



Conf. Dr. Viorel-Nicu  
PÂRVULESCU

## Criteria de diagnostic în spondilartropatiile seronegative

### *Diagnosis criteria in seronegative spondylarthropathies*

Asist. Univ. Dr. RAHELA MARCU, Șef Lucr. Dr. RODICA TRĂISTARU,  
Conf. Dr. VIOREL-NICU PÂRVULESCU, Prof. Dr. ROXANA POPESCU  
UMF, Craiova

### NOȚIUNI INTRODUCIVE

Spondilartropatiile sunt definite ca artropatii inflamatorii caracterizate prin afectarea articulațiilor sacroiliace și asocierea cu alele HLA-B27. Ele se diferențiază de poliartrita reumatoidă prin caracteristici clinice distincte, asocierea cu HLA-B27 și o intricare a simptomelor proprii afecțiunilor din acest grup.

Pentru acest grup de afecțiuni au fost propuse mai multe denumiri: spondilartrite seronegative, reumatisme cronice inflamatorii seronegative, artrite seronegative inflamatorii.

În 1974, Moll și Wright au introdus noțiunea de spondilartrită seronegativă, care se referă la o parte dintre reumatismele inflamatorii seronegative.

Criteriile de admitere în grupul spondilartritelor seronegative, elaborate de Moll și Wright și completate ulterior sunt următoarele:

- absența factorilor reumatoizi;
- absența nodulilor reumatoizi;
- prezența artritelor periferice, cu unele particularități: oligoartrite asimetrice ale membrului inferior;
- atingerea radiologică posibilă a articulațiilor sacroiliace;
- atingerea radiologică posibilă a coloanei vertebrale;

- afectarea frecventă a tegumentelor și mucoaselor, intestinului și ochiului;
- frecvența mare a entezopatiilor;
- agregarea familială;
- suprapunerea manifestărilor clinice ale diverselor entități ale grupului.

Se observă în această dezvoltare nosologică două categorii de criterii, pe care se bazează individualizarea: cele negative, care marchează deosebirea față de poliartrita reumatoidă (ex. seronegativitatea, absența nodulilor cutanați) și cele pozitive, noi și comune grupării (ex. sacroileita, manifestările extraarticulare, HLA-B27).

Actual sunt incluse în cadrul spondilartritelor seronegative următoarele entități:

- spondilita anchilozantă;
- sindromul Reiter;
- artritele reactive;
- artrita și spondilita psoriazică;
- artrita și spondilita enteropatică;
- spondilartropatiile juvenile;
- spondilartropatiile nediferențiate.

Datorită lipsei unor criterii de diagnostic adecvate, spondilartropatiile nediferențiate, incluzând oligoartritele seronegative, dactilita, poliartrita membrului inferior, durerea de șold datorată entezitei și sacroileita la debut, fără modificări radiologice detectabile, au fost adesea trecute cu vederea.

Bolile încadrate în grupul mare al spondilartropatiilor seronegative au o serie de caracteristici comune în ceea ce privește etiopatogenia, tabloul clinic, paraclinic și tratamentul. □

## CARACTERE GENERALE ALE SPONDILARTROPATIILOR SERONEGATIVE

Diagnosticul de spondilartropatie se pune pe un ansamblu de elemente clinice și radiologice care survin de regulă la subiecți cu agregare strânsă familială și teren HLA-B27.

**Artritele periferice** ale bolnavilor cu spondilartropatii seronegative au unele particularități:

- sunt afectate în general articulațiile mari, predominant la nivelul membrelor inferioare, cu aspect asimetric;
- atunci când sunt afectate articulațiile mici sunt prinse mai multe articulații ale aceluiași deget (de la mâini și de la picioare), realizând aspectul de degete „în cârnat”;
- lichidul sinovial prezintă caracterele unui lichid inflamator, fără diferențe semnificative față de cel din poliartrita reumatoidă.

**Semnele clinice și radiologice de afectare a articulațiilor sacroiliace** constituie o altă trăsătură caracteristică a spondilartritelor seronegative.

