

3. Ivers RQ, Cumming RG, Mitchell P, et al. Diabetes and risk of fracture: The blue Mountains Eye Study. *Diabetes Care* 2001, 24:1198-203. [\[Medline\]](#)
4. Gregorio F, Cristallini S, Santeusano F, Filippini P, Fumelli P: Osteopenia associated with non-insulin-dependent diabetes mellitus: what are the causes? *Diabetes Res Clin Pract* 23:43–54, 1994 [\[Medline\]](#)
5. Kegan TH, Kesley JL, Sidney S, et al. Foot problems as risk factors of fractures. *Am J Epidemiol* (2002) 155:926-31. [\[Medline\]](#)
6. Lockshin M. (2002) Endocrine origins of rheumatic disease. *Postgrad Med.* 2002;111:87. [\[Medline\]](#)
7. Looker AC, Johnston CC Jr, Wahner HW, Dunn WL, Calvo MS, Harris TB, Heyse SP, Lindsay RL: Prevalence of low femoral bone density in older U.S. women from NHANES III. *J Bone Miner Res* 10:796–802, 1995 [\[Medline\]](#)
8. Mohsen Janghorbani; Rob M. Van Dam; Walter C. Willett; Frank B. Hu. *Am J Epidemiol* 2007,166(5):495-505. [\[Medline\]](#)
9. Mohsen Janghorbani, Feskanich D, Willett, et al. Prospective study of diabetes mellitus and risk of hip fracture: The Nurses Health Study. *Diabetes Care* 2006, 29: 1573-8. [\[Medline\]](#)
10. Munoz-Torrez M, Jodar E, Escobar-Jimenez F, et al. Bone mineral density measured by dual X-ray absorptiometry in Spanish patients with insulin-dependent diabetes mellitus. *Calcif Tissue Int*, 1996, 58:316-19. [\[Medline\]](#)
11. Nicodemus KK, Folsom AR. Type 1 and type 2 diabetes and incident hip fractures in postmenopausal women. *Diabetes Care* (2001) 24:1192-7. [\[Medline\]](#)
12. Piepkorn B, Kann P, Forst T, Andreas J, Pfuzner A, Beyer J: Bone mineral density and bone metabolism in diabetes mellitus. *Horm Metab Res* 29:584–591, 1997 [\[Medline\]](#)
13. Riggs B.L., Melton L.J. (1995) Osteoporosis. Etiology, diagnosis, and management. Lippincott-Raven-Press, New-York, P.521. [\[Medline\]](#)
14. Rais L.G., Kream B.E. (1993). Regulation of bone formation. *New Engl. J. Med.*, 309(1):29-35. [\[Medline\]](#)
15. Roverano S., Paiva S., Panaruo R., Corocini R., Fabiano A., Garcia S., (1994) Syndrome of limited joint mobility in diabetic patients. *Clin. Rheumatology*, 13(3):545-546. [\[Medline\]](#)
16. Traillet N., Gerster J., 1993, Forestier's disease and metabolic disorder. A prospective controlled study of 25 cases. *Rev. Rhum.*, 60: 274-279. [\[Medline\]](#)
17. Vogt MT, Cauley JA, Kuller LH, Nevitt MC: Bone mineral density and blood flow to the lower extremities. *J Bone Miner Res* 12:283–289, 1997 [\[Medline\]](#)
18. World Health Organization: *Assessment of Fracture Risk and Its Application to Screening for Postmenopausal Osteoporosis: Report of a WHO Study Group*. Geneva, World Health Org., 1994 (Tech. Rep. Ser., no. 843) [\[Medline\]](#)

## VALOAREA INSTRUMENTELOR DE EVALUARE ÎN DINAMICĂ A ARTICULAȚIILOR AXIALE ÎN ARTRITA PSORIAZICĂ

**Inga Bodrug**

Catedra de Boli Interne №3 USMF „Nicolae Testemițanu”

### **Summary**

#### **The value of tools evaluated in dynamic involvement of axial joints in psoriatic arthritis**

Objective: to focus the axial involvement of articular syndrome at patient with psoriatic arthritis. We studied 44 patients which were divided in 3 groups depending on disease duration. Articular syndrome was assessed by new validated tools in PsA. For enthesitis we used MASES

score and for axial and peripheral involvement – BASDAI, BASFI and DAS28 respectively. Dactylitis was assessed separately. We appreciated high level for DAS28 –  $12,7 \pm 0,8$ , for BASDAI –  $7,6 \pm 0,4$  and BASFI –  $7,7 \pm 0,4$  points in patient with severe evolutions of disease. Enthesitis was detected in all groups of patient, during different period of disease duration, with varied MASES score, the highest level was attested in group II.

