

Managementul pacienților cu poliartrită reumatoidă în practica medicului de familie (I)

Management of rheumatoid arthritis in primary care(I)

Asist. Univ. Dr. Mihaela Daniela Balta¹, Șef lucr. Dr. Liviu Nicolae Ghilencea¹,
Asist. Univ. Dr. Cristi Gabriel Bejan¹, Prof. Dr. Matei Dumitru^{1,2}

¹Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila“, București

²Institutul de Ocrotire a Mamei și Copilului „Alfred Rusescu“, București

REZUMAT

Rolul medicului de familie în diagnosticarea și monitorizarea pacienților cu poliartrită reumatoidă nu este încă foarte bine precizat în România. Poliartrita reumatoidă, artropatie inflamatorie, cu evoluție progresivă, manifestări sistemice și deficit funcțional sever, determină afectarea calității vieții, pensionare timpurie și scăderea speranței de viață cu 5-10 ani. Calcularea scorului de risc personalizat (Personalized Risk Estimator for Rheumatoid Arthritis – PRE-RA) la rudele de gradul I ale bolnavilor cu PR, în funcție de vârstă, sex, istoric familial și comportament cu risc, permite stabilirea unor măsuri de prevenire sau de întârziere a apariției bolii: renunțarea la fumat, dieta mediteraneană, normalizarea greutății, terapie cu statine pentru scăderea riscului cardiovascular, igiena orală.

Boala începe printr-o perioadă asimptomatică, caracterizată prin prezența afecțiunilor asimptomatice de căi aeriene mici, unor afecțiuni infecțioase și inflamatorii (intestinale, periodontale, de tract genitourinar) sau disbioze. Putem evidenția prezența autoanticorpilor și markerilor de inflamație, niveluri crescute de citokine, chemokine. Cunoașterea semnelor de debut ale bolii și efectuarea unor investigații minime de către medicul de familie, permit un diagnostic precoce, trimiterea la medicul reumatolog și inițierea tratamentului cât mai aproape de debutul bolii. Medicul de familie poate juca un rol important alături de reumatolog și întreaga echipă de lucru, la supravegherea evoluției bolii, dar și a comorbidităților asociate, decelarea complicațiilor sau reacțiilor adverse ce pot apărea la medicație. Medicul de familie este implicat de asemenea în consilierea bolnavilor și familiilor, deoarece el interacționează cel mai bine cu pacientul, iar prezența lui în echipele multidisciplinare crește gradul de complianță, aderență și persistență la terapie.

Cuvinte cheie: poliartrita reumatoidă, diagnostic precoce, comorbidități

ABSTRACT

The Family Doctor's role in diagnosis and monitoring of patients having rheumatoid arthritis (RA) is not very well established in Romania. RA, a chronic, inflammatory disease, with a progressive evolution, systemic symptoms and severe disfunctions, leads to affections of the quality of life, early retiring and the decrease of life hope with 5 to 10 years.

Establishing PRE-RA (Personalized Risk Estimator for Rheumatoid Arthritis) for first degree relatives of the RA affected patients, according to age, gender, family history and risk behavior, allows the preventing of the delay of the disease occurring. Some preventing measures are the following: giving up smoking, mediterranean diet, weigh control, statines therapy in order to decrease the cardiovascular risk, the oral hygiene.

RA begin with a prolonged asymptomatic period, characterized by the presence of asymptomatic small-airway disease, certain infections and inflammatory disease (gut, periodontium, genitourinary tract) or dysbiosis. We can find increased circulating disease specific autoantibodies or increased in levels of cytokines and chemokines. A good knowledge of the first symptoms is very important for the family doctor and could help to recommend to the rheumatologist to start the treatment immediately after the disease occurring.

