțial impactat. Participanților cu durere moderată și severă [≥4 pe o scară de evaluare numerică (NRS) cu 11 puncte] la patru ore de la intervenție, li s-a administrat oral o doză unică de tramadol/dexketoprofen 75 mg/25 mg (n = 260), tramadol/paracetamol 75 mg/650 mg (n = 262) sau placebo (n = 131). Obiectivul primar l-a constituit TOTPAR6 (reducerea totală a durerii la șase ore de la administrarea dozei).

⁵ Skudexa®, comprimate filmate, RCP, Octombrie 2019

⁶ Skudexa®, granule pentru soluție orală, RCP, Octombrie 2019

Acest medicament se eliberează pe bază de prescripție medicală PRF. Pentru informații suplimentare consultați RCP-ul medicamentului. Acest material este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.