### **Rezumat**

Scopul lucrării: focalizarea afectării axiale în cadrul sindromului articular la pacienții cu artrită psoriazică, a fost cercetat un lot de 44 de pacienți cu APs, devizați în 3 grupe în dependență de durata bolii. Sindromul articular a fost evaluat prin instrumentele recent validate pentru APs. Entezopatiile s-au determinat utilizând scorul MASES; afectarea articulațiilor periferice - prin indicele articular DAS28, afectarea axială s-a apreciat prin indicii BASFI și BASDAI, separat am analizat prezența dactilitei. Referitor la severitatea bolii cu variațiile indicelui articular DAS28 înalt, valoarea medie a fost  $12,7 \pm 0,8$ , pentru indicii BASDAI –  $7,6 \pm 0,4$  și BASFI –  $7,7 \pm 0,4$  puncte. Entezopatiile au fost atestate în toate grupele de studiu, fiind cea mai frecventă manifestare a sindromului articular. la diferite etape ale maladiei, dar preponderent la debutul bolii cu diverse variații ale scorului MASES, cel mai mare certificându-se în grupul II.

### **Actualitatea temei**

Artrita psoriazică (APs) este o afectare inflamatorie care se asociază cu psoriazisul. Afectarea articulară printre pacienții cu psoriazis constituie de la 6% la 42% (Gladman D. et al 2005). Conform datelor Wright V. (1976) se identifica cinci patterne clinice în cadrul artritei psoriazice: afectarea articulațiilor interfalangiene distale; oligoartrita asimetrică; forma poliarticulară - simetrică (similară artritei reumatoide); axială și leziunea articulară mutilantă. Ulterior Wright V. și Moll J., în 1976, semnalau că forma de afectare oligoarticulară este cea mai frecventă la pacienții cu artrită psoriazică. Cercetările prospective în multiplele publicații prezentă o varietate mare a patternelor clinice în APs., potrivit cărora se atestă predominarea paternului poliarticular vis-a-vis de celelalte tipuri de afectare. În opinia autorilor s-a evidențiat tendința afectării poliarticulare pe durata progresării maladiei (McHugh N. et al.2003; Mease P. et al. 2004; Gladman D. et al 2005).

Utilizarea instrumentelor moderne propuse de OMERAST (Outcome Measures in Rheumatology) și GRAPPA (The Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis), pentru evaluarea APs, tind să clarifice situația în acest amalgam de patterne articulare. Scorul DAS 28 și chestionarul HAQ, utilizate în cadrul artritei psoriazice caracterizează optimal articulațiile periferice (articulațiile mâinilor, genunchii, umerii și coatele), tot aici se asociază dactilita, fiind considerată – semn patognomic pentru artrita psoriazică (Mease P. et al. 2004). Entezopatiile se conturează tot mai insistent, drept parte componentă a sindromului articular și sunt evaluate prin scorul MASES (Maastricht Ankylosing Spondylitis Enthesis Score), Antoni C. et al. 2005. Afectarea axială (articulațiile sacroileace, coxofemorale și coloana vertebrală) se poziționează pe locul trei al patternelor, după entezopatii și afectarea articulară periferică, evaluându - se prin indicele de activitate BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) și indicele funcțional BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index), Antoni C. et al. 2005.

BASDAI reprezintă un chestionar din șase întrebări adresate pacientului, raportate la scara analogică vizuală pe un diapazon de 10 puncte, ce țin de obiectivizarea indicelui activității în articulațiile axiale la etapa examinării, a cărei validitate corespunde unei săptămâni. Pentru a obține rezultatul se calculează valoarea medie a punctelor certificate în raport cu scara analogică vizuală, indicele variind între 0 și 10 puncte (valoare maximală).

BASFI reprezintă un chestionar din 10 întrebări adresate pacientului, de asemenea raportate la scara analogică vizuală, dar caracterizează în deosebi abilitățile funcționale ale acestuia, în cazul afectării articulațiilor axiale. Rezultatul obținut este valoarea medie a

punctelor, în corelare cu scara analogică vizuală, valabile pe parcursul unei săptămâni, variază între 0 și 10 puncte.

