

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ : ΤΟΜΕΑΣ ΠΑΘΟΛΟΓΙΑΣ

ΡΕΥΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ : ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΛΑΖΑΡΟΣ Ι. ΣΑΚΚΑΣ

**Η ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΡΕΥΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ ΣΤΟ
ΝΟΜΟ ΜΑΓΝΗΣΙΑΣ**

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

ΤΟΥ

ΙΩΑΝΝΗ ΑΝΑΓΝΩΣΤΟΠΟΥΛΟΥ

Ιατρού Ρευματολόγου

Βόλος 2010

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

1. Καθηγητής Λάζαρος Ι. Σακκάς. Επιβλέπων καθηγητής
2. Αναπληρωτής καθηγητής Ηλίας Ζιντζαράς
3. Αναπληρωτής καθηγητής Γεώργιος Κουκούλης

ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

1. Καθηγητής Λάζαρος Σακκάς
2. Αναπληρωτής καθηγητής Ηλίας Ζιντζαράς
3. Αναπληρωτής καθηγητής Γεώργιος Κουκούλης
4. Καθηγητής Κων/νος Χατζηθεοφίλου
5. Αναπληρωτής καθηγητής Χρήστος Παπανδρέου
6. Αναπληρωτής καθηγητής Ιωάννης Στεφανίδης
7. Αναπληρωτής καθηγητής Σπυρίδων Ποταμιάνος

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Σελίδα

ΣΥΝΤΜΗΣΕΙΣ	6
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	10
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΤΗΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ	11
ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΑ ΑΓΓΛΙΚΑ	13

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.ΕΙΣΑΓΩΓΗ	15
2.ΡΕΥΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ	19
2.1. Ρευματοειδής αρθρίτιδα	19
2.2. Αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα	19
2.3. Ψωριασική αρθρίτιδα	20
2.4. Συστηματικός ερυθηματώδης λύκος	20
2.5. Σύνδρομο Sjogren	20
2.6. Συστηματική σκλήρυνση	21
2.7. Ιδιοπαθείς μυοσίτιδες	21
2.8. Αγγειίτιδες	22
2.9. Ουρική αρθρίτιδα	22
2.10. Οστεοαρθρίτιδα	23
3.ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΩΝ ΡΕΥΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ	24
3.1. Ρευματοειδής αρθρίτιδα	24
3.2. Αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα	24
3.3. Ψωριασική αρθρίτιδα	25
3.4. Συστηματικός ερυθηματώδης λύκος	26
3.5. Σύνδρομο Sjogren	26
3.6. Συστηματική σκλήρυνση	28
3.7. Ιδιοπαθείς μυοσίτιδες	28
3.8. Αγγειίτιδες	29
3.9. Ουρική αρθρίτιδα	29
3.10.Οστεοαρθρίτιδα	30

4.ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΡΕΥΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ	32
4.1. Ρευματοειδής αρθρίτιδα	32
4.2. Αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα	33
4.3. Ψωριασική αρθρίτιδα	35
4.4. Συστηματικός ερυθηματώδης λύκος	36
4.5. Σύνδρομο Sjogren	37
4.6. Συστηματική σκλήρυνση	38
4.7. Ιδιοπαθείς μυοσίτιδες	39
4.8. Αγγειίτιδες	39
4.9. Ουρική αρθρίτιδα	41
4.10. Οστεοαρθρίτιδα	42
5.ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΩΝ ΡΕΥΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ	44
5.1. Ρευματοειδής αρθρίτιδα	44
5.2. Αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα	49
5.3. Ψωριασική αρθρίτιδα	51
5.4. Συστηματικός ερυθηματώδης λύκος	53
5.5. Σύνδρομο Sjogren	56
5.6. Συστηματική σκλήρυνση	57
5.7. Ιδιοπαθείς μυοσίτιδες	59
5.8. Αγγειίτιδες	61
5.9. Ουρική αρθρίτιδα	62
5.10. Οστεοαρθρίτιδα	63
6.ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	65
<u>ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</u>	
7.ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ	67
8.ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	73
9.ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	74
<u>ΣΥΖΗΤΗΣΗ</u>	78
<u>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</u>	85
<u>ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ ΠΟΥ ΠΡΟΕΚΥΨΑΝ ΑΠΟ ΤΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΥΤΗ</u>	115
<u>ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΣΕ ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΑΠΟ ΤΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΥΤΗ</u>	115

ΣΥΝΤΜΗΣΕΙΣ

AAIR= Age – Adjusted Incidence Rates = Ποσοστά επίπτωσης προσαρμοσμένα με την ηλικία.

ACR = American College of Rheumatology = Αμερικανικό Κολλέγιο Ρευματολογίας.

ΑΕΠ = Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν.

AIDS = Acquired immunodeficiency syndrome = σύνδρομο επίκτητης ανοσοανεπάρκειας.

ΑΜΣΣ = Αυχενική Μοίρα Σπονδυλικής Στήλης.

ANA= αντιπυρινικά αντισώματα.

AKA = Antikeratin antibodies= Αντισώματα έναντι κερατίνης.

ANDAR = Εθνική Οργάνωση Ρευματοπαθών

Αντι – CCP = αντισώματα έναντι κυκλικού κίτρουλλινιωμένου πεπτιδίου

Αντι- β2 GPI (Ig G, Ig M)= αντισώματα έναντι β2 γλυκοπρωτεΐνης

Anti- CL (IgM, IgG) = αντισώματα έναντι καρδιολιπίνης

Αντι- Scl 70 = αντισώματα κατά της τοποϊσομεράσης -1

Αντι – RNP = αντισώματα κατά Ριβονουκλεοπρωτεΐνης.

Αντι – PM = αντισώματα κατά πολυμυοσίτιδας.

Αντι- PM – Scl = αντισώματα κατά πολυμυοσίτιδας – σκληροδέρματος.

Αντι – TPO = αντισώματα κατά θυροειδικής υπεροξειδάσης.

Αντι – TNF = αντισώματα κατά του παράγοντα νέκρωσης των όγκων .

Αντι- DNA= αντισώματα κατά του φυσικού DNA

Αντι –dsDNA = αντισώματα κατά διπλής έλικας DNA.

Αντι – Sm = αντισώματα κατά του Sm πυρηνικού αντιγόνου.

Αντι- Ro/SS-A = αντισώματα κατά αντιγόνου A/ Ro

Αντι – La/SS-B = αντισώματα κατά αντιγόνου B/La

ΑΣ = Αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα

BASDAI =Bath ankylosing spondylitis Disease Activity Index = δείκτης λειτουργικότητας και δραστηριότητας της νόσου για την ΑΣ

BASFI = Bath ankylosing spondylitis Functional Index= Δείκτης λειτουργικής ικανότητας για την ΑΣ

ΓΚΑ = Γιγαντοκυτταρική Αρτηρίτιδα.

CASPAR = Classification of Psoriatic Arthritis Study group= ομάδα μελέτης κατάταξης της ψωριασικής αρθρίτιδας.

CI = Confidence Interval = διάστημα πιστότητας

CPK = Κρεατινοφωσφοκινάση.

DALY= Disability –Adjusted Life Years = Αναπηρία προσαρμοσμένη σε έτη ζωής.

DMARDS = Disease modifying antirheumatic drugs = Τροποποιητικά της νόσου αντιρευματικά φάρμακα.

DSSI SAD = Dilusions Symptoms States Inventory - States of Anxiety and Depression = Καταγραφή συμπτωμάτων απογοήτευσης – κατάστασης άγχους και κατάθλιψης.

EA = Εκφυλιστική Αρθροπάθεια.

E.I.P.E = Εθνικό Ίδρυμα Ρευματολογικών Ερευνών .

ESSG= Εθνική Ερευνητική Ομάδα Μελέτης Σπονδυλοαρθριτίδων .

ESORDIG=Estimates of Rheumatic Diseases in Greece= Εκτίμηση των Ρευματικών Νοσημάτων στην Ελλάδα.

EQ – 5D – 5 =Euro QoL – 5 = Dimention questionnaire =Ευρωπαϊκό Ερωτηματολόγιο εκτίμησης κατάστασης ποιότητας ζωής

FCA= προσέγγιση δαπανών τριβής

FFBH = λειτουργικό ερωτηματολόγιο ικανότητας του Αννόβερου

GAQ 1.0 = Questionnaire Assessment Gout No 1= Ερωτηματολόγιο εκτίμησης της ουρικής αρθρίτιδας No 1

GAQ 2.0= Questionare Assessment Gout No 2= Ερωτηματολόγιο εκτίμησης της ουρικής αρθρίτιδας No 2

GHQ= General Health Questionnaire =Ερωτηματολόγιο γενικής υγείας.

GI= Gout Impact = επίπτωση ουρικής αρθρίτιδας

HAD scales = Health Activity Disease scales = κλίμακες ενεργότητας και υγείας της νόσου.

HAQ = Health Assessment Questionnaire= ερωτηματολόγιο εκτίμησης της υγείας.

HCA= Human Capability Aproach = προσέγγιση του ανθρώπινου δυναμικού.

HFQ= Health and Fatigue Questionnaire = ερωτηματολόγιο υγείας και κόπωσης .

HDHQ= Hostility and Direction of Hostility questionnaire = ερωτηματολόγιο εχθρότητας και κατεύθυνσης εχθρότητας.

HMG= Ηλεκτρομυογράφημα .

HIV = Ιός ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας.

HLA = Μείζων σύμπλεγμα ιστοσυμβατότητας.

HPIA = Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής.

ICE = Incremental Cost – Effectiveness ratios= ακτίνα αυξανόμενου κόστους – αποτελέσματος

IgM = ανοσοσφαιρίνη M.

IgG = ανοσοσφαιρίνη G .

IVCS=Intravenous corticosteroids = ενδοφλέβια χορήγηση κορτικοστεροειδών.

JDM = Νεανική δερματομυοσίτιδα

LDH= Γαλακτική Δεϋδρογενάση.

MNSI = Μικτή νόσος συνδετικού ιστού.

MKΦ = MCP =Μετακαρποφαλαγγική.

MΣΣ= Μυοσκελετικό σύστημα.

ΜΤΦ= ΜΤΡ = Μεταταρσοφαλαγγική .
 ΝΧΑ= Νεανική χρόνια αρθρίτιδα.
 ΝΑΔΩ = Εθνική ομάδα εργασίας για αρθρίτιδες.
 ΝΗΑΝΕΣ = Κέντρο Εξέτασης και Ερευνών Εθνικής Υγείας και Τροφών των ΗΠΑ.
 ΝΗΙΣ = Εθνική Ομάδα Ερευνών Υγείας.
 ΟΑ = Οστεοαρθρίτιδα.
 ΟCΣ= Oral Corticosteroids=Από του στόματος λήψη κορτικοστεροειδών
 ΟR = Odds Ratio= αναλογία πιθανοτήτων
 ΟΥΑ= Ουρική Αρθρίτιδα.
 ΟΜΣΣ = Οσφυϊκή Μοίρα Σπονδυλικής Στήλης.
 ρSS = Πρωτοπαθές σύνδρομο Sjogren .
 ΡΑΣ = Patient Activity Scale = Κλίμακα ενεργότητας ασθενούς .
 ΡΑΣ 175 = Patient Activity Scale 175= Κλίμακα ενεργότητας 175 της ΨΑ
 ΡΑΣΙ=Psoriasis Area and Severity Index = Δείκτης έκτασης και σοβαρότητας της ψωρίασης
 Ρ value = Στατιστική σημαντικότητα.
 QALY= Quality Adjusted Life /Years = Ποιότητα ζωής προσαρμοσμένη με τα έτη.
 QoL – Quality of life = Ποιότητα ζωής
 QoL-Derma = Quality of Life with Dermatomyositis = Ποιότητα ζωής ασθενών με δερματομυοσίτιδα
 ΡΝ= Ρευματικά νοσήματα.
 ΡΠ= Ρευματική πολυμυαλγία.
 ΡΑ = Ρευματοειδής αρθρίτιδα.
 ΡF= Rheumatoid factor = Ρευματοειδής παράγοντας.
 SF – 36 evaluation = Short Form – 36 = Σύντομος τρόπος εκτίμησης
 SLC A 29=Πολυμορφικό γονίδιο του μεταφορέα του ουρικού οξέος του νεφρικού σωληναρίου
 SpA= Σπονδυλοαρθρίτιδες.
 Scl = Σκληρόδερμα.
 SCL – 70 = Τοποίσομεράση I .
 SCL – 90 R = Symptom Check List -90 R = Κατάστασης ελέγχου συμπτωμάτων - 90 R .
 ΣΕΛ = Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος.
 SF – 36 = Short Form evaluation= Σύντομη φόρμα εκτίμησης – 36
 ΣΙ= Συνδετικός Ιστός.
 SΙR = Standardized Incidence Ratios = Τυποποιημένες αναλογίες επίπτωσης .
 SS= Σύνδρομο Sjogren .
 SD = Standart Deviation = Σταθερή απόκλιση.
 ΣΣ = Σπονδυλική στήλη.

ΤΚΕ= Ταχύτητα καθίζησης ερυθρών αιμοσφαιρίων.

UK= Ηνωμένο Βασίλειο.

ΦΦ = Φαλαγγοφαλαγγική άρθρωση .

VAS = Visual Analogue Scale = Οπτική αναλογική κλίμακα.

V.D.R.L.= Venereal Disease Research Lab = Εργαστήριο έρευνας αφροδισίων νόσων .

WD= Work Disability = Εργασιακή ανικανότητα

WHO QOL- BREF = Bref Questionnaire of Quality of Life = σύντομο ερωτηματολόγιο ποιότητας ζωής.

ΨΑ = Ψωριασική Αρθρίτιδα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θερμές ευχαριστίες στον επιβλέποντα Καθηγητή κ. Λάζαρο Ι. Σακκά και τα μέλη της τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής Η. Ζιντζαρά και Γ. Κουκούλη, για την καθοδήγησή τους στη μελέτη αυτή. Ιδιαίτερα, ευχαριστώ τον Καθηγητή κ. Λάζαρο Ι. Σακκά για τη συνεχή ενθάρυνση στην πορεία της μελέτης και τη μεγάλη βοήθεια στη συγγραφή της διατριβής. Τον Αναπληρωτή καθηγητή κ. Ηλία Ζιντζαρά για τη βοήθεια στο σχεδιασμό της μελέτης και την κ. Αφροδίτη Παπαθανασίου για τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων. Τον κ. Ευάγγελο Ντάβα, Ιωάννη Αλεξίου για τη βοήθεια τους στη βιβλιογραφική ενημέρωση. Τέλος ευχαριστώ τους κατοίκους του Νομού Μαγνησίας που εθελοντικά συμμετείχαν στη μελέτη αυτή και έκαναν δυνατή την πραγμάτωσή της. Έτσι έδωσαν πολύτιμα στοιχεία για τη συχνότητα των ρευματικών νόσων στην Ελλάδα.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός. Ο στόχος αυτής της μελέτης ήταν να εκτιμήσουμε τον επιπολασμό των ρευματικών νόσων στον ενήλικα πληθυσμό του Νομού Μαγνησίας, μιας αντιπροσωπευτικής περιοχής της Ελλάδας με αστικό, αγροτικό, ορεινό, και νησιωτικό πληθυσμό.

Μέθοδος. Αποστείλαμε ένα ερωτηματολόγιο σε 3.528 άτομα που αντιπροσώπευαν το 2% του συνόλου των κατοίκων (176.433) της Νομαρχίας Μαγνησίας. Η μελέτη διεξήχθη σε 2.216 κατοίκους πόλεων, που αντιπροσώπευαν το 2% του αστικού πληθυσμού, σε 723 κατοίκους αγροτικών περιοχών, που αντιπροσώπευαν το 2% του αγροτικού πληθυσμού σε 254 κατοίκους νησιών που αντιπροσώπευαν το 2% του νησιωτικού πληθυσμού και 335 κατοίκους ορεινών περιοχών που αντιπροσώπευαν το 2% του ορεινού πληθυσμού.

Επιλέξαμε τυχαία τους αστικούς κατοίκους χρησιμοποιώντας από την Νομαρχία τους αλφαβητικούς καταλόγους, επιλέγοντας τον αριθμό 8 σαν πρώτο άτομο, το Νο 108 ($50 \times 2 + 8 = 108$) για το δεύτερο άτομο, το Νο 158 ($50 \times 3 + 8 = 158$) για το τρίτο άτομο, και ακολουθήσαμε την ίδια μέθοδο μέχρι να συγκεντρώσουμε 2.216 άτομα. Άτομα που απάντησαν θετικά για ένα ρευματικό νόσημα κλήθηκαν για κλινική εξέταση από ένα ρευματολόγο ή με κανονισμένο ραντεβού στα σπίτια τους. Η διάγνωση των ρευματικών νόσων βασίστηκε στα κριτήρια ταξινόμησης των αντίστοιχων νόσων.

Αποτελέσματα. Απάντησαν 1705 κάτοικοι (συχνότητα απαντήσεων 44,51%), 420 ανέφεραν θετικά για ρευματικό νόσημα και κλήθηκαν για κλινική εκτίμηση. Από αυτούς οι 48 είχαν διαγνωσθεί σε Ρευματολογικές Κλινικές Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων, 63 σε Ρευματολογικές Κλινικές Γενικών Νοσοκομείων και 36 από Ιδιώτες Ρευματολόγους. Οι υπόλοιποι 273 επανεξετάστηκαν από Ρευματολόγο. Βρήκαμε 10 ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα (ΡΑ) (επιπολασμός 0,58% [95% CI 0,32 – 0,87]), 5 ασθενείς με αγκυλωτική σπονδυλίτιδα (ΑΣ), (επιπολασμός 0,29% [95% CI 0,28–0,94]), 6 ασθενείς με ψωριασική αρθρίτιδα (ΨΑ), (επιπολασμός 0,35% [95% CI 0,33– 1,13]), 4 ασθενείς με πρωτοπαθές σύνδρομο Sjogren (pSS), (επιπολασμός 0,23% [95% CI 0,22–0,75]), 1 ασθενή με Σκληρόδερμα (ScL), (επιπολασμός 0,05% [95% CI 0,05–0,18]), 2 ασθενείς με συστηματικό ερυθρηματώδη λύκο (ΣΕΛ), (επιπολασμός 0,11% [95% CI 0,11–0,37]), 1 ασθενή με δερματομυοσίτιδα (DM) (επιπολασμός 0,05% [95% CI 0,05–0,18]), 2 ασθενείς με αγγειίτιδα (1 κνηδωτική και 1 γιγαντοκυτταρική αρτηρίτιδα) (επιπολασμός 0,11% [95% CI 0,11 – 0,37]), 81 ασθενείς με ουρική αρθρίτιδα (ΟΥΑ) (επιπολασμός 4,75% [95% CI 4,41–5,13]), και 304 ασθενείς με οστεοαρθρίτιδα (ΟΑ) (επιπολασμός

17,82% [95% CI 16,50 - 19,34]). Η ΟΥΑ συσχετίζονταν με άρρεν φύλο, σακχαρώδη διαβήτη και υπέρταση ενώ η ΟΑ συσχετίζονταν με την ηλικία το γυναικείο φύλο και την υπέρταση.

Συμπεράσματα. Στο Νομό Μαγνησίας, οι ρευματικές νόσοι απαντούν στο 24,63% του ενήλικου πληθυσμού. Η ΟΑ είναι η πιο συχνή ρευματική νόσος, ακολουθούμενη από την ΟΥΑ.

ABSTRACT

Objective. The aim of this study was to estimate the prevalence of the rheumatic diseases in the adult population of the Prefecture of Magnesia, a representative area of Greece with urban, rural, mountainous, and islander inhabitants.

Methods. A questionnaire was mailed to 3,528 persons who corresponded to 2% of the total population of 176,433 of the Prefecture of Magnesia. The study was conducted in 2,216 urban inhabitants who represented the 2% of the urban population, in 723 rural inhabitants who represented the 2% of the rural population, in 254 island inhabitants who represented the 2% of the island population, and 335 highland inhabitants who represented the 2% of the highland population. We selected the urban inhabitants randomly using the prefecture alphabetic catalogue, choosing the number 8 as the first person, the No 108 ($50 \times 2 + 8 = 108$) for the second person, the No 158 ($50 \times 3 + 8 = 158$) for the third person, and we followed the same method until gathering 2,216 subjects. Persons who reported a disease were invited for a clinical examination by a Rheumatologist or an appointment was arranged at their homes. Diagnosis was based on the established criteria for each disease.

Results. Of 1,705 residents who answered (response rate 44.51%), 420 reported a disease and all were invited for a clinical validation by a Rheumatologist. Of those patients, 48 had been diagnosed in Rheumatology Clinics of University Hospitals, 63 in Rheumatology Clinics of General Hospitals, and 36 patients by private practice Rheumatologists. The remaining 273 were reevaluated for fulfillment of ACR criteria by a Rheumatologist. Overall, we found 10 cases of rheumatoid arthritis (RA) (prevalence, 0.58%; 95% CI 0.32–0.87), 5 cases of ankylosing spondylitis (AS) (prevalence, 0.29%; 95% CI 0.28–0.94), 6 cases of psoriatic arthritis (PsA) (prevalence, 0.35%; 95% CI 0.33–1.13), 4 cases of primary Sjogren's syndrome (pSS) (prevalence, 0.23%; 95% CI 0.22–0.75), 1 case of Scleroderma (ScL) (prevalence, 0.05%; 95% CI 0.05–0.18), 2 cases of systemic lupus erythematosus (SLE) (prevalence, 0.11%; 95% CI 0.11–0.37), 1 case of dermatomyositis (DM) (prevalence, 0.05%; 95% CI 0.05–0.18), 2 cases of vasculitis (one urticarial vasculitis, and one of giant cell arteritis) (prevalence, 0.11%; 95% CI 0.11–0.37), 81 cases of gout (prevalence, 4.75%; 95% CI 4.41–5.13), and 304 cases of osteoarthritis (OA) (prevalence, 17.82%; 95% CI 16.50–19.34). Gout was associated with male gender, diabetes mellitus and hypertension, and OA was associated with age, female gender and hypertension.

Conclusions. Rheumatic diseases are very frequent in the prefecture of Magneia, affecting 24.63% of the adult population. OA is by the far most common rheumatic disease followed by gout.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα Ρευματικά Νοσήματα (PN) είναι παθήσεις του συνδετικού ιστού (ΣΙ) και του μυοσκελετικού συστήματος (ΜΣΣ), που χαρακτηρίζονται από φλεγμονή και πόνο με ή χωρίς δυσκαμψία, και συνοδεύονται ή όχι από προσβολή άλλων οργάνων ή συστημάτων. Χωρίς θεραπεία τα αποτελέσματα της φλεγμονής αυτής είναι η πλήρη καταστροφή της άρθρωσης, η σύγκαμψη και η απώλεια λειτουργικότητάς της.

Τα PN είναι πολύ συχνά στο γενικό πληθυσμό και μάλιστα από τις συχνότερες παθολογικές καταστάσεις του ανθρώπου (Cunningham LS et al 1984, Lee P et al 1985).

Σύμφωνα με επιδημιολογικές έρευνες σε διάφορες χώρες ο επιπολασμός τους στο γενικό πληθυσμό (Cunningham LS et al 1984, Lee P et al 1985, Masi AT et al 1986, La Vecchia C et al 1987, Kelsey JL 1982), εκτιμάται στο επίπεδο του 15 % περίπου, ενώ εκείνος μεταξύ των ενηλίκων κυμαίνεται από 22 % - 33 % (Kelsey JL 1982, Badley EM et al 1994).

Οι διαφορές αυτές του επιπολασμού των PN οφείλονται στις διαφορετικές μεθόδους και την γεωγραφική περιοχή όπου διεξάγεται η εκάστοτε έρευνα.

Επίσης τα περισσότερα PN είναι χρόνια, ενώ αρκετά παρουσιάζουν επιπλέον βαριά πορεία και σοβαρή πρόγνωση και άνευ θεραπείας, τα περισσότερα εξ αυτών, καταλήγουν σε μερική ή ολική αναπηρία, λόγω καταστροφής των αρθρώσεων.

Για τους λόγους αυτούς, τα PN, ως σύνολο, αποτελούν ένα ιατροκοινωνικό πρόβλημα πρώτου μεγέθους με τεράστιες δυσμενείς επιπτώσεις, όχι μόνο στους ασθενείς και στις οικογένειές τους αλλά και στο κοινωνικό σύνολο, στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και στην Εθνική οικονομία, όπως έχει αποδειχθεί από τα δεδομένα πολλών σχετικών μελετών (Masi AT et al 1986, Badley EM et al 1994, Badley EM et al 1993).

Έτσι έχει διαπιστωθεί ότι ο επιπολασμός στο γενικό πληθυσμό της σχετιζόμενης με PN μακροχρόνιας σωματικής ανικανότητας, κυμαίνεται μεταξύ 4,6% και 8,2% , ενώ τα PN ως σύνολο αποτελούν τη συχνότερη αιτία μακροχρόνιας σωματικής ανικανότητας στον γενικό πληθυσμό (Masi AT et al 1986, Badley EM et al 1994).

Ο επιπολασμός τους είναι μεγαλύτερος στις γυναίκες παρά στους άνδρες και αυξάνει με την ηλικία υπερβαίνοντας το επίπεδο του 50 % σε άτομα ηλικίας 65 ετών και άνω (Lawrence RC et al 1989).

Στον Καναδά (Badley EM et al 1994) έχει υπολογισθεί ότι το 21,6 % των ενηλίκων πάσχουν από κάποιο χρόνια PN ενώ στις ΗΠΑ το 33% παρουσιάζει προβλήματα από το Μυοσκελετικό Σύστημα .

Σε άλλες μελέτες έχει ακόμη βρεθεί ότι 13-25 % όλων των ασθενών που καλύπτονται από την Πρωτοβάθμια Υγειονομική Περίθαλψη πάσχουν από PN (Wood PHN et al 1983).

Σε σύγκριση με άλλες χρόνιες παθήσεις ή ομάδες παθήσεων (Masi AT et al 1986) τα PN κατέχουν την πρώτη θέση ως αιτία πρόκλησης χρόνιων προβλημάτων υγείας (40%), μακροχρόνιας σωματικής ανικανότητας (56%) και χρησιμοποίησης (20%) των υπηρεσιών υγείας .

Στις ΗΠΑ διαπιστώθηκε ότι τα PN ως σύνολο, μη περιλαμβανομένων όμως των μεταβολικών παθήσεων των οστών, ευθύνονται σε ετήσια βάση για το 15 % των αναρρωτικών αδειών από όλες τις παθήσεις (Felts W et al 1989).

Άν και στην ίδια μελέτη υπολογίστηκε ότι το ετήσιο άμεσο και έμμεσο κόστος των PN ανέρχεται σε πολλές δεκάδες δισεκατομμυρίων δολαρίων, αντιπροσωπεύοντας περίπου το 8 % του συνολικού κόστους για όλα τα νοσήματα και το 1% του Ακαθαρίστου Εθνικού Προϊόντος (ΑΕΠ) των ΗΠΑ (Felts W et al 1989). Σε μια πρόσφατη μελέτη, εκτιμήθηκε ότι το κόστος αυτό είναι ακόμη μεγαλύτερο και αντιπροσωπεύει περίπου το 2,5% του Α Ε Π των ΗΠΑ και το κόστος αυτό τριπλασιάστηκε μέσα σε 10 χρόνια, λόγω αύξησης του προσδόκιμου της επιβίωσης της γήρανσης του πληθυσμού (Yelin E et al 1995). Είναι επομένως σαφές, ότι τα PN, δεν είναι μόνο πρόβλημα των Ρευματοπαθών, είναι κυρίως και κατ' εξοχήν πρόβλημα του κοινωνικού συνόλου και των αρμοδίων φορέων της Πολιτείας.

Σε πρόσφατη μελέτη Αμερικανών (Charles G et al 2008), η οποία έγινε για να εκτιμηθούν, ο επιπολασμός της Ρευματοειδούς αρθρίτιδας (ΡΑ), της Νεανικής χρόνιας αρθρίτιδας (NXA), των Σπονδυλαρθριτίδων, (SpA), Σκληροδέρματος (Scl) και πρωτοπαθούς Συνδρόμου Sjögren (pSS) από ανασκόπηση διάφορων Εθνικών και Ευρωπαϊκών μελετών, διαπιστώθηκε ότι περισσότερο από το 21% των ενηλίκων Αμερικανών (46,4εκατομμύρια άτομα), ανέφεραν ότι πάσχουν από ιατρικώς διαγνωσμένα PN .

α) 1,3 εκατομμύρια ενηλίκων πάσχουν από Ρευματοειδή Αρθρίτιδα (κάτω από την εκτίμηση του 2,1 εκατομμύρια του 1995)

β) 294.000 παιδιά από Νεανική Χρόνια Αρθρίτιδα

γ) 600.000 έως 2.400.000 ενήλικες από Σπονδυλαρθρίτιδες,

δ) 161.000 - 322.000 ενήλικες από Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο (ΣΕΛ)

ε) 49.000 ενήλικες από Σκληρόδερμα και

ζ) 400.000 – 3.100.000 ενήλικα άτομα από πρωτοπαθές Σύνδρομο Sjogren.

Είναι σαφές ότι η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα και άλλα Ρευματικά Νοσήματα εξακολουθούν να αποτελούν ένα μεγάλο και συνεχώς αυξανόμενο Δημόσιο πρόβλημα υγείας .

Η πρόγνωση για τα 25 επόμενα χρόνια των Αμερικανών που θα προσβληθούν από Ρευματικά Νοσήματα, προβλέπεται να αυξηθούν κατά 40% (Hootman JM et al 2006) με τις αντίστοιχες κοινωνικές επιπτώσεις.

Σε μια μελέτη του E. I. P. E. το 2002 (Andrianakos A et al 2003) βρέθηκε ότι οι ρευματικές παθήσεις αποτελούν και στον τόπο μας ένα μέγιστο και πολυδιάστατο πρόβλημα δημόσιας υγείας αφού:

1)ο επιπολασμός τους στον γενικό πληθυσμό των ενηλίκων είναι πολύ μεγάλος αφού το 27,4 % (33,9% γυναίκες, 20,5% άνδρες) πάσχουν από κάποια Ρευματική πάθηση.

2)σε σύγκριση με όλες τις άλλες ομάδες νοσημάτων στο επίπεδο του γενικού πληθυσμού των ενηλίκων, οι Ρευματικές παθήσεις κατέχουν την πρώτη θέση και ευθύνονται για το 47,2% της μακροχρόνιας λειτουργικής ανικανότητας.

Ακόμα, οι ρευματικές παθήσεις ευθύνονται:

β) για το 26,2% της περιορισμένης δραστηριότητας (απουσίες από την εργασία κ.λ.π) (Wood PHN et al 1983, Felts W et al 1989, Andrianakos A et al 2005).

γ) για το 20% όλων των ιατρικών επισκέψεων.

δ) για το 39 % των χρόνιων προβλημάτων υγείας .

ε) για το 24 % της χρήσης φαρμάκων με ιατρική συνταγή (2^η θέση)

στ) για το 18% της χρήσης φαρμάκων χωρίς ιατρική συνταγή (2^η θέση).

Ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών με Ρευματικές παθήσεις, όπως π.χ το 40% των ασθενών με οροαρνητικές σπονδυλαρθρίτιδες και το 10% των ασθενών με Ρευματοειδή Αρθρίτιδα, ουδέποτε επισκέπτονται Ρευματολόγο.Επιπρόσθετα, μόνο το 60% των ασθενών με ΡΑ επισκέπτεται Ρευματολόγο μέσα στον πρώτο χρόνο από την έναρξη της νόσου.

Η Ρευματολογία έχει σημειώσει κατά τα τελευταία χρόνια, σημαντικές προόδους, τόσο στον παθογενετικό όσο και στον θεραπευτικό τομέα των Ρευματικών Νοσημάτων. Έτσι, είναι σήμερα δυνατή η αποτελεσματική αντιμετώπισή τους, η μείωση των δυσμενών κοινωνικο-οικονομικών τους επιπτώσεων και η βελτίωση της ποιότητας ζωής των Ρευματοπαθών. Όμως το άμεσο κόστος των νέων θεραπειών των ΡΝ είναι πολύ υψηλό.

Γι' αυτό χρειάζεται οργάνωση, σε Εθνικό επίπεδο, της στρατηγικής κατά των Ρευματικών Νοσημάτων με κύριους στόχους πρώτον την έγκαιρη και ορθή διάγνωση και δεύτερον την πρώιμη και σωστή θεραπευτική αντιμετώπιση. Απαραίτητη προϋπόθεση για την επίτευξη αυτών των στόχων, είναι η ενημέρωση του Ελληνικού

πληθυσμού για το ποια είναι τα Ρευματικά Νοσήματα , τι συμπτώματα έχουν, σε ποιο ιατρό πρέπει να απευθύνονται.Ο εκσυγχρονισμός και η αναβάθμιση της προπτυχιακής και μεταπτυχιακής εκπαίδευσης στην Ρευματολογία αφ' ενός, και η καλύτερη οργάνωση της υγειονομικής περίθαλψης των ρευματοπαθών (ίδρυση Εξωτερικών Ρευματολογικών Ιατρείων και Ρευματολογικών Μονάδων στα Πανεπιστημιακά και μη Νοσοκομεία της χώρας, δημιουργία Ρευματολογικών Ιατρείων στο ΙΚΑ κ.λ.π.) αφ' ετέρου, αποτελούν τις προϋποθέσεις για την επίτευξη των στόχων αυτών.

Και οι προϋποθέσεις αυτές, μπορεί να εξασφαλισθούν με κατάλληλο σχεδιασμό, σε κεντρικό επίπεδο των αρμόδιων φορέων (Υπουργεία Υγείας και Παιδείας) υφισταμένων διδακτικών και νοσηλευτικών μονάδων, και με την πλήρη στελέχωσή τους, με διδακτικό και ιατρικό προσωπικό, γιατί το τελικό αποτέλεσμα θα είναι η ταχύτερη διάγνωση των Ρευματικών νοσημάτων στους Έλληνες , η καλύτερη ποιότητα των παρεχομένων Υπηρεσιών Υγείας, και τελικά ο περιορισμός του συνολικού κόστους συνέπειας των ΡΝ. Για να πραγματοποιηθούν όλα αυτά, σε ότι αφορά την χώρα μας ήταν απαραίτητο να είναι γνωστό το μέγεθος του προβλήματος που συνιστούν τα Ρευματικά Νοσήματα στον τόπο μας.

2. ΡΕΥΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ

2.1 Ρευματοειδής αρθρίτιδα

Η Ρευματοειδής Αρθρίτιδα (ΡΑ), είναι μία χρόνια φλεγμονώδης νόσος που προσβάλλει τον αρθρικό υμένα και προκαλεί καταστροφή των αρθρώσεων. Η πορεία της έχει εξάρσεις και υφέσεις. Η χαρακτηριστική κλινική εκδήλωση είναι η συμμετρική πολυαρθρίτιδα. Μπορεί να υπάρχουν όμως και εξωαρθρικές εκδηλώσεις, όπως ρευματικά οζίδια, αγγειίτιδα, νευροπάθεια, σκληρίτιδα, πνευμονοπάθεια, περικαρδίτιδα, λεμφαδενοπάθεια και σπληνομεγαλία. Στον ορό των ασθενών ανιχνεύονται συχνά τα αυτοαντισώματα ρευματοειδής παράγοντας και αντι-CCP αντισώματα. Η ΡΑ προκαλεί σοβαρή αναπηρία και αυξημένη θνησιμότητα κυρίως λόγω καρδιαγγειακών επιπλοκών (Choy EH et al 2001).

Γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες συμβάλλουν στην ανάπτυξη της ΡΑ. Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες φαίνεται να παίζουν πιο σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της νόσου, και πιθανολογούνται λοιμογόνοι παράγοντες. Κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες και κάπνισμα φαίνεται να επηρεάζουν περισσότερο την πορεία και την έκβαση της ΡΑ, παρά τον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου (Mac Gregor AJ et al 2003, Silman AJ et al 2001).

Τα τελευταία χρόνια, έγινε σαφές, ότι δομικές βλάβες της ΡΑ, αρχίζουν πολύ νωρίς μετά την έναρξη της νόσου. Έγιναν επίσης, σημαντικές αλλαγές στην θεραπευτική αντιμετώπισή της :

α) προστέθηκαν βιολογικοί παράγοντες, αρχικά οι αντι-TNF και αργότερα άλλοι στο θεραπευτικό οπλοστάσιο.

β) όσο πιο γρήγορα αρχίζει η θεραπεία με νοσοτροποποιητικά φάρμακα, τόσο καλύτερη η έκβαση (Lard LR et al 2001).

γ) ο συνδυασμός νοσοτροποποιητικών φαρμάκων είναι πιο αποτελεσματικός από την μονοθεραπεία (O' Dell JR et al 2002, Geokoop-Ruiterman YPM et al 2005).

2.2. Αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα

Η ΑΣ είναι μία χρόνια φλεγμονώδης νόσος, η οποία ανήκει στις σπονδυλαρθρίτιδες. Οι σπονδυλαρθρίτιδες περιλαμβάνουν την ΑΣ, την ψωριασική αρθρίτιδα (ΨΑ), την αντιδραστική αρθρίτιδα, και την αρθρίτιδα των ιδιοπαθών φλεγμονωδών νόσων του εντέρου. Οι σπονδυλαρθρίτιδες έχουν κοινά χαρακτηριστικά: προσβολή κυρίως του αξονικού σκελετού (Σπονδυλική Στήλη (ΣΣ), και ιερολαγόνιες αρθρώσεις), προσβολή στις θέσεις πρόσφυσης συνδέσμων και τενόντων σε οστά (ενθεσοπάθεια), πρόσθια ραγοειδίτιδα, συσχέτιση με το αντιγόνο HLA-B27, και απουσία ρευματοειδούς παράγοντα. Οι κύριες κλινικές εκδηλώσεις της είναι το άλγος και η δυσκαψία της ΣΣ, άλγος στις ενθέσεις (ενθεσοπάθεια), και περιφερική αρθρίτιδα ιδίως στα κάτω άκρα.