Adresă de corespondență:

Baltă Mihaela Daniela, UMF „Carol Davila“, Strada Dionisie Lupu 37, București
E-mail: balta.dana@gmail.com

The family doctor could have a very important role together with the rheumatologist and the whole team in the surveying of the disease evolution, and also of the associated comorbidities, complications and possible opposite reactions to the treatment. The family doctor is also involved in the patients' and their families' counseling, as the best communicates with the patients and his presence in the multidisciplinary teams increases the adherence, compliance and persistence to the therapy

Keywords: rheumatoid arthritis, early diagnosis, comorbidities

Rolul medicului de familie în managementul poliartitei reumatoide nu este foarte bine stabilit în România, iar includerea acestora în echipele multidisciplinare care monitorizează evoluția bolii și a tratamentul constituie încă un deziderat. Mai mult decât atât, un studiu efectuat între anii 2009-2013 în România consideră drept cauză a eșecului unui diagnostic timpuriu și a inițierii unui tratament precoce lipsa educației pacienților, dar și lipsa educației practicianului din asistența medicală primară (1). Carta Poliartritei Reumatoide, document emis în 20 noiembrie 2012, reprezentând un angajament pe termen lung între reumatologi și pacienți, cuprinde un set de 10 prevederi, printre care abordarea multidisciplinară a bolii de către o echipă de profesioniști (reumatologul, fizio- și kinetoterapeutul, terapeutul ocupațional, medicul ortoped, psihologul, nutriționistul, consultantul de planning familial) în care medicul de familie nu este din păcate integrat.

Poliartrita reumatoidă este o artropatie inflamatorie, cu evoluție progresivă, deficit funcțional sever, invalidantă și cu manifestări sistemice frecvente. Boala determină afectarea activității profesionale și incapacitate de muncă, pensionare timpurie, afectează calitatea vieții și determină scăderea speranței de viață cu 5-10 ani (2). Costurile totale datorate bolii sunt semnificative, atât cele directe, legate de medicație, spitalizări, dar mai ales costurile indirecte, absenteismul, încetarea activității profesionale, dependența de familie, iar impactul economic este important constituind o problemă de sănătate publică (3). Boala afectează 0,4-1% din populația adultă, în România în anul 2010 se estima că există circa 180.000-200.000 de persoane afectate. Pe de altă parte, un studiu efectuat între anii 2009-2013 a relevat faptul că boala este de fapt subdiagnosticată, doar 25% dintre cazuri fiind diagnosticate și tratate cu medicație remisivă; îngrijorător este și faptul că rata de abandon a tratamentului este ridicată (30%), pacienții nefiind suficient conștientizați asupra bolii lor și asupra posibilităților de tratament. Având în vedere aceste aspecte am considerat

că trebuie precizat rolul medicului de familie în surprinderea formelor de debut și chiar a formelor preclinice și a persoanelor cu risc de a dezvolta boală, în diagnosticarea și urmărirea pacienților cu poliartită reumatoidă, și ulterior în urmărirea evoluției pacienților, depistarea precoce a complicațiilor și reacțiilor adverse la medicamente, supravegherea și tratarea comorbidităților cu care aceștia se confruntă.

Au fost identificați în ultimii ani patru factori comportamentali majori de risc pentru poliartrita reumatoidă (fumat, supraponderabilitatea, consumul scăzut de pește, agenți infecțioși). Ținând cont de sex, vârstă, istoric familial, comportament la risc se poate calcula riscul personalizat de a dezvolta poliartrita reumatoidă (Personalized Risk Estimator for Rheumatoid Arthritis) la rudele de gradul I ale bolnavilor (4). A apărut astfel ideea prevenirii declanșării bolii prin modificarea comportamentului persoanelor găsite la risc (întreruperea fumatului, scădere ponderală, consum de pește). Boala parodontală a fost în ultimii ani studiată în relație bidirecțională cu poliartrita reumatoidă, ele interconționându-se reciproc, ambele având factori de risc comuni și mecanisme inflamatorii asemănătoare, eliberare de citokine proinflamatorii ce cresc riscul cardiovascular; de aceea, igiena orală și consultul periodic la stomatolog trebuind să intre în controalele de rutină ale pacienților noștri (5, 6).