Considerațiile științifice expuse în context ne-au condus la ideea de a examina un grup de pacienți, cu artrită psoriazică, pentru a analiza particularitățile sindromului articular la pacienții cu artrită psoriazică prin prisma instrumentelor recente de evaluare, în dinamica bolii.

### Obiectivele lucrării

Determinarea importanța utilizării instrumentelor de evaluare a artritei psoriazice, în scopul focalizării afectării axiale.

### Materiale și metode

A fost cercetat un lot de 44 de pacienți cu artrită psoriazică, vârsta medie  $32 \pm 6,4$  (variații de la 18 la 78) ani ( $p > 0.05$ ), spitalizați în Institutul de Cardiologie sau consultați în clinica universitară a USMF „Nicolae Testemițanu” pe parcursul anilor 2006 -2008.

S-au analizat următorii parametri: genderul, vârsta, durata maladiei. Sindromul articular a fost evaluat prin instrumentele recent validate pentru artrita psoriazică. Entezopatiile s-au determinat utilizând scorul MASES, ce caracterizează afectarea entezială (locurile de inserție a ligamentelor, tendoanelor, fasciilor musculare pe os sau suprafața articulară), prin 13 puncte enteziale, stabilite standart de către L Heuft-Dorenbosch et al în 2003, afectarea articulațiilor periferice - prin indicele articular DAS28, afectarea axială s-a apreciat prin indicii BASFI și BASDAI, separat am analizat prezența dactilitei, ce reprezintă afectarea a 2 articulații ale unui deget și a ligamentelor adiacente. Lotul de pacienți a fost stratificat în trei grupe după durata artritei psoriazice. În I grup au fost plasați 12 pacienți cu o durată a maladiei între (0 – 12) luni; grupul II - 11 pacienți cu durata bolii (13 - 60) luni și grupul III - 21 de pacienți, cu durata mai mare de 61 luni (peste 5 ani) de boală.

### Rezultate

În lotul examinat raportul gender a fost 24/20 - femei/bărbați respectiv. Grupe în dependență de durata bolii sunt prezentate în tabelul 1.

**Tabelul 1**

**Datele cercetărilor prin instrumente ale lotului de studiu n = 44**

| Manifestări                 | <b>I gr.</b>           | <b>II gr.</b>          | <b>III gr.</b>         |
|-----------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
|                             | <b>12(27%)pacienți</b> | <b>11(25%)pacienți</b> | <b>21(48%)pacienți</b> |
| Durata bolii                | 0 – 12 luni            | 13- 60 luni            | Mai mare de 60 de luni |
| <b>Entezopatii</b>          | 11(92%)                | 9(82%)                 | 19(90%)                |
| Scorul MASES                | (4-8) puncte           | (8-13) puncte          | (6-9) puncte           |
| Valoarea medie              | (6,5 $\pm$ 1,4)        | (10,4 $\pm$ 1,2)       | (7,2 $\pm$ 1,4)        |
| <b>Afectarea periferică</b> | 4(33%)                 | 8(73%)                 | 11(52%)                |
| DAS 28                      | (4,8 -6,2)puncte       | (5,8 -8,2)puncte       | (7,8 -14,2)puncte      |
| Valoarea medie              | (5,0 $\pm$ 0,8)        | (6,7 $\pm$ 0,8)        | (12,7 $\pm$ 0,8)       |
| Dactilita                   | 4 (36%)                | 5(45%)                 | —                      |
| <b>Afectarea axială</b>     | —                      | 4(37%)                 | 10 (48%)               |
| Indicele BASDAI             | —                      | (4,8- 5,9)puncte       | (6,8- 8,2)puncte       |
| Valoarea medie              | —                      | (5,2 $\pm$ 0.4)        | (7.6 $\pm$ 0.4)        |
| Indicele BASFI              | —                      | (5,3- 6,2)puncte       | (7,2 -8,4)puncte       |
| Valoarea medie              | —                      | (5,8 $\pm$ 0.2)        | (7.7 $\pm$ 0.4)        |

Din tabelul afișat constatăm că : în grupul unu din 12(27%) pacienți, pacienți cu o durată a maladiei între (0 – 12) luni, durata medie A fost  $10 \pm 1,5$ ( $p>0.05$ ) luni, la 11 pacienți s-au determinat entezopatii, scorul MASES a variat de la (4 la 8) puncte, cu valoarea medie de  $(6,5 \pm 1,4)$ ; 4 pacienți au manifestat afectarea articulară periferică, indicele articular DAS28 a fost de la (4,8 la 6,2), cu valoarea medie de  $(5,0 \pm 0,8)$ . Dactilita a fost prezentă la 4 pacienți din acest grup, în timp ce afectarea axială nu s-a depistat.