În spondilita anchilozantă, artrita sacroiliacă este bilaterală și prezentă la majoritatea bolnavilor; în celelalte spondilartrite, artrita sacroiliacă poate fi unilaterală sau poate chiar lipsi, fiind constatată la numai 20% dintre cazurile de reumatism psoriazic și la 30% dintre cazurile cu artrite reactive, proporția crescând paralel cu durata bolii; la pacienții cu boală Crohn sau colită ulcerosă, proporția este mai mică (15%).

**Afectarea coloanei vertebrale** exprimată clinic și radiologic, este frecventă în spondilartritele seronegative.

La examenul radiologic al coloanei vertebrale se constată prezența sindesmoitelor, care în primele stadii pot fi observate numai la nivelul joncțiunii dorsolombare. Aspectul lor este diferit în funcție de boală: în spondilita anchilozantă sunt fine și simetrice, pe când în celelalte spondilartrite (de ex. în reumatismul psoriazic) ele pot fi asimetrice și grosolane.

În general, sindesmoitele sunt prezente la bolnavii care au concomitent modificări ale articulațiilor sacroiliace.

Unele modificări radiologice ale coloanei vertebrale pot fi vizualizate precoce, înaintea apariției sindesmoitelor. Astfel, examenul radiologic de profil al coloanei vertebrale poate evidenția eroziuni pe unghiul anterior al vertebrelor (semnul Romanus) sau aspectul rectiliniu al marginii anterioare a vertebrelor (aspectul de vertebră „pătrată”).

**Manifestările extraarticulare** – cutaneo-mucoase, oculare, intestinale sunt semnalate frecvent în cazul bolnavilor cu spondilartrite seronegative; mai rar sunt afectate aorta, valvele sigmoide aortice și plămânul.

Manifestările extravertebrale și extraarticulare nu sunt specifice unei anumite boli, unele dintre ele fiind comune mai multor spondilartropatii, existând deci unele suprapuneri. Astfel, leziunile cutanate din psoriazis sunt uneori greu de diferențiat de cele din artrite reactive. Irita este întâlnită în artrite reactive și în spondilita anchilozantă. Afectarea valvulară aortică poate să apară în spondilita anchilozantă, dar și în alte artrite seronegative.

**Frecvența mare a entezopatiilor** constituie o altă caracteristică a acestui grup de afecțiuni. Prin enteză se înțelege, din punct de vedere anatomic, inserția pe os a tendoanelor, ligamentelor și capsulei articulare.

Cele mai frecvente entezopatii sunt: entezita calcaneană, entezita tuberozității tibiale anterioare, entezopatia rotuliană, trohanteriană, olecraniană, scapulo-humerală (umăr și spina omoplatului).

Subiectiv, entezopatia se manifestă prin durere la nivelul inserțiilor tendinoase, spontană, accentuată de mișcări. Uneori se poate constata o tumefacție la nivelul inserției și o îngroșare a tendonului de vecinătate.

Examenul radiologic evidențiază atât imagini de periostită erozivă, cât și imagini de periostită proliferativă, exostazantă.

**Agregarea familială** remarcată în spondilartropatii se datorează în special factorilor ereditari, fără a putea fi exclusă acțiunea factorilor de mediu.

Rolul predispoziției genetice în apariția spondilartropatiilor seronegative a fost fundamentat pe observația că acești bolnavi aparțin predominant anumitor grupe antigenice de histocompatibilitate. Astfel, 10-20% dintre indivizii HLA-B27 pozitivi dezvoltă spondilită anchilozantă în prezența unor factori de mediu necunoscuți.

Studiile epidemiologice demonstrează că mai mult de 95% dintre pacienții cu spondilită anchilozantă sunt HLA-B27 pozitivi, aproximativ 80% dintre pacienții cu artrite reactive și numai 50% dintre purtătorii de artropatie psoriazică și spondilită enteropatică aparțin grupului de histocompatibilitate HLA-B27.

Spondilartropatiile răspund unor criterii de clasificare care includ date anamnestice, clinice și paraclinice.