Etiologia PR este multifactorială și încă nu este pe deplin elucidată. Se consideră că există mai mulți factori favorizanți care acționează pe un teren genetic predispozant (epitop comun – secvență de aminoacizi localizați pe alele HLA DR*0401, *0404, *0101; *1402), și că poliartrita ar putea fi un răspuns anormal al gazdei la un agent în condițiile unei susceptibilități crescute, agent care produce dereglarea toleranței imune, cu apariția de autoanticorpi (Fig. 1). Dintre factorii de mediu cel mai puternic dovedit este fumatul, care poate determina evoluție mai severă a bolii, leziuni erozive mai accentuate, manifestări sistemice mai frecvente, risc cardiovascular evident crescut, precum și răspuns mai

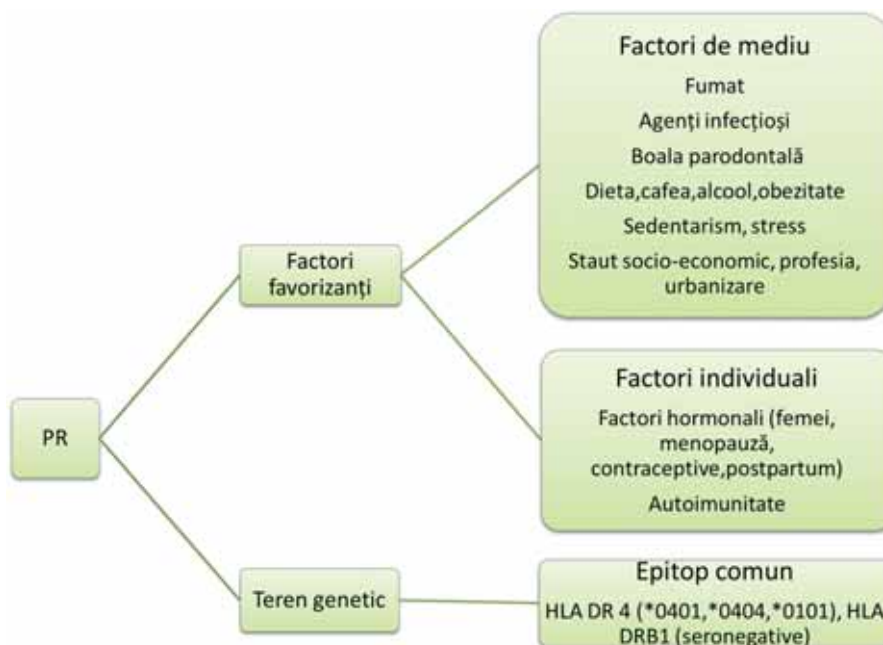


FIGURA 1. Etiologia poliartritei reumatoide

slab la terapia biologică, în special la anti TNF α (7, 8).

Boala este mai frecventă la femeii (raport F/B = 2-4/1), poate debuta la orice vârstă, dar mai frecvent în decada a 4-5-a. Se descrie o perioadă preclinică, ce poate dura de la câteva săptămâni până la 10 ani, caracterizată prin procese multiple autoimune și inflamatorii, în care pacienții pot prezenta infecții și inflamație la nivelul căilor aeriene mici, tractului urinar sau afecțiuni inflamatorii și disbioze la nivel intestinal și la nivelul periodonțiului. În această perioadă se pot pune în evidență autoanticorpi (factor reumatoid, anticorpi anti peptid ciclic citrulinat), precum și unele citokine și markeri ai inflamației: high-sensitivity CRP, IL1- α , IL1- β , IL2, IL4, IL5, IL6, IL7, IL8, IL9, IL10, IL13, IL15, IL17, tumor necrosis factor- α , vascular endothelial grown factor, soluble tumor necrosis factor receptor 1, fibroblast grown factor-basic (9). Identificarea unor markeri care să poată prezice susceptibilitatea individuală și consilierea persoanele găsite la risc în vederea evitării factorilor declanșatori, ar putea întârzia apariția bolii. Astfel în viitor PR ar putea deveni o boală pe care să o putem preveni, sau cel puțin să putem întârzia declanșarea ei intervenind asupra factorilor de risc.