2.3. Ψωριασική αρθρίτιδα

Η ψωριασική αρθρίτιδα (ΨΑ), είναι σπονδυλαρθρίτιδα που εμφανίζεται σε 10-40% των ασθενών με ψωρίαση. Μπορεί να εκδηλώνεται ως περιφερική αρθρίτιδα, με ολιγοαρθρίτιδα ή πολυαρθρίτιδα. Συσχετίζεται με τα αντιγόνα HLA-B27, B38, B39, και CW6) (Whight V. 1978, Pinals RS 1986).

Η αιτιολογία της δεν είναι γνωστή. Γενετικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες εμπλέκονται στην αιτιοπαθογένεια της νόσου. Η ΨΑ συνήθως εμφανίζεται μετά την ψωρίαση στο 70% περίπου των ασθενών ενώ στο 15% εμφανίζεται πριν την ψωρίαση.

Κλινικά η ΨΑ μπορεί να εκδηλώνεται:

A. Με αρθρίτιδα κυρίως των άπω φαλαγγικών αρθρώσεων.

B. Με ακρωτηριαστική αρθρίτιδα.

Γ. Με συμμετρική πολυαρθρίτιδα.

Δ. Με ολιγοαρθρίτιδα

E. Με σπονδυλαρθρίτιδα.

2.4 Συστηματικός ερυθματώδης λύκος

Ο Συστηματικός Ερυθματώδης λύκος (ΣΕΛ), είναι μία αυτοάνοση συστηματική χρόνια φλεγμονώδης νόσος, άγνωστης αιτιολογίας, που προκαλείται από ανοσορρυθμιστική διαταραχή, σχετιζόμενη με την αλληλεπίδραση γενετικών, ορμονικών και περιβαλλοντικών παραγόντων (Alarcon-Sergovia D 1984). Χαρακτηρίζεται από παραγωγή πληθώρας αυτοαντισωμάτων, τα περισσότερα έναντι συστατικών του κυτταρικού πυρήνα.

Οι κύριες κλινικές εκδηλώσεις είναι από το δέρμα (εξανθήματα, φωτοευαισθησία), τις αρθρώσεις (αρθραλγίες, αρθρίτιδα), τους ορογόνους υμένες (πλευρίτιδα, περικαρδίτιδα), τους νεφρούς (σπειραματονεφρίτιδα), το κεντρικό νευρικό σύστημα (κεφαλαλγία, σπασμοί, ψύχωση, διαταραχές θυμικού, συγχυτικές καταστάσεις), και το αίμα (αιμολυτική αναιμία, λευκοπενία, θρομβοπενία).

Στον ορό τυπικά ευρήματα είναι τα αντιπυρηνικά αντισώματα (ANA), τα ειδικά της νόσου αντι-dsDNA, και αντι-Sm αντισώματα, ενώ συχνά ανιχνεύονται αντιφωσφολιπιδικά αντισώματα (αντι-καρδιολιπίνης, αντι-β2GPI, αντιπηκτικό λύκου).

2.5 Σύνδρομο Sjogren

Το σύνδρομο Sjogren (SS), είναι μία χρόνια αυτοάνοση διαταραχή, που χαρακτηρίζεται από λεμφοκυτταρική διήθηση των εξωκρινών αδένων. Προσβάλλει τους σιελογόνους, και τους δακρυικούς αδένες κυρίως των γυναικών, με αποτέλεσμα την μειωμένη παραγωγή σιάλου (ξηροστομία), και δακρύων (ξηροφθαλμία).

Το SS ταξινομείται σε πρωτοπαθές και δευτεροπαθές, ανάλογα με το αν εμφανίζεται μόνο του ή σε συνδυασμό με άλλα νοσήματα (π.χ. ΡΑ ή ΣΕΛ) (Tatal N et al 1987).

Η παθογένεια του SS παραμένει άγνωστη (Fox RI et al 1997). Εικάζεται ότι ένας μέχρι τώρα άγνωστος περιβαλλοντικός παράγοντας, πιθανώς ιός, όπως ο ερπητοϊός Epstein-Barr, ο κυτταρομεγαλοϊός, οι ανθρόπινοι ερπητοϊοί 6 και 8, μπορεί να πυροδοτήσει ένα καταρράκτη ανοσολογικών αντιδράσεων σε γενετικά προδιατεθειμένα άτομα, που οδηγούν στην εμφάνιση του SS (Venables PJ et al 1997). Ο ιός της ηπατίτιδας C μπορεί να προκαλέσει διόγκωση των σιελογόνων αδένων, που μπορεί να μιμηθεί το SS.

Η έλλειψη σιάλου προκαλεί τερηδονισμό των δοντιών και δυσκολίες στην κατάποση και ομιλία. Σπανιότερα, η προσβολή άλλων εξωκρινών αδένων προκαλεί ανεπάρκεια εξωκρινούς μήρας του παγκρέατος.

2.6. Συστηματική σκλήρυνση

Η Συστηματική Σκλήρυνση (SSc), είναι μία χρόνια συστηματική νόσος, η οποία χαρακτηρίζεται από ίνωση του δέρματος και εσωτερικών οργάνων, βλάβη μικρών αγγείων, και πληθώρα αυτοαντισωμάτων.

Το Εντοπισμένο σκληρόδερμα αφορά τοπική ίνωση στο δέρμα κυρίως και περιλαμβάνει τη Μορφέα και το Ταινιοειδές Σκληρόδερμα. Η SSc ταξινομείται σε περιορισμένη δερματική μορφή (περιφερικά των αγκώνων και των γονάτων), και σε διάχυτη δερματική μορφή (κορμό σώματος).

Οι κύριες κλινικές εκδηλώσεις είναι επεισοδιακή αγγειοσύσπαση των δακτυλικών αρτηριών (φαινόμενο Raynaud), σκληρία του δέρματος, δύσπνοια προσπαθείας (λόγω πνευμονικής ίνωσης ή πνευμονικής αρτηριακής υπέρτασης), δακτυλικά έλκη, δυσκοιλιότητα, και γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση. Σοβαρή εκδήλωση είναι και η νεφρική κρίση σκληροδερμίας, με βαρεία υπέρταση και αύξηση κρεατινίνης ή αγγειοπαθητική αιμολυτική αναιμία. Πολλά αυτοαντισώματα ανιχνεύονται στον ορό των ασθενών με SSc. Ειδικά αυτοαντισώματα της νόσου περιλαμβάνουν τα αντι-DNA τοποισομεράσης I (Scl-70) που συσχετίζονται με τη διάχυτη δερματική μορφή, και τα αντι-κεντρομεριδιακά αντισώματα που συσχετίζονται με την περιορισμένη δερματική μορφή της SSc.

2.7. Ιδιοπαθείς μυοσίτιδες

Η ιδιοπαθείς μυοσίτιδες περιλαμβάνουν την πολυμυοσίτιδα, τη δερματομυοσίτιδα και τη μυοσίτιδα εγκλείστωνσωμάτων. Είναι ιδιοπαθείς

φλεγμονώδεις παθήσεις των μυών και του δέρματος(στη δερματομυοσίτιδα). Προσβάλλουν κυρίως τους κεντρομελικούς μύς (καμπτήρες αυχένα, δελτοειδείς, και καμπτήρες ισχίων) με αποτέλεσμα να προκαλούν δυσκολία του ασθενούς στην έγερση από κάθισμα, ή στην άνοδο σκάλας. Η νόσος μπορεί να εμφανίζεται μόνη της ή να αποτελεί εκδήλωση άλλης αυτοάνοσης νόσου όπως ΣΕΛ, Αγγειίτιδα, SSc, νεοπλασία.

Η φλεγμονή και νέκρωση των μυών προκαλεί αύξηση των μυικών ενζύμων στον ορό κρεατινοφωσφοκινάση (CPK, αλδολάση) και χαρακτηριστικές ηλεκτρομυογραφικές αλλοιώσεις. Η διάγνωση γίνεται με βιοψία μυός ή μαγνητική τομογραφία μυών, που δείχνουν φλεγμονή στους μύς.

2.8 Αγγειίτιδες

Ο όρος «αγγειίτιδες» σημαίνει ιδιοπαθής φλεγμονή του τοιχώματος των αγγείων. Με βάση το μέγεθος των αγγείων που κατά προτίμηση προσβάλλονται, οι αγγειίτιδες ταξινομούνται σύμφωνα με τον Πίνακα 2.8.1.

Πίνακας 2.8.1. Ταξινόμηση των αγγειίτιδων με βάση το μέγεθος των αγγείων που προσβάλλονται κατά προτίμηση.

Α) Αγγειίτιδες μεγάλων αγγείων

κροταφική αρτηρίτιδα

αρτηρίτιδα Takayasu,

σύνδρομο Cogan.

β) Αγγειίτιδες μέσου μεγέθους αγγείων

οζώδη Πολυαρτηρίτιδα

νόσος Kawasaki.

γ) Αγγειίτιδες μικρών αρτηριών

κοκκιωμάτωση Wegener

μικροσκοπική πολυαγγειίτιδα

σύνδρομο Churg – Strauss

κρυοσφαιριναιμία

αγγειίτιδα Henoch-Schoenlein

νόσος Αδαμαντιάδη-Behcet

Οι κλινικές εκδηλώσεις εξαρτώνται από το όργανο που προσβάλλεται. Συνήθως περιλαμβάνουν βλάβες δέρματος (πετέχεις, έλκη, γάγγραινα) βλάβες πνευμόνων (αιμορραγία, όζους) ταχέως εξελισσόμενη σπειραματονεφρίτιδα βλάβες κεντρικού νευρικού συστήματος και περιφερικών νεύρων και διαλείπουσα χωλότητα.

2.9 Ουρική αρθρίτιδα

Η Ουρική αρθρίτιδα (ΟΥΑ) είναι μία φλεγμονώδης νόσος, η οποία οφείλεται στην εναπόθεση κρυστάλλων ουρικού μονοατρίου στους ιστούς (περιλαμβανομένων των αρθρώσεων).

Η μεταβολική διαταραχή στην οποία οφείλεται η ουρική αρθρίτιδα είναι η «υπερουριχαιμία» οφείλεται συνήθως στην υπολειτουργία των μεταφορέων ουρικού οξέος στα νεφρικά σωληνάρια. Δίαιτα πλούσια σε πρωτεΐνες, η κατάχρηση αλκοόλ, και τα διουρητικά φάρμακα παίζουν σημαντικό ρόλο στην ουρική αρθρίτιδα.

Στην εφηβεία, τα επίπεδα του ουρικού οξέος ορού αυξάνουν από τη μέση τιμή των 3,5 mg/dl της παιδικής ηλικίας στα επίπεδα των 4 mg/dl των ενηλίκων. Στις γυναίκες, τα επίπεδα του ουρικού οξέος του ορού παραμένουν σταθερά μέχρι την εμμηνόπαυση, οπότε αρχίζουν να αυξάνουν. Αυτό οφείλεται στη δράση των οιστρογόνων που αυξάνουν την απέκκριση του ουρικού οξέος από τους νεφρούς, κατά την διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας (Becker MA et al 1996).

Οι κλινικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν:

- 1) υποτροπιάζουσες προσβολές αρθρικής και περιαρθρικής φλεγμονής, την αποκαλούμενη «ουρική αρθρίτιδα».
- 2) συσώρευση κρυστάλλων σε μάζα, τους τόφους σε αρθρώσεις, οστά, μαλακά μόρια και χόνδρους.
- 3) Λίθους ουρικού οξέος στις ουροφόρους οδούς και
- 4) διάμεση νεφροπάθεια με έκπτωση της νεφρικής λειτουργίας, την αποκαλούμενη «ουρική νεφροπάθεια»(Becker MA et al 1996).

Στο 10% περίπου των ασθενών της πρώτης αρθρικής προσβολής, προηγείται νεφρολιθίαση (Seegmiller JE 1980).

Μπορούν να διακριθούν 4 στάδια στην εξέλιξη της νόσου:

- α) ασυμπτωματική υπερουριχαιμία β) οξεία ουρική αρθρίτιδα
- γ) νόσος μεταξύ των κρίσεων και δ) χρόνια τοφώδης ουρική αρθρίτιδα.

2.10 Οστεοαρθρίτιδα

Η Οστεοαρθρίτιδα (ΟΑ) είναι αρθροπάθεια με βαθμιαία βλάβη του αρθρικού χόνδρου, η οποία συνοδεύεται από σκλήρυνση του υποκείμενου οστού, οστεοπαραγωγή (οστεόφυτα), και συνήθως ήπια, στρογγυλοκυτταρική φλεγμονή του αρθρικού υμένα. Στην ανάπτυξη της ΟΑ παίζουν ρόλο η μεγάλη ηλικία, το φύλο, η παχυσαρκία, οι αναπτυξιακές δυσμορφίες, το τραύμα, το χειρονακτικό επάγγελμα, και γενετικοί, και μεταβολικοί παράγοντες.

Η νόσος προσβάλλει τη ΣΣ, τα ισχία, γόνατα, ποδοκνημικές καθώς και ορισμένες αρθρώσεις των άκρων χειρών (ιδίως άπω φαλαγγικές και 1^η καρπομετακάρπιο). Προκαλεί άλγος, και οστική διόγκωση αρθρώσεων. Αρκετές φορές, μπορεί να υπάρχουν ακτινογραφικά ευρήματα ΟΑ, χωρίς να υπάρχουν συμπτώματα.

3. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΡΕΥΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΩΝ – ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Για την διάγνωση των Ρευματικών νόσων έχουν θεσπισθεί κριτήρια ταξινόμησης που συχνά χρησιμοποιούνται ως διαγνωστικά κριτήρια.

3.1. Ρευματοειδής αρθρίτιδα

Τα αναθεωρημένα κριτήρια ταξινόμησης της ρευματοειδούς αρθρίτιδας (ΡΑ) του Αμερικάνικου Κολεγίου Ρευματολογίας (ACR) του 1987 είναι αυτά που χρησιμοποιήσαμε για την διάγνωση της νόσου (Πίνακας 3.1.1) (Arnett FC et al 1988). Η θετικότητα των αντι-CCP αντισωμάτων συν διαβρώσεις σε καρπούς και MCP αρθρώσεις είναι ισχυρό στοιχείο υπέρ τη διάγνωσης της ΡΑ, μολονότι δεν αναφέρονται ως τέτοια στα κριτήρια του 1988.

Πίνακας 3.1.1. Τα αναθεωρημένα κριτήρια ταξινόμησης της ΡΑ του ACR

1. Πρωινή δυσκαμψία (σε 3 ή περισσότερες αρθρώσεις)
2. Αρθρίτιδα με διόγκωση (σε 3 ή περισσότερες από τις αρθρώσεις: PIP, MCP, καρπός, αγκώνας, γόνατο, ποδοκνημική, MTP)
3. Αρθρίτιδα με διόγκωση στις άκρες χείρες (καρπός, MCP, PIP)
4. Συμμετρική αρθρίτιδα
5. Ρευματικά οζίδια σε εκτατικές επιφάνειες, παρα-αρθρικές περιοχές, ή οστικές προεξοχές.
6. Ρευματοειδής παράγοντας στον ορό
7. Ακτινολογικές αλλοιώσεις σε ακτινογραφία άκρων χειρών, που περιλαμβάνουν διαβρώσεις ή παρα-αρθρική οστεοπενία στις προσβεβλημένες αρθρώσεις .

Πρέπει να υπάρχουν 4 από τα 7 κριτήρια για την διάγνωση της ΡΑ. Τα κριτήρια 1- 4 να υπάρχουν για τουλάχιστον 6 εβδομάδες.

3.2. Αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα

Για τη διάγνωση της αγκυλοποιητικής σπονδυλίτιδας χρησιμοποιήθηκαν τα τροποποιημένα κριτήρια της Νέας Υόρκης του πίνακα 3.2.1 (Willkens RF 1984) και τα κριτήρια της Ευρωπαϊκής ομάδας μελέτης σπονδυλαρθροπάθειας του πίνακα 3.2.2.(Dougatos M et al 1991).

Πίνακας 3.2.1. Κριτήρια της ΑΣ της Νέας Υόρκης του 1984

1. Χαμηλή οσφυαλγία τουλάχιστον για 3 μήνες που βελτιώνεται με τις ασκήσεις και δεν υφίεται με την ανάπαυση
2. Περιορισμός κινητικότητας της ΟΜΣΣ σε οβελιαίο και μετωπιαίο επίπεδο
3. Περιορισμός έκπτυξης του θώρακος
4. Αμφοτερόπλευρη ιερολαγονίτιδα βαθμού 2-4

5. Ετερόπλευρη ιερολαγονίτιδα βαθμού 3-4

Βαθμολόγηση ακτινογραφίας ιερολαγονίων: κφ=0, ύποπτη=1, ελάχιστη ιερολαγονίτιδα =2, μέτρια ιερολαγονίτιδα =3, αγκύλωση =4.

Οριστική ΑΣ= ιερολαγονίτιδα (κριτήριο 4 ή 5) ΣΥΝ ένα οποιοδήποτε κλινικό κριτήριο.

Πίνακας 3.2.2. Κριτήρια της Ευρωπαϊκής ομάδας μελέτης της σπονδυλαρθροπάθειας

Φλεγμονώδης σπονδυλικός πόνος ή

Υμενίτις ασύμμετρη των κάτω άκρων

ΚΑΙ ένα από τα ακόλουθα:

Θετικό οικογενειακό ιστορικό

Ψωρίαση

Φλεγμονώδης εντερική νόσος

Εναλλασσόμενο άλγος γλουτού

Ενθεσοπάθεια

ΚΑΙ

Ιερολαγονίτιδα

Χωρίς ιερολαγονίτιδα : ευαισθησία 77 %, ειδικότητα 89%

Με ιερολαγονίτιδα : ευαισθησία 86%, ειδικότητα 87%

3.3. Ψωριασική αρθρίτιδα

Χρησιμοποιήθηκαν τα κριτήρια CASPAR για τη διάγνωση της ΨΑ (Taylor W et al 2006). Γενικά για τη διάγνωση της αρκεί η ύπαρξη φλεγμονώδους αρθρίτιδας και αρνητικός ρευματοειδής παράγοντας και αντι-CCP σε άτομο με ψωρίαση. Η ύπαρξη δακτυλίτιδας, και η διαβρώσεις άπω φαλαγγικών αρθρώσεων με ευρεία βάση και οστεόλυση της τελικής φάλαγγας είναι πολύ χαρακτηριστικά κριτήρια για τη διάγνωση της ΨΑ. Μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθούν τα κριτήρια της Ευρωπαϊκής Ομάδας μελέτης της σπονδυλαρθροπάθειας του πίνακα 3.2.2. (Dougatos M et al 1991).

Πίνακας 3.3.1. Κριτήρια ταξινόμησης της ΨΑ κατά CASPAR

Φλεγμονώδης αρθρίτιδα (άρθρωση, ΣΣ, ένθεση)

Συν ≥ 3 βαθμοί (β) από τα ακόλουθα:

1. Παρουσία ψωρίασης (2β), ή ιστορικό ψωρίασης (1β) ή οικογενειακό ιστορικό ψωρίασης (1β)

2. δακτυλίτις (1β)

3. Δυστροφία ονύχων (ονυχόλυση, βοθρία, υπερκεράτωση) (1β)

4. Παρα-αρθρικός σχηματισμός νέου οστού(όχι οστεόφυτα) (1β)

5. Απουσία ΡΠ (με ELISA ή νεφελομετρία) (1β).

3.4. Συστηματικός ερυθηματώδης λύκος

Τα αναθεωρημένα κριτήρια του ACR του 1982 είναι αυτά τα οποία χρησιμοποιήσαμε και εμείς για την διάγνωση του ΣΕΛ (Tan EM et al 1982). (Πίνακας 3.4.1)

Πίνακας 3.4.1. Κριτήρια ταξινόμησης του ΣΕΛ του ACR

1. Εξάνθημα παρειών (πεταλούδας)
 2. Δισκοειδές εξάνθημα
 3. Φωτοευαισθησία
 4. έλκη στόματος
 5. Αρθρίτιδα μη διαβρωτική σε δύο ή περισσότερες περιφερικές αρθρώσεις
 6. Ορογονίτιδα (πλευρίτιδα ή περικαρδίτιδα)
 7. Νεφρική νόσος (λευκωματουρία > από 500 mg/24ώρου ή κυτταρικοί κύλινδροι ούρων)
 8. Νευρολογική νόσος (σπασμοί σε απουσία ενοχοποιητικών φαρμάκων ή μεταβολικής διαταραχής, ή Ψύχωση σε απουσία ενοχοποιητικών φαρμάκων ή μεταβολικής διαταραχής)
 9. Αιματολογική νόσος (Αιμολυτική αναιμία με δικτυοκυττάρωση ή Λευκοπενία, ή Λεμφοπενία, ή Θρομβοκυτταροπενία)
 10. Ανοσολογική διαταραχή (αντι – dsDNA αντισώματα, ή αντι-Sm αντισώματα, ή αντιφωσφολιπιδικά αντισώματα (αντι-CL (IgM, IgG) σε παθολογικό τίτλο ή αντι-β2GPI (IgG, IgM) σε παθολογικό τίτλο ή αντιπηκτικό λύκου ή ψευδώς θετική VDRL (RPR) με αρνητικό τεστ απορρόφησης φθορίζοντος αντισώματος έναντι τρεπονήματος.
 11. Αντιπυρηνικά αντισώματα (ANA) σε παθολογικό τίτλο σε απουσία ενοχοποιητικών φαρμάκων .
- Για την διάγνωση του ΣΕΛ , αρκεί η παρουσία ταυτόχρονα ή διαδοχικά 4 ή περισσότερων από τα 11 κριτήρια.

3.5. Σύνδρομο Sjogren

Τα κριτήρια ομοφωνίας της Αμερικανικής-Ευρωπαϊκής Ομάδας για το σύνδρομο Sjogren χρησιμοποιήθηκαν για τη διάγνωση του συνδρόμου (Vitali C et al 2002). Τα κριτήρια αυτά στηρίχθηκαν στα Ευρωπαϊκά κριτήρια διάγνωσης του συνδρόμου Sjogren (Vitali C et al. 1993). Για το pSS η παρουσία 3 από τα 6 ακόλουθα κριτήρια έδειξε πολύ υψηλή ευαισθησία (99,1%), αλλά χαμηλή ειδικότητα (57,8 %). Επομένως, ο συνδυασμός αυτός θα μπορούσε να γίνει αποδεκτός, ως βάση για την πιθανή διάγνωση του pSS. Ωστόσο, η παρουσία 4 από τα 6 κριτήρια (με τον όρο ότι θα είναι θετικά τα αντι- Ro / SS –A ή τα αντι- La / SS- B αντισώματα), είχε καλή ευαισθησία (93,5%) και ειδικότητα (94%) και επομένως μπορεί να χρησιμοποιείται για την βέβαιη διάγνωση του pSS (Vitali C et al 1993).

Πίνακας 3.5.1. Κριτήρια ομοφωνίας της Αμερικανικής –Ευρωπαϊκής ομάδας για το σύνδρομο Sjogren

1. Οφθαλμικά συμπτώματα.

Να υπάρχει θετική απάντηση σε μία τουλάχιστον από τις παρακάτω ερωτήσεις :

- α) Έχετε καθημερινή , επίμονη και ενοχλητική αίσθηση ξηρότητας στα μάτια για περισσότερο από 3 μήνες ;
- β) Έχετε υποτροπιάζουσα αίσθηση παρουσίας άμμου ή χαλικιών στα μάτια σας ;
- γ) Χρησιμοποιείτε υποκατάστατο δακρύων περισσότερες από 3 φορές την ημέρα ;

2. Στοματικά συμπτώματα.

Να υπάρχει θετική απάντηση σε μία τουλάχιστον από τις παρακάτω ερωτήσεις:

- α) Έχετε καθημερινή αίσθηση ξηρότητας για περισσότερο από 3 μήνες ;
- β) Έχετε υποτροπιάζουσα ή επίμονη διόγκωση σιελογόνων αδένων ως ενήλικας ;
- γ) Πίνετε συχνά υγρά για να βοηθήσετε την κατάποση ξηράς τροφής ;

3. Οφθαλμικά σημεία.

Να υπάρχουν αντικειμενικά σημεία οφθαλμικής προσβολής που ορίζεται ως θετικό αποτέλεσμα μια από τις παρακάτω δοκιμασίες :

- α) Δοκιμασία Shirmer , χωρίς αναισθητικό (≤ 5 mm στα 5 ´).
- β) Βαθμολογία Rose Bengal ή άλλης οφθαλμικής χρωστικής (≥ 4 κατά το σύστημα βαθμολόγησης van Bijsterveld).(van Bijsterveld OP 1969).

4. Παθολογοανατομικά.

Σε ελάσσονες σιελογόνους αδένες (που λαμβάνονται δια μέσου φυσιολογικού στην εμφάνιση βλενογόνου) παρουσία εστιακής λεμφοκυτταρικής διήθησης, που χαρακτηρίζεται από παρουσία περισσότερων ή μιας λεμφοκυτταρικών εστιών , που είναι κοντά σε φυσιολογικά στην εμφάνιση αδενικά λοβίδια και κάθε μια περιέχει περισσότερα από 50 λεμφοκύτταρα ανά 4 mm² αδενικού ιστού.

5. Προσβολή σιελογόνων αδένων.

Αντικειμενικά στοιχεία προσβολής των σιελογόνων αδένων που ορίζεται ως θετικό αποτέλεσμα σε μια τουλάχιστον από τις παρακάτω διαγνωστικές δοκιμασίες:

- α) Ολική ροή σιέλου χωρίς διέγερση ($\leq 1,5$ ml σε 15 ´).
- β) Σιελογραφία παρωτίδας που δείχνει την παρουσία σιελεκτασίας

(στικτό,σπηλαιώδες ή καταστροφικό μοντέλο)χωρίς στοιχεία απόφραξης στους μείζονες χώρους .

γ)Σπινθηρογράφημα, που δείχνει καθυστερημένη πρόσληψη , μειωμένη συγκέντρωση ή και καθυστερημένη απέκκριση του ραδιοϊσοτόπου.

6. Αυτοαντισώματα.

Παρουσία στον ορό των ακολούθων αυτοαντισωμάτων.

Αυτοαντισώματα έναντι SSA/Ro ή SSB/La

Η διάγνωση του συνδρόμου απαιτεί την παρουσία 4 κριτηρίων ένα από τα οποία πρέπει να είναι θετική βιοψία ή αυτοαντισώματα.

Αποκλεισμός: ιστορικό ακτινοβολίας, κεφαλής, τραχήλου, HCV, HIV, λέμφωμα, νόσος μοσχεύματος κατά ξενιστή, αντιχολινεργικά φάρμακα.

3.6. Συστηματική σκλήρυνση

Τα κριτήρια ταξινόμησης της **ΣΣκλ** τα οποία ακολουθήσαμε και εμείς στην έρευνά μας, είναι του πίνακα 3.6.1 (Masi AT et al 1980).

Πίνακας 3.6.1. Κριτήρια ταξινόμησης της συστηματικής σκλήρυνσης.

α) Μείζον κριτήριο

Σκλήρυνση του δέρματος εγγύτερα των δακτύλων των χεριών.

β) Ελάσσονα κριτήρια

1. Σκληροδακτυλία: η ως άνω αλλοίωση περιορισμένη στα δάκτυλα των άκρων χεριών.

2. Δακτυλικές ουλές με εντυπώματα ή απώλεια υποδορίων ιστών στις ράγες των δακτύλων των άκρων χεριών (αποτέλεσμα ισχαιμίας).

3. Αμφοτερόπλευρη ίνωση στις πνευμονικές βάσεις .

Η παρουσία του ενός μείζονος ή δύο τουλάχιστον από τα ελάσσονα κριτήρια αρκεί για την διάγνωση της SSc. Οι εντοπισμένες μορφές SSc και η ηωσινοφιλική μυϊκή περιτονίτιδα αποκλείονται από αυτά τα κριτήρια .

3.7. Ιδιοπαθείς μυοσίτιδες

Για τη διάγνωση πολυμυοσίτιδας και δερματομυοσίτιδας χρησιμοποιήσαμε τα κριτήρια του πίνακα 3.7.1.(Bohan και Peter 1975).

Πίνακας 3.7.1. Κριτήρια για τη διάγνωση της πολυμυοσίτιδας και δερματομυοσίτιδας

1. Συμμετρική και προοδευτική αδυναμία των μυών της ωμικής ζώνης και πυελικής ζώνης, με ή χωρίς δυσφαγία, ή συμμετοχή των αναπνευστικών μυών.

2. Βιοψία μυός δείχνει νέκρωση μυικών ινών, με φαγοκυττάρωση, αναγέννηση με βασεοφιλία, ατροφία περιδεσμική, ποικιλία μεγέθους ινών, και φλεγμονώδη διήθηση

3. Αύξηση μυικών ενζύμων ορού (CPK, αλδολάση ALT, LDH)

4. Ηλεκτρομυογράφημα που έχει την τριάδα:

-βραχείες, μικρές πολυφασικές κινητικές μονάδες,

-ινιδισμούς, θετικά κύματα,

-παράξενα υψηλής συχνότητας κύματα

5. Δερματικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν ερυθριώδες εξάνθημα περικογχικά, (ηλιοτροπίου), υπερκερατωτικό εξάνθημα στην εκτατική επιφάνεια των φαλαγγικών αρθρώσεων (σημείο Gottron) και προσβολή γονάτων, αγκώνων, προσώπου, αυχένα, κορμού.

Για την διάγνωση της δερματομυοσίτιδας απαιτείται η παρουσία εξανθήματος και 3 από τα άλλα 4 κριτήρια, ενώ για εκείνη της Πολυμυοσίτιδας απαιτείται η παρουσία των 4 κριτηρίων χωρίς το εξάνθημα.

3.8. Αγγειίτιδες

Για τη διάγνωση των αγγειίτιδων χρησιμοποιούνται διάφορα κριτήρια ανάλογα με τον τύπο της αγγειίτιδας. Για τη διάγνωση της γιγαντοκυτταρικής αρτηρίτιδας χρησιμοποιήσαμε τα κριτήρια του Πίνακα 3.8.1 (Hunder GG et al 1990), μολονότι το χρυσό κριτήριο είναι η θετική βιοψία κροταφικής αρτηρίας.

Πίνακας 3.8.1. Κριτήρια της γιγαντοκυτταρικής αρτηρίτιδας

1. Ηλικία > των 50 ετών

2. Πρόσφατη κεφαλαλγία

3. Παθολογικά αντικειμενικά ευρήματα από τις κροταφικές αρτηρίες (ευαισθησία στην ψηλάφηση, ή μειωμένες σφύξεις)

4. Αυξημένη ΤΚΕ

5. Παθολογική βιοψία κροταφικής αρτηρίας (Αγγειίτιδα) με χρόνια φλεγμονώδη ή κοκκιωματώδη διήθηση συνήθως με γιγαντοκύτταρα.

Η παρουσία 3 τουλάχιστον από τα 5 αυτά κριτήρια θέτει την διάγνωση της ΓΚΑ .

3.9. Ουρική αρθρίτιδα

Για τη διάγνωση της ουρικής αρθρίτιδας χρησιμοποιήσαμε τα κριτήρια του πίνακα 3.9.1. (Wallace SL. et al 1977) φυσικά το χρυσό κριτήριο είναι η ανεύρεση κρυστάλλων ουρικού μονοατρίου στο αρθρικό υγρό.

Πίνακας 3.9.1. Κριτήρια ουρικής αρθρίτιδας

A. Παρουσία χαρακτηριστικών κρυστάλλων ουρικού μονοατρίου στο αρθρικό υγρό ή

B. Η ύπαρξη τόφου που αποδεδειγμένα με χημική ανάλυση υλικού με μικροσκόπιο πολωμένου φωτός περιέχει κρυστάλλους ουρικού μονοατρίου ή

Γ. Παρουσία 6 από τα ακόλουθα 12 κλινικά, εργαστηριακά, και ακτινολογικά χαρακτηριστικά .

1. Περισσότερες από μία προσβολή οξείας αρθρίτιδας.
2. Ανάπτυξη του μεγίστου της φλεγμονής εντός μιας ημέρας.
3. Προσβολή μονοαρθρίτιδας.
4. Ερυθρότητα της αρθρώσεως.
5. Επώδυνη ή διογκωμένη η 1^η ΜΤΦ άρθρωση
6. Ετερόπλευρη προσβολή της 1^{ης} ΜΤΦ αρθρώσεως
7. Ετερόπλευρη προσβολή των αρθρώσεων του ταρσού.
8. Ύποπτος τόφος .
9. Υπερουριχαιμία.
10. Ασύμμετρη διόγκωση μέσα σε μία άρθρωση.(RD)
11. Υποφλοιώδεις κύστες χωρίς διαβρώσεις. (RD)
12. Αρνητική καλλιέργεια αρθρικού υγρού κατά την διάρκεια της φλεγμονώδους προσβολής της αρθρώσεως.

3.10. Οστεοαρθρίτιδα

Χρησιμοποιήσαμε τα ακόλουθα κριτήρια για τη διάγνωση της ΟΑ των άκρων χειρών του πίνακα 3.10.1 (Altman R et al 1990), των ισχίων του πίνακα 3.10.2 (Altman R et al 1991) και των γονάτων του πίνακα 3.10.3 (Altman R et al 1986).

Πίνακας 3.10.1. Κριτήρια της ΟΑ των άκρων χειρών

- 1) Άλγος, αγκύλωση ή δυσκαμψία άκρων χειρών και
- 2) 3 ή 4 από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά :
 - α) Σκληρή οστική διόγκωση σε δύο ή περισσότερες από τις δέκα επιλεγμένες αρθρώσεις. (δηλ. η 2^η και η 3^η άπω ΦΦ , η 2^η και η 3^η εγγύς ΦΦ και η 1^η ΜΚΦ άρθρωση και των δύο χειρών).
 - β) Οστική διόγκωση όζοι Heberden (οστεόφυτα δύο ή περισσότερων άπω ΦΦ αρθρώσεων)
 - γ) Όζοι Bouchard (οστεόφυτα ≥ 2 εγγύς ΦΦ αρθρώσεων).
 - δ) Λιγότερες από 3 οιδηματώδεις αρθρώσεις.
 - ε) Παραμόρφωση σε μία τουλάχιστον από τις 10 επιλεγμένες αρθρώσεις.

Πίνακας 3.10.2. Κριτήρια ΟΑ ισχίων

Αλγος στο ισχίο ΚΑΙ τουλάχιστον 2 από τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:
ΤΚΕ < 20 mm/1η ώρα, ακτινογραφική παρουσία οστεοφύτων στην κεφαλή του μηριαίου, στην κοτύλη, και ακτινογραφική στένωση του μεσαρθρίου διαστήματος.

Πίνακας 3.10.3. Κριτήρια ΟΑ των γονάτων

Αλγος γόνατος ΣΕ συνδυασμό με 3 τουλάχιστον από τα παρακάτω 6 κριτήρια:

- α) Ηλικία άνω των 50 ετών
- β) Δυσκαμψία γόνατος διάρκειας κάτω των 30 λεπτών
- γ) κριγμός
- δ) οστική ευαισθησία στην πίεση
- ε) οστική διόγκωση
- ζ) απουσία τοπικής θερμότητας

4. ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΤΩΝ ΡΕΥΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ

4.1. Ρευματοειδής αρθρίτιδα

Οι μελέτες επίπτωσης και επιπολασμού της ΡΑ, οι οποίες βασίζονται στα κριτήρια του ACR του 1987, διαφέρουν σημαντικά στις μεθόδους τους και καταλήγουν σε μία ευρεία διακύμανση των εκτιμήσεων της επίπτωσης και του επιπολασμού της νόσου.

Οι νότιες Ευρωπαϊκές χώρες παρουσιάζουν χαμηλότερους δείκτες επίπτωσης και επιπολασμού, από ότι οι βόρειες Ευρωπαϊκές και οι βόρειες Αμερικανικές χώρες, αν και οι διαφορές αυτές δεν ήταν στατιστικά σημαντικές για τον γυναικείο πληθυσμό.

Έχει προταθεί από μερικούς ότι η ΡΑ στην νότια Ευρώπη παρουσιάζει ένα ιδιαίτερο γενετικό, επιδημιολογικό και κλινικό προφίλ (Ronda E. et al 1994). Παράγοντες περιβαλλοντικοί και σχετιζόμενοι με τον τρόπο ζωής ενδέχεται να συμβάλλουν στο διαφορετικό αυτό προφίλ. Η Μεσογειακή διατροφή με κατανάλωση ελαιολάδου και ψαριών, ίσως ασκούν προστατευτική επίδραση στην ανάπτυξη και στην σοβαρότητα της νόσου (Skoldstam L et al 2003, Kremer JM et al 1990, Linos A et al 1991). Από το άλλο μέρος, οι αναφερόμενες διαφορές μπορεί να οφείλονται στο διαφορετικό πληθυσμό των ΡΑ ασθενών των μελετών.

Στις Βόρειες Ευρωπαϊκές χώρες, οι ΡΑ ασθενείς των νοσοκομείων, λόγω παραπομπής από τους οικογενειακούς ιατρούς, αποτελούν τις βαρύτερες περιπτώσεις της ΡΑ. Αντίθετα στη Νότια Ευρώπη οι ΡΑ ασθενείς των νοσοκομείων, λόγω έλλειψης συστήματος παραπομπής, έχουν όλο το φάσμα της ΡΑ και γι' αυτό δίνουν μια πιο αντικειμενική εικόνα της ΡΑ.

Γενικά ο επιπολασμός της ΡΑ κυμαίνεται μεταξύ 0,3–1,2% (Silman AJ et al 2001). Ο επιπολασμός της ΡΑ σε χώρες της βόρειας Ευρώπης κυμαίνεται από 0,5 έως 1,1 % (Silman AJ et al 2001), και της βόρειας Αμερικής (γενικός πληθυσμός) από 0,9 σε 1,1 % (Mac Gregor AJ et al 2003).