Au fost propuse două sisteme de clasificare cu performanțe sensibil comparabile (tabelele 1

și 2): cele 12 criterii clinico-radiologice și terapeutice ale lui B. Amor (1990), cât și criteriile de diagnostic ale Grupului de Studiu European al Spondilartropatiilor (ESSG), propuse în 1991, care includ și spondilartropatiile nediferențiate.

Simptome clinice sau istoric de:	Puncte
1. durere dorsală sau lombară nocturnă sau redoare matinală a coloanei dorsolombare	1
2. oligoartrită asimetrică	1
3. durere fesieră	2
4. degete „în cârnat“	2
5. talalgii sau alte dureri entezopatie	2
6. irită	2
7. uretrită negonococică sau cervicită cu cel mult o lună înainte de debutul artritei	1
8. diaree acută cu cel mult o lună înaintea debutului artritei	1
9. psoriazis, balanită sau boală inflamatorie intestinală (colită ulceroasă, boală Crohn)	1
<b>Semne radiologice</b>	
10. sacroileită bilaterală gradul II sau unilaterală gradul III	2
<b>Teren genetic</b>	
11. prezența HLA-B27 sau istoric familial de spondilită anchilozantă, artrită reactivă, uveită, psoriazis sau boală inflamatorie intestinală.	2
<b>Răspuns la tratament</b>	
12. ameliorarea durerii în 48 de ore sub AINS și/sau reapariția durerilor în 48 de ore după oprirea AINS.	2
Se stabilește diagnosticul de spondilartropatie dacă punctajul adunat este $\geq 6$	

Tabelul 1. Criteriile Amor

<p>Durere inflamatorie la nivelul coloanei sau Sinovită asimetrică predominant la membrele inferioare PLUS una sau mai multe dintre următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• durere fesieră alternantă;</li> <li>• sacroileită;</li> <li>• entezopatie;</li> <li>• antecedente familiale de spondilartropatie;</li> <li>• psoriazis;</li> <li>• boală inflamatorie intestinală;</li> <li>• uveită, cervicită sau diaree apărute cu cel mult o lună înaintea artritei.</li> </ul>
---

Tabelul 2. Criteriile ESSG

Criterii de diagnostic și clasificare în spondilita anchilozantă.

Spondilita anchilozantă, prototipul spondilartropatiilor, este una dintre cele mai frecvente afecțiuni reumatismale inflamatorii.

Diferența dintre criteriile de diagnostic și cele de clasificare ale spondilitei anchilozante a constituit subiectul a numeroase dezbateri în ultimii ani.

Datele epidemiologice evidențiază faptul că aceste criterii de diagnostic ar trebui să aibă o foarte mare sensibilitate, mai ales la debutul bolii,

pe când criteriile de clasificare trebuie să fie cât mai specifice.

Criteriile de clasificare ale spondilitei anchilozante iau în considerare faptul că, în evoluția artritei sacroiliace, din punct de vedere radiologic, se deosebesc cinci grade:

- gradul 0 – aspectul radiologic normal;
- gradul I – modificare suspectă, dar fără anomalii specifice;
- gradul II – sacroileită minimă: contururile osoase apar șterse, iar spațiul articular pare lărgit (pseudolărgirea spațiului articular); există și o discretă scleroză;
- gradul III – sacroileită moderată: scleroză periartriculară (osteocondensare), cu diminuarea interliniului articular;
- gradul IV – anchiloză articulațiilor sacroiliace (punți osoase între osul sacru și osul iliac, cu fuziunea completă și dispariția spațiului articular).

În mod curent sunt folosite pe scară largă criteriile New York modificate (1984).

Acestea sunt următoarele:

### I. Criteriul radiologic

Sacroileită de grad II bilaterală sau de grad III-IV unilaterală.

### II. Criterii clinice

1. Durere lombară sau redoare, timp de cel puțin 3 luni, ameliorată de exerciții, dar neameliorată de repaus;
2. Limitarea mișcărilor coloanei vertebrale lombare, atât în plan sagital, cât și în plan frontal;
3. Limitarea expansiunii toracice (corectată în funcție de sex și vârstă).

**Notă:** afecțiunea este cu siguranță spondilită anchilozantă dacă la criteriul radiologic se asociază cel puțin cu un criteriu clinic.