Debutul bolii este cel mai frecvent insidios (50%), cu simptome generale (astenie, fatigabilitate, inapetență, scădere ponderală, subfebrilitate, mialgii) și afectarea articulațiilor mici ale mâinilor (metacarpofalangiene, interfalagiene proximale, radiocubitocarpene, carpiene) și

picioarelor (metatarsofalangiene, interfalagiene proximale) simetric. Articulațiile sunt dure-roase, tumefiate, durerea se accentuează nocturn, trezind bolnavul, este maximă dimineața și se însoțește de redoare matinală cu durata de peste 45-60 de minute, care se ameliorează cu mișcările. Degetele capătă un aspect caracteristic fuziform, deoarece sunt afectate doar articulațiile proximale, cele distale fiind foarte rar implicate. Mai rar pot fi afectați și genunchii și coatele în debut. La vârstnici putem întâlni în debut atingerea rizomelică a șoldurilor și umerilor, manifestări asemănătoare polimialgiei reumatice, cu afectarea umerilor, gâtului, genunchilor și șoldurilor, însoțite de febră și creșterea marcată a VSH, sau poliartralgiei persistente cu durata de câteva luni. Uneori întâlnim ca primă manifestare de debut bursită sau tenosinovită (compresiunea nervului median în cadrul sindromului de tunel carpian, chist Baker).

Medicul de familie trebuie să recunoască semnele de debut ale bolii, să facă investigații minime (Fig. 2) și să trimită pacientul cât mai repede către reumatolog, iar acesta, la rândul lui, după confirmarea diagnosticului va institui terapia de fond cât mai precoce, ideal în primele 6 luni (Fig. 3).

Pentru diagnosticarea PR precoce se folosesc criteriile de diagnostic ARA/EULAR 2010, care iau în considerare numărul articulațiilor afectate, serologia (factor reumatoid și ACPA), reacții de fază acută și durata simptomelor, considerându-se pozitiv un scor egal sau mai mare ca 6. Conform acestor criterii ar trebui

- Cunoașterea antecedentelor heredocolaterale și personale, a stilului de viață, obiceiurilor, identificarea comportamentului la risc
- Semne de debut: manifestări generale, artropatie inflamatorie (redoare matinală, durere nocturnă, tumefiere) cu durata peste 6 săptămâni
- Investigații de laborator: VSH, fibrinogen, PCR, hemoleucogramă, profil metabolic, probe renale, hepatice, factor reumatoid, anticorpi anti-peptid citrulinat
- Imagistic: ultrasonografia (inflamația sinovialei, panus, lichid sinovial, edem de părți moi, eroziuni osoase precoce), examenul radiologic osteoarticular (la 6 luni în primii 2 ani, apoi anual)

FIGURA 2. Rolul medicului de familie în stabilirea diagnosticului poliartritei reumatoide

- Confirmarea diagnosticului
- Stabilirea serologiei (FR, ACPA)
- Stadializarea bolii
- Calcularea scorurilor de activitate (DAS 28, VAS, HAQ, scoruri radiologice)
- Stabilirea afectărilor sistemice
- Diagnosticarea comorbidităților
- Completarea investigațiilor paraclinice, inclusiv screeninguri preterapie biologică și/sau imunosupresoare
- Stabilirea unui plan terapeutic în acord cu pacientul și cu echipa multidisciplinară (medic de familie, pneumolog, infecționist, cardiolog, kinetoterapeut, etc)
- Instituirea terapiei de fond cât mai precoce, alături de terapia simptomatică și mijloace terapeutice nefarmacologice

FIGURA 3. Rolul reumatologului în stabilirea diagnosticului poliartritei reumatoide

testați pacienții care au cel puțin 1 articulație cu sinovită sau pacienți a căror sinovită nu poate fi explicată de altă boală.

CRITERII ACR/EULAR 2010 PENTRU POLIARTRITA PRECOCE

Artrita (numărul și tipul articulațiilor afectate)

- 1 articulație mijlocie sau mare – 0 puncte
- 2-10 articulații mijlocii/mari – 1 punct
- 1-3 articulații mici – 2 puncte
- 4-10 articulații mici – 3 puncte
- > 10 articulații mici – 5 puncte

Serologia (factorul reumatoid – FR sau anticorpii anti-peptid ciclic citrulinat – anti CCP)

- Ambele negative – 0 puncte
- Cel puțin una pozitivă la titru mic – 2 puncte
- Cel puțin una pozitivă la titru mare – 3 puncte

Durata artritei

- < 6 săptămâni – 0 puncte
- > 6 săptămâni – 1 punct

Reacțiile de fază acută (VSH și proteina C-reactivă)

- Ambele normale – 0 puncte
- Oricare dintre acestea pozitive – 1 punct

După stabilirea diagnosticului și a formei serologice pacienții vor fi evaluați, stadializarea făcându-se conform criteriilor clinico-funcționale și radiologice. Pentru toți pacienții se vor calcula scoruri de activitate a bolii, cele mai utilizate în practică fiind DAS 28, VAS și HAQ.