Εξετάζοντας τα ιατρικά αρχεία 425 ατόμων από την περίοδο 1955-1985 στο Rochester της Minnesota, ο επιπολασμός της ΡΑ βρέθηκε περίπου 1% (O' Fallon 1999). Υψηλότερες τιμές επιπολασμού έχουν αναφερθεί σε αυτόχθονες Αμερικανούς (5,3–6%).

Στο Manchester (UK) μελέτη την περίοδο 1990-1992 σε 60.000 λευκούς και μαύρους κατοίκους, βρήκε ότι η ΡΑ είναι σπανιότερη στους μαύρους της Καραϊβικής απ' ότι στους λευκούς, και αυτό επαληθεύεται και από άλλες μελέτες οι οποίες βρήκαν χαμηλότερο επιπολασμό της ΡΑ και στον μαύρο πληθυσμό της Αφρικής (MacGregor AJ et al 1994).

Σε 3.928 άτομα στο Halmstad της Σουηδίας απεστάλησαν ερωτηματολόγια, από τυχαίο δείγμα του πληθυσμού και από ιατρικά αρχεία για τους μη απαντήσαντες και ο επιπολασμός της ΡΑ βρέθηκε να είναι 0,51% (Simonsson M. et al 1999).

Στην Ουγγαρία της Κεντρική Ευρώπης, σε αντιπροσωπευτικό δείγμα 10.000 ατόμων ηλικίας 14-65 ετών, ο επιπολασμός της PA βρέθηκε 0,37% (0,23% στους άνδρες και 0,48% στις γυναίκες)(Kiss CG et al 2005).

Παρόμοια ήταν και τα ποσοστά στην Νότια Ευρώπη.Στην Ισπανία, ο επιπολασμός της PA βρέθηκε στο 0,3-0,5% του αστικού και αγροτικού πληθυσμού και η αναλογία γυναικών προς άνδρες 4:1 (Carmona L et al 2002).

Στην Ιταλία, σε μελέτη που έγινε το 1991 - 92 σε πληθυσμό 4.456 ατόμων ηλικίας 16 ετών και άνω μέσω ερωτηματολογίων καθώς και από ιατρικούς φακέλους αυτών που δεν απάντησαν, βρέθηκε ότι ο επιπολασμός της PA να είναι 0,33% (0,13 % στους άνδρες και 0,51% στις γυναίκες) (Cimmino M et al 1998).

Στην Ελλάδα ο επιπολασμός της PA ευρέθη 0,68% με σαφή υπεροχή των γυναικών έναντι των ανδρών, αυξανόμενος σημαντικά σε ηλικίες έως 50 ετών, ενώ από 50–60 ετών και μετά μειώνεται σημαντικά (Andrianakos et al 2006).

Σε μικτό πληθυσμό της Αργεντινής το 1999, ο επιπολασμός της PA βρέθηκε να είναι 0,19% (Spindler A et al 2002).

4.2. Αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα

Ο επιπολασμός της ΑΣ ποικίλλει από 0,1% σε μαύρους της Αφρικής και σε Εσκιμώους (Baum J et al 1971) και 0,5%-1% σε λευκούς πληθυσμούς στην Αγγλία και στις ΗΠΑ και μέχρι 6% στους Ιθαγενείς Αμερικανούς Haida και του Βορείου Καναδά (Hockberg MC 1984). Έτσι, ο επιπολασμός της ΑΣ φαίνεται να ποικίλλει ανάλογα με τη συχνότητα του HLA-B27 στο γενικό πληθυσμό.

Στο Rochester της Minnesota των ΗΠΑ το 1979 ο επιπολασμός της ΑΣ ευρέθη 0,13% (στους άνδρες 0,2% και στις γυναίκες 0,07%) (Carter ET et al 1979).Σε άλλη μελέτη στο Rochester της Minnesota το 1979, ο επιπολασμός της ΑΣ ευρέθη 0.13% του λευκού πληθυσμού (Pinals RS 1986).Ο επιπολασμός βαριάς ή μέτριας ιερολαγονίτιδας σε έρευνα του NHANES (Κέντρο Εξέτασης και Ερευνών Εθνικής Υγείας και Τροφών των ΗΠΑ), με την μέθοδο συνέντευξης και εξετάσεων (ακτινογραφίες, κλινική εξέταση και εργαστηριακός έλεγχος), έδειξε να είναι 0,73% σε άνδρες ηλικίας 25-74 ετών και 0,3% σε γυναίκες ηλικίας 50-74 ετών (Mauer K 1979).

Σε αναδρομική μελέτη μεγάλης χρονικής διάρκειας στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο της Β. Νορβηγίας, στον πληθυσμό της οποίας υπάρχει μεγάλος επιπολασμός του HLA-B27, μελετήθηκαν όλοι οι ασθενείς που είχαν διάγνωση ΑΣ την περίοδο 1960–1993 και δεν είχαν ψωρίαση ή εντεροπαθητική νόσο Bakland G et al 2005).Συνολικά βρέθηκαν, 534 ασθενείς άνδρες μέσης ηλικίας και

με HLA-B27(+) (93%) οι οποίοι είχαν επιβεβαιωμένη διάγνωση ΑΣ (βάσει των τροποποιημένων κριτηρίων της Ν. Υόρκης). Η μέση διάρκεια του χρόνου, από την εμφάνιση της νόσου μέχρι την ακτινολογική επιβεβαίωση, βρέθηκε ότι ήταν 8 χρόνια και ο επιπολασμός της ΑΣ ευρέθη 0,036% το 1970, 0,10% το 1980 και 0,21% το 1990. Σε 117 ασθενείς η ΑΣ ήταν δευτεροπαθής σε ψωρίαση ή εντεροπαθητική νόσο.

Σε μελέτη που έγινε το 2007 στο Marche της Κεντρικής Ιταλίας με πληθυσμό 20.882 ατόμων, έστειλαν ερωτηματολόγια σε δείγμα 3.664 ατόμων, 18 ετών και άνω, από ιατρικούς φακέλους 16 ιατρών γενικής ιατρικής. Στη συνέχεια, ειδικευόμενοι Ρευματολόγοι εξέτασαν τα άτομα αυτά, βάσει των Ευρωπαϊκών κριτηρίων. Τελικά, 2.155 άτομα συμμετείχαν στην μελέτη (58%) και η ΑΣ ευρέθη σε συχνότητα 0,37 % (De Angelis R et al 2007).

Στην Ελλάδα έχουν γίνει δύο μελέτες για τον επιπολασμό της ΑΣ. Μία έγινε στην περιοχή του Νομού Ιωαννίνων, όπου καταγράφηκαν οι ασθενείς των ρευματολογικών ιατρείων των Νοσοκομείων και των Ιδιωτών ρευματολόγων κατά την περίοδο 1983–2002. Η διάγνωση ετέθη βάσει των τροποποιημένων κριτηρίων της Ν.Υ για την ΑΣ. Το αντιγόνο HLA B-27 ευρέθη στο 80,5% των ασθενών και ο επιπολασμός της ΑΣ ευρέθη 0,03% (Alamanos Y et al 2004). Σε μία άλλη μελέτη το 2002, ο επιπολασμός της ΑΣ βρέθηκε στο 0,24% των ενηλίκων με αναλογία ανδρών προς γυναίκες 5,5 : 1 (Andrianakos A et al 2003). Στην ίδια μελέτη, ο επιπολασμός των σπονδυλαρθριτίδων βρέθηκε να είναι 0,49% και αυξάνονταν με την ηλικία μέχρι 59–68 ετών. Η Ιερολαγονίτιδα βρέθηκε στο 39,8% των ασθενών (Andrainakos A et al 2003).

Στο Izmir της Τουρκίας έγινε μελέτη με ερωτηματολόγιο σε 2.887 άτομα ηλικίας 20 ετών και άνω από δείγμα του πληθυσμού. Αυτοί οι οποίοι απάντησαν θετικά στο ερωτηματολόγιο εξετάστηκαν από 2 Ρευματολόγους. Ο επιπολασμός της ΑΣ ήταν 0,54 % στους άνδρες και στις γυναίκες 1,22%. Έτσι διαπιστώθηκε ένας υψηλός επιπολασμός (0,49%) της ΑΣ στον ενήλικα Αστικό πληθυσμό της Δ. Τουρκίας. Ο συνολικός επιπολασμός των σπονδυλαρθριτίδων, συμπεριλαμβανομένης και της ΑΣ βρέθηκε 1,05% με μια μικρή υπεροχή των ανδρών στην ΑΣ (Onen F et al 2007).

Σε βιβλιογραφική ανασκόπηση στην Κίνα, η οποία αφορούσε τον επιπολασμό μεταξύ στρατιωτών και πολιτών, κατά την περίοδο 1994 – 2006 μέσω Internet, βρέθηκαν 2 μελέτες που αφορούσαν στρατιώτες και 8 που αφορούσαν πολίτες. Ο επιπολασμός της ΑΣ στους στρατιωτικούς βρέθηκε 0,24% και στους πολίτες 0.23 % (Swee Cheng Ng et al 2007).

4.3. Ψωριασική αρθρίτιδα

Η Ψωρίαση γνωρίζουμε ότι προσβάλλει 2-3 % του γενικού πληθυσμού και ότι ο επιπολασμός της σε ασθενείς με ψωρίαση κυμαίνεται από 6 έως 39%. Τηλεφωνική μελέτη, η οποία έγινε πρόσφατα στην Ευρώπη και στην Αμερική σε ψωριασικούς ασθενείς, παρουσιάζει επιπολασμό της ΨΑ 30% και 11%, αντίστοιχα. Αυτή η μεγάλη διαφορά εν μέρει συσχετίζεται με την χαμηλότερη σοβαρότητα της ψωρίασης στον μελετηθέντα πληθυσμό των ΗΠΑ και η οποία μπορεί να συνδεθεί με την διαφορά του επιπολασμού της ΨΑ (Gelfand JM et al 2005). Σε αντίθεση με την ψωρίαση που παρουσιάζεται μεταξύ 5 και 15 ετών, η ΨΑ παρουσιάζεται στην ηλικία των 30-55 ετών.

Σε μια μελέτη από τα ιατρικά αρχεία στο Olmsted Minnesota των ΗΠΑ την περίοδο 1982 έως 1992, ο επιπολασμός της ΨΑ βρέθηκε 0,1% με αναλογία γυναικών προς άνδρες 2:1 (Sheeb M et al 2000, Helmick CG et al 2008).

Στο Reykjavik της Ισλανδίας από αρχεία πασχόντων από ψωρίαση και από Νοσοκομειακά στοιχεία, ο επιπολασμός της ΨΑ στον ενήλικο πληθυσμό εκτιμήθηκε στο 0,14%, με αναλογία ανδρών προς γυναίκες 2:1 (Love TJ et al 2007). Ο τύπος της ΨΑ ήταν ολιγοαρθρίτιδα σε 44%, πολυαρθρίτιδα σε 31%, ενθεσοπάθεια σε 8%, και φλεγμονώδης οσφυαλγία (ιερολαγονίτις) σε 70% των ασθενών (Love TJ et al 2007).

Στη Δ. Νορβηγία σε πληθυσμό 442.000 κατοίκων, κατά την περίοδο 1999–2002, σε μελέτη από ιατρικούς φακέλους ασθενών ρευματολογικών Ιατρείων βρέθηκε επιπολασμός της ΨΑ 0,19%. Σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων, δεν υπήρχαν. Και για τα δύο φύλα ο επιπολασμός ήταν υψηλότερος στις ηλικίες 40–59 ετών. Πολυαρθρίτιδα είχαν 68,6%, ολιγοαρθρίτιδα είχαν 22,9%, μονοαρθρίτιδα είχαν 5,8%, και ιερολαγονίτιδα είχαν 2,7% των ασθενών (Madland TM et al 2005).

Στη Δανία το 1994 έγινε μελέτη με ερωτηματολόγια που στάλθηκαν σε 37.388 διδύμους ενώ το 2002 έγινε δεύτερη αποστολή των ιδίων ερωτηματολογίων, σε 46.418 διδύμους: οι δίδυμοι που ανέφεραν ΨΑ κατατάχθηκαν σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του Moll και Wright (Moll J et al 1973) και τα κριτήρια της CASPAR, αντίστοιχα, μέσω συνέντευξης, κλινικής εξέτασης και ιατρικών φακέλων. Συνολικά 228 δίδυμα άτομα ανέφεραν ΨΑ και 184 (81%) συμμετείχαν σε κλινική εκτίμηση. Σύμφωνα με τα κριτήρια των Moll και Wright, ο επιπολασμός της ΨΑ βρέθηκε 0,15%, ενώ με τα κριτήρια της CASPAR ο επιπολασμός ήταν 0,14% (Ole Birger Vesterager Pedersen et al 2008).

Στη Νότια Ευρώπη ο επιπολασμός της ΨΑ βρέθηκε παρόμοιος. Στο Marche της Ancona, της κεντρικής Ιταλίας, με πληθυσμό 20.882 ενηλίκων, το 2007 στάλθηκαν ερωτηματολόγια σε δείγμα 3.664 ατόμων, 18 χρονών και άνω, και επακολούθησε εξέταση από ειδικευμένους Ρευματολόγους, και κατάταξη της σπονδυλαρθροπάθειας βάσει των κριτηρίων της

Ευρωπαϊκής ομάδας μελέτης των σπονδυλαθροπαθειών. Συμμετείχαν στην μελέτη 58,8 % των ερωτηθέντων. Βρέθηκαν 23 περιπτώσεις σπονδυλαρθρίτιδος (18 άνδρες, 5 γυναίκες, επιπολασμός 1,06%). Η πιο κοινή σπονδυλαρθροπάθεια ήταν η ΨΑ με επιπολασμό 0,42%, ακολουθούμενη από την ΑΣ με 0,37%. Επίσης βρέθηκαν 2 περιπτώσεις με αδιαφοροποίητη σπονδυλίτιδα, 2 με αντιδραστική αρθρίτιδα και 2 περιπτώσεις με εντεροπαθητική αρθροπάθεια (επιπολασμός 0,09%) (De Angelis et al 2007). Στην Ελλάδα, ο επιπολασμός της ΨΑ σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη, ανέρχεται στο 0,17% των ενηλίκων (Andrianakos A et al 2003). Στην ίδια μελέτη βρέθηκε ιερολαγονίτις στο 39,8% και ασύμμετρη ολιγοαρθρίτιδα στο 40,6% των ασθενών με ΨΑ (Trontzas P et al 2005).

Στην Κίνα, σε ανασκόπηση που έγινε χρησιμοποιώντας την Αγγλική και Κινεζική γλώσσα, μέσω διαδικτύου, σε μελέτες της περιόδου 1994-2006, ο επιπολασμός της ΨΑ ήταν 0,01-0,1% (Zeng QY et al 2008).

4.4. Συστηματικός ερυθθηματώδης λύκος

Ο επιπολασμός του ΣΕΛ σε διάφορους πληθυσμούς κυμαίνεται από 0,029% σε 0,4% (Fessel WJ 1974, Michel CJ et al 1985, Hochberg MC 1985). Υπάρχει μία σαφής υπεροχή των γυναικών έναντι των ανδρών 9:1 ή και ακόμα υψηλότερη μέχρι 30:1 κατά τη διάρκεια της αναπαραγωγικής ηλικίας. Ο ΣΕΛ φαίνεται ότι είναι συχνότερος σε ορισμένες φυλετικές ομάδες, ιδιαίτερα μαύρους, οι οποίοι προσβάλλονται 3 φορές περισσότερο από τους λευκούς και έχει βαρύτερη πρόγνωση, καθώς και Κινέζους και άλλους Ασιάτες.

Σε μια μελέτη βασισμένη σε ιατρικές διαγνώσεις και συνταγογράφηση φαρμάκων χρησιμοποιούμενων στον ΣΕΛ το 2004, ο επιπολασμός του ΣΕΛ εκτιμήθηκε στο 0,053% των ενήλικων γυναικών (Ward MM 2004).

Σε μελέτες που έγιναν στο San Francisco της California και στο Rochester της Minnesota των ΗΠΑ και που αφορούσαν ως επί το πλείστον λευκό πληθυσμό, ο επιπολασμός του ΣΕΛ ήταν 0,044% σε Αφροαμερικανούς ηλικίας 15-64 ετών, 0,01% σε λευκές γυναίκες, 0,044% σε μαύρες γυναίκες, 0,01% σε λευκούς άνδρες, και 0,05% σε μαύρους άνδρες (Fessel WJ 1974). Στο Nogales της Αριζόνα των ΗΠΑ, ο επιπολασμός του ΣΕΛ σε Ισπανίδες γυναίκες ήταν 0,1% (Balluz L et al 2001). Στη Havai ήταν 0,05% σε λευκούς και Ιάπωνες, και 0,01% σε Κινέζους (Maskarinec G et al 1995). Σε αγροτικό πληθυσμό του Wisconsin των ΗΠΑ χρησιμοποιώντας ιατρικά δεδομένα της περιόδου 1991-2001 από την Marshfield Clinic ο επιπολασμός του ΣΕΛ βρέθηκε 0,078% (AL Naleway et al 2005).

Στο Puerto Rico, το 2003 χρησιμοποιώντας ιατρικά δεδομένα ασφαλιστικών εταιρειών υγείας, ο επιπολασμός του ΣΕΛ βρέθηκε 0,015% (Maria J et al 2007).

Στο Quebec του Καναδά, ανασκόπηση Ιατρικών αρχείων νοσοκομείων κατά το χρονικό διάστημα 1994–2003, έδειξε επιπολασμό του ΣΕΛ 0,044 % (Bernatsky et al 2007).

Στο Nottingham της Αγγλίας, κατά το διάστημα 1989-90, επιπολασμός του ΣΕΛ βρέθηκε 0,024 % (Hopkinson ND et al 1993).

Σε μια άλλη μελέτη στην Αγγλία με ιατρικούς φακέλλους ασθενών την περίοδο 1992–1998, ο επιπολασμός του ΣΕΛ στις γυναίκες το 1992 ήταν 0,042%, ενώ το 1998 μειώθηκε σε 0,08% (Nightingale AL et al 2007). Στη Σκανδιναβία το 1995 μια αναδρομική κλινική μελέτη βρήκε τον επιπολασμό του ΣΕΛ στο 0,021% (Voss A et al 1998), ενώ στη Λιθουανία παρόμοια μελέτη βρήκε 0,02 % (Dadoniene J et al 2006).

Από τη νότια Ευρώπη υπάρχουν δεδομένα της Ιταλίας. Στη Ferrara της Ιταλίας ανασκόπηση Νοσοκομειακών ιατρικών δεδομένων της περιόδου 1996-2002 έδειξε επιπολασμό του ΣΕΛ 0,057% (Govoni M et al 2006).

4.5. Σύνδρομο Sjogren

Οι επιπολασμοί του πρωτοπαθούς **pSS** ποικίλουν από 0,05 σε 4,8% του πληθυσμού, ενώ η σχέση ανδρών/γυναικών είναι περίπου 9:1 (Helmick CG. et al 2008, Hootman JM et al 2006).

Στο Manchester της Αγγλίας το 1998 ο επιπολασμός βρέθηκε 3% (Thomas E et al 1998) χρησιμοποιώντας τα Ευρωπαϊκά κριτήρια διάγνωσης (Tomsic M 1999), ενώ το 2004 στην Αγγλία, ο επιπολασμός του pSS σε γυναίκες βρέθηκε να κυμαίνεται μεταξύ 0,1% και 0,4% (Bowman SJ et al 2004).

Στη Νορβηγία μια μελέτη του 2008 δια αλληλογραφίας, με ερωτηματολόγια, βρήκε τον επιπολασμό του pSS, χρησιμοποιώντας τα Ευρωπαϊκά διαγνωστικά κριτήρια του 1993, 7 φορές υψηλότερο (0,44%) σε άτομα ηλικίας 71-74 ετών, σε σχέση με άτομα ηλικίας 40-44 ετών, όπου ο επιπολασμός ήταν 0,22% βάσει των αναθεωρημένων κριτηρίων του 1996 (Haugen AJ et al 2008).

Στη Σλοβενία, χρησιμοποιώντας τα Ευρωπαϊκά κριτήρια (Tomsic M et al 1999), μια μελέτη βρήκε τον επιπολασμό 0,60%.

Στην Ελλάδα, σε μια μελέτη που έγινε στον Αστακό Αιτωλοακαρνανίας το 1992 χρησιμοποιώντας πρωτόκολλο διηρημένο σε δύο μέρη, εξετάστηκαν 837 γυναίκες 18 χρονών και άνω. Στο πρώτο μέρος η εξέταση με ερωτηματολόγιο αναφερόταν σε οφθαλμικά και στοματικά συμπτώματα. Στο β' μέρος, 45 γυναίκες ανέφεραν συμπτώματα ξηροφθαλμίας και ξηροστομίας και υποβλήθηκαν σε όλα τα διαγνωστικά

τέστ, βάσει των κριτηρίων, για τη διάγνωση του συνδρόμου. Η πλήρης συμπλήρωση των διαγνωστικών τέστ έγινε σε 35 από αυτές τις γυναίκες. Ένα άτομο θεωρείτο ότι έπασχε από pSS εάν πληρούσε τουλάχιστον 4 από τα 6 κριτήρια του pSS, ενώ εάν είχε 3 μόνο θετικά κριτήρια θεωρούνταν ότι έπασχε από πιθανό pSS. Τα πλήρη διαγνωστικά κριτήρια του pSS τελικά πληρούσαν μόνο 5 γυναίκες. Ο αριθμός αυτός αντιστοιχούσε σε επιπολασμό 0,60%, ενώ το πιθανό pSS είχε διαγνωσθεί σε 25 γυναίκες (επιπολασμός =2,99%). Επειδή 10 από τις 45 γυναίκες απουσίασαν από τη μετέπειτα παρακολούθηση και η χρησιμοποίηση όχι τόσο αυστηρών κριτηρίων για τη διάγνωση του πιθανού pSS στο β' μέρος της μελέτης, ο επιπολασμός αυτός του 0,60% εκτιμήθηκε ως υπερβολικός (Skorouli F et al 1997).

Στην μελέτη του EΙPE ο επιπολασμός του pSS στους ενήλικες βρέθηκε 0,15% (Andrianakos A et al 2003, Ανδριανάκος Α et al 2003). Στη μελέτη ESORDIG στη Ελλάδα (Trontzas P et al 2004), χρησιμοποιώντας τα Ευρωπαϊκά κριτήρια κατάταξης, με στόχο πληθυσμό 10.647 ενηλίκων ατόμων, ο επιπολασμός του pSS και στα δύο φύλα βρέθηκε 0,15%, ενώ στις γυναίκες ήταν 0,29% και αφορούσε περισσότερο Αστικό πληθυσμό.

Στη Κίνα το 1995 ο επιπολασμός βρέθηκε 0,33% και 0,77%, χρησιμοποιώντας τα τροποποιημένα κριτήρια του San Diego και της Κοπεγχάγης αντιστοίχως (Zhang N et al 1995). Τα διάφορα κριτήρια ταξινόμησης του pSS που χρησιμοποιούνται στις διάφορες μελέτες ίσως εξηγεί τις διαφορές που παρατηρούνται στον επιπολασμό της νόσου.

4.6. Συστηματική σκλήρυνση

Στις ΗΠΑ, η επίπτωση της SSc είναι περίπου 19 περιπτώσεις ανά εκατομμύριο κατοίκους ετησίως και ο επιπολασμός 19-75 περιπτώσεις ανά 100.000 κατοίκους (0,019% - 0,075%) (Maricq HR et al 1989). Αν συμπεριληφθούν και οι ασθενείς με ήπιες μορφές σκληροδέρματος, οι οποίοι όμως δεν πληρούν τα κριτήρια ταξινόμησης, τότε οι δείκτες επιπολασμού της νόσου αυξάνονται κατά 3 με 4 φορές (Subcommittee for scleroderma 1980). Για να ερευνηθεί ο επιπολασμός του SSc στο Michigan των ΗΠΑ χρησιμοποιήθηκαν δεδομένα νοσοκομείων, εξωτερικών Ιατρείων από ιδιώτες Ρευματολόγους σε άτομα >18 ετών (Winterbauer RH et al 1964). Ο επιπολασμός του SSc βρέθηκε 0,24% και ήταν υψηλότερος στους Αφρο-Αμερικανούς απ' ότι στους λευκούς, και η αναλογία γυναίκες/άνδρες ήταν 4,6:1 (Mayes MD et al 2003). Δυο άλλες μελέτες στις ΗΠΑ βρήκαν τον επιπολασμό του SSc 0,028% (Mayes MD et al 2003) και 0,026% (Arnett FC et al 2002), αντίστοιχα. Ο υψηλότερος επιπολασμός του SSc βρέθηκε σε μια ομάδα αυτόχθονων Αμερικανών Ινδιάνων Choctaw στην Οκλαχόμα, και ήταν 0,06% (Arnett FC et al 1996, Tan FK et al 1998).

Επίσης ευρέθη διαφορά επιπολασμού μεταξύ βορρά και νότου , Γαλλίας $158/10^6$ το 2001 και Αγγλίας $88/10^6$ το 2000 (Le Guern G et al 2004). Ο επιπολασμός της νόσου στην Ουγγαρία είναι 0,072% (Czirjak CG et al 2005).

Στο Οντάριο (Tompson AE et al 2002), στη Ρώμη (Valesini G et al 1993), και κοντά στα αεροδρόμια του Λονδίνου (Silman AJ et al 1990) βρέθηκε ένας ασυνήθιστα υψηλός αριθμός περιπτώσεων με SSc (3,5 ή 1000 φορές περισσότερο από το αναμενόμενο, ο οποίος αποδόθηκε σε εδαφικές και καιρικές συνθήκες καθώς και στην ανομοιομορφία των μεθόδων και σχεδιασμού των μελετών. Επίσης, βρέθηκε ότι υπάρχει διαφορετική προδιάθεση για το νόσημα, σχετιζόμενη με το φύλο, ηλικία και εθνικότητα.

Στην Αυστραλία το 1999, ο επιπολασμός της νόσου βρέθηκε 0,022% (Mayes MD et al 2003). Σε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας βρέθηκαν 32 δημοσιευμένα άρθρα από 1969–2006 και στην οποία υπήρχαν πολλές γεωγραφικές διαφορές , ο επιπολασμός του SSc κυμαινόταν από $7/10^6$ έως $489/10^6$ (Mayes MD et al 2003).

Στην Βορειοδυτική Ελλάδα μια μελέτη, χρησιμοποιώντας αρχεία των Νοσοκομείων των Ιωαννίων και ιδιωτών ρευματολόγων της περιόδου 1982-2002, βρήκε επιπολασμό της SSc 0,0308%, και αναλογία γυναίκες/άνδρες 8,9:1. Περιορισμένο SSc διαγνώσθηκε στο 75% και διάχυτο SSc στο 25% των ασθενών (Alamanos Y et al 2005).

4.7. Ιδιοπαθείς μυοσίτιδες

Η ακριβής εκτίμηση του επιπολασμού των ιδιοπαθών μυοσίτιδων είναι δύσκολη αφ' ενός γιατί τα νοσήματα αυτά είναι σπάνια και αφ' ετέρου γιατί δεν υπάρχουν κοινά αποδεκτά διαγνωστικά κριτήρια (Tanimoto K et al 1995). Εκτιμήσεις του επιπολασμού κυμαίνονται από 0,5 σε 9,3 ανά εκατομμύριο (Cronin ME et al 1990, Phillips BA et al 2000). Υπάρχουν φυλετικές διαφορές στη συχνότητα με χαμηλή συχνότητα στους Ιάπωνες και υψηλότερη στους Μαύρους των ΗΠΑ (Phillips BA et al 2000).

4.8. Αγγειίτιδες

Η ΓΚΑ φαίνεται να είναι η πιο συχνή αγγειίτιδα σε άτομα άνω των 50 ετών. Σε μια μελέτη από ιατρικούς φακέλους 257 Αμερικανών ασθενών, οι οποίοι είχαν νοσηλευθεί την περίοδο 1996-2002 και τους είχε γίνει βιοψία αρτηρίας, βρέθηκε ότι ο επιπολασμός και τα κλινικά συμπτώματα της ΓΚΑ ήταν ίδια σε Ισπανούς και μη Ισπανούς ασθενείς (Byron L et al 2007). Η Εθνική ομάδα εργασίας για αρθρίτιδες των ΗΠΑ ανασκόπησε δημοσιευμένες αναλύσεις από διάφορες Εθνικές μελέτες (Lawrence C. Reva et al 2008). Για την ΡΠ και την ΓΚΑ ο καλύτερος διαθέσιμος επιπολασμός ήταν αυτός του 2005 σε Αμερικανικό πληθυσμό, που είχε γίνει από το Census Bureau και βρέθηκε ότι 711.000 είχαν ΡΠ, και 228.000

είχαν ΓΚΑ. Η ΓΚΑ παρουσιάζεται πολύ συχνότερα στους λευκούς από άλλες φυλές ή Εθνικές ομάδες. (Lawrence C. Reva et al 2008). Στο Olmsted County της Minnesota των ΗΠΑ ο επιπολασμός της ΓΚΑ βρέθηκε 200/100.000 (Machado EBV et al 1988). Σε άτομα ηλικίας > των 50 ετών το 2000, ο επιπολασμός της ΓΚΑ βρέθηκε 278/10⁵ κατοίκους (Salvarani C et al 2004) και της ΡΠ 739/10⁵ κατοίκους (Doran MF et al 2002). Για την κάθε μία νόσο, ο επιπολασμός ήταν υψηλότερος στις γυναίκες από τους άνδρες και αυξανόταν δραματικά με την ηλικία. Για τη ΡΠ από 21/100.000 στα άτομα ηλικίας 50-54 ετών αυξάνονταν σε 4070 /100.000 στα άτομα ηλικίας 90 ετών και άνω. Από τα στοιχεία αυτά προκύπτει ότι η ΓΚΑ και η ΡΠ είναι πολύ συχνές παθήσεις της ΗΠΑ. Ο επιπολασμός ήταν πολύ υψηλότερος στις ΗΠΑ από ότι στη Β. Ευρώπη (Salvarani C et al 2002, Weyand CM et al 2003).

Σε μελέτη που έγινε το 1994 στη Βόρεια και Νότια Γερμανία σε πληθυσμό 885.983 ατόμων, με τη μέθοδο του ερωτηματολογίου που στάλθηκε σε όλα τα τμήματα Νοσοκομείων, σε Γενικούς ιατρούς, σε Ασφαλιστικά και συνταξιοδοτικά ταμεία και σε εργαστήρια αυτοάνοσων νοσημάτων, χρησιμοποιώντας τα κριτήρια του 1992 του Chapel Hill Consensus Conference on the Nomenclature of systemic Vasculitis, ο γενικός επιπολασμός για όλους τους τύπους της πρωτοπαθούς συστηματικής αγγειίτιδας, βρέθηκε 0,021% στην Β. Γερμανία και 0,019% στην Ν. Γερμανία (Reinhold E – Keller et al 2000). Και στις δύο περιοχές η πιο συχνή αγγειίτιδα ήταν η γιγαντοκυτταρική με επιπολασμό 0,008% στη Β. Γερμανία και 0,009% στην Νότια Γερμανία. Η αναλογία γυναίκες/άνδρες βρέθηκε 2- και 5-πλάσια σε άτομα > 50 ετών από ότι σε άτομα ηλικίας <50 ετών (Reinhold E- Keller et al 2000). Ο πιο συχνός τύπος ευρέθη ότι ήταν η ΓΚΑ και στην συνέχεια η κοκκιωμάτωση Wegener. Ο επιπολασμός της ΓΚΑ ήταν σημαντικά υψηλότερος στον Αστικό παρά στον Αγροτικό πληθυσμό και σε άτομα μεγαλύτερα των 50 ετών και σε γυναίκες (Reinhold E– Keller et al 2000). Στις Σκανδιναβικές χώρες ο επιπολασμός της ΓΚΑ σε άτομα > 50 ετών ήταν 0,015%-0,025% (Hunder GG 1997).

Στους νότιους Ευρωπαίους 6/10⁵ άτομα και σε Ισπανούς ή μαύρους 1-2 ανά 10⁵ άτομα (0,001%-0,002%) (Byron L et al 2007).

Στην Ελλάδα, ο επιπολασμός της ΓΚΑ βρέθηκε 0,08% (Andrianakos A et al 2003), ενώ της Ρευματικής Πολυμυαλγίας βρέθηκε 0,37% σε άτομα 50 ετών και άνω, με πιο προσβολή σε γυναίκες παρά σε άνδρες.

Σε νεκροτομικό υλικό 889 περιπτώσεων, η ΓΚΑ είναι πολύ συχνή φθάνοντας 1,6% των περιπτώσεων (Ostberg G 1973).

4.9. Ουρική αρθρίτιδα

Δίαιτα πλούσια σε πουρίνες, και φάρμακα που εμποδίζουν την απέκκριση του ουρικού οξέος από τους νεφρούς συσχετίζονται με την ΟΥΑ (Saag και Choi 2006). Επίσης πολυμορφισμοί του γονιδίου το μεταφορέα του ουρικού SLC2A9 του νεφρικού σωληναρίου συσχετίζονται με την ΟΥΑ (Caulfield MJ et al 2008, Stark K et al 2008). Ο επιπολασμός της ουρικής αρθρίτιδας αυξάνει με την ηλικία, είναι υψηλότερος στους άνδρες απ' ότι στις γυναίκες, σε όλες τις ηλικίες, και είναι υψηλότερος στους Αφροαμερικανούς από ότι στους λευκούς. Ο επιπολασμός έχει αυξηθεί τις τελευταίες 10ετίες στις ΗΠΑ καθώς επίσης και σε άλλες χώρες με υψηλό επίπεδο διαβίωσης. Αυτό θα μπορούσε να εξηγηθεί από την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης και τη συχνή χρήση θειαζιδικών διουρητικών, ιδιαίτερα σε συνδυασμό με υπέρταση και με χρόνια νεφρική ανεπάρκεια. Η αλληλεπίδραση μεταξύ γενετικών και εξωγενετικών παραγόντων, για την εκδήλωση υπεουριχαιμίας, φαίνεται από το γεγονός ότι η μέση τιμή ουρικού ουρικού οξέος είναι σημαντικά μεγαλύτερη στους Φιλιπινέζους που ζούν στις ΗΠΑ, σε σύγκριση με αυτούς στις Φιλιππίνες και η διαφορά αυτή, οφείλεται στο ότι η ικανότητα απεκκρίσεως του ουρικού, δεν είναι αρκετή σε σχέση με τις μεγάλες ποσότητες πουρινών που υπάρχουν στην Αμερικανική διατροφή (Healy LA et al 1971). Ο επιπολασμός μπορεί να είναι μεγαλύτερος στους Αμερικανούς άνδρες Αφρικανικής καταγωγής, σε σύγκριση με Καυκάσιους, πιθανόν λόγω και του μεγαλύτερου επιπολασμού της υπέρτασης. Hochberg EC et al 1995).

Στις ΗΠΑ, στις ηλικίες > 87 ετών ο επιπολασμός της ΟΥΑ από 2,1% το 1990 σε 4,1% το 1999 (Wallace KL et al 2004). Στους άνδρες, τα αντίστοιχα ποσοστά ήταν 2,5% και 6,4%. Στην επισκόπηση της Εξέτασης της Εθνικής υγείας και Διαιτροφής των ΗΠΑ (National health and Nutrition Examination Survey, NHANES III) μεταξύ 1988 και 1994, η μεγαλύτερη συχνότητα 8,0% βρέθηκε στις ηλικίες 70-79 ετών (άνδρες 11,6%, γυναίκες 5,2%) (Kramer HM et al 2002, Lawrence RC et al 2008). Το 1986 ο επιπολασμός της ΟΥΑ υπολογίζονταν σε 1,36% στους άνδρες και 0,64% στις γυναίκες. Στους άνδρες ηλικίας 18-44 ετών ήταν 0,24%, στις ηλικίες 45-64 ετών ήταν 0,35%, και σε ηλικίες 65 ετών και άνω ήταν 0,51%. Στις γυναίκες ηλικίας 18-44 ήταν 0,07%, στις ηλικίες 45-64 ετών ήταν 0,14% ετών και σε ηλικίες και άνω ήταν 0,19%. Σε λευκούς ηλικίας 18-44 ετών ήταν 0,17%, στις ηλικίες 45-64 ήταν 2,3% και στις ηλικίες 65 ετών και άνω ήταν 3,05%. Στους μαύρους ηλικίας 18-44 ετών ο επιπολασμός της ΟΥΑ ήταν 0,1%, στις ηλικίες 45-64 ετών ήταν 3,83% και σε ηλικίες 65 ετών και άνω ήταν 4,92% (National Center for health Statistics 1987, Prevalence of selected Chronic conditions US 1986).

Στην Αγγλία τα στοιχεία προέρχονται από τα αρχεία γενικών Ιατρών. Ο επιπολασμός της ΟΥΑ ήταν 0,3% το 1970 και αυξήθηκε στο 0,95% (άνδρες 1,64%) τη δεκαετία του 1990 (Conrad M et al 1995, Haris JM et al 1995).

Στη δεκαετία του 1990 ο επιπολασμός της ΟΥΑ ήταν γενικά σταθερός στο 1,4% με 7,0% στους άνδρες > 65 ετών (Mikuls TR et al 2005) και διατηρήθηκε στα ίδια επίπεδα μέχρι το 2005 (Annemans L et al 2008).

Στη χώρα μας ο επιπολασμός της ουρικής αρθρίτιδας, βρέθηκε στο 0,47 % (95% CI 0,36 – 0,58) (Andrianakos A et al 2003).

Στην Ταιβάν η συχνότητα της ΟΥΑ φθάνει το 15,3% και υπάρχει μεγάλη διαφορά ανάμεσα σε διαφορετικούς πληθυσμούς (Chang H-Y et al 2001, Nan H et al 2006).