În absența unor rezultate radiologice clare, putem calcula probabilitățile individuale de boală pe baza manifestărilor clinice tipice ale spondilartropatiilor (ex. durerea lombară inflamatorie crește de la 14% la aproximativ 50-60% dacă există una sau două caracteristici clinice ale spondilartropatiilor în plus. Această probabilitate crește ulterior de la 50% la 90% dacă HLA-B27 este pozitiv sau dacă RMN este pozitivă (figură)).

Concluzia importantă a calculului de probabilitate este aceea că diagnosticul precoce al spondilartritelor axiale poate fi stabilit cu suficientă

siguranță, chiar în absența modificărilor radiologice tipice.

Valoarea diagnostică a determinării HLA-B27 nu a fost clarificată în trecut, dar utilitatea ei este susținută de calculul de probabilitate. Oricum, testele pentru determinarea HLA-B27 trebuie efectuate numai la pacienții cu durere lombară inflamatorie și nu în toate cazurile de durere lombară.

Așa cum este indicat în figură, pe lângă prezența durerii lombare inflamatorii și a antigenului HLA-B27, trebuie să existe și alte caracteristici ale spondilartropatiilor pentru a atinge o probabilitate de boală suficient de mare în formularea diagnosticului.

Pentru a ameliora monitorizarea individuală a pacienților în practica clinică, dar și în studiile clinice, a fost propus un nou sistem de stadializare a acestor pacienți, sistem bazat pe stadializarea radiologică, evaluarea articulațiilor periferice, afectarea de organ, bolile concomitente, severitatea și extensia activității clinice a bolii, ca și deficitul funcțional. Acest sistem de stadializare cuprinde:

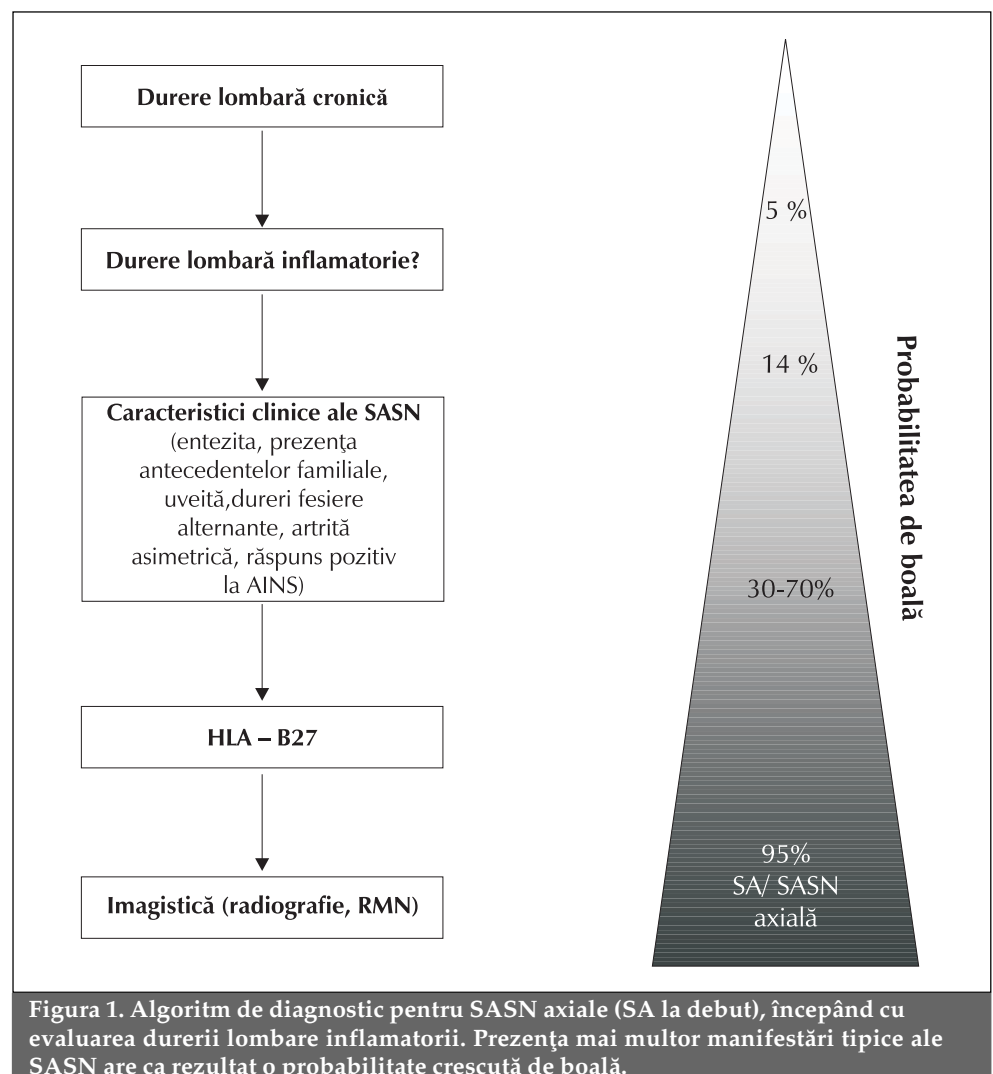
### 1. Stadializarea radiologică

- stadiul I: sacroileită bilaterală gradul II sau mai mare;
- stadiul II: modificări radiologice minore la nivel spinal < 1 segment spinal (< 3 vertebre, echivalent la < 15% din coloană);
- stadiul III: modificări radiologice moderate la nivel spinal în < 2 segmente spinale (4-12 vertebre, echivalent la 15-50% din coloană);
- stadiul IV: modificări radiologice spinale în > 2 segmente spinale (13-19 vertebre, echivalent la 50-80% din coloană);
- stadiul V: fuziunea a mai mult de 80% din coloană (peste 20 de vertebre).

Afectarea radiologică spinală este reprezentată de sindesmofite, vertebre pătrate, osificare ligamentară, anchiloză, spondilodiscită, artrita articulațiilor zigapofizare.

Noțiunea de segment spinal definește afectarea cervicală, toracală, lombară a coloanei.

**2. Afectarea articulațiilor periferice și de organ** în prezent sau în trecut, desemnată prin



următoarele conotații: articulații (J+), articulații periferice (pJ+), entezită, dactilită (e+,d+), uveita anterioară (Ua+).

**3. Bolile concomitente** – în 15% dintre cazuri, spondilita anchilozantă poate precede sau apărea concomitent cu alte boli precum psoriazisul (Ps+), artrita reactivă (ReA+) sau boala inflamatorie intestinală (IBD), astfel că aceste aspecte vor fi menționate în noul model de stadializare.

**4. Activitatea clinică/funcția** vor fi reprezentate în noul sistem de stadializare prin scorurile BASFI și BASDAI.

Utilizând acest sistem de stadializare, putem avea o imagine completă asupra pacientului (ex. stadiul III, j+, IBD+, BASDAI 5, BASFI 5,4).

Conceptul de spondilartrite seronegative este util în practica clinică deoarece:

- permite delimitarea unui cadru nosologic relativ omogen;
- permite includerea formelor nediferențiate, fruste sau debutante de spondilartropatii, care nu îndeplinesc criteriile entităților definite (spondilita anchilozantă sau reumatismul psoriazic), reducându-se astfel numărul pacienților fără diagnostic;
- este aplicabil tuturor grupelor de populație, în particular subiecților tineri, la care criteriile radiologice sunt dificil de aplicat și subiecților vârstnici.