CRITERII DE CLASIFICARE CLINICO-FUNCȚIONALĂ (10)

- Clasa I – capacitate nealterată de efectuare a activităților zilnice
- Clasa II – activitățile zilnice pot fi efectuate, dar cu durere și reducerea mobilității articulare
- Clasa III – capacitate de autoîngrijire
- Clasa IV – imobilizare la pat sau în scaun cu rotile, incapacitate de autoîngrijire

SCORURI COMPOZITE PENTRU EVALUAREA ACTIVITĂȚII BOLII

1. VAS (visual analog scale) – scala analog vizuală (mm) pentru evaluarea globală a activității bolii de către pacient (0 – absența durerii; 100 – durere foarte intensă)

2. DAS (Disease Activity Score) 28 sau 44 – se calculează după o formulă matematică, dar este foarte simplu de accesat aplicația de pe tabletă sau smartphone, numărând articulațiile dureroase, articulațiile inflamate, valoarea obținută din scala analog vizuală, iar ca și parametru biologic se utilizează fie VSH, fie PRC, fiecare cu limitele sale (figura 4). Urmărirea evoluției DAS 28, sau variantei DAS 44, în timp constituie un indicator al activității bolii, evoluției și răspunsului la tratament.

Semnificația DAS 28 (2) este următoarea:

- Boală în remisiune: $DAS\ 28 \leq 2,6$
- Boală cu activitate scăzută: $2,6 < DAS\ 28 \leq 3,2$
- Boală cu activitate moderată: $3,2 < DAS\ 28 < 5,1$
- Boală cu activitate înaltă: $DAS\ 28 \geq 5,1$

3. HAQ (Health Assessment Questionnaire) – este un chestionar pentru evaluarea calității vieții, care constă într-un set de întrebări (20 de întrebări) referitoare la activitățile zilnice ale pacientului, organizate în 8 categorii (igiena personală, îmbrăcat, spălat, prepararea mesei,

FIGURA 4. Calculul DAS 28

mersul, ridicarea, apucat obiecte, menajul, activități uzuale), cu 4 nivele de dificultate, notate de la 0 la 3:

- 0 – fără dificultate
- 1 – cu oarecare dificultate
- 2 – cu dificultate mare
- 3 – imposibil de realizat

Cu cât scorul obținut este mai mare, cu atât disabilitatea este mai accentuată.

Alte scoruri, inclusiv cele radiologice și imagistice aparțin medicului reumatolog și radiologului, dar cele trei scoruri menționate mai sus ar putea fi calculate și în cabinetul medicului de familie, deoarece nu necesită dotări speciale.

Pentru stabilirea diagnosticului complet al pacienților este necesară evaluarea tuturor determinărilor articulare (prezența durerilor, ritmicitatea, durata lor, a tumefacțiilor, redorii matinale și deformărilor caracteristice la nivelul mâinilor, antepiciorului, hipotrofia mușchilor interosoși, devierea ulnară a degetelor, apoi în timp afectarea coatelor, genunchilor, umerilor, șoldului). De asemenea atât în momentul diagnosticării, cât și periodic se vor căuta manifestările extraarticulare ale bolii (prezența nodulilor reumatoizi, vasculita reumatoidă, afectare pulmonară, cardiovasculară, renală, o-oculară, neurologică, hematologică). Identificarea acestora, ca și a comorbidităților și a riscurilor adiționale asociate pacienților reprezintă un domeniu în care medicul de familie poate avea un rol esențial, deoarece el cunoaște antecedentele, istoricul, condițiile de muncă și viață ale fie-

cărei bolnav. Prin măsuri de supraveghere și intervenții nefarmacologice sau farmacologice el poate contribui la depistarea precoce a riscurilor și prin măsuri de prevenție primară sau secundară, la reducerea acestor riscuri. Indirect va influența pozitiv și evoluția bolii reumatismale, precum și creșterea complianței, aderenței și persistenței bolnavilor, aflați în terapii remisive.