4.10. Οστεοαρθρίτιδα

Οι επιδημιολογικές μελέτες της ΟΑ έχουν ενδογενή μειονεκτήματα λόγω της έλλειψης συσχέτισης ανάμεσα στα ακτινολογικά ευρήματα και στα συμπτώματα ΟΑ, που μπορεί να υποεκτιμήσει τη συχνότητα της ΟΑ. Γενικά, ο επιπολασμός της γενικευμένης ΟΑ εμφανίζει συσχέτιση με την ηλικία, και στις μεγάλες ηλικίες, είναι συχνότερη στις γυναίκες.

Η ΟΑ είναι η συχνότερη αρθροπάθεια στις ΗΠΑ και σε ολόκληρο τον κόσμο και είναι μία από τις κύριες αιτίες πόνου και ανικανότητας στους ηλικιωμένους (Keuttner KE et al 1995). Ο επιπολασμός της συμπτωματικής ΟΑ άκρων χειρών, που επιβεβαιώθηκε με ακτινογραφία άκρων χειρών, στη μελέτη Framingham της Μασσαχουσέτης των ΗΠΑ, ήταν 6,8% (3,8% στους άνδρες, 9,2% στις γυναίκες) (Zhang Y et al 2002) ενώ στις ηλικίες > 71 ετών ήταν 13,4% στους άνδρες, και 26,2% στις γυναίκες. Στα άτομα της μελέτης Framingham, ο επιπολασμός της συμπτωματικής ΟΑ γόνατος ήταν 4,9%, ενώ στις ηλικίες >45 ετών ήταν 6,7% (5,9% στους άνδρες, 7,2% στις γυναίκες) (Felson DT et al 1987). Στη μελέτη NHANES III, ο επιπολασμός της συμπτωματικής ΟΑ γόνατος στις ηλικίες >60 ετών ήταν 12,1% (10,0% στους άνδρες, και 13,6% στις γυναίκες) (Dilon CF et al 2006). Ενώ στη μελέτη της επαρχίας Johnston της βόρεια Καρολίνας των ΗΠΑ στις ηλικίες > 45 ετών ήταν 16,7% (13,5% στους άνδρες, και 18,7% στις γυναίκες) (Jordan JM et al 2007). Στην επαρχία Johnston της βόρειας Καρολίνας των ΗΠΑ ο επιπολασμός της συμπτωματικής ΟΑ ισχίων ήταν 9,2% (8,7% σε άνδρες και 9,3% σε γυναίκες) (Lawrence RC et al 2008).

Στην British Columbia του Καναδά χρησιμοποιώντας βάσεις δεδομένων από κέντρα υγείας και νοσοκομεία, κατά τα έτη 1991-2001 βρέθηκε ότι ο επιπολασμός της συμπτωματικής ΟΑ το 2001 ήταν 10% στις ηλικίες 45-49 ετών και αύξανε με την ηλικία έτσι ώστε στην ηλικία των 70 ετών 32% των ανδρών και 40% των γυναικών είχαν ΟΑ (Korpec JA et al 2007). Η μεγαλύτερη συχνότητα για τους άνδρες ήταν στις ηλικίες 70-74 ετών και για τις γυναίκες στις ηλικίες 75-79 ετών (Korpec JA et al 2007).

Στη Γαλλία, η τηλεφωνική επικοινωνία σε τυχαία άτομα έδειξε ότι είναι καλή μέθοδος για τη διάγνωση της ΟΑ γονάτων και ισχίων και βρήκε

επιπολασμό 7,6% και 5%, αντίστοιχα, στις ηλικίες 40-75 ετών (Roux CH et al 2008).

Στην Ισπανία, η συχνότητα της συμπτωματικής ΟΑ γόνατος βρέθηκε 10,2% και άκρων χειρών 6,2% (Carmora L et al 2001). Σε επαρχιακή πόλη της Ισπανίας, σε δείγμα πληθυσμού ηλικιωμένων ατόμων βρέθηκε ΟΑ ισχίου σε 19,4% και γόνατος σε 31,0% (Quntana JM et al 2007). Στο Dicomano της Τοσκάνης της Ιταλίας, σε άτομα άνω των 65 ετών ο επιπολασμός της συμπτωματικής ΟΑ γονάτων ήταν 29,8%, των άκρων χειρών ήταν 14,9%, και των ισχίων ήταν 7,7%. Συνολικά, η συμπτωματική ή μη ΟΑ σε άτομα άνω των 65 ετών βρέθηκε 52,4% (Mannoni A et al 2003).

Στην Ελλάδα η συμπτωματική ΟΑ γόνατος σε παλαιότερη μελέτη ήταν η συχνότερη μορφή ΟΑ με συχνότητα 6%, ακολουθούμενη από την ΟΑ άκρων χειρών με 2,0%, και ισχίου με 0,9% (Andrianakos A et al 2006).

Η ακτινογραφική ΟΑ, ορισμένη από την παρουσία οστεοφύτων, είναι αρκετά συχνότερη σε σχέση με την συμπτωματική ΟΑ. Έτσι στη μελέτη Framingham ο επιπολασμός της ακτινογραφικής ΟΑ άκρων χειρών ήταν 27,2% (25,9% σε άνδρες, 28,2% σε γυναίκες) (Zhang Y et al 2002). Η ΟΑ γονάτων σε άτομα >26 ετών ήταν 13,8% (άνδρες 14,1%, γυναίκες 13,7%) ενώ σε άτομα > 45 ετών ήταν 19,2% (άνδρες 18,6%, γυναίκες 19,3%) (Felson DT et al 1987). Η ακτινογραφική διάγνωση της ΟΑ γονάτων έγινε με τη χρήση στην προσθιοπίσθια ακτινογραφία γονάτων αλλοιώσεων 0-4 της κλίμακας Kellgren και Lawrence. ΟΑ γονάτων θεωρήθηκε ότι είχαν οι ακτινογραφίες με 2^{ου} βαθμού και άνω αλλοιώσεις (οστεόφυτα) και στα δύο γόνατα.

Στην επαρχία Johnston της βόρειας Καρολίνας των ΗΠΑ η ακτινολογική ΟΑ σε άτομα >45 ετών ήταν 27,8% (24,3% σε άνδρες και 30,1% σε γυναίκες) (Jordan JM et al 2007). Σε άτομα >60 ετών ο επιπολασμός της ακτινολογικής ΟΑ γονάτων στη μελέτη NHANES III ήταν 37,4% (31,2% σε άνδρες, 42,1% σε γυναίκες) (Dillon CF et al 2006). Ο επιπολασμός της ακτινολογικής ΟΑ ισχίων σε άτομα >45 ετών στη μελέτη της επαρχίας Johnston της Βόρειας Καρολίνας των ΗΠΑ ήταν 27% (25,7% άνδρες, 26,9% γυναίκες) (Lawrence RC et al 2008).

Στην Ολλανδία η ακτινογραφική ΑΟ άκρων χειρών βρέθηκε να προσβάλλει το 67% των γυναικών και το 54,8% των ανδρών ηλικίας >55 ετών (Dalaghin S et al 2005).

5. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΩΝ ΡΕΥΜΑΤΙΚΩΝ ΝΟΣΗΜΑΤΩΝ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Σε σύγκριση με όλες τις άλλες ομάδες νοσημάτων στο επίπεδο του γενικού πληθυσμού των ενηλίκων, οι Ρευματικές παθήσεις κατέχουν την πρώτη θέση και ευθύνονται : για το 47,2% της μακροχρόνιας λειτουργικής ανικανότητας (Andrianakos et al 2003), για το 26,2% της περιορισμένης δραστηριότητας (απουσίες από την εργασία κ.λ.π.) (Wood PHN et al 1983, Felts W et al 1989, Andrianakos A et al 2005), για το 20% όλων των ιατρικών επισκέψεων, για το 39 % των χρόνιων προβλημάτων υγείας.

Σε σύγκριση με όλες τις άλλες ομάδες νοσημάτων στο επίπεδο του γενικού πληθυσμού των ενηλίκων, οι Ρευματικές παθήσεις κατέχουν την δεύτερη θέση και ευθύνονται: για το 24 % της χρήσης φαρμάκων με ιατρική συνταγή και για το 18 % της χρήσης φαρμάκων χωρίς ιατρική συνταγή .

Γι' αυτό, αποτελούν ένα μεγάλο ιατροκοινωνικό πρόβλημα, όχι μόνο στους αρρώστους και στις οικογένειές τους, αλλά και στο κοινωνικό σύνολο, στο σύστημα υγειονομικής περίθλησης και στην Εθνική Οικονομία (Badley EM et al 1994, Badley EM et al 1993).

5.1. Ρευματοειδής αρθρίτιδα

Η Ρευματοειδής αρθρίτιδα, ως χρόνια φλεγμονώδης νόσος, που προσβάλλει τον αρθρικό υμένα, δημιουργεί αρθρικές βλάβες και καταστροφή του οστού .

Αποτέλεσμα αυτών, είναι ο πόνος, η λειτουργική ανικανότητα των αρθρώσεων – αναπηρία με ατομικές, οικογενειακές κοινωνικές επιπτώσεις, καθώς και κατάθλιψη, άγχος ευσυγκινησία και κοινωνική απομόνωση.

Οι λειτουργικές βλάβες που μπορεί να προκαλέσει άνευ θεραπείας είναι:

Αυχένας : Προσβολή άτλαντα – επιστροφία μπορεί να προκαλέσει ριζιτικά φαινόμενα - ημιπάρεση άνω άκρων.

Κροταφογναθικές : πόνος και αδυναμία μάσησης .

Ώμους: εάν η νόσος προσβάλλει την ακρωμοκλειδική ή ωμογληνοβραχιόνια άρθρωση, προκαλεί αδυναμία ανύψωσης και στροφής των άνω άκρων.

Αγκώνες: Από την δημιουργούμενη φλεγμονή, μπορεί να προκαλέσει αρθρική καταστροφή και αγκύλωση.

Χέρια: διόγκωση των ΜΚΦ και εγγύς ΦΦ αρθρώσεων των χειρών, διόγκωση με πόνο και φλεγμονή των καρπών, με παραμόρφωση των χεριών (Swan neck, ωλένια απόκλιση, υπεξάρθρωμα βασικής αντίχειρος, αγκύλωση καρπών) με αποτέλεσμα την πρωϊνή δυσκαμψία,

περισσότερο από μισή ώρα, την αδυναμία σύσφιξης των χεριών και την μερική ή πλήρη λειτουργική ανικανότητα του ασθενούς. Έτσι ο ασθενής πονά, δεν μπορεί να αυτοεξυπηρετηθεί (να πιάσει το πιρούνι, να ξεκλειδώσει την πόρτα, να οδηγήσει, να ντυθεί κ.λ.π)

Ισχία : πόνο κατά την βάδιση, προσαγωγή, απαγωγή ισχίων, βράχυνση σκέλους – ανισοσκελία, χρήση βακτηρίας, αδυναμία έγερσης και επίκουσης.

Γόνατα : διόγκωση, πόνο θερμότητα, σύγκαμψη και αδυναμία στήριξης, βάδισης και συμμετοχής σε οποιαδήποτε δραστηριότητα.

Ποδοκνημικές : φλεγμονή, πόνο και επακόλουθη δυσκινησία.

ΜΤΦ: πτώση μεταταρσίων – τύλους, επαλληλία δακτύλων λόγω υπεξαρθρώσεων και αδυναμία βάδισης.

Λαμβάνοντας υπ' όψιν τις ανωτέρω βλάβες που μπορεί να προκαλέσει, γίνεται κατανοητό, ότι ο ασθενής δημιουργεί πρόβλημα στον εαυτό του, στην οικογένειά του και στις συναναστροφές του (λόγω ψυχολογικών προβλημάτων), με κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις στον ίδιο και στο κράτος, όπως αδυναμία εργασίας, αναρρωτικές άδειες, συνεχείς νοσηλείες και πρόωρη αναπηρική σύνταξη.

Οι ασθενείς με ΡΑ, πάσχουν από κατάθλιψη 2 φορές εν σχέσει με τον γενικό πληθυσμό, η οποία συνδέεται με τις αυξανόμενες ειδικές λειτουργικές ανάγκες.

Διαχρονικές μελέτες έδειξαν, ότι η κατάθλιψη εμφανίζεται μετά από την επιδείνωση στην λειτουργική δυνατότητα, που περιορίζουν τις δραστηριότητές τους.

Βεβαίως ο πόνος και η ανικανότητα, είναι ισχυροί παράγοντες άγχους και μπορούν να αυξήσουν την πιθανότητα κατάθλιψης.

Οι κοινωνικοί παράγοντες, όπως η κοινωνική πίεση και η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης, έχουν αποδειχθεί ότι συνδέονται ιδιαίτερα με την κατάθλιψη.

Σε έρευνα που έγινε στην Ρευματολογική κλινική του ΓΝ Ασκληπιείου Βούλας, μελετήθηκαν 130 ασθενείς με ΡΑ και τους δόθηκε να συμπληρώσουν τα DSSI SAD, HDHQ και SCL – 90 R ερωτηματολόγια, απεδείχθη, ότι η κατάθλιψη συνδέεται με την ανησυχία για την σοβαρότητα της ασθένειας και παραμένει ακόμα και όταν ελέγχεται η ασθένεια και ο πόνος..

Ασθάνονται ότι είναι μάταια η θεραπεία τους.

Ο Parker και ο Wright πρότειναν μία βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση στη διαχείριση της ΡΑ.

Έτσι, είναι βασικό να δίνουμε έμφαση στην αναζήτηση και θεραπεία της κατάθλιψης της ΡΑ, για να βελτιώσουμε την λειτουργία και την ποιότητα ζωής στους ασθενείς (Μυριοκεφαλιτάκης I et al 2008). Η ΡΑ σχετίζεται επίσης, με σημαντικά αυξημένη θνησιμότητα.

Οι αξιολογήσεις της ποιότητας ζωής, (QoL), είναι ιδιαίτερα σημαντικές στην έλλειψη μιας θεραπείας για την ΡΑ. Τα γενικά και ειδικά ερωτηματολόγια που αναφέρουν οι ασθενείς, για την ποιότητα ζωής, (QoL), όπως το HAQ και το SF – 36, έχουν αποδεδειγμένα ισχύ και ευαισθησία, για την αξιολόγηση των αλλαγών στην ποιότητα ζωής (QoL), στις κλινικές δοκιμές της ασθένειας, και την τροποποίηση των αντιρευματικών φαρμάκων DMARDS. Εν τούτοις, αυτά τα όργανα, χρησιμοποιούνται σπάνια, στην κλινική πρακτική και οι ασθενείς αναφέρουν ότι αυτές οι κλινικές αξιολογήσεις μόνο, δεν εξετάζουν τις σημαντικές παραμέτρους, όπως η κούραση και ο διαταραγμένος ύπνος, οι οποίες έχουν σημαντικές επιπτώσεις στην ποιότητα ζωής. Νέα Βιολογικά DMARD'S παρουσιάζουν σημαντική αποτελεσματικότητα στην κλινική βελτίωση και στις παραμέτρους της QoL σε τυχαίες ελεγχόμενες μελέτες. Εν τούτοις, το υψηλό κόστος των βιολογικών παραγόντων, σε αντίθεση με τα απλά DMARD'S, είναι ένας παράγοντας που αυξάνει τις δαπάνες υγείας, που συνδέονται με την θεραπεία της ΡΑ. Το κόστος για QALYs συνδεδεμένο με την χρήση βιολογικών DMARDS στην ΡΑ, δείχνει να είναι συγκρίσιμο, με αυτό από άλλες αποδεκτές ιατρικές επεμβάσεις.(Russell AS 2008). Σε έρευνα για τον υπολογισμό του κόστους άμεσου και έμμεσου των ΡΝ, με κυρίαρχη την ΡΑ, βρέθηκε, ότι ανέρχεται σε πολλές δεκάδες δισεκατομμυρίων δολαρίων, αντιπροσωπεύοντας περίπου το 2,5 % του ΑΕΠ των ΗΠΑ (Yelin E et al 1995). Πρόσφατη μελέτη στις ΗΠΑ, κατέγραψε, ότι 1,3 εκατομμύρια ενηλίκων Αμερικανών πάσχουν από ΡΑ, (κάτω από την εκτίμηση του 2,1 εκατομμύρια του 1995) (Helmic CG et al 2008) παραμένοντας ένα μεγάλο Δημόσιο πρόβλημα Υγείας . Στη Γαλλία, έγινε μελέτη, ECO- PR Study (Kobelt G et al 2008) για να καταγραφεί η πάθηση, το κόστος, και η ποιότητα ζωής των ασθενών με ΡΑ. Η έρευνα για την ΡΑ, ακολούθησε την ίδια μεθοδολογία, η οποία αναπτύχθηκε σε προηγούμενες μελέτες στη Σουηδία (Kobelt G et al 2005) και σε άλλες περιοχές για παθήσεις όπως η ΑΣ (Kobelt G, et al 2006). Δημογραφικές πληροφορίες, παράμετροι σχετικά με την νόσο, ικανότητα εργασίας και φαρμακευτική κατανάλωση, συλλέχθηκαν από ανώνυμες απαντήσεις μέσω ταχυδρομείου, από όλα τα μέλη ενός εθνικού συλλόγου ασθενών (ANDAR). Τα αποτελέσματα και το επίπεδο λειτουργικής ικανότητας για το δείγμα, εκτιμήθηκαν σε κόστος Ευρώ του 2005. Στην ανάλυση των αποτελεσμάτων της μελέτης συμπεριλήφθηκαν 1487 ασθενείς (απαντήσαντες 49%). Η μέση ηλικία ήταν 62,7 ετών και 83,5% ήταν γυναίκες. Η μέση διάρκεια της νόσου ήταν 18 ετών, ο δείκτης HAQ ήταν 1.42. Η κόπωση και ο πόνος εκτιμήθηκε 5.6 και 4.8 σε μία κλίμακα μεταξύ του 0-10, αντίστοιχα. Από τους ασθενείς

κάτω των 60 ετών, 34% είχαν πάρει πρόωρη σύνταξη για την ΡΑ , και μόνο 15% των ασθενών με ΗΑQ του 2 ή και υψηλότερο, εργαζόντουσαν.Οι ατομικές απώλειες στα έσοδά τους από την εργασία τους, (αναρρωτικές άδειες), ήταν 5.076 Ευρώ από τα οποία έλαβαν αποζημίωση μόνον 1944 Ευρώ. Το πραγματικό κόστος νοσηλείας για την Κοινωνική Πρόνοια ήταν 11.757 Ευρώ και για την Εθνική Ασφάλεια Υγείας 9.216 Ευρώ.Το πραγματικό μη φαρμακευτικό κόστος, (συμπεριλαμβανόμενων και των πληροφοριών περίθαλψης), ήταν 4.857 Ευρώ για την Κοινωνική Πρόνοια και 136 Ευρώ για την Εθνική Ασφάλεια Υγείας. Το Κοινωνικό κόστος, αυξανόταν από 9.400 Ευρώ για μέσης βαρύτητας νόσο, σε 40.700 Ευρώ για προχωρημένη νόσο, και για Δημόσιες δαπάνες από 6.000 Ευρώ σε 19.000 Ευρώ.Η ικανότητα των ασθενών, μειωνόταν ταυτόχρονα από 0,80-0,06 σχετικά με την προαναφερθείσα κλίμακα εκτίμησης 0 - 10.

Η μελέτη αυτή επιβεβαίωσε τις εκτιμήσεις άλλων μελετών από άλλες χώρες και ήταν η πρώτη εκτίμηση του κόστους σε σχέση με την βαρύτητα της νόσου στην Γαλλία.

Υπάρχουν πολλές οικονομικές εκτιμήσεις, από μελέτες οι οποίες είχαν σαν στόχο το κόστος, διαφορετικές βασικά στο αντικείμενό τους, στον τρόπο εκτίμησης, στο δείγμα τους, στον επιπολασμό τους, στην μεθοδολογία τους και στην ανάλυσή τους (Kobelt G 2006, Rosery H 2005). Αυτές οι μελέτες και το γεγονός ότι διεξήχθησαν σε διαφορετικές χώρες κάνουν αδύνατη την σύγκριση μεταξύ των αποτελεσμάτων τους.

Όλες όμως οι μελέτες , συμφωνούν στο ότι η δραστηριότητα της φλεγμονής και η προοδευτική φυσική ανικανότητα, σε σχέση με την Ρευματοειδή Αρθρίτιδα, αυξάνουν το κόστος Υγειονομικής περίθαλψης, προκαλούν σοβαρούς περιορισμούς στην ικανότητα εργασίας και μειώνουν την ποιότητα ζωής .

Μελέτη που έγινε από το Πανεπιστήμιο της Βρετανικής Κολούμπια και του Ερευνητικού Κέντρου Αρθρίτιδας του Καναδά το 2007 , είχε σκοπό να περιγράψουν την επίπτωση γενικά των φλεγμονωδών νόσων και στην παρούσα περίπτωση της ΡΑ , από μητέρες με τουλάχιστον ένα παιδί , στην οικογένειά τους και στους συγγενείς.Για τον λόγο αυτό πραγματοποιήθηκαν συνεντεύξεις από 4 γυναίκες οι οποίες είχαν ΡΑ.Με ανάλυση των απαντήσεων για τις εμπειρίες τους από τις συμμετέχουσες στην συνέντευξη, η καλύτερη περιγραφή για την δυνατότητα συμμετοχής τους στα οικογενειακά τους καθήκοντα , ήταν , «κάποια στιγμή μπορώ» , « και κάποια στιγμή δεν μπορώ». Επίσης, διαφορετικό ήταν το επίπεδο υποστήριξης από την οικογένεια, καθώς και οι διακυμάνσεις δυνάμεως και κούρασης. Η ατομική τους ιστορία της αρθρίτιδος , το επίπεδο ζωής , και η ψυχολογική κατάσταση των παιδιών τους καθώς και η καθημερινή ρουτίνα τους , μελετήθηκαν και

αναλύθηκαν. Το συμπέρασμα της μελέτης αυτής ήταν, ότι η φλεγμονώδης αρθρίτιδα και στην παρούσα περίπτωση η ΡΑ, ασκεί δραματική επίδραση στην εμπειρία της μητρότητας, με θετικές και αρνητικές επιρροές, δίνοντας πληροφορίες στους θεράποντες ιατρούς, σχετικά με την εντόπιση των προβλημάτων και την στρατηγική στη θεραπευτική αγωγή (Backman C et al 2007). Πρόσφατες μελέτες, έχουν εστιάσει στο τεράστιο κόστος που προκύπτει από τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, που οφείλεται στο ότι χρειάζεται να προσαρμόσουν το περιβάλλον τους ή την βοήθειά τους για τις καθημερινές δραστηριότητές τους. (Kobelt G et al 2005, Hulsemann JL et al 2005). Αποδείχθηκε ότι η λειτουργική ανικανότητα είναι ο ισχυρότερος παράγοντας κόστους (Kobelt G, et al 1999, Kobelt G et al 2002, Lajas C et al 2003, Pentek M et al 2005) σε αντίθεση με την ενεργότητα της νόσου η οποία φαίνεται να παίζει μικρότερο ρόλο. (Lajas C et al 2003, Hulsemann JL 2006).

Σε πρόσφατη μελέτη στη Σουηδία, το μέσο ετήσιο κόστος αυξάνεται από 5.500 ευρώ για ασθενείς με ήπια ΡΑ και περιορισμένη λειτουργική ικανότητα και σε 21.000 ευρώ για ασθενείς με σοβαρή λειτουργική ανικανότητα. (Kobelt G et al 2005). Το ίδιο με το κόστος, η ποιότητα ζωής (QoL) απεδείχθη ότι είναι σημαντικά συνδεδεμένη με την λειτουργική ικανότητα (Kobelt G et al 2005, Kobelt G et al 1999, Kobelt G et al 2002, Pentek M et al 2005, Hurst N et al 1997).

Σε κοινωνικό επίπεδο, οι απώλειες παραγωγικότητας είχαν το μεγαλύτερο κόστος (24%), ακολουθούμενες από την Νοσοκομειακή περίθαλψη (21%), φάρμακα 20% και ιατρικές συμβουλές (16%). Μία αιτία υψηλού φαρμακευτικού κόστους είναι η χρήση Βιολογικών φαρμάκων από το 27% των ασθενών του δείγματος. Και από αυτούς 48,1% χρησιμοποιούσαν etanercept, 26,5% infliximab, 5,7% adalimumab και 3% anakinra ή rituximab. Δεκατρείς ασθενείς χρησιμοποιούσαν δύο βιολογικά φάρμακα. Πάνω από το μισό του δείγματος (54%) χρησιμοποιούσαν Methotrexate και 30% των περιπτώσεων σε συνδυασμό με άλλη θεραπεία, 11,7% των ασθενών χρησιμοποιούσαν Leflunomide, ενώ 17,2% άλλο DMARD.

Στη Γερμανία, έγινε μελέτη το 2006, για να υπολογισθούν και να συγκριθούν οι άμεσες και έμμεσες δαπάνες για την ΡΑ και για να αξιολογήσουν τις δαπάνες αυτές σε σχέση με το φύλο, την διάρκεια της νόσου και την λειτουργική ικανότητα των ασθενών. Συγκεντρώθηκαν και αναλύθηκαν στοιχεία από 4.351 εξωτερικούς ασθενείς ηλικίας 18 – 65 ετών με ΡΑ, οι οποίοι ήταν καταχωρημένοι σε εθνική βάση δεδομένων στην Γερμανία το 2002. (Huscher D et al 2006). Τα στοιχεία που αφορούσαν την κατανάλωση της Υγειονομικής περίθαλψης, τις ατομικές δαπάνες και τις απώλειες παραγωγικότητας, προήλθαν από γιατρούς και ασθενείς. Για τον υπολογισμό των

έμμεσων δαπανών εφαρμόστηκαν η προσέγγιση του ανθρώπινου δυναμικού (HCA) και η προσέγγιση δαπανών τριβής (FCA). Έτσι το άμεσο κόστος για την PA, έφθανε τα 4.737 δολάρια ετησίως. Με την χρησιμοποίηση του HCA, οι συνολικές δαπάνες υπολογίσθηκαν σε 15.637 δολάρια για την PA, ενώ χρησιμοποιώντας το FCA, οι δαπάνες για την PA ήταν 7.899 δολάρια. Το κόστος αυξάνονταν ανάλογα με την διάρκεια της νόσου και ήταν ισχυρά εξαρτώμενο από την λειτουργική ικανότητα του ασθενούς. Σε ασθενείς με υψηλότερες λειτουργικές ανάγκες (< 50% της πλήρους λειτουργικής ικανότητας), με την εφαρμογή του HCA οι συνολικές δαπάνες για την PA ήταν 34.915 δολάρια. Οι έμμεσες δαπάνες είχαν διαφορά από τον εάν είχαν χρησιμοποιηθεί το HCA ή το FCA.

Στη Σκανδιναβία, έγινε μελέτη, για να συγκριθεί η ανικανότητα εργασίας (WD) και η κατάσταση υγείας, μεταξύ ανδρών και γυναικών με PA, σε ομάδα ηλικίας 18-45 ετών και την σχέση της με άλλους παράγοντες, όπως το χαμηλό επίπεδο μόρφωσης, την διάρκεια της νόσου και την κακή διανοητική τους υγεία. Από τους 474 ασθενείς (372 γυναίκες) ο αριθμός (%) γυναικών/ανδρών των ατόμων με ανικανότητα ήταν 91 (24,7) / 8 (8,1) ($p < 0.001$). Η ανικανότητα προς εργασία συνδεόταν με την χειρότερη κατάσταση υγείας και στα δύο φύλλα. Η αναλογία πιθανοτήτων (OR) (95% CI) για ανικανότητα εργασίας (WD) στις γυναίκες/άνδρες ήταν 4.84 (1.85 -12.65) σε πολλαπλές λογιστικές αναλύσεις. Άλλοι ανεξάρτητοι παράγοντες που συνδέθηκαν με την ανικανότητα εργασίας (WD), ήταν το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης η διάρκεια της νόσου και η κακή διανοητική τους υγεία (Wallenius M et al 2008).

5.2. Αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα

Μελέτη, που έγινε από το Πανεπιστήμιο της Βρετανικής Κολομβίας, και του Ερευνητικού Κέντρου Αρθρίτιδας του Καναδά το 2007, είχε σκοπό, να περιγράψουν την επίπτωση, γενικά των φλεγμονωδών νόσων και στην παρούσα περίπτωση της ΑΣ, από μητέρες με τουλάχιστον ένα παιδί, στην οικογένειά τους και στους συγγενείς.

Για τον λόγο αυτό πραγματοποιήθηκαν συνεντεύξεις από 4 γυναίκες οι οποίες είχαν ΑΣ. Με ανάλυση των απαντήσεων για τις εμπειρίες τους, από τις συμμετέχουσες στην συνέντευξη, η καλύτερη περιγραφή για την δυνατότητα συμμετοχής τους στα οικογενειακά τους καθήκοντα, ήταν, «κάποια στιγμή μπορώ», «και κάποια στιγμή δεν μπορώ». Επίσης, διαφορετικό ήταν το επίπεδο υποστήριξης από την οικογένεια, καθώς και οι διακυμάνσεις δυνάμεως και κούρασης. Η ατομική τους ιστορία της αρθρίτιδος, το επίπεδο ζωής, και η ψυχολογική κατάσταση των παιδιών τους καθώς και η καθημερινή

ρουτίνα τους, μελετήθηκαν και αναλύθηκαν. Το συμπέρασμα της μελέτης αυτής ήταν, ότι η φλεγμονώδης αρθρίτιδα και στην παρούσα περίπτωση η ΑΣ, ασκεί δραματική επίδραση στην εμπειρία της μητρότητας, με θετικές και αρνητικές επιρροές, δίνοντας πληροφορίες στους θεράποντες ιατρούς, σχετικά με την εντόπιση των προβλημάτων και την στρατηγική στη θεραπευτική αγωγή (Backman CL et al 2007).

Η χρήση των Βιολογικών παραγόντων, στην θεραπεία της ΑΣ έχει δώσει έμφαση, στην ανάγκη για πληροφορίες, σχετικά με την τωρινή έκταση της νόσου, για να εκτιμηθείτο κόστος – αποτελεσματικότητα της ασθένειας, με την χρήση αυτών των φαρμάκων.

Γι' αυτό έγινε μία ανασκοπική αναδρομική μελέτη 545 ασθενών, στην Alberta, στο Ontario, στην Βρετανική Κολομβία και το Manitoba του Καναδά, και η οποία είχε σαν στόχο να μελετηθεί το κόστος και η ποιότητα ζωής (Kobelt G et al 2006).

Οι ασθενείς συμπλήρωσαν ένα ερωτηματολόγιο , σχετικά με την φαρμακευτική κατανάλωση, τις ιδιωτικές τους δαπάνες, την ικανότητα για εργασία και την ανάγκη για ιατρική φροντίδα κατά την διάρκεια των περασμένων 3 μηνών.

Η λειτουργική ικανότητα και το επίπεδο ενεργότητας της νόσου, εκτιμήθηκαν χρησιμοποιώντας το Bath AS functional status index (BASFI) και το Bath AS disease activity index (BASDAI) και η χρησιμότητα καθορίστηκε εφαρμόζοντας το EQ - 5D 5 - dimensional health status classification. Για να εκτιμηθεί το κόστος και η χρησιμότητα του δείγματος, σε σχέση με το επίπεδο της σοβαρότητας της νόσου, έγινε περιγραφική ανάλυση.

Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν 49,6 έτη και η μέση διάρκεια της ασθένειας ήταν 22,3 έτη. Το 63% των ασθενών ήταν άνδρες εργαζόμενοι. Το μέσο αποτέλεσμα BASDAI ήταν 4,3 και το BASFI ήταν 3,6 παρ' όλα αυτά 13% των ασθενών του δείγματος είχαν ένα BASFI score > ή = 7.

Το μέσο ετήσιο κόστος ανά ασθενή, εκτιμήθηκε σε 9.008 Καναδικά δολάρια (SD 17,724 Καναδικά δολάρια) και το 28,9 % από αυτό το κόστος, αφορούσε την άμεση υγειονομική περίθαλψη.

Το 33,1% αντιστοιχούσε σε ιδιωτικές δαπάνες και το 38% αφορούσε την χαμένη ικανότητα εργασίας.

Το κόστος αυξάνονταν σημαντικά, με την μείωση της σωματικής λειτουργίας και την υψηλή δραστηριότητα της νόσου, και κυμαίνονταν από 4.000 έως 30.000 καναδικά δολάρια για κάθε ασθενή ανά έτος .

Το εκτιμηθέν κόστος αυξήθηκε ανά μονάδα με το BASFI score σε τιμές < 5 και ήταν περίπου 1000 Καναδικά δολάρια και περισσότερο από 5.000 Καναδικά δολάρια σε τιμές > 7 .

Η μέση λειτουργική ικανότητα ήταν 0.65 (SD 0.23) και ήταν απόλυτα συνδεδεμένη με την ηλικία, το φύλο, το BASFI και το BASDAI καλύπτοντας μία ακτίνα από 0,87 για τους ασθενείς με BASFI /BASDAI < ή = 2 , έως 0,20 για ασθενείς με BASFI/BASDAI > ή = 8. Σε αντίθεση, η λειτουργική ικανότητα μειώθηκε από 0,075 για κάθε μονάδα αύξησης στο BASFI .

Συμπεραίνοντας, όλες οι δαπάνες αυξάνονταν ταχύτατα με την αυξανόμενη απώλεια λειτουργικής ικανότητας (BASFI) και την λειτουργική ικανότητα και δραστηριότητα της νόσου (BASDAI) σε ασθενείς με ΑΣ, καθώς η λειτουργική ικανότητα μειωνόταν σημαντικά .

Θεραπείες, όπως οι βιολογικοί παράγοντες, που ελέγχουν την δραστηριότητα της νόσου και διατηρούν τη λειτουργικότητα των ασθενών, δικαιολογούν το υψηλό τους κόστος, από μία ενεργό νόσο με κακή ποιότητα ζωής. (Kobelt G et al 2006).

Στη Γερμανία έγινε μελέτη το 2006, για να υπολογισθούν και να συγκριθούν οι άμεσες και έμμεσες δαπάνες για την ΑΣ και για να αξιολογήσουν τις δαπάνες αυτές σε σχέση με το φύλο, την διάρκεια της νόσου και την λειτουργική ικανότητα των ασθενών. Συγκεντρώθηκαν και αναλύθηκαν στοιχεία από 827 εξωτερικούς ασθενείς ηλικίας 18 – 65 ετών με ΑΣ, οι οποίοι ήταν καταχωρημένοι σε εθνική βάση δεδομένων στην Γερμανία το 2002. (Huscher D et al 2006) .

Τα στοιχεία που αφορούσαν την κατανάλωση της Υγειονομικής περίθαλψης, τις ατομικές δαπάνες και τις απώλειες παραγωγικότητας, προήλθαν από γιατρούς και ασθενείς. Για τον υπολογισμό των έμμεσων δαπανών εφαρμόστηκαν η προσέγγιση του ανθρώπινου δυναμικού (HCA) και η προσέγγιση δαπανών τριβής (FCA). Έτσι, το άμεσο κόστος για την ΑΣ, έφθανε τα 3.676 δολάρια ετησίως. Με την χρησιμοποίηση του HCA, οι συνολικές δαπάνες υπολογίσθηκαν σε 13.513 δολάρια για την ΑΣ, ενώ χρησιμοποιώντας το FCA, οι δαπάνες για την ΑΣ ήταν 7.204 δολάρια. Το κόστος αυξάνονταν ανάλογα με την διάρκεια της νόσου και ήταν ισχυρά εξαρτώμενο από την λειτουργική ικανότητα του ασθενούς. Σε ασθενείς με υψηλότερες λειτουργικές ανάγκες (< 50% της πλήρους λειτουργικής ικανότητας), με την εφαρμογή του HCA οι συνολικές δαπάνες για την ΑΣ ήταν 29.647 δολάρια. Οι έμμεσες δαπάνες είχαν διαφορά από τον εάν είχαν χρησιμοποιηθεί το HCA ή το FCA.

5.3. Ψωριασική αρθρίτιδα

Μία μελέτη των Αμερικανών το 2008 (Helmic CG et al 2008) αναφέρει ότι 600.000 – 2.400.000 ενήλικες πάσχουν από Σπονδυλαρθρίτιδες.

Μελέτη που έγινε από το Πανεπιστήμιο της Βρετανικής Κολούμπια και του Ερευνητικού Κέντρου Αρθρίτιδας του Καναδά το 2007, είχε σκοπό να περιγράψουν την επίπτωση γενικά των φλεγμονωδών νόσων και στην παρούσα περίπτωση της ΨΑ, από μητέρες με τουλάχιστον ένα παιδί, στην οικογένειά τους και στους συγγενείς.

Για τον λόγο αυτό πραγματοποιήθηκαν συνεντεύξεις από 4 γυναίκες οι οποίες είχαν ΨΑ.

Με ανάλυση των απαντήσεων για τις εμπειρίες τους, από τις συμμετέχουσες στην συνέντευξη, η καλύτερη περιγραφή για την δυνατότητα συμμετοχής τους στα οικογενειακά τους καθήκοντα, ήταν, «κάποια στιγμή μπορώ», «και κάποια στιγμή δεν μπορώ». Επίσης, διαφορετικό ήταν το επίπεδο υποστήριξης από την οικογένεια, καθώς και οι διακυμάνσεις δυνάμεως και κούρασης. Η ατομική τους ιστορία της αρθρίτιδος, το επίπεδο ζωής, και η ψυχολογική κατάσταση των παιδιών τους καθώς και η καθημερινή ρουτίνα τους, μελετήθηκαν και αναλύθηκαν.

Το συμπέρασμα της μελέτης αυτής ήταν, ότι η φλεγμονώδης αρθρίτιδα και στην παρούσα περίπτωση η ΨΑ, ασκεί δραματική επίδραση στην εμπειρία της μητρότητας, με θετικές και αρνητικές επιρροές, δίνοντας πληροφορίες στους θεράποντες ιατρούς, σχετικά με την εντόπιση των προβλημάτων και την στρατηγική στη θεραπευτική αγωγή (Backman CLet al 2007).