Acest concept este deci util pe plan diagnostic; de asemenea permite selecționarea bolnavilor pentru studii epidemiologice, terapeutice și de cercetare clinică. □

## BIBLIOGRAFIE

1. **Sieper J, Braun J, Rudwaleit M, et al.** – Ankylosing spondylitis: an overview. *Ann Rheum Dis* 2002; 61 (Suppl III): iii8-iii18.
2. **Șuțeanu Șt, Oancea P** – Spondilartritele seronegative. *Medicină internă*-sub redacția L. Gherasim, vol. 1, Editura Medicală, București, 1998; 491-527.
3. **Boloșiu HD** – Spondilartritele seronegative. 10 teme alese de Reumatologie, sub redacția H. D. Boloșiu, Editura Medicală Universitară „Iuliu Hațieganu”, Cluj-Napoca, 2003; 105-48.
4. **Taurog JD, Lipsky PE** – Spondilita anchilozantă, artrita reactivă și spondilartropatiile nediferențiate. *Harrison, Principiile Medicinii Interne*, Editura Teora, București, 2003; 2094-101.
5. **Braun J, van der Heijde D, Dougados M, et al.** – Staging of patients with ankylosing spondylitis: a preliminary proposal. *Ann Rheum Dis* 2002; 61 (Suppl III): iii19-iii23.
6. **Udrea G, Șuțeanu Șt** – Noi perspective în spondilita anchilozantă: o trecere în revistă a literaturii de specialitate. *Revista de Reumatologie*, 2003, 1-2 (XI): 47-52.

Vizitați site-ul

**SOCIETĂȚII ACADEMICE DE MEDICINĂ A FAMILIEI**

**www.samf.ro**

## Revista presei medicale

## Happiness can be inherited, research finds

Reporting by MICHAEL KAHN; Editing by MAGGIE FOX and MARY GABRIEL

*You can't buy happiness but it looks like you can at least inherit it, British and Australian researchers said on Thursday.*

*A study of nearly 1,000 pairs of identical and non-identical twins found genes control half the personality traits that make people happy while factors such as relationships, health and careers are responsible for the rest of our well-being.*

*„We found that around half the differences in happiness were genetic,” said Tim Bates, a researcher at the University of Edinburgh who led the study. „It is really quite surprising.”*

*The researchers asked the volunteers – ranging in age from 25 to 75 –*

*a series of questions about their personality, how much they worried and how satisfied they were with their lives.*

*Because identical twins share the same genes and fraternal twins do not, the researchers could identify common genes that result in certain personality traits and predispose people to happiness.*

*People who are sociable, active, stable, hardworking and conscientious tend to be happier, the researchers reported in the journal Psychological Science.*

*„What this study showed was that the identical twins in a family were very similar in personality and in*

*well-being, and by contrast, the fraternal twins were only around half as similar,” Bates said. „That strongly implicates genes.”*

*The findings are an important piece of the puzzle for researchers trying to better understand depression and what makes different people happy or unhappy, Bates said.*

*People with positive inherited personality traits may, in effect, also have a reserve of happiness to draw on in stressful times, he said.*

*„An important implication is that personality traits of being outgoing, calm and reliable provide a resource, we called it «affective reserve», that drives future happiness” Bates said.*

Source: REUTERS/HEALTH, London

## Revista presei medicale

## Diesel fumes can affect your brain, scientists say

Reporting by BEN HIRSCHLER; Editing by JON BOYLE

*Inhaling diesel exhaust triggers a stress response in the brain that may have damaging long-term effects on brain function, Dutch researchers said on Tuesday.*

*Previous studies have found very small particles of soot, or nanoparticles, are able to travel from the nose and lodge in the brain. But this is the first time researchers have demonstrated a change in brain activity.*

*„We can only speculate what these effects may mean for the chronic exposure to air pollution encountered in busy cities where the levels of such*

*soot particles can be very high,” said lead researcher Paul Borm from Zuyd University.*

*„It is conceivable that the long-term effects of exposure to traffic nanoparticles may interfere with normal brain function and information processing.”*

*Borm and his team put 10 volunteers in a room filled with exhaust from a diesel engine for one hour and monitored their brain waves with an electroencephalograph (EEG). The level of fumes was similar to that found on a busy road or in a garage.*

*After about 30 minutes, brain wave patterns displayed a stress response, suggesting changes in information processing in the brain cortex.*

*Further research is needed to determine the clinical effect of this stress and whether it has any long-term impact on verbal and non-verbal intelligence or memory abilities.*

*Still, the result appears to be another black mark for nanoparticles found in traffic fumes, which have already been linked with increased rates of respiratory and cardiovascular disease.*

Source: REUTERS/HEALTH, London