Studiile au arătat că riscul cardiovascular este crescut la pacienții cu PR, boala însăși fiind considerată ca factor independent de risc cardiovascular echivalent cu diabetul zaharat de tip 2 (11) și scurtează durata de viață cu 5-10 ani. Bolile cardiovasculare sunt de aproape 2 ori mai frecvente decât în populația generală, probabil ca rezultat al prevalenței crescute a factorilor de risc tradiționali (fumat, dislipidemie, obezitate, diabet zaharat, HTA, sedentarism, dieta, stres) la care se adaugă inflamația cronică caracteristică bolii, paradoxul dislipidemiei, reacții adverse la medicație (antiinflamatoare steroidiene și nesteroidiene) (12).

Patologia cardiovasculară și în special boala cardiacă ischemică reprezintă principala cauză de mortalitate la pacienții cu poliartrită reumatoidă (13). Studiile observaționale sugerează că scorul de risc ar trebui multiplicat cu 1,5 dacă se întrunesc două din următoarele criterii: prezența FR sau ACPA, durata bolii de peste 10 ani sau prezența manifestărilor extraarticulare.

Dislipidemia și diabetul zaharat, respectiv creșterea rezistenței la insulină, au fost de asemenea identificate cu frecvență mai mare la

pacienții cu poliartrită reumatoidă în unele studii, fiind asociate cu creșterea inflamației (VSH, PCR). Reducerea inflamației și activității bolii, determină scăderea rezistenței la insulină în periferie și ameliorarea profilului lipidic. Studiile au arătat că există o relație Paradoxul lipidelor în poliartrita reumatoidă constă în faptul că s-a demonstrat în unele studii că nivele mici de colesterol și LDL se pot asocia cu risc crescut cardiovascular, iar inflamația din poliartrită contribuie la accentuarea procesului de ateroscleroză (14), precum și la creșterea și disfuncționalității țesutului adipos. Deși se considera că poliartrita reumatoidă este una dintre bolile pe care întâlnim în paradoxul obezității, studii recente au arătat că obezitatea scade răspunsul la terapie și rata de intrare în remisie (15). Determinarea IMC, a tipului de obezitate și a profilului metabolic, măsurarea tensiunii arteriale, palparea arterelor periferice, chiar și calcularea indexului gleznă-braț pot fi realizate și în cabinetul medicului de familie.

Pacienții cu poliartrită reumatoidă sunt supuși unui risc de osteoporoză mai crescut comparativ cu populația generală (16). Cauzele care favorizează apariția osteoporozei sunt multiple: pierderea de masă osoasă prin riscul conferit de boală, mecanisme inflamatorii cu activarea diverselor citokine și alterarea balanței RANKL/OPG, imobilizare prelungită și inactivitatea, efectele corticoterapiei direct proporționale cu doza și cu durata de administrare, sexul feminin, menopauza, carența alimentară de calciu, fumatul (17). PR se constituie în factor independent de risc în algoritmul FRAX, pacientul cu PR se încadrează într-o categorie cu risc crescut de a dezvolta în evoluție o fractură osteoporotică în relație directă cu activitatea bolii. Prin urmare, protocolul de evaluare și management al pacientului cu PR și osteoporoză ar trebui să includă determinarea DEXA și înglobarea ulterioară în scorul FRAX, cu stratificarea riscului de fractură la acești pacienți (18).

Riscul de infecții la pacienții cu PR este crescut, fiind amplificat de terapia de fond, terapia biologică și de corticosteroizi. Terapia cu agenți biologici poate reactiva focarele de tuberculoză. De aceea în orice stare febrilă prelungită la un pacient cu PR în terapie biologică trebuie luată în discuție reactivarea unui focar tbc, de multe ori extrapulmonar, primoinfecțiile fiind rare. De asemenea este obligatoriu efectuarea unui screening pentru tuberculoză la toți pacienții care urmează să primească terapie biologică: testare la PPD, radiografie pulmonară, evalua-

rea istoricului de expunere la tbc, examen fizic, QTF-TB.