Στη Γερμανία έγινε μελέτη το 2006, για να υπολογισθούν και να συγκριθούν οι άμεσες και έμμεσες δαπάνες για την ΨΑ και για να αξιολογήσουν τις δαπάνες αυτές σε σχέση με το φύλο, την διάρκεια της νόσου και την λειτουργική ικανότητα των ασθενών. Συγκεντρώθηκαν και αναλύθηκαν στοιχεία από 908 εξωτερικούς ασθενείς ηλικίας 18 – 65 ετών με ΨΑ, οι οποίοι ήταν καταχωρημένοι σε εθνική βάση δεδομένων στην Γερμανία το 2002 (Huscher D et al 2006). Τα στοιχεία που αφορούσαν την κατανάλωση της Υγειονομικής περίθαλψης, τις ατομικές δαπάνες και τις απώλειες παραγωγικότητας, προήλθαν από γιατρούς και ασθενείς. Για τον υπολογισμό των έμμεσων δαπανών, εφαρμόστηκαν η προσέγγιση του ανθρώπινου δυναμικού (HCA) και η προσέγγιση δαπανών τριβής (FCA). Έτσι το άμεσο κόστος για την ΨΑ, έφθανε τα 3.156 δολάρια ετησίως. Με την χρησιμοποίηση του HCA, οι συνολικές δαπάνες υπολογίσθηκαν σε 11.075 δολάρια για την ΨΑ, ενώ χρησιμοποιώντας το FCA, οι δαπάνες για την ΨΑ ήταν 7.899 δολάρια. Το κόστος αυξάνονταν ανάλογα με την διάρκεια της νόσου και ήταν ισχυρά εξαρτώμενο από την λειτουργική ικανότητα του ασθενούς. Σε ασθενείς με υψηλότερες λειτουργικές ανάγκες (< 50% της πλήρους λειτουργικής ικανότητας), με την εφαρμογή του HCA οι συνολικές δαπάνες για την ΨΑ ήταν 37.440 δολάρια.

Οι έμμεσες δαπάνες από το εάν είχαν χρησιμοποιηθεί το HCA ή το FCA είχαν διαφορά.

5.4. Συστηματικός ερυθματώδης λύκος

Ο Λύκος είναι μία αυτοάνοσος πολυσυστηματική νόσος, με μία κλινική πορεία η οποία χαρακτηρίζεται από εξάρσεις και υφέσεις..

Μπορεί να παρουσιασθεί σε κάθε ηλικία και στα δύο γένη αλλά πιο συχνά προσβάλλει νέες γυναίκες ηλικίας 20-40 ετών (Merkel PA et al 2004).

Τα κλινικά συμπτώματα του ΣΕΛ είναι χρόνια και απρόβλεπτα, και μπορεί να προσβάλλουν κάθε όργανο με κόπωση, πυρετό, αρθρίτιδα και λειτουργική ανικανότητα, τα οποία έχουν επιπτώσεις στην καθημερινή δραστηριότητα και στην ποιότητα ζωής.

Επίσης μπορεί να προσβάλλει όργανα όπως νεφρά, πνεύμονα, καρδιά και ψυχικές διαταραχές ψύχωση, σχιζοφρένεια και δυσκολία συγκέντρωσης). Χρησιμοποιώντας στοιχεία και δημοσιεύσεις, από τις βάσεις δεδομένων του Medline 1966-2008, EM Base 1950-2008, PabMed 1980-2008 και από Cochrane 1991-2008, έγινε μελέτη, σχετικά με την ικανότητα και ανικανότητα προς εργασία των ασθενών με ΣΕΛ. Από τις δημοσιεύσεις αυτές επιλέχθηκαν 26 και οι οποίες πληρούσαν τα κριτήρια, επιπολασμό και επίπτωση του ΣΕΛ (Baker Kim et al 2009).

Οι δημοσιεύσεις αναφερόνταν σε σύνολο 9.886 πασχόντων από ΣΕΛ και με συνέντευξη ερωτήθηκαν σχετικά με την ανικανότητα- ικανότητα για εργασία. Έτσι βρέθηκε ότι ο επιπολασμός της ανικανότητας προς εργασία ήταν 20-40% και από αυτούς το 46% (95% CI 40%-52%) ήταν ικανοί προς εργασία, ενώ το 34% (95% CI 24% - 44%) ήταν ανίκανοι προς εργασία.

Επίσης, βρέθηκε ότι η νόσος συσχετιζόταν με ψυχο-κοινωνικούς παράγοντες, όπως ηλικία, εθνικότητα, κοινωνικοοικονομική κατάσταση, μόρφωση, δραστηριότητα και διάρκεια νόσου, πόνο κόπωση, άγχος και νευρολογικές καταστάσεις (Bertoli AM et al 2007, Da Costa et al 1999, Benitha R et al 2007).

Επίσης στην ίδια μελέτη βρέθηκε ότι η ανικανότητα προς εργασία του ΣΕΛ, έχει πολύ υψηλό κόστος για την Δημόσια υγεία.

Μελέτη που έγινε από το Πανεπιστήμιο της Βρετανικής Κολούμπια και του Ερευνητικού Κέντρου Αρθρίτιδας του Καναδά το 2007, είχε σκοπό, να περιγράψουν την επίπτωση γενικά των φλεγμονωδών νόσων και στην παρούσα περίπτωση του ΣΕΛ, από μητέρες με τουλάχιστον ένα παιδί, στην οικογένειά τους και στους συγγενείς. Για τον λόγο αυτό πραγματοποιήθηκαν συνεντεύξεις από 4 γυναίκες οι οποίες είχαν ΣΕΛ.

Με ανάλυση των απαντήσεων για τις εμπειρίες τους, από τις συμμετέχουσες στην συνέντευξη, η καλύτερη περιγραφή για την δυνατότητα συμμετοχής τους στα οικογενειακά τους καθήκοντα, ήταν, «κάποια στιγμή μπορώ», « και κάποια στιγμή δεν μπορώ». Επίσης, διαφορετικό ήταν το επίπεδο υποστήριξης από την οικογένεια, καθώς και οι διακυμάνσεις δυνάμεως και κούρασης. Η ατομική τους ιστορία της αρθρίτιδος, το επίπεδο ζωής, και η ψυχολογική κατάσταση των παιδιών τους, καθώς και η καθημερινή ρουτίνα τους, μελετήθηκαν και αναλύθηκαν.

Το συμπέρασμα της μελέτης αυτής ήταν, ότι η φλεγμονώδης αρθρίτιδα και στην παρούσα περίπτωση ο ΣΕΛ, ασκεί δραματική επίδραση στην εμπειρία της μητρότητας, με θετικές και αρνητικές επιρροές, δίνοντας πληροφορίες στους θεράποντες ιατρούς, σχετικά με την εντόπιση των προβλημάτων και την στρατηγική στη θεραπευτική αγωγή (Backman CL et al 2007).

Εξωτερικοί ασθενείς, οι οποίοι παρακολουθούνταν για ΣΕΛ, από την κλινική του Πανεπιστημίου στο Τορόντο, αποτέλεσαν τον πληθυσμό για μελέτη που έγινε με σκοπό την ποιότητα ζωής (QoL). Στην μελέτη συμπεριελήφθησαν όλοι οι ασθενείς που είχαν $> ή = 4$ κριτήρια του ACR για τον ΣΕΛ και συμπλήρωσαν $> ή =$ Σύντομη φόρμα εκτίμησης (SF – 36 evaluations), η οποία αλλάζει κατά την διάρκεια του χρόνου, σε σχέση με τον ασθενή και την ασθένεια. Οι ασθενείς παρακολουθήθηκαν στην κλινική βάσει ενός standard πρωτοκόλλου, σε διαστήματα 2-6 μηνών. Όσοι είχαν $> ή =$ SF – 36 κατά την διάρκεια της παρακολούθησης ευρέθηκαν από βάσει δεδομένων. Τα συμπεράσματα ήταν κλίσεις από τα αποτελέσματα των 8 SF – 36 εκτιμήσεων όσον αφορούσαν τα φυσικά και ψυχικά συστατικά των αποτελεσμάτων. Στηριζόμενοι στην κατεύθυνση των κλίσεων, οι ασθενείς χαρακτηρίστηκαν ως αμετάβλητοι, βελτιώθηκαν ή επιδεινώθηκαν. Συνολικά 146 ασθενείς είχαν $> ή = 6$ του SF – 36 αξιολογήσεις σε 1047 επισκέψεις πέρα από μία μέση περίοδο με σταθερή απόκλιση του $8.2 + - 1,1$ ετών. Κατά την διάρκεια του χρονικού διαστήματος, δεν έδειξαν αλλαγές στο SF -36 και πολύ λίγοι παρουσίασαν βελτίωση. Τα φυσικά και διανοητικά αποτελέσματα, ήταν αμετάβλητα σε 84,3 % και 87,7 % των ασθενών αντίστοιχα, ενώ αντίθετως, 4,1 και 7,5 % αντίστοιχα, παρουσίασαν βελτίωση. Στους ασθενείς με λύκο, μόνο η φυσική λειτουργία παρουσίασε μία σημαντική μείωση, κατά την διάρκεια του χρόνου εκτός από Ινομυαλγία. Οι αλλαγές στο SF- 36 δεν επηρεάστηκαν από την δραστηριότητα της νόσου, τα κορτικοστεροειδή, ή από τις παρουσιασθείσες βλάβες κατά την διάρκεια των μεσοδιαστημάτων αλλά επηρεάστηκαν από την παρουσία της Ινομυαλγίας (Kuriya B et al 2008).

Σε πρόσφατη μελέτη, η οποία έγινε στον Καναδά, από στοιχεία που ανέφεραν οι ίδιοι οι ασθενείς, για το συνολικό άμεσο και έμμεσο κόστος σε ασθενείς με ΣΕΛ, κατά την διάρκεια δύο συνεχών ετών, βρέθηκε ότι το μέσο συνολικό ετήσιο κόστος ήταν 13.094 κρατικά δολάρια, στον πρώτο χρόνο και 14.834 κρατικά δολάρια στον δεύτερο χρόνο (Clark AE et al 1993). Σε μελέτη στις ΗΠΑ, χρησιμοποιήθηκαν αρχεία επιχειρήσεων, με σκοπό να ευρεθεί το ετήσιο κόστος για ασθενείς με ΣΕΛ και νεφρίτιδα του ΣΕΛ, σε σύγκριση με δείγμα ασθενών χωρίς ΣΕΛ. Στη συγκεκριμένη αυτή μελέτη βρέθηκε, ότι το μέσο ετήσιο φαρμακευτικό κόστος ήταν 12.238 δολάρια, ενώ και για μικρής επί πλέον χρονικής διάρκειας αναπηρία, αυξάνονταν κατά 1184 δολάρια, σε σχέση με το δείγμα χωρίς ΣΕΛ. Ενώ το μέσο φαρμακευτικό κόστος για ασθενείς με ΣΕΛ και νεφρίτιδα, ήταν 46.862 περισσότερο από αυτό του συγκριτικού δείγματος. Συμπεραίνοντας, ο ΣΕΛ, ειδικά με νεφρίτιδα, συνδέεται με ένα μεγάλο κόστος (Ginger C et al 2009).

Στη Γερμανία, έγινε μελέτη το 2006, για να υπολογισθούν και να συγκριθούν, οι άμεσες και έμμεσες δαπάνες για τον ΣΕΛ και για να αξιολογήσουν τις δαπάνες αυτές σε σχέση με το φύλο, την διάρκεια της νόσου και την λειτουργική ικανότητα των ασθενών. Συγκεντρώθηκαν και αναλύθηκαν στοιχεία από 844 εξωτερικούς ασθενείς ηλικίας 18–65 ετών με ΣΕΛ, οι οποίοι ήταν καταχωρημένοι σε εθνική βάση δεδομένων στην Γερμανία το 2002 (Huscher D et al 2006). Τα στοιχεία που αφορούσαν την κατανάλωση της Υγειονομικής περίθαλψης, τις ατομικές δαπάνες και τις απώλειες παραγωγικότητας, προήλθαν από γιατρούς και ασθενείς. Για τον υπολογισμό των έμμεσων δαπανών, εφαρμόστηκαν η προσέγγιση του ανθρώπινου δυναμικού (HCA) και η προσέγγιση δαπανών τριβής (FCA). Έτσι, το άμεσο κόστος για τον ΣΕΛ, έφθανε τα 3.191 δολάρια ετησίως. Με την χρησιμοποίηση του HCA, οι συνολικές δαπάνες υπολογίσθηκαν σε 14.411 δολάρια για τον ΣΕΛ, ενώ χρησιμοποιώντας το FCA, οι δαπάνες για τον ΣΕΛ ήταν 6.518 δολάρια. Το κόστος αυξάνονταν ανάλογα με την διάρκεια της νόσου και ήταν ισχυρά εξαρτώμενο από την λειτουργική ικανότητα του ασθενούς. Σε ασθενείς με υψηλότερες λειτουργικές ανάγκες (< 50% της πλήρους λειτουργικής ικανότητας), με την εφαρμογή του HCA οι συνολικές δαπάνες για τον ΣΕΛ ήταν 32.296 δολάρια. Οι έμμεσες δαπάνες διαφέρουν από τον εάν είχαν χρησιμοποιηθεί το HCA ή το FCA.

5.5. Σύνδρομο Sjogren (pSS)

Το πρωτοπαθές σύνδρομο Sjogren (pSS), είναι μία αυτοάνοσος νόσος, η οποία χαρακτηρίζεται από φλεγμονή των εξωκρινών αδένων, κυρίως των δακρυικών και σιελογόνων.

Επίσης παρουσιάζεται σε συνδυασμό με άλλα αυτόνοσα ρευματικά νοσήματα, όπως η RA και ο ΣΕΛ και τότε χαρακτηρίζεται ως δευτεροπαθές.(SS)

Τα συμπτώματα του SS ποικίλουν, ασθενείς με pSS μπορεί να παρουσιάσουν σοβαρότερες συστηματικές εκδηλώσεις.Οι επιπτώσεις αυτών των συμπτωμάτων μπορεί να είναι και η αιτία ανικανότητας και κακής ποιότητας ζωής (Thomas E et al 1998). Σε μια Αμερικάνικη μελέτη 400.000 – 3.100.000 ενήλικα άτομα, βρέθηκαν ότι πάσχουν από Πρωτοπαθές Σύνδρομο Sjogren (pSS) (Helmic CG et al 2008).

Σε προοπτική διαξονική μελέτη, η οποία αφορούσε 1000 ενήλικες, ηλικίας 18 - 75 ετών, τυχαίως επιλεγέντες από ληξιαρχικούς καταλόγους , αρχικά απεστάλησαν ερωτηματολόγια και στη συνέχεια κλήθηκαν για συνέντευξη.

Τα 5 κριτήρια τα οποία αξιολογήθηκαν στην συνέντευξη ήταν:

1) στοματικά συμπτώματα των τελευταίων 3 μηνών 2) οφθαλμολογικά τους συμπτώματα των τελευταίων 3 μηνών 3) το Schirmer – test 4) η απρόκλητη σιελόρροιά τους 5) αυτοαντισώματα Ro (SS-A), La (SS-B), ο ρευματοειδής παράγων (RF) και τα αντιτυρινικά αντισώματα (ANA) .

Η διάγνωση του συνδρόμου Sjogren (SS) ετίθετο εάν πληρούσαν τουλάχιστον 4 από τα 5 αυτά κριτήρια.

Το MOS Short – form 36 (SF – 36) ερωτηματολόγιο , το ερωτηματολόγιο γενικής υγείας General Health Questionnaire (GHQ) και το ερωτηματολόγιο υγείας και κόπωσης Health and Fatigue Questionnaire (HFQ) συμπληρώθηκαν από τους συμμετέχοντες μετά από την συνέντευξη και τα αποτελέσματα συγκρίθηκαν μεταξύ αυτών με ή χωρίς διάγνωση SS.Συνολικά 341 άτομα συμπλήρωσαν και το ταχυδρομικό ερωτηματολόγιο και την κατ' οίκον συνέντευξη.

Διάγνωση με SS ευρέθη σε 13 άτομα και ο επιπολασμός σ' αυτή την μελέτη ευρέθη 33/1000 άτομα (95% CI 22 – 44).Ο επιπολασμός των συμπτωμάτων ευρέθη περισσότερο στις γυναίκες (38 και για αυτά τα άτομα η ηλικία τους ήταν > ή = 55 ετών (46).Αυτά τα άτομα βρέθηκε ότι υπέφεραν περισσότερο από κόπωση και κατάθλιψη.

Συμπεραίνοντας, το Σ Sjogren's , προσβάλλει κατά προσέγγιση 3-4% τους ενήλικες και στο γενικό πληθυσμό ,φαίνεται να συνδέεται με μία σημαντική κλινικά μειωμένη καλή κατάσταση της υγείας τους (Thomas E et al 1998). Η κόπωση είναι ένα πρώιμο σύμπτωμα του πρωτοπαθούς p SS.Για να συγκριθούν τα ήδη υπάρχοντα SF -36, WHOQOL - BREF HAD scales, και το νέο ερωτηματολόγιο – εργαλείο,

που δημιουργήθηκε από pSS ασθενείς, για την μέτρηση της κόπωσης και της δυσανεξίας των πασχόντων από pSS, ΣΕΛ, PA και υγείας. Για την σύγκριση αυτή, συμπληρώθηκαν ερωτηματολόγια, από ομάδες, με καυκάσιες γυναίκες, πάσχουσες από p SS, ΣΕΛ, PA και μη πάσχουσες και απεδείχθη ότι η κόπωση στο p SS, μπορεί να μετρηθεί χρησιμοποιώντας, αυτό το νέο ψυχικό ερωτηματολόγιο, για το Sjogren's. Το νέο αυτό ερωτηματολόγιο ευρέθη περισσότερο ευαίσθητο από το SF – 36, το WHOQOL - BREF και το HAD στο να ξεχωρίζουν τα 3 ρευματικά νοσήματα από το γκρούπ των μη πασχόντων (Bowman SJ et al 2004).

Για να μελετηθεί η κατάσταση υγείας και η ποιότητα ζωής 42 γυναικών με p SS, 59 με PA και 44 με Ινομυαλγία., συμπληρώθηκε ένα ερωτηματολόγιο που περιελάμβανε το MOS Sort - Form 36, (SF – 36. Και τα 3 γκρούπ των ασθενών, έδειξαν μία επιδεινούμενη ποιότητα ζωής, από 5 – 65 % , σε όλες τις κλίμακες μέτρησης του SF-36 .

Διαφορές μεταξύ των ομάδων φάνηκαν σε 7 από τις 8 κλίμακες ($p < ή = 0,004$). Οι ασθενείς με p SS, είχαν μία καλύτερη ποιότητα ζωής , σχετικά με την λειτουργική τους ικανότητα , από τις γυναίκες με PA και Ινομυαλγία, ενώ σε αντίθεση, η ψυχολογική τους κατάσταση , ήταν η ίδια με τις γυναίκες των άλλων δύο ομάδων. Συμπεραίνοντας, η ποιότητα ζωής σε σχέση με την υγεία, μειώνεται σημαντικά στις γυναίκες με pSS, φθάνοντας στα επίπεδα των ασθενών με PA και Ινομυαλγία (Strombeck B et al 2000).

Στο pSS ούτε η HB, ούτε η TKE ή η CRP προμηνύουν την κόπωση του ασθενούς, τουναντίον τα επίπεδα της αυξημένης Igg, των ANA, και των SS A αντισωμάτων, είναι ισχυρά συνδεδεμένα με την ζωτικότητα του ασθενούς (Tensing E-K et al 2001).

5.6. Συστηματική σκλήρυνση

Το Σκληρόδερμα ή Συστηματική Σκλήρυνση, είναι μία σπάνια νόσος η οποία όμως οδηγεί σε σοβαρά προβλήματα.

Αμερικανοί, σε έρευνα καταγραφής επιπολασμών PN, αναφέρουν ότι περίπου 49.000 ενήλικες πάσχουν από σκληρόδερμα το 2008 (Helmic CG et al 2008).

Στη Σουηδία το 2008, έγινε μελέτη σε γυναίκες, πάσχουσες από συστηματικό σκληρόδερμα (Masi AT et al 1980) με σκοπό να αξιολογηθούν τα διαφορετικά στάδια ικανότητας για εργασία, οι καθημερινές τους απασχολήσεις, και η καλή κατάσταση της υγείας τους, σε σχέση με την βαρύτητα της νόσου. Η ικανότητα για εργασία, αναλύθηκε σύμφωνα με τον βαθμό σοβαρότητας της νόσου. Σαράντα τέσσερις γυναίκες, ηλικίας από 20-60 ετών, χωρίστηκαν σε σχέση με τα

κοινωνικά και δημογραφικά τους χαρακτηριστικά, την βαρύτητα της νόσου (με προσβολή και άλλων οργάνων), την σωματική τους κατάσταση, την λειτουργικότητα των χεριών τους, την ικανοποίησή τους με τις καθημερινές τους ασχολίες και την καλή κατάσταση υγείας τους. Σχηματίστηκαν 3 ομάδες, σε σχέση με την μειωμένη ικανότητα για εργασία. Είκοσι μία γυναίκες (48%) δεν είχαν άδεια για λόγους υγείας, 15 γυναίκες (34%) ήταν σε μερική άδεια, 8 γυναίκες (18%) ήταν προσωρινά σε πλήρη άδεια ή ελάμβαναν πλήρη αναπηρική σύνταξη. τις 3 ομάδες δεν υπήρχαν σοβαρές δημογραφικές και κοινωνικές διαφορές. Οι γυναίκες που δεν είχαν πάρει καθόλου άδεια για λόγους υγείας, είχαν λιγότερη απώλεια φυσικής ικανότητας για εργασία ($P=0.026$) και η υπόθεση ότι η μειωμένη ικανότητα για εργασία, σε σχέση με την βαρύτητα της νόσου, επιβεβαιώθηκε, από την δυσκολία τους να πιάσουν αντικείμενα, την εύκολη κόπωσή τους και την αναπνευστική τους δυσκολία ($P < 0,01$). Η μεγαλύτερη ικανότητα για εργασία συνδέθηκε με την δυνατότητα της καθημερινής αυτοεξυπηρέτησής τους, την μεγαλύτερη ικανοποίησή τους για την απασχόλησή τους, την καλύτερη ψυχική τους διάθεση και την καλύτερη υγεία τους (Sandqvist G et al 2008). 50.000-100.000 βόρειοι Αμερικανοί και πάνω από 250.000 Ευρωπαίοι πάσχουν από SSc (Helmic CG et al 2008, Geirsson AJ et al 1994, Silman A et al 1988, Maricq Hr et al 1989). Ασθενείς με SSc, βρίσκονται σε κίνδυνο για ανικανότητα και θνητότητα, και ενώ η νόσος δεν είναι και τόσο συχνή, έχει μία σημαντική οικονομική επίπτωση στις υπηρεσίες υγείας και στην απώλεια παραγωγικότητας.

Το σκληρόδερμα, παρ' όλο τον χαμηλό επιπολασμό του, δημιούργησε 1732 αναπήρους, προσαρμοσμένους για κάθε χρόνο ζωής, (DALY), στην Ισπανία, το 2001, συμπεριλαμβανομένων και 562 αποθανόντων (32%) ανά έτος και 1170 αναπήρους 68% εφ' όρου ζωής.

Το συχνότερο σκληρόδερμα σε σχέση με το DALY(73%) παρουσιαζόταν σε πληθυσμό ηλικίας 15 - 54 ετών. Εκτιμώντας το DALY βρέθηκε υψηλότερο κατά 0,59 % από άλλες μυοσκελετικές παθήσεις, σε σχέση με το DALY στην Ευρώπη, η οποία είναι μία σημαντική αύξηση, στα γενικά παγκόσμια όρια της νόσου.

Η έκταση της νόσου αποτελεί ένα σπουδαίο μέτρο για σπάνιες νόσους και μπορεί να θεωρηθεί ένας σημαντικός δείκτης υγείας για τις αναπτυσσόμενες χώρες (Villaverde - Hueso Ana et al 2007).

Η Καναδική ομάδα μελέτης για το Σκληρόδερμα, η οποία αποτελείται από 15 κέντρα καταγραφής ενηλίκων ασθενών με σκληρόδερμα, σε μεγάλο πληθυσμιακό δείγμα, μελέτησε 457 ασθενείς για να εκτιμήσουν το άμεσο φαρμακευτικό κόστος, το έμμεσο κόστος της μειωμένης παραγωγικότητας και το συνολικό συνδυασμό έμμεσου

και άμεσου κόστους . Το έμμεσο κόστος υπολογίσθηκε (το 2007 σε Καναδικά δολάρια) από απαντήσεις των πασχόντων , όσον αφορά τις αναρρωτικές άδειες, και την κακή κατάσταση της υγείας τους. Από το δείγμα των 457 ασθενών, το άμμεσο ετήσιο κόστος ανά ασθενή, ήταν 5.038 χιλιάδες δολάρια (95% CI 4.400 - 5.676), και το έμμεσο ετήσιο κόστος, ανά ασθενή, από τις χαμένες ώρες εργασίας–αναρρωτικές άδειες, υπολογίσθηκε σε 5.345 χιλιάδες δολάρια (95% CI 4.598 – 6.092. Τέλος από το κόστος της χαμένης παραγωγικότητας, από απλήρωτη εργασία, αυξάνονταν επί πλέον κατά 8.070 χιλιάδες δολάρια, ανά ασθενή ετησίως .

Έτσι το συνολικό ετήσιο κόστος υπολογίσθηκε για κάθε ασθενή, σε 18.453 χιλιάδες καναδικά δολάρια (95% CI 15.598 - 20.308),το δε ετήσιο κόστος συνδεόταν άμεσα με νεαρές ηλικίες, με βαρύτερη νόσο και γενικά κακή κατάσταση υγείας (Bernatsky S et al 2009).

5.7. Ιδιοπαθείς μυοσίτιδες

Η δερματομυοσίτιδα είναι μία ιδιοπαθής φλεγμονώδης μυοπάθεια, με χαρακτηριστικές δερματικές αλλοιώσεις, οι οποίες μπορεί να έχουν πολύ σοβαρές επιπτώσεις, στην ποιότητα ζωής των ασθενών (QoL).

Σε μια μελέτη, εβδομήντα ένα ασθενείς με Δερματομυοσίτιδα υποβλήθηκαν σε 2 ερωτηματολόγια για την ποιότητα ζωής και το QoL–derma μία αναλογική κλίμακα για τον κνησμό (Hundley JL et al 2006).Η σοβαρότητα της πάθησης αξιολογήθηκε από ιατρούς.Το μέσο αποτέλεσμα του QoL derma test ευρέθη 10,7 και το μέσο αποτέλεσμα του Skin test – 16 ήταν 51,1 αρκετά υψηλό, αποδεικνύοντας, ότι οι δερματικές βλάβες, επηρεάζουν σοβαρά την ποιότητα ζωής των ασθενών και ειδικά των γυναικών.Η χαμηλή ποιότητα ζωής αυτών με δερματομυοσίτιδα, είναι μεγαλύτερη συγκριτικά με άλλους ασθενείς, που πάσχουν από νοσήματα με δερματικές βλάβες, όπως ψωρίαση και έκτοπη δερματίτιδα. Ο κνησμός που προκαλεί η νόσος , αν και θεραπεύσιμος, επηρεάζει και αυτός σημαντικά την ζωή τους (Hundley JL et al 2006).

Μελέτη που έγινε στις ΗΠΑ, για την νεανική δερματομυοσίτιδα (JDM) το 2007, είχε σκοπό να διαπιστώσει το πόσο η αθεράπευτος νόσος επηρεάζει τον τρόπο της συνεχούς μυικής βλάβης και θανάτου στα παιδιά.Η νεανική δερματομυοσίτιδα (JDM), είναι η πιο κοινή μυοπάθεια στα παιδιά, με χαρακτηριστικό δερματικό έκζεμα και μυική αδυναμία, στην οποία η μεγαλύτερη διάρκεια μη λήψης θεραπείας για την νόσο, συνδέεται με περισσότερη μυική αδυναμία. Η διάρκεια της αθεράπευτης φλεγμονής μπορεί να αλλάξει την παθολογική απόπτωση – θάνατο των μυικών κυττάρων, που εμπλέκονται στην καταστροφή των

σκελετικών μυών. Σε διαγνωστικές μυικές βιοψίες, από 14 αθεράπευτους ασθενείς, έγιναν χρώσεις, για τους δείκτες της απόπτωσης – θανάτου των μυικών κυττάρων και κατέληξαν στο συμπέρασμα, ότι όσο παραμένει αθεράπευτη η χρόνια φλεγμονώδης νόσος, τόσο συνεχίζεται η απόπτωση – θάνατος των μυικών κυττάρων, τα παιδιά με Νεανική Δερματομυοσίτιδα (Yongdong Zhao et al 2007). Όλα τα παιδιά με ιδιοπαθή φλεγμονώδη μυοσίτιδα, η οποία εξελίχθηκε σε νεανική δερματομυοσίτιδα και ήταν καταγεγραμμένα στο Εθνικό Ληξιαρχείο της Αγγλίας και Ιρλανδίας, συμπεριελήφθησαν σε Εθνική πολυκεντρική αναδρομική μελέτη, για να μελετηθούν τα επιδημιολογικά, κλινικά και εργαστηριακά χαρακτηριστικά και η ανασκόπηση πρόσφατων αλλαγών τους, με σκοπό, να κατανοηθεί, η θεραπευτική αγωγή και η πρόγνωση αυτής της νόσου. Τα πιο κοινά κλινικά συμπτώματα ήταν το χαρακτηριστικό εξάνθημα, η καταβολή δυνάμεων, η μειωμένη ελαστικότητα των μυών και η μυαλγία. Βιοψίες μυών, μαγνητικές εικόνες και μυικά ένζυμα ήταν συχνά, αλλά δεν ήταν φυσιολογικά. Τα μυικά ένζυμα και η ΤΚΕ, δεν αξιολογήθηκαν ως χρήσιμοι δείκτες για την δραστηριότητα της νόσου. Η μελέτη, είναι η μεγαλύτερη αναδρομική Ευρωπαϊκή μέχρι σήμερα και αυτή αναφέρεται στα παιδιά με δερματομυοσίτιδα (McCann JL et al 2006).

Δεδομένου ότι η ιδιοπαθής φλεγμονώδης πολυμυοσίτιδα, είναι σχετικά ασυνήθιστη, τυχοποιημένες ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο μελέτες είναι σπάνιες. Αν και τα κορτικοστεροειδή, δεν έχουν εξετασθεί σε τυχοποιημένες ελεγχόμενες μελέτες, από τους ιατρούς με γενική κλινική συναίνεση, είναι αποδεκτά σαν αποτελεσματική θεραπεία της νόσου. Εν τούτοις η τοξικότητά τους μπορεί να οδηγήσει σε σημαντική ανικανότητα πολλούς ασθενείς.

Η δερματομυοσίτιδα και η πολυμυοσίτιδα είναι σοβαρές ασθένειες με θνησιμότητα τουλάχιστον 10%. Μακροπρόθεσμα η μυοσίτιδα έχει μια σημαντική επίδραση στην ανικανότητα (λόγω μυικής αδυναμίας περισσότερο στους άνδρες μεγάλης ηλικίας), και την ποιότητα ζωής, παρά την επανεκτημένη μυική δύναμη, αποτέλεσμα της συνεχούς θεραπευτικής αγωγής (Bronner JM et al 2006).

Για να συγκριθεί το κόστος, σε σχέση με το αποτέλεσμα, της από του στόματος λήψης κορτικοστεροειδών (OCS), με την ανά διαστήματα ενδοφλέβια χορήγηση (IVCS), για την θεραπεία της νεανικής δερματομυοσίτιδος (JDM), έγινε μελέτη, η οποία απέδειξε, ότι η ανά διαστήματα ενδοφλέβια χορήγηση, παρουσίασε 2 χρόνια νωρίτερα ύφεση της νόσου και μέση αύξηση του κόστους, σε 13.736 δολάρια και το αυξανόμενο ετήσιο κόστος - αποτέλεσμα συγκρίνοντας την ενδοφλέβια (IVCS) με την από του στόματος (OCS) χορήγηση, ευρέθη 6.868 δολάρια (Klein M et al 2009).

5.8. Αγγειίτιδες

Η Εθνική ομάδα εργασίας για αρθρίτιδες των ΗΠΑ, ανασκόπησε δημοσιευμένες αναλύσεις, από διάφορες Εθνικές έρευνες, με στόχο τον καλύτερο διαθέσιμο επιπολασμό ατόμων, που είχαν προσβληθεί από ΡΠ και ΓΚΑ και μη έχοντας διαθέσιμα δεδομένα για αυτές, σε Εθνικό επίπεδο, εξήγαγε συμπεράσματα, χρησιμοποιώντας μελέτες που είχαν γίνει σε πολύ μικρότερους αλλά συγκεκριμένους πληθυσμούς.(Lawrence C et al 2008).

Έτσι, για ειδικές παθήσεις όπως για την ΡΠ και την ΓΚΑ ο καλύτερος διαθέσιμος επιπολασμός ήταν αυτός του 2005, σε Αμερικανικό πληθυσμό, που είχε γίνει από το γραφείο απογραφής και βρέθηκε ότι 711.000 είχαν ΡΠ, και 228.000 είχαν ΓΚΑ.Αυτές οι δύο συγγενείς παθήσεις, βρέθηκαν περισσότερο σε άτομα ηλικίας 50 ετών και άνω και παρουσιάζεται πολύ περισσότερο στους λευκούς από άλλες φυλές ή Εθνικές ομάδες.(Lawrence C et al 2008).

Συμπεραίνοντας, η ΓΚΑ είναι η πιο κοινή αγγειίτιδα, σε πληθυσμό 50 ετών και άνω.

Η ΓΚΑ έχει άμεση συσχέτιση με την ανάπτυξη ισχαιμικών επιπλοκών και έγινε μελέτη, με σκοπό να μελετηθεί το πόσο οι παράγοντες κινδύνου, για την ανάπτυξη της αρτηριοσκλήρυνσης, έχουν σχέση με τα ισχαιμικά επεισόδια της ΓΚΑ. Στη μελέτη, έγινε αναδρομική ανασκόπηση 210 ασθενών με ΓΚΑ, αποδεδειγμένη με βιοψία και αφορούσε το έτος 1981 -2001, από νοσοκομείο της πόλης Xeral – Calde Lugo της Ισπανίας, με πληθυσμό 250.000 κατοίκων.Οι ασθενείς αξιολογήθηκαν για την παρουσία υπερχοληστεριναϊμίας, υπέρτασης και σ. διαβήτη, και ευρέθη ότι και οι τρεις αυτοί παράγοντες, αύξησαν σημαντικά τον κίνδυνο για σοβαρές ισχαιμικές εκδηλώσεις, σε ασθενείς με ΓΚΑ (Gonzalez – Gay et al 2004).

Πληροφορίες για τις κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις των αγγειιτίδων είναι δύσκολο να συγκεντρωθούν.Οι πρόσφατες δημοσιευμένες μελέτες αναφέρουν ότι ή επίπτωση των συστηματικών αγγειιτίδων μπορεί να είναι σημαντική και πολύ μεγαλύτερη από την αναμενόμενη.Σε μία κατά προσέγγιση εκτίμηση των δαπανών, σχετικά με εισαγωγές στο Νοσοκομείο, για την οξώδη πολυαρθριίτιδα, την αγγειίτιδα υπερευαισθησίας, την γιγαντοκυτταρική (ΓΚΑ), την αρθριίτιδα Takayasu και την κοκκιωμάτωση Wegener, οι δαπάνες ανήλθαν σε 150 εκατομμύρια δολάρια ετησίως.Το κόστος που αφορούσε την εξωτερική φροντίδα, αναπηρία και τον θάνατο εξωτερικών ασθενών, δεν υπολογίσθηκαν. Οι Νοσοκομειακοί γιατροί, που φροντίζουν τους ασθενείς με συστηματική αγγειίτιδα, αναφέρουν το πόσο μεγάλο βάρος - αντίκτυπο προκαλούν οι ασθένειες αυτές στους ίδιους τους ασθενείς και στις οικογένειές τους (Cotch Mary Frances 2000).

5.9. Ουρική αρθρίτιδα

Η Ουρική αρθρίτιδα είναι μία φλεγμονώδης οξεία ή χρόνια καταστρεπτική αρθρίτιδα σε άτομα με υπερουριχαιμία. Η ουρική είναι μία διαταραχή του μεταβολισμού των πουρινών που χαρακτηρίζεται από οξείες επαναλαμβανόμενες κρυσταλλογενείς κρίσεις.

Το ουρικό οξύ προέρχεται από το καταβολισμό των πουρινών που προέρχονται από τροφή ή από τα κύτταρά μας.

Το ενδιαφέρον για την ουρική δεν είναι μόνον η αρθρίτιδα αλλά και ο συσχετισμός της με μεταβολικό σύνδρομο ή με σύνδρομο ανθεκτικό στην ινσουλίνη. Το μεταβολικό σύνδρομο αυξάνει τον κίνδυνο καρδιαγγειακής νόσου και συνδέεται με νοσηρότητα και θάνατο (Puig JG et al 2008).

Η ουρική είναι η πιο συχνή φλεγμονώδης αρθρίτιδα και η συχνότητά της αυξάνεται στους δυτικές κοινωνίες (Saag KG et al 2006).