În grupul II - 11(25%) pacienți, a căror durată a bolii a variat între (13 - 60) luni, durata medie a fost  $44 \pm 11,5$  ( $p>0,05$ ) luni, la 9 pacienți s-au determinat entezopatii, scorul MASES fiind de la (8 la 13) puncte, cu valoarea medie  $(10,4 \pm 1,2)$ ; 8 pacienți au prezentat afectare articulară periferică, indicele articular DAS28 a variat  $(5,8 - 8,2)$ , cu valoarea medie  $(6,7 \pm 0,8)$ . Dactilita a fost prezentă la circa jumătate de pacienți; afectarea axială s-a depistat la 4 pacienți cu variațiile indicelor BASDAI între (4,8- 5,9) și BASFI între (5,3 – 6,2) puncte.

Grupul III a inclus 21(48%) pacienți cu o durată a bolii de la 61 și mai multe luni, durata medie a bolii fiind de  $176 \pm 62$  ( $p>0.05$ ) luni. La 19 pacienți s-au determinat entezopatii, scorul MASES a variat de la (6 la 9) puncte, cu valoarea medie  $(7,2 \pm 1,4)$ ; 11 pacienți au avut afectare articulară periferică, indicele articular DAS28 variind de la (7,8 la 14,2), cu valoarea medie  $(12,7 \pm 0,8)$ . Dactilita nu a fost prezentă la pacienții din acest grup; afectarea axială s-a depistat la 10 pacienți cu variațiile indicelor BASDAI între (6,8- 8,2) și BASFI între (7,2 – 8,4) puncte.

Așa dar, divizând pacienții după durata bolii în 3 grupuri constatăm că scorul MASES, a fost mai mare în lotul de la 13 la 60 de luni, cu valoarea medie  $(10,4 \pm 1,2)$ . DAS 28 a constituit  $(6,7 \pm 0,8)$ , dar afectarea axială s-a instalat după un an de boală. Analizând datele complexe, în filiația lor, se pune în evidență că în lotul III din studiu s-au inclus circa jumătate din pacienți, adică cu durata bolii peste 60 luni - 48% față de 27% și 25% pacienți din grupul I și II, respectiv. Această ambiguitate a rezultatelor se poate comenta ca o actualitate ce caută să se exprime prin necesitatea de spitalizare a pacienților la etapele precoce ale maladiei. Atât afectarea articulațiilor periferice cât și modificările în articulațiile axiale în acest grup s-au manifestat similar în ce privește frecvența 11 (52%) și 10 (48%) pacienți, respectiv. Urmărind cursul evenimentelor referitor la severitatea bolii cu variațiile indicelui articular DAS28 înalt, valoarea medie a fost  $12,7 \pm 0,8$ , indicii BASDAI –  $7.6 \pm 0.4$  și BASFI –  $7.7 \pm 0.4$  puncte. În grupul I și II afectarea articulațiilor periferice a fost diferită, constatăm 4 și 8 pacienți respectiv, dactilita în aceste grupe s-a manifestat practic în egală măsură 4 și 5 pacienți. Afectarea axială în grupul II a fost mai puțin marcată față de pacienții grupului III și nu s-a depistat în grupul I. Entezopatiile au fost atestate în toate grupele de studiu, fiind cea mai frecventă manifestare a sindromului articular, la diferite etape ale maladiei, dar preponderent la debutul bolii cu diverse variații ale scorului MASES, cel mai mare certificându-se în grupul II. Astfel am făcând tentativa de a utiliza instrumentele validate pentru aprecierea particularităților sindromului articular la pacienții cu APs pe durată, am conchis că ele sunt sensibile atât referitor la afectarea articulațiilor periferice, cât și celor axiale. Special am analizat atingerea articulațiilor axiale în cadrul artritei psoriazice prin instrumente validate din două puncte de vedere: indecele activității BASDAI și indicele funcțional BASFI