Terapia biologică și imunosupresoarele, în mod particular TNF α inhibitori (rituximab, abatacept) pot induce reactivarea VHB, reactivarea VHB fiind dependentă de profilul serologic VHB al pacientului și intensitatea regimului imunosupresor. Riscul cel mai mare îl prezintă pacienții Ag HBs+, iar riscul cel mai mic persoanele cu titru înalt de Ac anti HBs. Înainte de inițierea terapiei biologice este obligatoriu să se efectueze profilul serologic complet al pacientului: Ag HBs, Ac antiHBs, Ac anti HBc, precum și dozarea transaminazelor. În ceea ce privește VHC datele din literatură nu sunt la fel de complexe, sunt cunoscute posibile declanșări ale PR consecutiv unei infecții cu VHC.

Depresia este mai frecventă la bolnavii cu PR față de populația generală, după unele studii chiar de 1,78 de ori (19) și se datorează bolii ca atare, deoarece impactul psihologic este mare chiar de la aflarea diagnosticului. Apariția dizabilităților și dificultății de a efectua unele gesturi cotidiene și dependența față de familie contribuie la accentuarea stărilor depresive. Apare izolarea, ruperea de viața socială, întreruperea activității profesionale, toate acestea având un impact negativ asupra evoluției bolii. Terapia medicamentoasă poate influența această stare, corticoterapia prelungită putând să accentueze depresia, în timp ce utilizarea anumitor agenți terapeutici (leflunomid, metotrexate) ar putea scădea tendința la depresie și suicid al pacienților (20).

Evaluarea funcției renale intră în determinările uzuale ale pacientului cu poliartrită, deși afectarea renală nu este foarte frecvent întâlnită. Ca și manifestări extraarticulare putem întâlni amiloidoză renală, glomerulonefrite sau pot să se asocieze infecții de tract urinar, nefroangi-scleroza, hiperuricemia. Pentru monitorizarea funcției renale se vor determina periodic: uree, creatinina, acid uric, calcularea Clearance-ului la creatinină, sumarul de urină pentru depistarea albuminuriei, urocultura, ecografia abdomenopelvină. Cystatinul C ar putea fi considerat ca marker pentru afectarea renală și activitate crescută a poliartritei (21, 22).

S-a considerat multă vreme că poliartrita și mai ales terapia biologică ar crește riscul de neoplazii. Studiile au demonstrat că această creștere s-a observat în cazul limfoamelor mai ales nonhodgkiniene, cancerelor de piele, în timp ce alte studii au arătat că incidența cancerului de colon și de sân ar fi mai mici. Este

un subiect care încă necesită studii și în care persistă încă controverse (2).

În concluzie, medicul de familie își poate găsi locul în algoritmul de depistare precoce a bolnavilor cu poliartrită, precum și în evaluarea comorbidităților și a profilului pacientului cu poliartrită reumatoidă. Anamneza și cunoașterea antecedentelor heredocolaterale și personale ale bolnavului, examenul clinic complet, efectuarea unor analize de rutină la cabinet permit

diagnosticarea uneori în stadiul preclinic sau măcar la debutul bolii. Medicul de familie este cel căruia pacientul i se adresează pentru simptome minime, care recunoscute de către medic pot fi extrem de utile în depistarea precoce a bolii. De asemenea el este medicul în care pacientul are încredere și care trebuie să-i fie alături, să-l învețe să trăiască cu boala lui, să-i crească încrederea și calitatea vieții.