Μελέτη η οποία έγινε στην Αμερική το 2004, είχε σαν στόχο, να καταγράψει τον αντίκτυπο της ουρικής αρθρίτιδας στην υγεία, στην απουσία από την εργασία και στην μείωση παραγωγικότητας, χρησιμοποιώντας καταστάσεις μισθοδοσίας, δημοτολόγια, παροχή υπηρεσιών υγείας, κατανάλωση φαρμάκων, αναρρωτικές άδειες, μακροπρόθεσμη ανακανότητα και κόστος αποζημιώσεων. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν κατά το διάστημα 2001 – 2004 και αφορούσαν 300.000 υπαλλήλους. Ο ετήσιος επιπολασμός της ουρικής ευρέθη 4,7 /1000 υπαλλήλους, από το 2001 – 2004. Οι πάσχοντες από ΟΥΑ είχαν 4,56 περισσότερες ημέρες απουσίας, από όλες τις άλλες κατηγορίες ασθενειών, από εκείνους χωρίς ουρική αρθρίτιδα και εργάστηκαν 2,38% λιγότερες ώρες ετησίως.

Η μελέτη αυτή έδειξε ότι η ουρική αρθρίτιδα, παίζει σημαντικό ρόλο στην απουσία από την εργασία και επηρεάζει αρνητικά την παραγωγικότητα (Kleinman N L et al 2008).

Σε άλλη μελέτη στη Ν. Ζηλανδία το 2008, είχε σαν στόχο να επιβεβαιώσει, εάν το ειδικό ερωτηματολόγιο αξιολόγησης υγείας HAQ, είναι ένα έγκυρο μέτρο για την εξέταση της φυσικής λειτουργίας των πασχόντων από ουρική και σαν μέτρο φυσικής ανικανότητας το PAS. Μελετήθηκαν δύο ομάδες κλινικών ασθενών (20 & 53 ατόμων), στα οποία, τα κλινικά και λειτουργικά αποτελέσματα, συσχετίστηκαν με τα αποτελέσματα του HAQ και το ερωτηματολόγιο PAS χρησιμοποιήθηκε για να καθορισθεί η φυσική ανικανότητα.

Το HAQ στους ουρικούς ασθενείς είχε καλή εκτίμηση όσον αφορά την φυσική λειτουργία τους, ενώ το PAS είχε επίσης καλή εκτίμηση, σαν μέτρο φυσικής ανικανότητας (Taylor WJ et al 2008). Στο Μεξικό το 2008, έγινε μελέτη από τον Hernandez et al, σε 206 ασθενείς πάσχοντες από ουρική αρθρίτιδα, με σκοπό να αξιολογηθεί η ισχύς του ερωτηματολογίου και αξιολόγησης της ανικανότητας και υγείας

HAQ.Χρησιμοποίησαν την σύντομη μορφή ερωτήσεων SF-36 σε συσχέτιση με τον HAQ και με τα κλινικά συμπτώματα. Από τους 206 ασθενείς που ερωτήθηκαν στην αρχή και 6 μήνες αργότερα, οι 52,4% είχαν πόνο, 22,8% διόγκωση, οι 32,5% μειωμένη κινητικότητα και 36,9% ουρικούς τόφους. Η τιμή του μέσου HAQ ευρέθη 0,59. Σχετικά με την ευαισθησία, η διαφορά μεταξύ HAQ στις αρχικές ερωτήσεις (SF-36) και στις ερωτήσεις μετά από 6 μήνες ήταν 0,31, αποδεικνύοντας ότι το HAQ είναι ένα έγκυρο και αξιόπιστο μέτρο εκτίμησης στους πάσχοντες από ουρική αρθρίτιδα (Hernandez AL et al 2008).

Από το Πανεπιστήμιο του Σαν Ντιέγκο της Καλιφόρνια, έγινε μελέτη, για να εκτιμήσουν την αξιοπιστία και την ισχύ ενός οργάνου, που αξιολογεί την επίπτωση της οξείας ή χρόνιας ΟΥΑ στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Χρησιμοποίησαν το ήδη υπάρχον GAQ 1.0 και ανέπτυξαν και το GAQ 2.0 που αποτελείται από ένα τμήμα περιγραφής της επίπτωσης της ΟΥΑ (GI) και από τέσσερα τμήματα που περιέγραφαν το GI σε σχέση με δημογραφικά στοιχεία. Το GAQ 2.0 και η σύντομη μορφή ερωτήσεων SF-36 συμπληρώθηκαν από πάσχοντες με ΟΥΑ σε τρεις αμερικανικές πόλεις. Από τους 308 ασθενείς το 90,2% ήταν άνδρες, Καυκάσιοι το 75,9% με μέση ηλικία 62,2. Οι μισές από τις ερωτήσεις αφορούσαν ασθενείς με > ή = 3 κρίσεις ΟΥΑ ετησίως. Τα αποτελέσματα εκτιμήθηκαν και αξιολογήθηκαν από γενικούς ιατρούς, που απέδειξαν την αξιοπιστία και την ισχύ αυτών των ερωτηματολογίων, σε σχέση με την ποιότητα ζωής ασθενών με ΟΥΑ (Hirsch JD et al 2008).

5.10. Οστεοαρθρίτιδα

Η ΟΑ είναι μία από τις πιο κοινές διαταραχές των αρθρώσεων στους ηλικιωμένους, και λίγες μελέτες έχουν σαν στόχο την συμπτωματική ΟΑ ειδικά την συμπτωματική ΟΑ των χεριών.

Στη Βοστώνη έγινε μία μελέτη το 1992-1993 από την μελέτη Framingham, σε ηλικιωμένους με συμπτωματική ΟΑ άκρων χεριών, για να διαπιστώσουν τις επιπτώσεις για την ικανότητά τους, να σφίγγουν δυνατά τα χέρια τους και για τις λειτουργικές τους δυνατότητες.

Στους πάσχοντες έγιναν ακτινογραφίες χεριών και απάντησαν σε ερωτήσεις για συμπτώματα των αρθρώσεών τους. Η λειτουργική ικανότητα εξετάστηκε με ερωτήσεις μέσω συνεντεύσεως. Η ικανότητα σύσφιξης των χεριών αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας στάνταρ μεθόδους.

Μία άρθρωση του χεριού θεωρήθηκε ότι είχε συμπτωματική ΟΑ εάν είχε και τα δύο συμπτώματα και ακτινολογική εικόνα θετική.

Πάνω από 1041 άτομα ηλικίας 71-100 ετών (36% άνδρες) ο επιπολασμός της συμπτωματικής ΟΑ χεριών, βρέθηκε υψηλότερος στις γυναίκες (26,2%) από τους άνδρες (13,4%).

Σε σύγκριση με αυτούς, χωρίς συμπτωματική ΟΑ χεριών, τα άτομα με την νόσο είχαν 10% μειωμένη δύναμη πιασίματος, μεγαλύτερη δυσκολία στο γράψιμο, ή στο κράτημα μικρών αντικειμένων (odds ratio = 3,4), και μεγαλύτερη δυσκολία στο να μεταφέρουν αντικείμενα 4,5 κιλών (odds ratio = 1,6). Συμπεραίνοντας, με την μελέτη αυτή φαίνεται ότι η συμπτωματική ΟΑ χεριών είναι μία κοινή νόσος στους ηλικιωμένους, η οποία μειώνει την λειτουργία των χεριών τους (Zhang Y et al 2002).

Η Εθνική ομάδα εργασίας αρθριτίδων, με σκοπό να βρεθεί ο αριθμός των Αμερικανών που πάσχουν από ΟΑ, έκανε μελέτη χρησιμοποιώντας ανασκόπηση δημοσιευμένων αναλύσεων, από τις διαθέσιμες εθνικές μελέτες του 2005, όπως η εθνική μελέτη εξέτασης υγείας και διατροφής και η μελέτη συνέντευξης υγείας. Από την μελέτη αυτή προέκυψε ότι μεταξύ των ενηλίκων Αμερικανών, σχεδόν 27 εκατομμύρια έχουν κλινική οστεοαρθρίτιδα, πολύ περισσότερο από την εκτίμηση 21 εκατομμυρίων για το 1995 (Lawrence C et al 2008).

Στο Maryland των ΗΠΑ το 2007, έγινε μελέτη, για τον επιπλασμό της συμπτωματικής ΟΑ χεριών και την αναπηρία από την λειτουργική βλάβη, με ατομικές και οικογενειακές επιπτώσεις, σε δείγμα ηλικιωμένων άνω των 60 ετών. Τα δημογραφικά στοιχεία, το ιστορικό πόνου και ο περιορισμός δραστηριότητας συλλέχθηκαν μέσω συνέντευξης. Περίπου 58% από αυτούς είχαν όζους Heberden's, 29,9% όζους Bouchard's, 18,2% είχαν παραμόρφωση της 1^{ης} ΜΚΦ. Οι γυναίκες είχαν περισσότερο παραμόρφωση της 1^{ης} ΜΚΦ (24,3%) από τους άνδρες (10,3%). Ο επιπολασμός της συμπτωματικής ΟΑ ευρέθη 5,4, 4,7 και 1,9% αντίστοιχα. Παρ' όλα αυτά ο επιπολασμός της συμπτωματικής ΟΑ χεριών που πληρούσαν τα κριτήρια του ACR ήταν 8% (95% CI 6,5-9,5%) ή 2,9 εκατομμύρια άτομα. Η συμπτωματική ΟΑ των χεριών αυξάνονταν σημαντικά με την ηλικία και μειωνόταν για τους μη Ισπανούς μαύρους. Η συμπτωματική ΟΑ χεριών συνδεόταν απόλυτα από αναφορές των ασθενών, σε δυσκολία τους να σηκώσουν 10 lbs (OR 2.31), στο να ντυθούν (OR 3.77), και στο φαγητό τους (OR 3.44). Συμπεραίνοντας, η συμπτωματική ΟΑ χεριών, προσβάλλει 1 στους 12 ενήλικες Αμερικανούς και η μελέτη αυτή δείχνει την επίπτωση και την λειτουργική δυσκολία που προκαλεί (Dillon CF et al 2007).

6. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Όπως είναι γνωστό, οι μελέτες διακρίνονται σε μελέτες Παρατήρησης και Πειραματικές (Τριχόπουλος Δ 1982, Dawson-Sauders B and Trapp RG 1994). Οι μελέτες Παρατήρησης μπορεί να είναι (α) Περιγραφικές (descriptive), (β) μελέτες ασθενούς-μάρτυρα (case-control) (αναδρομική), (γ) διατομής (cross-sectional), επιθεώρησης (επιπολασμός), (δ) μελέτη ομάδας (cohort study) (προοπτική). Αυτές εφαρμόζονται για να μελετηθούν (α) ο Επιπολασμός (Prevalence), δηλαδή η συχνότητα μιας νόσου ή χαρακτηριστικών της, σε ένα πληθυσμό ή σε αντιπροσωπευτικό του δείγμα, σε μία ορισμένη χρονική στιγμή, ή (β) η Επίπτωση (Incidence) δηλαδή ο αριθμός των νέων περιστατικών μιας νόσου σε ένα πληθυσμό ή σε αντιπροσωπευτικό του δείγμα σε ένα ορισμένο χρονικό διάστημα (ένα έτος). Κύριο πλεονέκτημα των μελετών αυτών, είναι η απλότητα στη μεθοδολογία και το σχετικά μικρό κόστος στην πραγματοποίησή τους.

Στις αναδρομικές μελέτες, η μελέτη αρχίζει μετά την εκδήλωση της νόσου ή φαινομένου και αφορά την αναζήτηση του τι προηγήθηκε της νόσου. Για την εκπόνηση μιας τέτοιας μελέτης, απαραίτητη είναι η δημιουργία δύο ομάδων, της ομάδας ελέγχου, που αποτελείται από άτομα πάσχοντα από τη νόσο, και της ομάδας μαρτύρων, που αποτελείται από άτομα με τους ίδιους χαρακτήρες (ηλικίας, φύλου, τρόπου ζωής) και διαφέρουν από την ομάδα ελέγχου μόνο κατά την παρουσία της νόσου της μελέτης. Το μεγάλο μειονέκτημα των αναδρομικών μελετών, είναι τα σφάλματα που προκύπτουν από λάθη μνήμης των συμμετεχόντων, έχουν όμως, όπως προαναφέρθηκε, πλεονεκτήματα κόστους και ευκολίας, αλλά το μεγαλύτερο πλεονέκτημά τους είναι ότι για εξαγωγή συμπερασμάτων, δεν απαιτείται τεράστιο δείγμα. Πλεονέκτημά τους ακόμη είναι η δυνατότητα να έχει κανείς ασφαλή συμπεράσματα και για νόσους σχετικά σπάνιες.

Στις προοπτικές μελέτες τα άτομα κατατάσσονται σε ομάδες, αναλόγως της έκθεσης ή όχι σε κάποιο παράγοντα κινδύνου (risk factor) και παρακολουθούνται για μεγάλο χρονικό διάστημα για τυχόν εκδήλωση νόσου. Οι προοπτικές μελέτες είναι περισσότερο αξιόπιστες από τις αναδρομικές, αλλά μειονεκτούν στο ότι είναι μακροχρόνιες και υψηλού κόστους. Υπερτερούν ακόμη στο ότι μπορούν να ελέγξουν την πιθανή εμφάνιση και άλλων νόσων συγχρόνως, που έχουν σχέση με τον υπό εξέταση παράγοντα κινδύνου.

Οι μελέτες αυτές συμβάλλουν στην διερεύνηση και ανακάλυψη αιτιολογικών παραγόντων και στη διευκρίνιση αιτιολογικών μηχανισμών, σε νοσήματα άγνωστης αιτιολογίας (Hennekens C et al 1987). Η παρούσα μελέτη – διατριβή ανήκει στις **Περιγραφικές** Επιδημιολογικές μελέτες και είναι επιθεώρηση (Survey).

Σκοπός είναι μελετηθεί ο επιπολασμός (prevalence) των ρευματικών νόσων που εκδηλώνονται ως αρθρίτιδα (χρόνια αρθρίτιδα) (Ρευματοειδής αρθρίτιδα, αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα, ψωριασική αρθρίτιδα, ουρική

αρθρίτιδα, οστεοαρθρίτιδα) και των αυτοάνοσων συστηματικών νόσων του συνδετικού ιστού (συστηματικός ερυθηματώδης λύκος, πρωτοπαθές σύνδρομο Sjogren, συστηματική σκληρυνση, ιδιοπαθείς μυοσίτιδες, αγγειίτιδες) σε τυχαίο δείγμα του ενηλίκου πληθυσμού του Νομού Μαγνησίας. Επιπρόσθετα, η συσχέτιση των όσων αυτών με κάπνισμα, αλκοόλ, κοινωνικοοικονομικά προβλήματα, σακχαρώδη διαβήτη, υπέρταση, κολίτιδα και η χρήση ή μη και ποιών αντιρευματικών φαρμάκων.

Ο Νομός Μαγνησίας είναι αντιπροσωπευτικός της σύνθεσης του Ελληνικού πληθυσμού με αστικό, αγροτικό, ορεινό και νησιώτικο πληθυσμό.

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

7. ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ

Επιλέχθηκε ο Νομός Μαγνησίας, επειδή είναι αντιπροσωπευτικός της σύνθεσης του Ελληνικού πληθυσμού, δηλαδή, με αστικές, αγροτικές, ορεινές, πεδινές, και νησιωτικές περιοχές, και με αντιπροσωπευτικό δείγμα επαγγελματιών, όπως γεωργούς, αλιείς, εργάτες εργοστασίων και δημόσιους υπαλλήλους. Κατόπιν αιτήσεώς μας παραλάβαμε από την Νομαρχία Μαγνησίας τους εκλογικούς καταλόγους του Νομού Μαγνησίας όπου ευρέθησαν εγγεγραμμένα 176.433 άτομα ενήλικες (απογραφή 2001). Ο Νομός Μαγνησίας αποτελείται συνολικά από 26 Δήμους:

- 1) Αγριάς 4.769 δημότες
- 2) Αισωνίας 3.546
- 3) Αλμυρού 12.986
- 4) Αλοννήσου 1.729
- 5) Αργαλαστής 2.597
- 6) Αρτέμιδος 4.636
- 7) Αφειτών 2.664
- 8) Βόλου 60.009
- 9) Ζαγοράς 4.900
- 10) Ιωλκού 2.295
- 11) Κάρλας 5.961
- 12) Μηλεών 3.441
- 13) Μουρεσίου 3.523
- 14) Ν. Αγχιάλου 5.511
- 15) Ν. Ιωνίας 25.592
- 16) Πορταριάς 2.565
- 17) Πτελεού 3.306
- 18) Σηπιάδος 2.556
- 19) Σκιάθου 4.474
- 20) Σκοπέλου 5.091
- 21) Σούρπης 3.938
- 22) Φερρών 6.249
- 23) Κοινότητα Αναύρας 934
- 24) Κοινότητα Κεραμιδίου 1.687
- 25) Κοινότητα Μακρυνίτσας 764
- 26) Κοινότητα Τρικεριού 1.642

Στη συνέχεια με βάση το γεωγραφικό χάρτη διαιρέσαμε όλο το Νομό σε 4 περιοχές και προσθέτοντας τα άτομα από τους αντίστοιχους δήμους ευρέθησαν στις :

- A) Αστικές 110.785 (62,7%)
- B) Αγροτικές 36.185 (20,5%)
- Γ) Νησιωτικές 12.693 (7,9%)
- Δ) Ορεινές 16.774 (9,5%) εγγεγραμμένοι κάτοικοι.

Στόχος της μελέτης μας ήταν το 2% του ανωτέρου πληθυσμού ήτοι 3.528 άτομα, και έτσι το δείγμα μας διαμορφώθηκε ως εξής :

A) Αστικές περιοχές $110.785/176.433 = 0,627$ ήτοι το 62,7 % του πληθυσμού = $110.785 \times 2\% = \underline{2.216 \text{ άτομα}}$

B) Αγροτικές περιοχές, $36.185/176.433 = 0,205$ ήτοι το 20,5 % του πληθυσμού = $36.185 \times 2\% = \underline{723 \text{ άτομα}}$

Γ) Ορεινές πειροχές $16.774/176.433 = 0,095$ ήτοι το 9,5 % του πληθυσμού = $16.774 \times 2\% = \underline{335 \text{ άτομα}}$

Δ) Νησιωτικές περιοχές $12.693/176.433 = 0,0719$ ήτοι το 7,9 % του πληθυσμού = $12.693 \times 2\% = \underline{254 \text{ άτομα}}$

Για να τυχαιοποιήσουμε το δείγμα μελέτης κάναμε το εξής ανά περιοχή:

Π.χ Αστικές περιοχές, $110.785/2.216 = 49.993,23$ και πήραμε το Νο 50 από την αλφαβητική σειρά των 110.785 ατόμων και επιλέξαμε ως τυχαίο αριθμό από το 1 – 50 το Νο 8

Και ακολουθώντας το $\text{No } 8 \times 1 = 8$ (1^ο άτομο)

Το $\text{No } 50 \times 2 + 8 = 108$ (2^ο άτομο)

Το $\text{No } 50 \times 3 + 8 = 158$ (3^ο άτομο)

Το $\text{No } 50 \times 4 + 8 = 208$ (4^ο άτομο)

Ακολουθήσαμε τον ίδιο τρόπο υπολογισμού μέχρι να συγκεντρώσουμε 2.216 άτομα από τις Αστικές, 723 άτομα από τις Αγροτικές, 335 άτομα από τις Ορεινές και 254 άτομα από τις Νησιωτικές περιοχές, δηλαδή συνολικά 3.528 άτομα (2% του συνολικού πληθυσμού του Ν. Μαγνησίας).

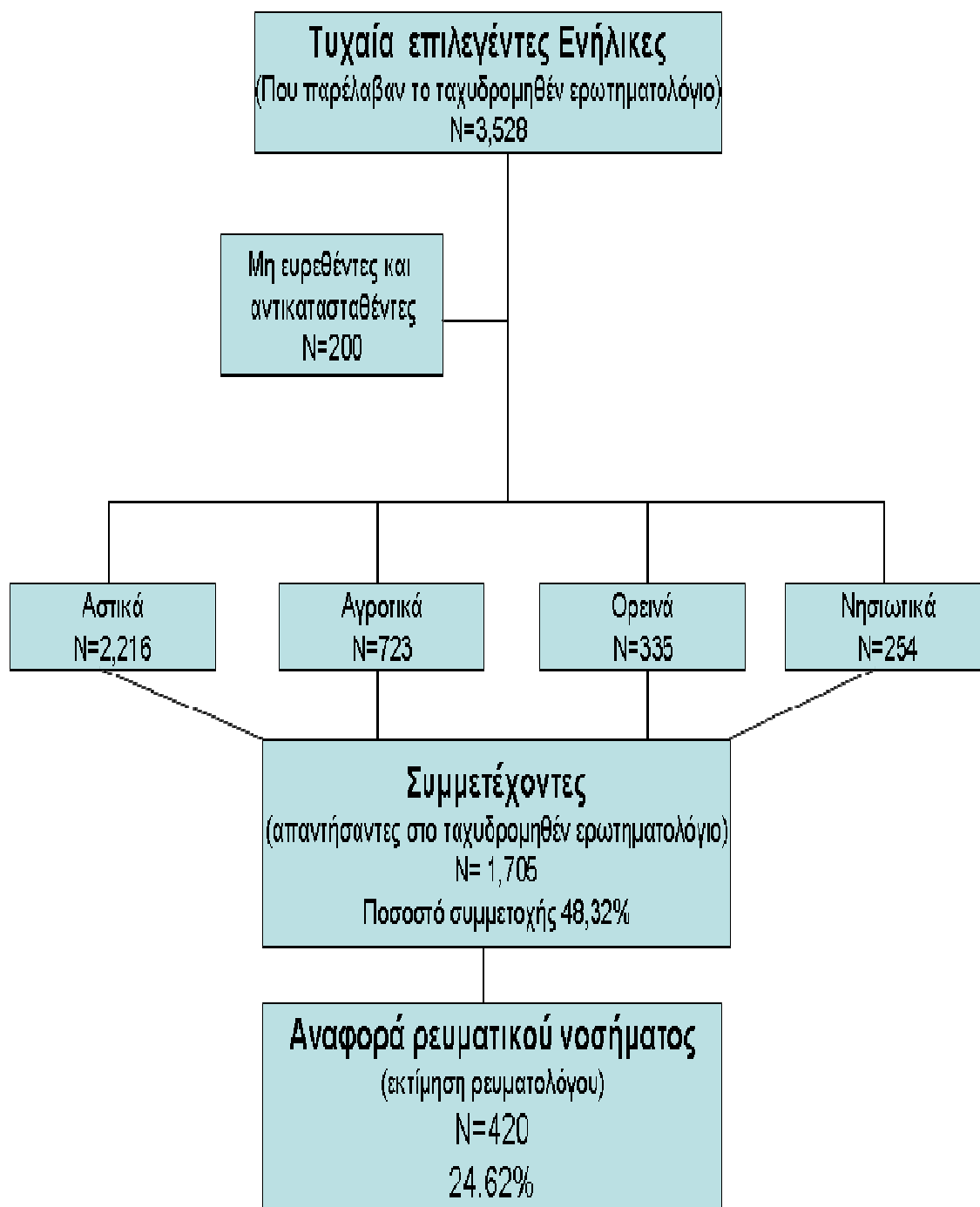
Στα τυχαίως επιλεγέντα άτομα στάλθηκε φάκελος μέσω των ΕΛΤΑ με προπληρωμένο τέλος και την προμετωπίδα της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Ο φάκελος περιείχε επιστολή με πληροφορίες σχετικά με τον σκοπό αυτής της μελέτης, δισέλιδο ερωτηματολόγιο και απαντητικό φάκελο των ΕΛΤΑ, πάλι με προπληρωμένο τέλος. Το ερωτηματολόγιο ήταν όσο το δυνατόν απλούστερο και χρειάζονταν λίγα λεπτά για να συμπληρωθεί.

Περιελάμβανε ερωτήσεις για τυχόν πάθηση και άλλα στοιχεία, παράγοντες κινδύνου και τρόπου ζωής (Πίνακας 7.1 και Πίνακας 7.2).

Η μελέτη είχε εγκριθεί από την επιτροπή δεοντολογίας του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας.

Βρέθηκαν 520 άτομα (ποσοστό 0,29%) με διευθύνσεις ασαφείς π.χ Κηφισιά ή Αγριά ή Γερμανία ή «λοιποί δρόμοι» και ακολουθώντας τον ίδιο τρόπο τυχαιοποίησης του δείγματος επιλέξαμε πάλι 520 νέα άτομα λαμβάνοντας ως τυχαίο αριθμό π.χ αντί του Νο 8 το Νο 9 και αποστείλαμε τα νέα ερωτηματολόγια, δηλαδή συνολικά 3.600 (ποσοστό 2,04% του πληθυσμού). Όταν άρχισαν να επιστρέφουν 200 φάκελοι με την ένδειξη «άγνωστος», «απεβίωσε», ακολουθώντας την ίδια τακτική εκτυπώσαμε ξανά και αποστείλαμε επί πλέον 430 φακέλους. Τελικά, αποστείλαμε συνολικά 3.830 επιστολές με επιστρεφόμενο φάκελο, (ποσοστό 2,17% του πληθυσμού) και λάβαμε συνολικά 2.178 απαντήσεις (ποσοστό 1,23% του πληθυσμού). Από αυτές οι 473 επεστράφησαν ως «άγνωστος παραλήπτης». Τα άτομα τα οποία απάντησαν ότι έπασχαν από ένα ρευματικό νόσημα κλήθηκαν στο ιδιωτικό τοπικό ιατρείο του κεντρικού ερευνητή ή κλείστηκε ραντεβού στα σπίτια τους για ένα πλήρες ιατρικό ιστορικό, κλινική εξέταση και αξιολόγηση, χρησιμοποιώντας τα κριτήρια του ACR για κάθε ένα νόσημα. Σε περίπτωση αμφιβολίας ζητήθηκε επί πλέον βιοχημικός και εργαστηριακός έλεγχος όπως γεν. αίματος, γεν. ούρων, βιοχημικός έλεγχος, RF, ANA κ.λ.π. Σε περίπτωση ΟΑ ζητήθηκε ακτινογραφία γονάτων και λεκάνης - ισχίων. Όσα άτομα είχαν διάγνωση και θεραπεία από πανεπιστημιακές Ρευματολογικές κλινικές (48 άτομα), Νοσοκομεία με Ρευματολογικά τμήματα (63 άτομα), και από Ιδιώτες Ειδικούς Ρευματολόγους (36 άτομα) (συνολικά 147 άτομα), θεωρήσαμε ότι πληρούσαν τα κριτήρια των νοσημάτων που ανέφεραν. Οι υπόλοιποι 273 εξετάστηκαν από Ειδικό Ρευματολόγο για επιβεβαίωση του νοσήματός τους (Εικόνα 7).

Εικόνα 7. Η διαδικασία της επιλογής ασθενών



Πίνακας 7.1. Ερωτηματολόγιο για ρευματικά νοσήματα που στάλθηκε στους κατοίκους του Ν. Μαγνησίας

Πάσχετε από ρευματοειδή αρθρίτιδα? Ναι ή Όχι

Πάσχετε από αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα? Ναι ή Όχι

Πάσχετε από ψωριασική αρθρίτιδα ? Ναι ή Όχι

Πάσχετε από συστηματικό ερυθματώδη λύκο? Ναι ή Όχι

Πάσχετε από σ. Sjogren? Ναι ή Όχι

Πάσχετε από σκληρόδερμα? Ναι ή Όχι

Πάσχετε από πολυμυοσίτιδα? Ναι ή Όχι

Πάσχετε από δερματομυοσίτιδα? Ναι ή Όχι

Πάσχετε από αγγειίτιδα? Ναι ή Όχι

Πάσχετε από ουρική αρθρίτιδα? Ναι ή Όχι

Πάσχετε από οστεοαρθρίτιδα ? Ναι ή Όχι

Πίνακας 7.2. Παράγοντες κινδύνου (μεταβλητές) που εξετάστηκαν για τυχόν συσχέτιση με τις ρευματικές νόσους.

Μεταβλητή	Ορισμός
Φύλο	Ανδρας/ Γυναίκα
Ηλικία	Έτη
Διαμονή	Αστικά,Αγροτικά,Ορεινά,Νησιωτικά.
Κατανάλωση ποτού	Δεν πίνει Πίνει λίγο < 2 ποτά την ημέρα Μέτριος πότης: 2-4 ποτά την ημέρα Βαρύς πότης: > από 4 ποτά την ημέρα
Επαγγελματική κατάσταση	0= όχι χειρωνακτική: υπάλληλος,μικρή ατομική επιχείρηση,έμπορος,απόφοιτος Παν/μίου, φοιτητής, καλλιτέχνης. 1= χειρωνακτική εργασία : Βιομηχανικός εργάτης,οικοδόμος, καθαριστής, αγρότης, κτηνοτρόφος, αλιεύς, μεταφορέυς. Χωρίς εργασία: άνεργος,πρόωρη σύνταξη. Συνταξιούχος
Κάπνισμα	Ναι: τώρα και / ή στο παρελθόν καθημερινός καπνιστής. Όχι : ποτέ καθημερινός καπνιστής.
Οικονομικά προβλήματα	Ναι/ Όχι
Διαβητικός	Ναι/ Όχι
Υπέρταση	Ναι/ Όχι

8. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Η στατιστική ανάλυση έγινε με το πρόγραμμα SPSS v. 13.0. Κατηγορηματικές παράμετροι συγκρίθηκαν με το ακριβές τεστ του Fisher (Fisher's exact test) ή με το χ^2 test. Συσχετίσεις μεταξύ νόσου και παραγόντων κινδύνου αναλύθηκαν με την μονοπαραγοντική (univariate) και την πολυπαραγοντική (multivariate) λογιστική εξάρτηση (logistic regression analysis). Οι συσχετίσεις εκφράστηκαν ως μη προσαρμοσμένη ή προσαρμοσμένη αναλογία πιθανοτήτων (odds ratio, OR) με 95% διάστημα αξιοπιστίας (Confidence Interval, CI). Το αποτέλεσμα ήταν στατιστικά σημαντικό, όταν η τιμή του p (P value) $< 0,05$.

9. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στο ερωτηματολόγιό μας απάντησαν 1705 άτομα (48,2%) των ερωτηθέντων (ποσοστό 0,97% του πληθυσμού), εκ των οποίων 420 άτομα (24,62%) απάντησαν ότι έπασχαν από ένα ρευματικό νόσημα.

Από αυτά τα άτομα, 48 άτομα είχαν διάγνωση από Πανεπιστημιακές ρευματολογικές κλινικές, 63 άτομα από ρευματολογικά τμήματα άλλων νοσοκομείων, και 36 άτομα είχαν διάγνωση από ειδικούς ρευματολόγους. Τα υπόλοιπα 273 άτομα εξετάστηκαν από τον ερευνητή για επιβεβαίωση της διάγνωσής τους με βάση τα κριτήρια της αντίστοιχης νόσου.

Συνολικά, από τους συμμετέχοντες στη μελέτη (1705 άτομα) βρέθηκαν πάσχοντες με:

- (1) ΡΑ, 10 άτομα (επιπολασμός = 0,57%, 95% CI 0,32 – 0,87) (γυναίκες 8, άνδρες 2, ηλικία [μέση±σταθερή απόκλιση] = 46,82 ±14,9 έτη)
- (2) ΑΣ, 5 άτομα (επιπολασμός 0,29%, 95% CI 0,28-0,94) (4 άνδρες, 1 γυναίκα, μέση ηλικία 43,46± 15,04 έτη)
- (3) ΨΑ : 6 άτομα, (επιπολασμός 0,35%, 95% CI 0,33-1,13) (άνδρες 2, γυναίκες 4, μέση ηλικία 41,56±2,2 έτη),
- (4) ΣΕΛ, 2 άτομα (επιπολασμός 0,11%, 95% CI 0,11-0,37),
- (5) σύνδρομο Sjogren, 4 άτομα (επιπολασμός 0,23%, 95% CI 0,22-0,75),
- (6) σκληροδερμία, 1 άτομο (επιπολασμός 0,058%, 95% CI 0,05-0,18)
- (7) δερματομυοσίτις, 1 άτομο (επιπολασμός 0,05%, 95% CI 0,05 – 0,18)
- (8) Αγγειίτιδα, 2 άτομα (επιπολασμός 0,11%, 95% CI 0,11-0,37). Από αυτούς μια περίπτωση ήταν με κροταφική αρτηρίτιδα και μια περίπτωση με κνηδωτική δερματική αγγειίτιδα.
- (9) ουρική αρθρίτιδα, 81 άτομα (επιπολασμός 4,75%, 95% CI 4,41-5,13) (άνδρες 78 (10%), γυναίκες 3 (0,3%), μέση ηλικία 63,0±7,8 έτη),
- (10) ΟΑ, 304 άτομα (επιπολασμός 17,82%, 95% CI 16,50-19,34) (άνδρες 83, γυναίκες 221, μέση ηλικία 65,54±12,9 έτη) (Πίνακας 9.1).

Ο επιπολασμός της ΟΥΑ ήταν 0,0% στις ηλικίες <40 ετών, 5,3% στις ηλικίες 40-65 ετών και 9,6% στις ηλικίες > 65 ετών.

Ο επιπολασμός της ΟΑ ήταν 0,2% σε ηλικίες <40 ετών, 18,4% στις ηλικίες 40-65 ετών και 39,7% σε ηλικίες >65 ετών. Ο επιπολασμός της ΟΑ στις γυναίκες ήταν 12,96% (95% CI 11,85–14,23), στους άνδρες 4,86 % (95% CI 4,35–5,43) και η μέση ηλικία ήταν 72,39±8,25 έτη και 65,97±7,57 έτη, αντίστοιχα.

Ο επιπολασμός της συμπτωματικής ΟΑ γόνατος (συμπτώματα γόνατος και θετική ακτινογραφία) ήταν 11,3 % (95% CI 9,76 - 13,09) στις γυναίκες, και 2,99% (95% CI 2,6 – 3,42) στους άνδρες. Ο επιπολασμός της ΟΑ χεριών ήταν 0,99% (95% CI 0,76 – 1,25) στις γυναίκες, και 0,7% (95% CI 0,56–0,86) στους άνδρες. Ο επιπολασμός της αρθρίτιδος του ισχίου ήταν 0,64% (95% CI 0,43-0,89) στις γυναίκες και 1,17% (95% CI 0,99–1,38) στους άνδρες. Συγκρίνοντας την αναλογία του πληθυσμού και του δείγματος ανά περιοχή, είναι φανερό ότι τα άτομα

από τα νησιά είναι περισσότερο προδιατεθειμένα στο να αναπτύξουν ΟΑ γονάτων, ακολουθούμενα από τους ορεινούς, αγροτικούς και αστικούς κατοίκους.

Ανάλυση λογιστικής εξάρτησης για πιθανή συσχέτιση μεταξύ νόσου και παραγόντων κινδύνου δεν αξιολογήθηκε για τη ΡΑ, ΑΣ, ΨΑ, ΣΕΛ, σ. Sjogren, σκληροδερμία, δερματομυοσίτιδα, και αγγειίτιδες λόγω του μικρού αριθμού πασχόντων.

Με ανάλυση μονομεταβλητής λογιστικής εξάρτησης το άρρεν φύλο ήταν ο υψηλότερος παράγοντας κινδύνου για την ΟΥΑ. Άλλοι παράγοντες κινδύνου που συσχετίζονταν με την ΟΥΑ ήταν η υπέρταση, ο σ. διαβήτης, το αλκοόλ, το κάπνισμα, και η χειρωνακτική εργασία, (Πίνακας 9.2). Για το ανδρικό φύλο, η μη προσαρμοσμένη αναλογία πιθανοτήτων (OR) ήταν 33.9 (95% CI, 10.7-107.9), ενώ η προσαρμοσμένη αναλογία πιθανοτήτων (OR) ήταν 25.9 (95% CI 7.8 – 85.7). Για την κατανάλωση αλκοόλ, η μη προσαρμοσμένη OR ήταν 3,4 (95% CI 2,1–5,5), για το σακχαρώδη διαβήτη η μη προσαρμοσμένη OR ήταν 3,0 (95% CI 1,7–5,2), για την υπέρταση η μη προσαρμοσμένη OR ήταν 3,5 (95% CI 2,2–2,5), για το κάπνισμα η μη προσαρμοσμένη OR ήταν 2,6 (95% CI 1,6–4,1), και για την απασχόληση (χειρωνακτική εργασία) η μη προσαρμοσμένη OR ήταν 1,7 (95% CI 1,0- 2,7). Με ανάλυση πολυπαραγοντικής λογιστικής εξάρτησης, η οικονομική κατάσταση (προβλήματα), δεν συνδεόταν με την ΟΥΑ, ενώ συνδεόταν το ανδρικό φύλο, η υπέρταση, ο σακχαρώδης διαβήτης και η μεγάλη κατανάλωση αλκοόλ (Πίνακας 9.2).

Με ανάλυση μονοπαραγοντικής λογιστικής εξάρτησης, παράγοντες που συσχετίστηκαν με την ΟΑ ήταν η μεγάλη ηλικία, το γυναικείο φύλο, η υπέρταση, ο σ. διαβήτης, η διαμονή σε νησί, και τα οικονομικά προβλήματα, ενώ αρνητική συσχέτιση βρέθηκε με την κατανάλωση αλκοόλ και το κάπνισμα (Πίνακας 9.3). Με ανάλυση πολυπαραγοντικής λογιστικής εξάρτησης, παράγοντες που συσχετίστηκαν με την ΟΑ ήταν η μεγάλη ηλικία, το γυναικείο φύλο, η υπέρταση, ενώ το κάπνισμα και το αλκοόλ είχαν αρνητική συσχέτιση.

Πίνακας 9.1. Επιπολασμός ρευματικών νόσων στο Νομό Μαγνησίας (σε πληθυσμό 1705 ενηλίκων ατόμων)

Νόσος (Αριθμός ασθενών)	Επιπολασμός (95% CI)
Ρευματοειδής αρθρίτιδα(10)	0,57% (0,32–0,87)
ΑΣ (5)	0,29% (0,28-0,94)
ΨΑ (6)	0,35% (0,33-1,13)
ΣΕΛ (2)	0,11% (0,11-0,37)
σύνδρομο Sjogren (4)	0,23% (0,22-0,75)
Σκληροδερμία (1)	0,058% (0,05-0,18)
Δερματομυοσίτις (1)	0,05% (0,05–0,18)
Αγγειίτιδα (2)	0,11% (0,11-0,37)
ουρική αρθρίτιδα (81)	4,75% (4,41-5,13)
ΟΑ (304)	17,82% (16,50-19,34)

Πίνακας 9.2. Παράγοντες κινδύνου για την ουρική αρθρίτιδα (ΟΥΑ) με ανάλυση λογιστικής εξάρτησης.