### **Concluzii**

1. Entezopatiile sunt cele mai frecvente manifestări ale sindromului articular și pot fi determinate pe tot parcursul bolii, chiar de la etapele inițiale.
2. Afectarea articulară periferică este caracteristică în primul an de la debutul artritei psoriazice și se agravează în timp, devenind mai severă după 5 ani de evoluție. Dactilita este caracteristică pentru debutul bolii și persistă în primii ani de evoluție a ei.
3. Afectarea axială mai frecvent este manifestare tardivă a sindromului articular la pacienții cu APs și evoluiază mai grav după de 5 ani de boală.
4. Utilizarea instrumentelor BASFI și BASDAI permite depistarea precoce a afectării axiale, în context clinic asociat la celelalte 2 tipuri de afectare articulară.

## Referințe

1. Antoni C, Kavanaugh A, Kirkham B, Burmester G, Weisman MH, Keystone E, *et al.* The infliximab multinational psoriatic arthritis controlled trial: substantial efficacy on synovitis and psoriatic lesions with or without concomitant DMARD therapy. *Arthritis Rheum* 2005; p. 448-451.
2. Gladman D., Antoni C., Mease P., Clegg D. and Nash P., *Ann Rheum Dis* 2005; 64; p. 14-17
3. Gladman DD, Rahman P. Psoriatic arthritis. In: Ruddy S, Harris ED, Sledge CB, Budd RC, Sarjent JS, eds. In: *Kelly's Textbook of Rheumatology*, 6th edn. Philadelphia: WB Saunders Co, 2001: p. 1071-1079
4. Heuft-Dorenbosch L, Spoorbergen A, van Tubergen A, Landewe R, van der Tempel H, Mielants H, *et al.* Assessment of enthesitis in ankylosing spondylitis. *Ann Rheum Dis* 2003;62:127-32.
5. McHugh NJ, Balachrishnan C, Jones SM. Progression of peripheral joint disease in psoriatic arthritis: a 5-yr prospective study. *Rheumatology (Oxford)* 2003; 42: p.778-783.
6. Mease P, Kivitz A, Burch F, Siegel E, Cohen S, Ory P, *et al.* Etanercept treatment of psoriatic arthritis: safety, efficacy, and effect on disease progression. *Arthritis Rheum* 2004 p. 224-226.
7. Wright V, Moll JMH. Psoriatic arthritis. In: Wright V, Moll JMH, eds. *Seronegative polyarthritis*. Amsterdam: North Holland Publishing Co, 1976: p. 169-223.

## STUDII COMPARATIVE ALE BOLII MIXTE A ȚESUTULUI CONJUNCTIV ȘI SCLERODERMIEI DIFUZE DE SISTEM

Felicia Lupașcu-Volentir

Catedra Medicină Internă a Facultății de rezidențiat și Secundariat clinic nr.1 a  
Universității de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu"

### Summary

#### Comparative study of Mixed Connective Tissue Disease and Systemic Sclerosis

Appearance of mixed connective tissue disease (MCTD) in the world is not enough studied. In this study we demonstrated particularity of similitude and differences of large clinical and biochemist indexes at 75 patients with MCTD and SS, which who diagnosed by ARA criteria. In conclusion we have determinated that MCTD had more relevant indexes in ESP, C-reactive protein and rheumatoid factor comparative with SS.

### Rezumat

Răspândirea bolii mixte a țesutului conjunctiv (BMȚC) în lume este slab studiată. În acest studiu s-a demonstrat particularități de similitudine și diferențiere a unor șir de indici clinici și biochimici la 75 de pacienți cu BMȚC și SSD, diagnosticul fiind confirmat de către ARA. În concluzie s-a determinat că spre deosebire de SSD, în cazul BMȚC au fost mai pronunțate procesele inflamatorii, manifestate prin valori semnificative ale VSH, proteinei C-reactive, factorului reumatoid seropozitiv.

### Actualitatea temei

Grupul de maladii difuze ale țesutului conjunctiv cuprinde un grup de forme nozologice, care definesc inflamația sistemică a diferitelor organe și sisteme de organe, combinate cu dezvoltarea proceselor autoimune și imunocomplexe, dar și cu dezvoltarea în exces a fibrozei cutanate și viscerale. Acest grup cuprinde lupusul eritematos sistemic, sclerodermia difuză de sistem (SSD), boala mixtă de țesut conjunctiv (BMȚC), artrita reumatoidă, poliomiiozita și sindromul Sjogren.