BIBLIOGRAFIE

- Ancuța I.** Dinamica și aderența la terapie biologică pentru poliartrita reumatoidă, spondilita anchilozantă și artropatia psoriazică în România, în perioada 2009-2013. *Revista Română de Reumatologie*. 2014; XXIII(2): 70-86.
- Predețeanu D., Herețiu L.** Poliartrita reumatoidă în actualitate. *Medicina internă*. 2012;(2).
- Ancuța I, Radu C.P.** Managementul pacientului cu poliartrită reumatoidă în România. *Management in health*. 2011; 15(2).
- Sparks J., Iversen M., Miller K.R.** Personalized Risk Estimator for Rheumatoid Arthritis (PRE-RA) Family Study: rationale and design for a randomized controlled trial evaluating rheumatoid arthritis risk education to first-degree relatives. *Contemp Clin Trials*. 2014 sep; 39(1): 145-57.
- Croitoru A.G., Mihai C., et al.** Implicațiile infecției parodontale la pacienții cu poliartrită reumatoidă. *Revista Română de Reumatologie*. 2013; XXII(2): 69-73.
- Croitoru A.G., Mihai C., et al.** Riscul cardiovascular la pacienții cu poliartrită reumatoidă și boală parodontală. *Revista Română de Reumatologie*. 2013; XXII(3): 129-136.
- Jecu D., Bojinca M., Voleanschi V.** Influența fumatului asupra răspunsului la tratamentul cu blocanți TNF-alpha la pacienții cu poliartrită reumatoidă. *Revista Română de Reumatologie*. 2011 Apr; XX(4): 254-259.
- Sugiyama D., Nishimura K., Tamaki K., et al.** Impact of smoking as a risk factor for developing rheumatoid arthritis: a meta-analysis of observational studies. *Ann Rheum Dis*. 2010 Jan; 69(1): 70-81.
- Hochberg M., Silman A.J., Smolen J.S., Weinblatt M.E., Weisman M.H.** Rheumatoid arthritis Philadelphia: Mosby Elsevier; 2009.
- Ionescu R.** Esențialul în reumatologie. București: Editura Medicală Amaltea; 2006.
- Cinteză M., Ștefania M.** Poliartrita reumatoidă vs diabetul zaharat, ca factor de risc pentru boala cardiovasculară: studiul CARRE. *Ann Rheum Dis*. 2009; 1395-1400.
- Kleinert S., Krueger K.** Cardiovascular comorbidity and its risk factors in rheumatoid arthritis. *Z Rheumatol*. 2011 Aug; 70(6): 464-72.
- Semb A.G., Rollefstad S., van Riel P., et al.** Cardiovascular disease assessment in rheumatoid arthritis: a guide to translating knowledge of cardiovascular risk into clinical practice. *Ann Rheum Dis*. 2014; 73: 1284-1288.
- García-Gómez C., Bianchi M., de la Fuente D., Badimon L., Padró T., Corbella E., et al.** Inflammation, lipid metabolism and cardiovascular risk in rheumatoid arthritis: A qualitative relationship? *World J Orthop*. 2014 Jul; 5(3): 304-11.
- Hazlewood L., Kaplan G.** The Impact of Obesity on Remission and Disease Activity in Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2016 mai; 9.
- Roux C., Briot K.** Ostéoporose des rhumatismes inflammatoires. *Revue du Rhumatisme*. 2015 Mar; 82(2): 91–97.
- Cosmescu D.C., Bălănescu A., Bojinca V.** Factori de risc în osteoporoza din poliartrita reumatoidă. *Revista Română de Reumatologie*. 2009; 18(4): 251-256.
- Raca I., Barbulescu A.L., et al.** Evaluarea osteoporozei și a riscului fracturării la pacienții cu poliartrită reumatoidă – corelații cu scorul de activitate a bolii. *Revista Română de Reumatologie*. 2012; XXI(4): 201-207.
- Lin M., Guo H.R., Lu M.C.** Increased risk of depression in patients with rheumatoid arthritis: a seven-year population-based cohort study. *Clinics (Sao Paulo)*. 2015 Feb; 70(2): 91-96.
- Pinho de Oliveira R., Rafael de Mello S.A., Ornelas A.C., et al.** Anxiety, depression and suicidal ideation in patients with rheumatoid arthritis in use of methotrexate, hydroxychloroquine, leflunomide and biological drugs. *Compr Psychiatry*. 2013 Nov; 54(8): 1185-9.
- Targońska-Stepniak B., Majdan M.** Cystatin C concentration is correlated with disease activity in rheumatoid arthritis patients. *Scandinavian Journal of Rheumatology*. 2011; 40(5): 341-346.
- Sato H., Kuroda T., Tanabe N., et al.** Cystatin C is a sensitive marker for detecting a reduced glomerular filtration rate when assessing chronic kidney disease in patients with rheumatoid arthritis and secondary amyloidosis. *Scandinavian Journal of Rheumatology*. 2010; 39(1): 33-37.