κατάσταση	Μη προσαρμοσμένο OR (95%CI)	Τιμή P	Προσαρμοσμένο OR (95%CI)	Τιμή P
Ανδρικό φύλο	33.9 (10.6-107.9)	<0.01	25.9 (7.8-85.7)	
Υπέρταση	3.5 (2.2-5.5)	<0.01	2.8 (1.6-4.7)	
Σ.διαβήτης	3.0 (1.7-5.2)	<0.01	2.6 (1.4-5.1)	
Αλκοόλ	3.4 (2.1-5.5)	<0.01	1.6 (0.8-3.3)	
Κάπνισμα	2.6 (1.6-4.1)	<0.01	1.0 (0.5-2.0)	
Χειρωνακτική εργασία	1.7 (1.0-2.7)	0.04	1.0 (0.6-1.7)	
Οικονομικά προβλήματα	0.8 (0.5-1.3)	0.4	0.8 (0.5-1.4)	

Πίνακας 9.3. Παράγοντες κινδύνου για την οστεαρθρίτιδα (ΟΑ) με Ανάλυση λογιστικής εξάρτησης.

Κατάσταση	Μη προσαρμοσμένο OR	Τιμή p	Προσαρμοσμένο OR	Τιμή p
ανδρικό φύλο	0,4(0,3-0,5)	<0,01	0,4(0,3-0,6)	
νησιώτης	1,5(1,1-2,1)	0,03	1,2(0,8-1,7)	
αλκοόλ	0,4(0,3-0,5)	<0,01	0,8(0,5-1,3)	
κάπνισμα	0,3(0,2-0,5)	<0,01	0,7(0,4-1,0)	
χειρωνακτική εργασία	0.6(0,5-0.9)	0,006	1,0(0,7-1,5)	
Σ,διαβήτης	2,0(1,4-2,9)	<0,01	0,7(0,5-1,1)	
υπέρταση	4,0(3,1-5,2)	<0,01	2,1(1,6-2,9)	
οικονομικά προβλήματα	1,4(1,0-1,7)	0,02	1,3(1,0-1,8)	

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Ο επιπολασμός 0,58% της PA στο Νομό Μαγνησίας, είναι μεταξύ του 0,35% μιας αναδρομικής μελέτης στη βορειοδυτική Ελλάδα (Drosos A et al 1997) και του 0,68% μιας διατομικής μελέτης από την Ελλάδα (Adrianakos A et al 2006). Σε άλλες χώρες της Νότιας Ευρώπης όπως ή Ισπανία ο επιπολασμός της PA βρέθηκε 0,3-0,5% του αστικού και αγροτικού πληθυσμού (Carmona L et al 2002), ενώ στην Ιταλία το 1992 ήταν 0,33% (0,13% στους άνδρες και 0,51% στις γυναίκες) (Cimmino MA et al 1998). Στις ΗΠΑ, ο επιπολασμός της PA αυξάνει με την ηλικία μέχρι τα 70 έτη και μετά παραμένει σταθερή. Στις ΗΠΑ φαίνεται ότι ο επιπολασμός της PA μειώθηκε από το 1,1% το 1985 σε 0,85% το 1995 (Gabriel S et al 1999, Helmick CG et al 2008) αλλά στους φυλές ιθαγενών Ινδιάνων των ΗΠΑ ο επιπολασμός φθάνει στο 5,3-6% (Mac Gregor AJ et al 2003). Ο χαμηλότερος επιπολασμός της PA βρέθηκε στους μαύρους της Καραϊβικής (0,3%) (Mac Gregor AJ et al 1994), στην Αργεντινή (0,2%) (Spindler A et al 2002). Συγκρίσιμα νούμερα επιπολασμού της PA αναφέρθηκαν από άλλες χώρες όπως Αγγλία (0,8%) (Mac Gregor AJ et al 1994), Σουηδίας (0,51%) (Simonsson M et al 1999), Ουγγαρία (0,37%) (Kiss CG et al 2005), και στην Κίνα (0,20-0,93%) (Zeng QY et al 2008).

Ο επιπολασμός της αγκυλοποιητικής σπονδυλίτιδας (ΑΣ) ποικίλλει ανάλογα με την συχνότητα του HLA-B27 στο γενικό πληθυσμό. Έτσι, κυμαίνεται από 0,1% σε μαύρους της Αφρικής και σε Εσκιμώους, που έχουν χαμηλή συχνότητα του HLA-B27 (Baum J et al 1971), 0,13% σε λευκούς των ΗΠΑ (Helmick CG et al 2008), 0,21% στη Βόρεια Νορβηγία (Backland G et al 2005), σε 0,5%-1% στην Αγγλία και φθάνει μέχρι 6,0% στους Ιθαγενείς Ινδιάνους της Βόρειας Αμερικής, όπως στους Haida του Καναδά (Hochberg MC 1984). Στη μελέτη μας, ο επιπολασμός της ΑΣ βρέθηκε 0,29% που πλησιάζει περισσότερο με τη μελέτη του 2002 στην Ελλάδα (0,24%) (Adrianakos A et al 2003) παρά στη μελέτη της βορειοδυτικής Ελλάδας που βρήκε 0,03% (Alamanos Y et al 2004). Στην Κεντρική Ιταλία ο επιπολασμός της ΑΣ βρέθηκε 0,37% (De Angelis R et al 2007), ενώ στη Σμύρνη της Τουρκίας 0,49% (Onen F et al 2007), και στην Κίνα 0,20%-0,54% (Zeng QY et al 2008).

Ο επιπολασμός της ΨΑ φαίνεται να έχει σχέση με τον επιπολασμό της ψωρίασης. Σε ασθενείς με ψωρίαση η συχνότητα της ΨΑ κυμαίνεται από 6 σε 40% ανάλογα με την έκταση και βαρύτητα της ψωρίασης (Gelfand et al 2005). Στη μελέτη μας, ο επιπολασμός της ΨΑ βρέθηκε 0,35%, διπλάσιος από το 0,17% της Ελληνικής μελέτης ESORDIG του 2002 (Adrianakos A et al 2003). Η αύξηση αυτή του επιπολασμού το 2008 πιθανόν να οφείλεται στο ότι οι ασθενείς είναι πλέον πιο ευαίσθητοποιημένοι και ενήμεροι για θέματα υγείας. Στη γειτονική Ιταλία, ο

επιπολασμός της ΨΑ βρέθηκε 0,42% (De Angelis et al 2007). Στις ΗΠΑ, ο επιπολασμός της ΨΑ βρέθηκε 0,1% (Sheeb M et al 2000, Helmick CG et al 2008) έως 0,25% (Gelfand JM et al 2005), στην Ισλανδία 0,14% (Iove TJ et al 2007), στη Δυτική Νορβηγία 0,19% (Madland TM et al 2005), στη Δανία 0,15% (Pederson O et al 2008), και στην Κίνα 0,01–0,1% (Zeng QY et al 2008).

Ο επιπολασμός των αυτοάνοσων συστηματικών νόσων του συνδετικού ιστού(ΣΕΛ,σ.Sjogren,SSc, πολυμυοσίτιδα/δερματομυοσίτιδα, αγγειίτιδες) στη μελέτη μας θα έπρεπε να ληφθεί με κάποια επιφύλαξη λόγω του μικρού αριθμού των περιστατικών.

Ο επιπολασμός του ΣΕΛ στη μελέτη μας (την μοναδική διατομική προοπτική μελέτη) ήταν 0,11% ενώ αναδρομικές μελέτες στην Νότια Ευρώπη, όπως στη βορειοδυτική Ελλάδα, Ισπανία, και Ιταλία αναφέρουν επιπολασμούς 0,038% (Alamanos Y et al 2003), 0,034% (Lopez P et al 2003), και 0,0579% (Govoni M et al 2006), αντίστοιχα.

Στις ΗΠΑ, ο επιπολασμός του ΣΕΛ κυμαίνεται από 0,044% (Bernatsky S et al 2007) έως 0,124% (Naleway AL et al 2005, Hochberg MC et al 1995). Στο San Francisco των ΗΠΑ το 1970 ο επιπολασμός του ΣΕΛ έφθασε 1,0% στις λευκές γυναίκες, 4,0% στις μαύρες γυναίκες, 0,01% στους λευκούς άνδρες και 0,05% στους μαύρους άνδρες (Fessel WJ 1974).

Στη Βόρεια Ευρώπη σε αναδρομικές μελέτες η εκτίμηση του επιπολασμού του ΣΕΛ κυμαινόταν μεταξύ 0,02% στην Λιθουανία (Dadoniene J et al 2006), 0,217% στη Δανία (Voss A et al 1998), 0,049% στο Nottingham της Αγγλίας (Hopkinson ND et al 1993), 0,25% στη Β. Ιρλανδία (Gourley IS et al 1997), και 0,11% στην Αγγλία (Nightingale AL et al 2007).

Ο επιπολασμός του πρωτοπαθούς συνδρόμου Sjogren (**p SS**)στη μελέτη μας ήταν 0,23%, που είναι ανάμεσα στις τιμές 0,60% (Dafni UG et al 1997) και 0,15% (Tronzas PI et al 2005), που βρήκαν δυο άλλες διατομικές-όπως η δική μας μελέτη στην Ελλάδα. Σε αντίθεση, μία αναδρομική Ελληνική μελέτη η οποία στηρίχθηκε σε ιατρικούς φακέλους ασθενών στη βορειοδυτική Ελλάδα έδειξε ένα πολύ χαμηλό επιπολασμό 0,09% (Alamanos Y et al 2006). Μία απλή εξήγηση γι'αυτές τις μεγάλες διαφορές θα ήταν ότι οι περισσότεροι από τους ασθενείς με pSS δεν ζητούν ιατρικές συμβουλές. Σε άλλες Ευρωπαϊκές μελέτες η συχνότητα του pSS φθάνει ως το 2,1% (Tomsic M et al 1999, Thomas E et al 1998). Η νόσος φαίνεται να είναι αρκετά συχνότερη σε ηλικιωμένα άτομα, όπως φάνηκε σε μια μελέτη στη Νορβηγία όπου ο επιπολασμός του pSS βρέθηκε

7πλάσιος στις ηλικίες > 70 ετών από ότι στις ηλικίες 40–44 ετών (Haugen AJ et al 2008).

Ο επιπολασμός της συστηματικής σκλήρυνσης (**SSc**) στη μελέτη μας βρέθηκε 586 ανά εκατομμύριο, που είναι παρόμοιος με αυτό που βρέθηκε στην Ιταλία (489/10⁶) Valesini et al G 1993). Μεγάλες διαφορές στον επιπολασμό της νόσου έχουν προκύψει από διάφορες μελέτες. Στις ΗΠΑ ο Mayes et al (2003), χρησιμοποιώντας πολλαπλές πηγές, αναφέρει επιπολασμό 276 ανά εκατομμύριο. Μια διατομική μελέτη στη Ν. Καρολίνα των ΗΠΑ βρήκε επιπολασμό 290–3.790 ανά εκατομμύριο, ανάλογα από το αν συμπεριελήφθηκαν ή όχι τα σύνδρομα επικάλυψης (Maricq HR et al 1989). Στην Αγγλία ο επιπολασμός της SSc βρέθηκε 60 Silman AJ et al 1990) έως 88 (Allcock RS et al 2004) περιπτώσεις ανά εκατομμύριο κατοίκους αλλά σε περιοχές γύρω από τα αεροδρόμια του Λονδίνου 150 ανά εκατομμύριο (Valesini G et al 1993).

Στην Ισλανδία ο επιπολασμός της SSc βρέθηκε 71 ανά εκατομμύριο (Geirsson AJ et al 1994), ενώ δυο διατομικές μελέτες στην Ουγγαρία (Czirjak L et al 2005) και Εσθονία (Valter I et al 1997) βρήκαν επιπολασμό 910 ανά εκατομμύριο και 350 ανά εκατομμύριο, αντίστοιχα. Στην Αυστραλία, δύο μελέτες συμπεριλαμβάνοντας και σύνδρομα επικάλυψης, βρήκαν επιπολασμό της SSc 233 (Thomson R et al 2006) και 208 (Chandran G et al 1995) ανά εκατομμύριο, αντίστοιχα. Δύο μελέτες από την Ιαπωνία, χρησιμοποιώντας το δημόσιο σύστημα Υγείας, σαν μέθοδο εύρεσης των επιβεβαιωμένων περιπτώσεων SSc βρήκαν επιπολασμό 7 ανά εκατομμύριο (Shinkai H 1985) και 38 ανά εκατομμύριο (Tamaki Tet al 1991), αντίστοιχα.

Συγκρίνοντας τις δύο μεθόδους ανάλυσης, την διατομική (προοπτική) και την αναδρομική (Νοσοκομειακοί φάκελλοι, ιδιώτες ιατροί και Εθνικό Σύστημα Υγείας), φαίνεται ότι η πρώτη δίνει εκτιμήσεις υψηλότερου επιπολασμού.

Η ακριβής εκτίμηση του επιπολασμού της Δερματομυοσίτιδας (**DM**) και Πολυμυοσίτιδας (**PM**) είναι δύσκολη, αφ' ενός γιατί τα νοσήματα αυτά είναι σπάνια και αφ' ετέρου γιατί δεν υπάρχουν κοινά αποδεκτά διαγνωστικά κριτήρια (Tanimoto K et al 1995), ενώ η επίπτωσή τους κυμαίνεται μεταξύ 0,5 και 8,4 περιπτώσεων ανά εκατομμύριο. Υπάρχουν εμφανείς διαφορές μεταξύ των διαφόρων πληθυσμών. Η μικρότερη συχνότητα εμφάνισης ιδιοπαθών φλεγμονωδών μυοπαθειών σε ενήλικες εριγράφεται στους Ιάπωνες, ενώ η μεγαλύτερη στους Αφροαμερικανούς. Ο υψηλότερος επιπολασμός στην ηλικία 10-14 ετών και 45 – 64 συμπίπτει με την σεξουαλική ωρίμανση και με την εμμηνόπαυση, δείχνοντας τον ενδοκρινή μηχανισμό στην εμφάνιση της νόσου. Αξιοσημείωτο είναι ότι οι γονείς 13 παιδιών με δερματομυοσίτιδα, ασχολούνταν με αγροτικές εργασίες (Bituvm S et al

1964). Στη δική μας μελέτη ευρέθη ένα περιστατικό (επιπολασμός 0,05%) που πληρούσε όλα τα κριτήρια (Tanimoto K et al 1995).

Πολύ λίγες αναφορές έχουν δημοσιευθεί στην βιβλιογραφία, για τον επιπολασμό της Γιγαντοκυτταρικής αρτηρίτιδος (ΓΚΑ). Σε μία μελέτη στο Olmsted County της Minnesota (Huston KA et al 1978) βρέθηκε επιπολασμός 1,33/1.000 πληθυσμού το 1975, και στην ίδια περιοχή, δέκα χρόνια αργότερα βρέθηκε 2,23/1.000 πληθυσμού (Machado et al 1988), σχεδόν διπλάσιο. Στη Γερμανία το 1994 βρέθηκε επιπολασμός της ΓΚΑ 87-94/10⁶, ο οποίος είναι πολύ χαμηλότερος από τον αναμενόμενο (Reinhold-Keller E et al 2000).

Στην δική μας μελέτη βρήκαμε 2 άτομα με αγγειίτιδα (0,11%)(1 ΓΚΑ και 1 κνηδωτική), με επιπολασμό 0,058% κάθε μιας αγγειίτιδας. Δεν υπάρχουν αναφορές για τον επιπολασμό της κνηδωτικής αρτηρίτιδας.

Η Ουρική Αρθρίτιδα (ΟΥΑ) προκαλείται από υπερουριχαιμία λόγω αυξημένης παραγωγής του ουρικού οξέος, ή και ελαττωμένης αποβολής του από τους νεφρούς. Δίαιτα πλούσια σε πουρίνες, όπως κρέατα, ψάρια, φάρμακα που μειώνουν τη νεφρική αποβολή του ουρικού οξέος, όπως τα διουρητικά, και το αλκοόλ, συσχετίζονται με ΟΥΑ (Saag KG et al 2006, Healy LA et al 1971, Hochberg MC et al 1995). Έχει βρεθεί ότι πολυμορφισμοί του γονιδίου του μεταφορέα (transporter) του ουρικού SLC2A9 του νεφρικού σωληναρίου συσχετίζονται με την ΟΥΑ (Stark K et al 2008, Caulfield MJ et al 2008).

Η ΟΥΑ παρουσιάζει ενδιαφέρον όχι μόνο για την αρθρίτιδα αλλά και για το συσχετιζόμενο μεταβολικό σύνδρομο (σύνδρομο αντίστασης στην ινσουλίνη) και την συναφή νοσηρότητα και θνησιμότητα καρδιαγγειακής νόσου (Puig JG et al 2008).

Ο επιπολασμός της ΟΥΑ αυξάνει με την ηλικία, είναι υψηλότερη στους άνδρες σε σχέση με τις γυναίκες και είναι σε αύξηση. Στην ηλικιακή ομάδα > 75 ετών στις ΗΠΑ, ο επιπολασμός της ΟΥΑ αυξήθηκε από 2,1 % το 1990 σε 4,1 το 1999 (Wallace KL et al 2004). Στην επισκόπηση της εξέτασης της Εθνικής Υγείας και Διατροφής των ΗΠΑ, (National Health and Nutrition Examination Survey, NHANES III), μεταξύ 1998 και 1994, η μεγαλύτερη συχνότητα 8% (άνδρες 11,6%, γυναίκες 5,2%) βρέθηκε σε ηλικίες 70-79 ετών (Kramer HM et al 2002, Lawrence RC et al 2008). Στο Ηνωμένο Βασίλειο (UK), από τα αρχεία των οικογενειακών Γενικών Ιατρών, η συχνότητα της ΟΥΑ ήταν 0,3% το 1970 και αυξήθηκε σε 0,95% στη δεκαετία του 1990 (Haris CM et al 1995). Στη δεκαετία του 1990 η συχνότητα ήταν γενικά σταθερή στο 1,4%, με περίπου 7% στους άνδρες > 65 ετών (Mikuls TR et al 2005) και το ίδιο ποσοστό διατηρήθηκε το 2000-2005 (Annemans L et al 2008). Στη Κίνα, ο επιπολασμός της ΟΥΑ έχει βρεθεί να διαφέρει ανάλογα με την

περιοχή. Σε Ταϊβανέζους ιθαγενείς (aborigines) ήταν 11,7% ενώ σε Ταϊβανέζους ήταν 3,0% (Nan H et al 2006).

Στη μελέτη μας, ο επιπολασμός της ΟΥΑ στις γυναίκες είναι περίπου ίση με αυτή που βρέθηκε στο γενικό Ελληνικό πληθυσμό το 2002 (Andrianakos A et al 2003). Στους άνδρες όμως, ο επιπολασμός φαίνεται να είναι αυξημένος και αυτό μπορεί να εξηγηθεί από την σχετικά μεγάλη ηλικία των ασθενών μας, που συνήθως συνοδεύεται από κάποιου βαθμού νεφρική ανεπάρκεια, τις διαιτητικές συνήθειες, και τον τρόπο ζωής. Αξίζει να σημειωθεί ότι στο Νομό Μαγνησίας αρκετοί άνδρες καταναλώνουν πολλά θαλασσινά και οινόπνευματώδη.

Οι επιδημιολογικές μελέτες της Οστεοαρθρίτιδας (ΟΑ), έχουν ενδογενή μειονεκτήματα, λόγω της έλλειψης συσχέτισης ανάμεσα στα ακτινολογικά ευρήματα και στα συμπτώματα ΟΑ, που μπορεί να υποεκτιμήσει την συχνότητα της ΟΑ. Γενικά, ο επιπολασμός της γενικευμένης ΟΑ εμφανίζει συσχέτιση με την ηλικία, και στις μεγάλες ηλικίες είναι συχνότερη στις γυναίκες.

Ο επιπολασμός της συμπτωματικής ΟΑ άκρων χειρών, που επιβεβαιώθηκε με ακτινογραφία άκρων χειρών, στη μελέτη Framingham της Μασσαχουσέτης των ΗΠΑ, ήταν 6,8 % (3,8% στους άνδρες, 9,2% στις γυναίκες) (Zhang Y et al 2002) ενώ στις ηλικίες > 71 ετών ήταν 13,4 % στους άνδρες και 26,2% στις γυναίκες. Στα άτομα της μελέτης Framingham ο επιπολασμός της συμπτωματικής ΟΑ γόνατος ήταν 4,9% ενώ στις ηλικίες > 45 ετών ήταν 6,7% (5,9% στους άνδρες, 7,2% στις γυναίκες) (Felson DT et al 1987). Στη μελέτη NHANES III, ο επιπολασμός της συμπτωματικής ΟΑ γόνατος, στις ηλικίες > 60 ετών, ήταν 12,1 % (10,0% στους άνδρες και 13,6 % στις γυναίκες) (Dilon CF et al 2006). Στην επαρχία Johnston της Βόρειας Καρολίνας των ΗΠΑ, στις ηλικίες > 45 ετών η συχνότητα ήταν 16,7% (13,5% στους άνδρες, και 18,7% στις γυναίκες) (Jordan JM et al 2007). Στην ίδια περιοχή της Βόρειας Καρολίνας των ΗΠΑ, ο επιπολασμός της συμπτωματικής ΟΑ ισχίων ήταν 9,2% (8,7% σε άνδρες και 9,3% σε γυναίκες) (Lawrence RC et al 2008).

Η ακτινογραφική ΟΑ, ορισμένη από την παρουσία οστεοφύτων, είναι αρκετά συχνότερη, σε σχέση με την συμπτωματική ΟΑ. Έτσι στην μελέτη Framingham ο επιπολασμός της ακτινογραφικής ΟΑ άκρων χειρών ήταν 27,2% (25,9% σε άνδρες, 28,2% σε γυναίκες) (Zhang Y et al 2002). Η ΟΑ γόνατων σε άτομα >26 ετών ήταν 13,8% (άνδρες 14,1% , γυναίκες 13,7%) ενώ σε άτομα >45 ετών ήταν 19,2% (άνδρες 18,6% , γυναίκες 19,3%) (Felson DT et al 1987). Στην επαρχία Johnston, της Βόρειας Καρολίνας των ΗΠΑ, η ακτινολογική ΟΑ σε άτομα >45 ετών ήταν 27,8% (24,3% σε άνδρες και 30,1% σε γυναίκες) (Jordan JM et al 2007). Σε άτομα >60 ετών, ο επιπολασμός της

ακτινολογικής ΟΑ γονάτων, στη μελέτη NHANES III, ήταν 37,4% (31,2% σε άνδρες, 42,1% σε γυναίκες) (Dillon CF et al 2006). Ο επιπολασμός της ακτινολογικής ΟΑ ισχίων, σε άτομα >45 ετών στην επαρχία Johnston της Βόρειας Καρολίνας των ΗΠΑ ήταν 17% (25,7% άνδρες, 26,9% γυναίκες) (Lawrence RC et al 2008). Στην πολιτεία British Columbia του Καναδά, χρησιμοποιώντας βάσεις δεδομένων από Κέντρα Υγείας και Νοσοκομεία κατά τα έτη 1991–2001, βρέθηκε ότι ο επιπολασμός της συμπτωματικής ΟΑ το 2001 ήταν 10% στις ηλικίες 45–49 ετών και αύξανε με την ηλικία, έτσι ώστε στην ηλικία των 70 ετών, 32% των ανδρών και 40% των γυναικών είχαν ΟΑ (Kopac JA et al 2007). Στη Γαλλία η τηλεφωνική επικοινωνία σε τυχαίο δείγμα πληθυσμού έδειξε ότι είναι καλή μέθοδος για την εκτίμηση της συχνότητας της ΟΑ γονάτων και ισχίων και βρήκε επιπολασμό 7,6% και 5%, αντίστοιχα, στις ηλικίες 40-75 ετών (Roux CH et al 2008).

Ο επιπολασμός της ΟΑ άκρων χειρών, ισχίων, και γονάτων, σε ηλικιωμένα άτομα στο Dicomano της Τοσκάνης στην Ιταλία ήταν 14,9%, 7,7%, και 29,8%, αντίστοιχα, ενώ ο συνολικός επιπολασμός συμπτωματικής και μη ΟΑ άνω των 65 ετών βρέθηκε 52,4% (Mannoni A et al 2003). Σε επαρχιακή πόλη της Ισπανίας το 2007, μελέτη με ερωτηματολόγιο ταχυδρομημένο βρήκε τον επιπολασμό της ΟΑ σε ηλικιωμένα άτομα του γενικού πληθυσμού 49,2% (38,3% γονάτων, 23,8% ισχίων) (Quintana et al 2007). Τα συμπτώματα αυξάνονταν παράλληλα με την αύξηση της ηλικίας και ήταν περισσότερα στις γυναίκες. Περίπου το 6,6% των απαντησάντων είχαν ήδη υποστεί αρθροπλαστική ισχίου (3,9%) και γόνατος (2,6%) (Quintana et al 2007).

Στη γενικευμένη ΟΑ, βρέθηκαν περισσότεροι ασθενείς με ΟΑ γόνατος (34,9%) από ασθενείς με ΟΑ ισχίου (19,3%). Ο επιπολασμός της γενικευμένης ΟΑ, βρέθηκε υψηλότερος σε ασθενείς με ΟΑ γόνατος, από αυτούς με ΟΑ ισχίου (Gunther KP et al 1998).

Στην Ελλάδα, η συμπτωματική ΟΑ γόνατος, σε παλαιότερη μελέτη, ήταν η συχνότερη μορφή ΟΑ, με συχνότητα 6%, ακολουθούμενη από την ΟΑ άκρων χειρών με 2,0% και ισχίου με 0,9% (Andrianakos A et al 2003, Andrianakos A et al 2006).

Η μελέτη μας έχει δείξει ότι τα ρευματικά νοσήματα είναι πολύ συχνά στον Ελληνικό πληθυσμό και ότι η πιο συχνή αρθροπάθεια είναι η ΟΑ, ακολουθούμενη από την ΟΥΑ. Τα αποτελέσματα μας είναι παρόμοια με τα αναφερόμενα στη μελέτη ESORDIG, αλλά διαφέρουν κάπως από εκείνα αναδρομικών μελετών που έγιναν στη ΒΔ Ελλάδα. Οι διαφορές αυτές μπορεί να οφείλονται στη διαφορετική μεθοδολογία και σε διαφορετικό χρόνο της μελέτης. Η διαφορετική γεωγραφική περιοχή, με διαφορετική απασχόληση, διατροφικές διαιτητικές συνήθειες (πχ μεγάλη κατανάλωση πρωτεϊνών [ψαριών] και αλκοόλ στο Ν.Μαγνησίας), καθώς και οι

διαφορετικοί περιβαλλοντολογικοί παράγοντες (νησιωτικές και ορεινές περιοχές) (πολλοί αγρότες, αλιείς, κάτοικοι σε δύσβατες περιοχές και συνεπώς με μεγάλη καταπόνηση αρθρώσεων), μπορεί επίσης να συμβάλλουν.

Στη μελέτη μας υπήρξαν περιορισμοί και δυσκολίες.Κούραση των ερωτηθέντων από επισκοπήσεις μέσω τηλεφώνου από διάφορες εταιρείες, όπως τηλεφωνικές εταιρείες, ή τράπεζες. Φοβίες και δυσπιστία, για το λόγο που γινόταν η μελέτη, και άρνηση ορισμένων εξ αυτών να συμμετάσχουν για διάφορους λόγους.Επίσης δυσκολίες παρουσιάστηκαν κατά την μετέπειτα ανεύρεση και παράκληση των πασχόντων για προσέλευση, ώστε με το ιστορικό, την κλινική εξέταση, και τυχόν εργαστηριακές εξετάσεις να επιβεβαιωθεί το νόσημα από το οποίο ανέφεραν ότι έπασχαν. Ωστόσο, ένα μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων συμμετείχε, και χωρίς τη βοήθεια αυτών δεν θα ήταν δυνατή η μελέτη. Τους ευχαριστούμε ξανά από τη θέση αυτή. Επί πλέον η μελέτη μας μπορεί να έχασε ασθενείς με ήπια αρθρίτιδα, όπως ΟΑ, που δεν ζήτησαν ιατρική βοήθεια και άρα δεν γνωρίζουν την πάθησή τους. Ωστόσο, γενικά οι εκτιμήσεις μας του επιπολασμού είναι παρόμοιες με αυτές των μελετών που χρησιμοποίησαν ιατρικούς φακέλλους.

Από το άλλο μέρος, η μελέτη μας ίσως είναι πιο αντικειμενική σε σχέση με μελέτες που έγιναν στην Ελλάδα με καταγραφή των ασθενών στα Ρευματολογικά ιατρεία και Νοσοκομεία μιας περιοχής και αναγωγή των περιστατικών στον πληθυσμό της περιοχής όπως καταγράφεται στην απογραφή. Είναι γνωστή αδυναμία της απογραφής στην Ελλάδα που καταγράφει σε μια περιοχή άτομα που γεννήθηκαν εκεί αλλά δεν κατοικούν μόνιμα εκεί. Αυτό εξηγεί την χαμηλή συχνότητα PN στις μελέτες αυτές.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Alamanos Yannis MD, Niki Tsifetaki ,M.D, Paraskevi V. Voulgari M.D, Christos Slozos , MD, Kiriaki Tsamandouraki , M.D. George A Alexiou , and Alexandros A Drosos , MD, FACR : Epidemiology of systemic Sclerosis in Northwest Greece 1981 to 2002. Semin Arthritis Rheum 2005; 34 : 714 -720.

Alamanos Y, Papadopoulos NG , Voulgari PV, Karakatsanis A, Siozos C, Drosos AA : Epidemiology of ankylosing spondylitis in Northwest Greece , 1983 - 2002. Rheumatology (Oxford) 2004 ; 43: 615 - 8 .

Alamanos Y , Voulgari PV, Siozos C, et al. Epidemiology of systemic lupus erythematosus in northwest Greece 1982-2001. J Rheumatol 2003; 4: 731-735.

Alamanos Y, Tsifetaki N ,Voulgari PV Venetsanopoulou AI, Siozos C, Drosos AA. Epidemiology of primary Sjogren syndrome in northwest Greece . 1982 -2003. Rheumatology 2006 ; 45 : 187 -191.

Alarcon – Sergovia D : The pathogenesis of immune dysregulation in systemic lupus erythematosus : a troika. J Rheumatol 1984;11: 588-590.

Altman R, Alarcon G, Appelrouth D, Bloch D, Borenstein D, Brandt K The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hand. Arthritis Rheum 1990; 33: 1601 – 1610.

Altman R, Alarcon G, Appeltouth D, Bloch D, Borenstein D, Brandt K The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hip. Arthritis Rheum 1991; 34 : 505 – 514.

Altman R, Asch E, Bloch , Bole G, Borenstein D, Brandt K . Development of criteria for the classification and reporting of

osteoarthritis : classification of osteoarthritis of the knee . Arthritis Rheum 1986 ; 29: 1039 – 1049.

Allcock RS, Forester I, Corris PA, Crook PR, Griffiths ID. A study of the prevalence of systemic sclerosis in northeast England. Rheumatology 2004; 43: 596-602.

Andrianakos A , Trontzas P , Christoyiannis F , Dantis P. Voudouris C, Georgountzos A. Prevalence of Rheumatic diseases in Greece ; a cross – sectional population – based epidemiological study. The ESORDIG study . J Rheumatol 2003 ; 30 : 1589 – 1601.

Ανδιανάκος Α, Τρόντζας Π, Χριστογιάννης Φ, Ντάντης Π και συν. Επιπολασμός των Ρευματικών Νοσημάτων στην Ελλάδα : Περιγραφική Επιδημιολογική μελέτη. Η μελέτη ESORDIG. Ιατρική 2003 ; 84 : 188 - 206 .

Andrianakos A., S Miyakis , P Trontzas, G. Kaziolas , F. Christoyannis , D. Karamitsos , G. Karanikolas , and P Dantis. The burden of the rheumatic diseases in the general adult population of Greece: the ESORDIG study. Rheumatology 2005 ; 44 : 932 – 938.

Andrianakos A., Trontzas P, Christoyiannis F, Kaskani E, Nikolia Z, Tavanidou E : Prevalence and management of rheumatoid arthritis in the general population of Greece- the ESORDIG study. Rheumatology 2006 ; 45: 1549-1554.

Andrianakos AA, Kontelis LK , Karamitsos DG, Aslanidis SP, Georgountzos AL, Kaziolas GO. Prevalence of symptomatic Knee , Hand and hip osteoarthritis in Greece. The ESORDIG Study. J Rheumatol 2006; 33: 2507-14.

Annemans L, Spaepen E, Gaskin M, Bonnemaire M, Malier V, Gilbert T, Nuki G . Gout in the UK and Germany: prevalence , co-morbidities and management in general practice 2000-2005. Ann Reum Dis 2008; 67: 960-6.

Arnett FC, Howard RF, Tan F, Moulds JM, Bias MB, Durban E: Increased prevalence of systemic sclerosis in a Native American tribe on Oklahoma: association with an Amerindian HLA haplotype. *Arthritis Rheum* 1996; 39 : 1362 – 70.

Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA : The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Rheum* 1988 ; 31: 315-324.

Arnett FC, CH OM, Chatterjee S, Aguilar MB, Reveille JD, Majes MD : Familial occurrence frequencies and relative risk for systemic sclerosis (scleroderma) in three United states cohorts. *Arthritis Rheum* 2002; 44: 1352 - 62 .

Badley EM, Rasooly J, Webster, K G : Relative Importance of musculoskeletal disorders as a cause of chronic Health problems disability and health care utilization : finding from the 1990 Ontario health survey. *J Rheumatol* 1994; 21 : 505 – 14.

Badley M, Elizabeth, Alan Tennant : Changing profile of joint disorders with age : findings from a postal survey of the population of Calderdale, West Yorkshire, United Kingdom. *Annals of the Rheumatic Diseases* 1992 ; 51 : 366 – 371 .

Badley E.M, Tennant A : Impact of disablement, due to rheumatic disorders in a British population : Estimates of severity and prevalence from Calderdale Rheumatic disablement Survey . *Ann Rheum Dis* 1993; 52 : 6 – 13 .

Backland G, Nossent HC, Gran JT. Incidence and Prevalence of ankylosing spondylitis in Northern Norway. *Arthritis Rheum* 2005; 53: 850-5.

Backman Catherine L, Linda Del Fabro Smith, Sharon Smith, Pamela L. Montie and Melinda Suto. Experiences of Mothers Living

with Inflammatory Arthritis. *Arthritis & Rheumatism* 2007; 57(3): 381 - 388.

Baker Kim and Janet Pope. Employment and work disability in systemic lupus erythematosus a systemic review. *Rheumatology* 2009 ; Vol 48 (3) : 281 -284.

Balluz L, Philen R, Ortega L , Rosales C, Brock J. Barr D . Investigation of systemic lupus erythematosus in Nogales, Arizona. *Am J. Epidemiol* 2001 ; 154: 1029 -36.

Baum J, Ziff M, The rarity of ankylosing spondylitis in the black race. *Arthritis Rheum* 1971 ; 14: 12 -8.

Bennett PH, Wood PH , editors . Population studies of the rheumatic diseases. Amsterdam : Expecta medica ; 1968.

Benitha R, Tikly M. Functional disability and Health- related quality of life in South Africans with Rheumatoid Arthritis and systemic lupus erythematosus . *Clin Rheumatol* 2007; 26: 24-9.

Bernatsky S, L. Joseph , C.A. Pineau , R. Tamblyn , D.E Feldman and A.E. Clarke. A population - based assessment of systemic lupus erythematosus incidence and prevalence – results and implication administrative data for epidemiological studies. *Rheumatology* 2007; 46: 1814 -1818.

Bernatsky Sasha , Marie Hudson, Pantelis Panopalis , Ann E Clarke , Janet Pope , Sharon Leclercq Yvan St Pierre, Murray Baron, and the Canadian Sleroderma Rasearch Group. The Cost of Systemic Sclerosis. *Arthritis & Rheumatism* 2009; 61(1): 119 -123.

Bertoli AM, Fernadez M , Alarcon GS, Vila LM, Reveille JD. Systemic lupus erythematosus in a multiethnic US cohort (LUMINA XLI) : factors

predictive of self – reported work disability. *Ann Rheum Dis* 2007; 66 : 12-7.

Becker MA, Levinson D. clinical gout and Pathogenesis of Hyperuricemia. In Koopman, WJ. (ed). *Arthritis and Allied conditions* 13th ed. Baltimore : Williams & Wilkins 1996; pp 2041 – 2072.

Bituvm S. Daeschner CW Jr, Travis LB , Dodge WF, Hopps HC : Dermatomyositis. *J Pediat* 1964 ; 64 : 101.

Bliss A, Buriac S. *J Okla State Med Assoc* 2008 ; 101(11): 262-6.

Bowman SJ, Ibrahim GH, Holmes G, Hamburger J, Ainsworth JR. Estimating the prevalence among Caucasian women of primary Sjogren's syndrome in two general practices in Birmingham, UK. *Scand J Rheumatol* 2004 ; 33: 39 - 43 .

Bowman SJ Booth D. A.PlattsRG; UK Sjogren's interest Group.Measurement of fatigue and discomfort in primary Sjiogren's syndrome using a new questionnaire tool. *Rheumatology (Oxford)* 2004 ; 43(6) : 758 - 64.

Bronner JM, M.F.C Van der Meulen, M de Visser, s Kalmijn, W.J. van Venrooij, A. Voskuyl, J. Dinant , W.p Linssen, J. Wokke & J. Hoogendijk. Long - Terms outcomes from polymyositis and dermatomyositis. *B M J* 2006; 65: 1456 – 1461 .

Brochner - Mortensen K, Cobb S, Rose Bs . Report of sub – committee on criteria for the diagnosis of gout in surveys. In : Kellgren JH, Jeffrey MR Ball JF, editors. *The epidemiology of chronic rheumatism*: FA Davis 1963; 1: 295 – 7.

Byron L. Lam, MD, Robert S, Wirthlin , MD , Ariadna Conzalez, MD, Sander R. Dubovy, MD, and William J. Fueez, MS : Giant

Cell Arteritis Among Hispanic Americans Am J Ophthalmol 2007 ; 143 : 161 -163.

Carmona El, Ballina, Gabriel R, Laffon A; EPISER study Group. The burden of musculoskeletal deases in general population of Spain : Resalts from annual survey. Ann Rheum Dis 2001; 60 (11) : 1040-5.

Carmona L, V. Villaverde, C. Hernandez - Garcia, J. Ballina, R. Gabriel A. Laffon and the EPISER Study group : The prevalence of rheumatoid arthritis in the general population of Spain. Rheumatology 2002 ; 41: 88-95.

Carter ET , Mckenna CH , Breian DD, Kurland LT. Epidemiology of ankylosing spondylitis in Rochester , Minnesota , 1935 - 1973. Arthritis Rheum 1979 ; 22 : 365 - 70.

Caulfield MJ , Munroe PB , O' Neil D, Witkowska K, Charchar FJ, Doblado M et al. SLC A9 is a Higt- capacity urate transporter in humans. PloSMed 2008; 5: 1509-23.

Chang H-Y , Panw H, Yeh WJ , Tsai KS, Hyperurichemia and gout in Taiwan: Results from the nutrition and Health survey in Taiwan (1993-96) J. Rheumatol 2001 ; 28(7): 1640 – 6.

Choy EH, Panayi GS. Cytokine paphways and Joint inflammation in rheumatoid arthritis. N. Engl J Med 2001 ; 344 : 907 – 91.

Choy E.H.S. and Isenberg D.A. Treatment of dermatomyositis and polymyositis. Rheumatology 2002 ; 41: 7-13 .

Charles G. Helmic, David T. Felson , Reva C. Lawrence, Sherine Gabriel, Rosemarie Hirsch, C. Kent Kwoh, Matthew H. Liang, Hilal Maradit Kremers, Maureen D. Mayes, Peter A. Markel, Stanley R. Pillemer, John D. Reveille, and John H. Stone, for the National Arthritis Data Workgroup.

Estimates of the Prevalence of Arthritis and Other Rheumatic Conditions in the United States. *ARTHRITIS & RHEUMATISM*. 2008; 58(1): 15-25.

Chandran G, Smith M, Ahern MJ, Roberts – Thomson PJ. A study of scleroderma in South Australia : prevalence subsets characteristic and nail fold capillatoscopy. *Aust NZ J Med* 1995 ; 25 : 688 - 94.

Cimmino MA Parisi M, Moggiana G, Mela GS, Accardo S. Prevalence of Rheumatoid arthritis in Italy: the Chiavari study. *Ann Rheum Dis* 1998 ; 57: 315-318.

Clark AE, Esdalle JM, Bloch DA, Lacaille, Dannof DS, Fries JF . A Canadian study of the total medical costs for patients with systemic lupus erythematosus and the predictors of costs . *Arthritis Rheum* . 1993; 36: 1548-1559.

Conrad M. Harris. David C.E. F. Lloyd and Jaqueline Levis : The prevalence and prophylaxis of Ccut England. *J clin Epidemiol* 1995; 48: 1153-1158.

Cotch, Mary Frances. The socioeconomic impact of vasculitis (Vasculitis syndromes). *Current Opinion in Rheumatology* 2000;12(1): 20-23 .

Cronin ME, Plotz PH. Idiopathic inflammatory myopathies . *Rheum Dis Clin* 1990; 16(3) : 655 – 65.

Cunnstein Bakland , Hanc C Nossent , and Jan T. Gran : Incidence and Prevalence of Ankylosing Spondylitis in Northern Norway. *Arthritis & Rheumatism* 2005; 53(6): 850 - 855.

Cunningham LS, Kelsey JL : Epidemiology of musculoskeletal impairments and associated disability. *Am J Public Healht* 1984;74: 574 – 9.

Currie. W.J. Prevalence and incidence of the diagnosis on gout in Great Britain . Ann Rheumatic Dis 1979 ; 38 : 101 – 106.

Czirjak L , C.G. Kiss , C. Lovei. G. Suto , C. Varju , Z. Fuzesi , T Illes , Z. Nagy. Survey of Raynaud's phenomenon and systemic sclerosis based on a representative study of the 10.000 south Transdanubian Hungarian inhabitants. Clinical and Experimental Rheumatology 2005 ; 23 : 801 – 808.

Dafni UG, Tzioufas AG, Staikos P, Skopouli FN, Moytsopoulos HM. Prevalence of Sjogren s syndrome in a closed rural community. Ann Rheumat Dis 1997; 56: 521-525.

Da Costa D, Dobkin PL, Pinard L. The role of stress in functional disability among women with systemic lupus erythematosus: A prospective study. Arthritis Care Res 1999; 12: 112-9.

Dadoniene J, Adomaviciute D, Ruziene R , Luksiene A, Venalis A ; The prevalence of systemic lupus Erythematosus in Lithuania : the lowest rate in Northern Europe. Lupus 2006 ; 15(8) : 544 -6.

Dalaghin S, Bierma – Zeinstra SM, Ginai AZ, Pois HA, Hazes JM, Koes DW. Prevalence and pattern of Radiographic Hand osteoarthritis and association with pain and disability. (The Rotterdam Study) Ann of Rheum Dis. 2005 ; 64(5): 682 – 7.

Dawson – Sanders B and Trapp RG 1994 (Basic and Clinical Biostatistics 2 edition - 1994) Text – Book.

De Angelis R, F Salaffi, W Grassi: Prevalence of spondyloarthropathies in an Italian population sample : a regional community – based study. Scand J Rheumatol 2007 ; 36 : 14 – 21.

Demirbilek H, Kandemir N, Gonc EN, Ozon A Alikasifoglu A, Yordam N. J Pediatr Endocrinol Metab 2007 ; 20(11): 1199-205.

Dillon CF, Rasch EK, Gu Q, Hirsch R. Prevalence of knee osteoarthritis in the United States: arthritis data from the third National Health and Nutrition Examination Survey 1991-94. *J Rheumatol* 2006; 33:2271-79.

Dillon CF, Hirsch R, Rasch Ek, Gu Q. Symptomatic hand Osteoarthritis in the United States : prevalence and Functional Impairment estimates from the third US. National Health and Nutrition Examination Survey, 1991-1994. *Am J Phys Med Rehabil* . 2007; 86(1): 12-21.

Dougados M, Van Der Linden S , Juhlin , R : The European spondylarthropathy study Group preliminary criteria for the classification of spondylarthropathy. *Arthritis Rheum* 1991;34 : 1218 - 1227.

Doran MF, Grewson CS , O' Fallon WM, Hunder GG, Gabriel SE. Trends in the incidence of polymyalgia Rheumatica over a 30 year period in Olmsted County, Minnesota, USA , *J Rheumatol* 2002; 29 : 1694.

Drosos AA, Alamanos I, Voulgari PV, Psychos DN, Katsaraki A, Papadopoulos I, et al. Epidemiology of adult rheumatoid arthritis in northwest Greece. *J Rheumatol* 1997 ; 24 : 2129-33.

Felson DT, Naimark A, Anderson J Kazis L, Castelli W. Meenan RF. The prevalence of knee osteoarthritis in the elderly. The Framingham osteoarthritis study. *Arthritis Rheum*. 1987; 30(8) : 914 -8.

Felson DT, Zhang Y . An update on the epidemiology of knee and Hip osteoarthritis with a view to prevention . *Arthritis Rheum* 1998; 41: 1343 - 1355.

Felts W , Yelin E : The economic impact of Rheumatic diseases in the United States. *J. Rheumatol* 1989; 16 : 867 – 84.

Fessel W J. Systemic lupus erythematosus in the community: incidence, prevalence outcome, and first symptoms ; the high prevalence in black women. Arch Intern Med 1974 ; 134: 1027 – 35.

Fessel WJ: Systemic lupus erythematosus in the community. Arch Intern Med 1974; 134: 1027-1035.

Fox RI, Maryana T. Pathogenesis and treatment of Sjogren's syndrome. Curr Opin Rheumatol 1997 ; 9 : 393 – 399.

Gabriel SE Crowson CS, O' Fallon WM Comorbidity in arthritis. J Rheumatol 1999; 26 : 2475 - 9.

Gekoop- Ruiterman YPM , de Vries – Bouwstra JK, Allaart CF, van Zeben D, Kerstens PJSM, Hazes JMW et al. Clinical and radiographic outcomes of four different treatment strategies in patients with early rheumatoid arthritis (the Best study).A randomized controlled trial. Arthritis Rheum 2005 ; 52: 3381-90.

Gelfand JM, Gladman DD, Mease PJ. Epidemiology of psoriatic arthritis in the population of the United States. J Am Acad Dermatol 2005 ; 53 : 573.

Geirsson AJ , Steinsson K, Guthmundsson S, Sigurthsson V. Systemic sclerosis in Iceland . A nationwide epidemiological study. Ann Rheum Dis 1994; 53 : 502 - 5 .

Ginger Carls MA: Li, Panopalis Pantelis , Wang Shaohoung Mell Amy G, Gibson Teresa B. Goetzel Ron Z. Journal of Occupational Medicine 2009; 51(1) : 66-79.

Gilliam JM: Systemic lupus erythematosus in the skin, systemic lupus erythema. Edited by RG Lahita. New York, John Wiley & sons 1987; 615-642.

Gilliam JM. Sontheimer SD : in manifestations of systemic lupus erythematosus. Clin Rheum Dis 1982; 8 : 207 -218.

Gonzalez – Gay,Miguel A , Pineiro Angela , Gomez – Gigirey,Adriana Garcia – Porrua, Carlos Pego- Reigosa, Robustiano Dierssen –Sotos, Trinidad Llorca Javier.Influence of Traditional Risk Factors of Atherosclerosis in the development of severe ischemic complications in GCA. Medicine 2004; 83 (6): 342-347.

Govoni M, Castellino G, Bosi S , Napoli N, Trotta F: Incidence and prevalence of systemic lupus erythematosus in a district of north Italy. Lupus 2006 ; 15 (2) : 110 - 3 .

Gourley IS , Patterson CC , Bell AL. The prevalence of systemic lupus erythematosus in Northern Ireland. Lupus 1997; 6 : 399 - 403.

Gunther KP , T Sturmer, S Sauerland , I Zeissing , Y Sun,S Kesler HP Schart, H Brenner , W Puhl: Prevalence of generalized osteoarthritis in patients with advanced hip and knee osteoarthritis : The Ulm Osteoarthritis Study. Ann Rheum Dis 1998 ; 57: 717 – 723 .

Haugen AJ, Peen E, Hultén B, Johannessen AC, Brun JG, Halse AK, Haga HJ. Estimation of the prevalence of primary Sjogren's syndrome in two age – different community - based populations using two sets of classification criteria : the Hordaland Health Study.Scand J Rheumatol. 2008 ; 37 (1) : 30 – 4.

Hall AP, Barry PE , Dawber TR , McNamara P.M. Epidemiology of gout and Hyperuricemia : a long – term population study. Am J Med 1967 ; 42 : 27 – 37.

Harris G.M. Lloyd DCEF Levis J. The prevalence and prophylaxis of gout in England. J Clin Epidemiol 1995; 9 : 1153 - 1158 .

Healy LA , Bayani – Sioson PS : A defect in the renal excretion of uric in Filipinos . *Arthritis Rheum* 1971; 14 : 721 - 726.

Hennekens Ch, Buring JE. *Epidemiology in Medicine*, Boston, Little Brown, 1987 ; pp 16-29 , 101 – 212.

Helmick CG, Felton DT , Lawrence RC, Gabriel S Hirsch R, Kwok CK. Estimates of the prevalence of Arthritis and other Rheumatic conditions in the United states. Part 1. *Arthritis Rheum* Junnary 2008 ; 58: 15-25.

Hernandez AL, Ballestas I, Vazquez – Mellado J, Bernard – Medina AG, Espinoza J, Burgos- Vargas . Validation of the Health Assessment questionnaire disability index , in patiens with Gout . *Arthritis Rheum* 2008; 59 (5) : 665 – 9.

Hirsch JD, Lee SJ, Terkeltaub R, Khanna D, Singh J, Sarkin A, Harvey J, Kavanaugh A. Evaluation of an instrument assessing influence of Gout on health – related quality of life. *J. Rheumatol* . 2008 ; 35 (12) : 2406 - 14.

Hochberg MC, Perimutter DL , Mesdger TA et al. Prevalence of self-reported phycisian diagnosed systemic lupus erythematosus in the USA . *Lupus* 1995 ; 4: 454 - 6.

Hochberg MC : The incidence of systemic lupus erythematosus in Baltimore, Maryland, 1970-1977 – *Arthritis Rheum* 1985; 28: 80 - 86.

Hochberg MC, Thomas J, Thomas DJ , Mead L, Levine DM , Klag MJ. Racial differences in the incidence of gout: the role of Hypertension. *Arthritis Rheum* 1995 ; 38 : 628 – 632.

Hochberg MC. Updating the American college of Rheumatology revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus (letter). *Arthritis Rheum* 1997 ; 40 : 1725.

Hochberg MC : Epidemiology, Spondylarthropathies. Edited by A Calin. Orlando, Grune & Stratton, 1984 ; pp 21 – 42.

Holderbaum D, Haggi TM, Moskowitz RW. Genetics and osteoarthritis : exposing the icelerg. Arthritis Rheum 1999 ; 42 : 397 - 405 .

Hopkinson ND, M. Doherty and R. J. Powell: The prevalence and incidence of SLE in Nottingham , UK , 1989 – 1990. British journal of Rheumatology 1993 ; 32: 110-115.

Hootman JM, Helmic CG. Projection of US prevalence of Arthritis and associated activity limitations. Arthr. Rheum 2006 ; 54 : 226 - 9.

Hundley JL Carroll Christie L, Wei Lang, Snively Beverly , Yosipovitch Gil, Feldman Steven R, Jorizzo Joseph L.J American Academy Dermatol 2006; 54(2) : 217- 220.

Hunder GG , Bloch DA , Michel BA . The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of giant cell arthritis. Arthritis Rheum 1990 ; 33: 1122 – 1128.

Hunder GG. Giant cell arthritis and polymyalgia rheumatica Med Clin North Am 1997 ; 81 : 195 - 219 .

Hulsemann JL, Mittendorf T, Merkesdal S. Direct costs related to rheumatoid arthritis: the patient perspective. Ann Rheum Dis 2005; 64: 1456- 61.

Hulseman JL, Ruof J, Zeidler H,. Costs in rheumatology: results and lessons learned from the «Hannover Costing Study» Rheumatol Int 2006; 26: 704-11.

Hurst N, Kind P, Ruta D. Measuring health - related quality of life in rheumatoid arthritis : validity , responsiveness and reliability of Euro Qol (EQ -5 D). Br J Rheumatol 1997; 36: 551- 9.

Huscher D, Merkesdal S, Thiele K , Zeidler H, Schneider M, Zink A. To estimate and compare the direct and indirect costs of illness in rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis , psoriatic arthritis (PsA) and systemic lupus erythematosus(SLE), and to evaluate the effect of sex , disease duration and functionals status on the varius cost domains. Ann Rheum Dis 2006; 65: 1175 - 1183 .

Huston KA Hunder GG, Lie JT, Kennedy RH , Elveback LR. Temporal Arteritis : A 25 – year epidemiologic, clinical and pathology study. Ann Inter Med 1978; 88: 162-7.

Jordan JM , Helmick CG , Renner JR, Luta G, Dragomir AD, Woodard J. Prevalence of knee symptoms and radiographic and symptomatic knee osteoarthritis in African Americans and Caucasians ;the Johnston county osteoarthritis project. J Rheumatol 2007; 34: 172-80.

Kelsey JL : Epidemiology of musculoskeletal disorders. New York , Oxford University Press 1982.

Keuttner KE, Goldberg V (eds). Osteoarthritis Disorders. Rosemout IL: American Academy of Orthopaedic surgeons, 1995; pp 221-225.

Kiss CG, Lovei C, Suto G, Varju C, Nagy Z, Fuzesi A. Prevalence of Rheumatoid Arthritis in the south Transdanubian region o Hungary based on a representative survey of 10.000 inhabitants. J Rheumatol 2005; 32: 1688 – 90.

Kleiman L Nathan, Brook A Richard, Pankaj A. Patel, PharmD, Arthur K Melkonian , Truman J. Brizee, James E. Smeeding , Nancy Joseph – Ridge. The Impact of Gout on Work Absence and Productivity. J Rheumatol 2008 ; 35 (12) : 2406 – 14 .

Klein Marisa–Gitelman, Teresa Waterw,Lauren M. Pachman.The economic impact of intermittent high – dose intravenous versus oral corticostetoid treatment of juvenile dermatomyositis. *Arthritis Care & Research* 2009; 13 : 360 - 368.

Kobelt Gisela, Anne –Sophie Woronoff, Brigitte Richard, Pascle Peeters, Jacques Sany. Disease status, costs and quality of life of patiens with rheumatoid arthritis in France: The ECO- PR Study. *Joint Bone Spine* 2008; 75: 408-415.

Kobelt G Health economic issues in rheumatoid arhritis. *Scand J Rheumatol* 2006 ; 35: 415 – 25.

Kobelt G, Lindgreen P, Lindroth Y . Modelling the effect of function and diseases activity on costs and quallity of life in rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)* 2005; 44: 1169-75.

Kobelt G, Eberhardt K, Jonsson L . Economic consequences of the progression of theumatoid arhritis in Swiden. *Arthritis Rheum* 1999; 42: 347- 56 .

Kobelt G, Jonsson L, Lindgreen P . Modelling the progression of rheumatoid arthritis . A two – country model two estimate costs and consequences RA. *Arthritis Rheum* 2002; 46: 2310 - 9.

Kobelt G, Andlin – Sobocki P. Maksymowych WP. Costs and quality of life of patients with ankylosing in Canada. *J Rheumatol* 2006; 33: 289 - 95.

Kopec JA , Rahman MM, Berthelot JM , Le Petit C, Aghajanian J, Sayre EE : Descriptive epidemiology of osteoarthritis in British Columbia , Canada. *The journal of Rheumatology* 2007 ; 34 : 386 – 393.

Kramer HM Curhan G. The assosiation between gout and nephrolithiasis : The National health and Nutrition Survey III 1988-1994. *Am J Kidney Dis* 2002 ; 40: 37- 42.

Kremer JM, Lawrence DA, Jubiz W, Di Giacomo R, Rynes R , Bartholomew LE Diatary fish oil and olive oil supplementation in

patients with rheumatoid arthritis. Clinical and immunologic effects. *Arthritis Rheum* 1990; 33:810-820.

Kuvana M, Kaburaki J, Arnett FC, Howard RF, Background of clinical and serologic features in patients with systemic sclerosis and anti-DNA topoisomerase I antibody. *Arthritis Rheum* 1999; 42 : 465 – 474.

Kuriya Bindee, Dafna D. Cladman , Dominique Ibanez , and Murray B. Urowitz. Quality of Life Over Time in Patients With Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis & Rheumatism* 2008 ; 59(2) : 181 -185.

Lajas C, Abasolo L, Bellajdel B. Costs and predictors of costs in Rheumatoid arthritis: a prevalence - based study. *Arthritis Rheum* 2003 ; 49: 64 - 70 .

Lawrence RC, David T Felton, Helmick CG, Lesley M. Arnold , Choi H, Deyo RA, Gabriel S, Hirsch R, Hochberg MC , Hunder CG, Jordan GM, Katz JN , Kremers HM, and Wolfe F: Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the US. Part II. *Arthritis Rheum* 2008; 58: 26-35.

Lawrence RC , Hochberg MC, Kelsey JL , MC Duffie FC, Medsger TA Jr, Felts WR : Estimates of the prevalence of selected arthritic and musculoskeletal diseases in the United states *J Rheumatol* 1989; 16 : 427 - 441.

Lawrence RC, Helmick CG, Arnett FC Deyo RA, Felton DT, Giannini EH. Estimates of the prevalence of arthritis and selected musculoskeletal disorders in the United States *Arthritis Rheum* 1998;41 : 778 - 99.

Lard LR, Visser H, Speyer I, van der Horst – Bruinsma IE, Zwinderman AH, Breedveld FC. Early versus delayed treatment in patients with recent-onset rheumatoid arthritis : comparison of two cohorts who received different treatment strategies *Am J Med* 2001 ; 111 : 446 -51.

La Vecchia C, Negri E, Pagano R Decardi A : Education , prevalence of disease and frequency of Health care utilization. The 1983 Italian National Health Syrvey. J Epidemiol of Community Health 1987; 41: 161 – 5.

Lee P. Helewa A, Smythe H.A. Bombadier C.,Goldsmith CH: Epidemiology of musculoskeletal disorders (complaints) and related disability in Canada. J Rheumatol. 1985 ; 12 : 1169 – 73.

Le Guern G, Mahz A, Mouthon L, Jeanneret D, Cazzon M, Cuillevin L. Prevalence of systemic sclerosis in a French multi – ethnic county. Rheumatology 2004 ; 43 : 1129 – 37.

Linos A, Kaklamanis E, Kontomerkos A, Koumantaraki Y, Gazi S, Vaiopoulos G. The effect of olive oil and fish oil consumption of theumatoid arthritis – a case control study. Scand J Rheumatol 1991; 20: 419 - 426.

Lindas S. Cunningham, PHD, and Jennifer L. Kelsey , MPH, PHD Epidemiology of Muscoloskeletal Impairments and Associated Disability. Public Health 1984 ; 74 : 574 – 579.

Lopez P , Mozo L , Gutierrez C, Suarez A. Epidemiology of systemic lupus erythematosus in a northern Spanish popylation : gender and age influence on immunological features. Lupus 2003; 12: 860 - 865.

Love TJ, Gudbjornsson B, Gudjonsson JE , Valdimarsson H. Psoriatic arthritis in Reykjavik, Iceland: prevalence , demographics , and diseases course. J Rheumatol 2007 ; 34 (10) : 2082 - 8 .

Mac Gregor A J, Silman A J. Rheumatoid arthritis and other synovial disorders : classification and epidemiology. In : Hochberg MC, Silman A J, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH, Editors. Rheumatology 2003 ; 3: 757 -763.

MacGregor AJ, LK Riste, JM Hazes and AJ Silman: Low prevalence of rheumatoid arthritis in black–Caribbeans compared with whites in inner city Manchester. *Ann Rheum Dis* 1994 ; 53: 293 - 297.

Mannoni A, MP Briganti, M Di Bar, L Ferucci, S Costanzo, U Serni, G Masotti, N Marchionni: Epidemiological profile of symptomatic osteoarthritis in older adults: a population based study in Dicomano, Italy. *Ann Reum Dia* 2003 ; 62 : 576 – 578 .

Masi AT., Medsger TA, Jr: Epidemiology of Rheumatic diseases In *Rheumatology and immunology*, 1986; 2: 60 – 70.

Masi AT, Rodnan GP, Medsger TA, Jr. Subcommittee for scleroderma Criteria of the American Rheumatism Association. Diagnostic and therapeutic Criteria Committee. Preliminary criteria for classification of systemic sclerosis (scleroderma) *Arthritis Rheum* 1980 ; 23 : 581 – 590.

Maria J. Molina MD, Angel M. Mayor, MD, MS, Alejandro E. Franco, MD, Carlos A Morell, MS, Miguel A, Lopez, BS, and Luis M. Vila, MD : Prevalence of Systemic lupus Erythematosus and Associated Comorbidities in Puerto Rico. *J Clin Rheumatol* 2007; 13 : 202 -204.

Maricq HR, Weinrich MC, Keil JE, Smith EA, Harper FE, Nussbaum AJ. Prevalence of scleroderma spectrum disorders in the general population of South Carolina. *Arthritis Rheum* 1989 ; 32 : 998 – 1006.

Mayes MD, Lacey JV Jr, Beebe - Dimmer J, Gillespie BW, Cooper B. Laing TJ . Prevalence, Incidence, survival, and disease characteristics of systemic sclerosis in a large US population. *Arthritis Rheum* 2003 ; 48 : 2246 - 55.

Maurer K Basic data on arthritis knee, hip and sacroiliac joints in adults ages 25 – 74 years. *Vital Health stat* 11 1979 ; 11 : 1- 31 .

Macado EBV, Michet CJ, Ballard DJ, Hundre GG, Beard CM, Chu C –P Trends in incidence and clinical presentation of temporal arteritis in Olmsted County, Minnesota. 1950 - 1985. *Arthritis Rheum* 1988; 31: 745-9.

Madland TM, Apalset EM, Johannessen AE, Rossebo B, Brun JG : Prevalence, disease manifestations, and treatment of psoriatic arthritis in Western Norway. *J Rheumatol* 2005 ; 32 (10) : 1918 – 22.

Maskarinec G, Katz AR. Prevalence of systemic lupus erythematosus in Hawaii : is there a difference between ethnic groups ? *Hawaii Med J* 1995; 54: 406-9.

McCann JL, AD Juggins, SM Maillard, L.R. Wedderburn, J.E. Davidson, K.J. Murray, C.A. Pilkington .The Juvenile Dermatomyositis National Registry and Repository (UK and Ireland) clinical characteristics of children recruited within the first 5 yr. *Rheumatology* 2006; 45(10) : 1255 – 1260.

Merkel PA. Systemic lupus erythematosus. In Andreoli TE, Carpenter CCJ, Ivor BJ. *Cecil essentials of medicine* 2004 ; 6 : 745.

Michel CJ, Mckenna CH, Elveback LR, Kaslow RA, Kurland LT: Epidemiology of systemic lupus erythematosus and other connective tissue diseases in Rochester, Minnesota 1950 through 1979. *Mayo clin Proc* 1985 ; 60 : 105 -113 .

Mikkelsen WM, Dodge HJ, Duff IF, Kato H . Estimates of the prevalence of Rheumatic diseases in the population of Tecumseh, Michigan, 1959 – 60. *J Chronic Dis* 1967 ; 20 : 351 – 69.

Mikuls TR, Farrar JT, Bilker WB, Fernandes S, Schumacher HR Jr, Saag KG. Gout epidemiology : results from the UK general practice research database, 1990-1999. *Ann Rheum Dis* 2005; 64:267-272.

Moll JMH, Wright V. New York clinical criteria for ankylosing spondylitis. A statistical evaluation. *Ann Rheum Dis* 1973 ; 32: 354-61.

Μυριοκεφαλιτάκης Ι, Μιχελιδάκης Κ, Τσακίρη Μ. Η Ρευματοειδής Αρθρίτις και η Κοινωνία. *Ελληνική Ρευματολογία* 2008; σελ. 164.

Nan H, Qiao , Dong Y, Gao W, Tang B, Qian R, Tuomilehto J. The prevalence of Hyperuricemia in a population of the coastal city of Qingdao, China . *J Rheumatol* 2006 ; 33: 1346 - 50.

Naleway AL, ME Davis , RT Greenlee , DA, Wilson and DJ McCarthy : Epidemiology of systemic lupus erythematosus in rural Wisconsin. *Lupus* 2005 ; 14 : 862 - 866.

National Center for Health Statistics : Dawson DA , Adams PF : Current estimates from the National Health Interview Survey , United States, 1986:Vital and Health statistics,series 10 No 164.DHHS Pub No. (PHS) 87 - 592. Washington, DC, US Govt.Printing office 1987.

Nightingale AL, Farmer RD , de Vries cs: Systemic lupus Erythematosus prevalence in the U K : Methodological issues when using the General Practice Research Database to estimate frequency of chronic relapsing -remitting disease . *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2007 ; 16 (2) : 144 - 51.

O' Dell JR , Left R , Paulsen G , Haire C, Mellek J, Eckhoff P J . Treatment of rheumatoid arthritis with methotrexate and hydroxychloroquine, methotrexate and sulfasalazine , or a combination of the three medications., Results of a two years ,randomized, double – blind, placebo – controlled trial. *Arthritis Rheum* 2002; 46:1164-70.

Onen F, Akar S, Birlik M, Sari I, Khan MA, et al: Prevalence of ankylosing Spondylitis and Related Spondyloarthritides in an Urban Area of Izmir, Turkey *J Rheumatol* 2007; 35(2): 305-309.

O' Sullivan JB. Gout in a New England town: a prevalence study in Sudbury , Massachusetts . Ann Rheum Dis 1972 ; 31: 166 - 9.

Ostberg G Arteritis with special reference to polymyalgia arteritica. ACTA. Pathol microbiol scand suppl 1973 ; 237 : 1- 59.

Ole Birger Vesterager Pedersen , Anders Iyrgen Svendsen, Leif Ejstrup, Axel Skytthe and Peter Junker . Psoriatic arthritis in Denmark Occurrence by self – report and according to the CASPAR versus the Moll and Wright criteria. Ann Rheum Dis 2008;

Osler W : On the visceral manifestations of the erythema group of skin diseases. Am J Med Sci 1904; 127 : 1 - 23.

O' Fallon the epidemiology of Rheumatoid Arthritis in Rochester Minnesota, 1955-1985 . Arthritis Rheumatism 1999 ; 42: (3) 415- 420.

Pedersen OBV, Svendsen AJ, Ejstrup L, Skytthe A, Junker P. The occurrence psoriatic arhrtitis in Denmark. Ann Reum Dis 2008 ; 67: 1495-6.

Pentek M, Kobelt G, Szekanecz Z . Burden of illness , cost and outcomes of rheumatoid arthritis in Hungary. Value health 2005; 8: A29.

Rhillips BA, Zilco PG, Mastaglia FL. Prevalence of sporadic inclusion body myositis in western Australia. Muscle nerve. 2000 ; 23 (6) : 970 -2.

Pinals RS: Arthritis associated with gluten - sensitive enteropathy. J Rheumat 1986 ; 13 : 201 - 204.

Prevalence of selected Chronic conditions , United States , 1979 - 1981. Vital and Health statistics , series 10 No. 155 . DHHS Pub No (PHS) 86 -1583. Washington, DC, US Cout. Printing office. 1986.

Prevalence of Rheumatoid Arthritis in the South Transdanubian Region of Hungary Based on a Representative Survey of 10,000 Inhabitants. *J Rheumatol* 2005 ; 32:1688-1690.

Puig JG, Martinez MA. Hyperuricemia, gout and the metabolic syndrome. *Curr Opin Rheumatol* 2008; 20: 187-91.

Quintana , Jose M, Antonio Arostegui , Inmaculada Bilbao Amaia , Pedro Armendariz , Iratxe Lafuente , Urko Agirre : Prevalence of symptoms of knee or hip Joints in older adults from the general population in Spain . *Clin Rheumatol* 2007; 10 : 162 .

Rahman P, Elder J. Genetic epidemiology of psoriasis and psoriatic arthritis. *Ann Rheum Dis* 2005 ; 64 (suppl 2) : 1137 - 1139.

Reinhold E. - Keller , A Zeidler , J Gutfleisch , H.H. Peter H.H. Raspe and W. L. Gross: Giant cell arteritis is more prevalent in urban than in rural populations results of an epidemiological study of primary systemic vasculitides in Germany. *Rheumatology* 2000 ; 39 : 1396 - 1402.

Roubenoff R. Gout and hyperuricemia . *Rheum Dis Clin North Am* 1990 ; 16 : 539 - 50.

Roux CH, Saraux A, Mazieres B, Pouchot J, Morvan J, Fautrel B . Screening for hip and knee osteoarthritis in the general population : predictive value of a questionnaire and prevalence estimates. *Ann Rheum Dis* 2008; 67: 1406-11.

Ronda E, Ruiz MT, Pascual E, Gibson T. Differences between Spanish and British patients in the severity of Rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1994; 37: 147-148.

Rosery H, Bergemann R, Maxion –Bergemann S. International variation in resource utilisation and treatment costs for rheumatoid arthritis. A systematic literature review. *Pharmacoeconomics* 2005; 23: 243-57.

Russell AS. Quality – of – Life assessment in Rheumatoid Arthritis *Pharmacoeconomics* 2008 ; 26 (10) : 831 – 46.

Saag KG Choi H. Epidemiology, risk factors, and lifestyle modification for gout. *Arthritis Res Ther* 2006; 8 (Suppl 1): S2-7.

Sandqvist G , Scheja A, and Eklund M. Working ability in relation to disease severity, everyday occupations and well-being in women with limited systemic sclerosis. *Rheumatology* 2008; 47: 1708 - 1711

Salvarani C, Crowson CS, O ‘ Fallon WM , Hunder GG, Gabriel SE. Reappraisal of the epidemiology of giant cell arteritis in Olmsted County, Minnesota, over a 50 year period. *Arthritis Rheum* 2004 ; 51 : 264- 8.

Salvarani C, Cantini F, Boiardi L, Hunder GG. Polymyalgia Rheumatica and giant - cell arteritis. *N Engl J Med* 2002; 347 : 261 – 71 .

Seegmiller JE : Disease of purine and pyrimidine metabolism , *Metabolic Control and Disease*. Eighth edition by PK Bondy, LE Rosenberg Philadelphia, WB Saunders, 1980 ; 777 .

Sheeb M. Uramoto KM, Gibson LE, O’ Fallon WM, Gabriel SE. The epidemiology of psoriatic arthritis in Olmsted County , Minesota , USA, 1982 – 1991. *J Rheumatol* 2000 ; 27 : 1247 – 50.

Shinkai H. Epidemiology of progressive systemin sclerosis in Japan. In : Black CM, Myers AR, editors. *Progressive systemic sclerosis (current topics in rheumatology)*. New York : Gower, 1985; p 79-81.

Simonsson Margareta, Stefan Bergman, Lennart TH. Jacobsson, Ingemar F. Petersson , and Bjom Svensson: The prevalence of rheumatoid arthritis in Sweden. *Scand J Rheumatol* 1999; 28: 340-3.

Skopouli N. Fotini , Haralampos M. Moutsopoulos: Prevalence of Sjogren's syndrome in a closed rural Community *Ann Rheum Dis* 1997; 56 : 521 – 525.

Skoldstam L, Hagfors L, Johansson G. An experimental study of a mediterranean diet. Intervention for patiets with rheumatoid arthritis . *Ann Rheum Dis* 2003 ; 62 : 208-214.

Silman AJ, Hochberg MC, *Epidemiology of the Rheumatic diseases.* Oxford text book of Rheumatology, 2nd edition, Oxford University Press 2001.

Silman AJ. *Epidemiology of the rheumatic diseases .* In : Maddison PJ, Isenberg DA, Wood P, Class DN, eds. *Oxford textbook of Rheumatology.* Oxford : Oxford University Press 1993; pp 399 – 513.

Silman AJ. Howard Y, Hicklin AJ, Black C. Geographical clustering of scleroderma in South and West London. *Br J Rheumatol* 1990; 29: 92-6.

Silman AJ, Janninis, Symmons D, Bacon P An Epidemiological study of scleroderma in the west Midlands . *Br J Rheumatol* 1988; 27: 286 – 90.

Silmon AJ. Scleroderma demographics and survival . *J Rheumatol suppl* 1997; 48 : 58 - 61 .

Spindler A, Bellomio V, Berman A, Lucero E, Baigorria M Paz S : Prevalence of rheumatoid arthritis in Tucuman Argentina. *J Rheumatol* , 2002 ; 29 (6) : 1166 - 1170.

Stark K, Reinhard W, Neureuther K, Wiedmann S, Sedlacek K, Baessler A Association of common polymorphisms in GLUT 9 gene with gout

but not with cottony astery disease in a large case-control study. *PloS ONE* 2008; 3: e 1948 - 57.

Subcommittee for scleroderma Criteria of the American Rheumatism Association - Diagnostic and therapeutic Criteria . Committee . Preliminary Criteria for classification of systemic sclerosis (scleroderma) *Arthritis Rheum* 1980; 23 : 581 - 90 .

Strombeck B Ekdahl C, Manthorpe R, Wikstrom I, Jacobsson L. Health - related quality of life in primary Sjogren's syndrome, rheumatoid arthritis and fibromyalgia compared to normal population data using SF - 36 *Scand J Rheumatol* 2000; 29 (1) : 20-8.

Swee Cheng Ng, MB , BS, Zetao Liao , MD : Epidemiology of spondyloarthritis in the People's Republic of China: Review of the Literature and Commentary *Semin Arthritis Rheum* 2007; 37: 39 – 47

Taylor W, Gladman D, Helliwell P, Marchesoni A, Mease P, Mielants H ; Caspar Study Group. Classification criteria for psoriatic arthritis : development of new criteria from a large international study. *Arthritis Rheum* 2006 ; 54 (8): 2665 – 73.

Taylor WJ, Colvine K, Gregory K, Collins J, McQueen FM, Dalbeth v. Links to disability, Health Assessment Questionnaire is a valid measure of natural function in Gout. *Clin Exp Rheumatol* 2008 ; 26 (4): 620-6.

Tamaki T, Mori S, Takehara K. Epidemiological study of patients with systemic sclerosis in Tokyo. *Arch Dermatol Res* 1991; 283: 366-71.

Tanimoto K, Nakano K, Kano S . Classification criteria for polymyositis and dermatomyositis . *J Rheumatol* 1995 ; 22 : 668 – 674.

Tan FK, Stivers DN, Foster MW. Association of microsatellite markers near the fibrillin 1 gene on human chromosome 15 q with

scleroderma in a Native American population. *Arthritis Rheum* 1998; 41 : 1729 - 1737.

Tan EM, Cohen AS, Fries JF : The 1982 revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum* 1982; 25 : 1271 - 1277.

Tatal N, Moutsopoulos HM, Kassan SS. Sjogren's syndrome, clinical and immunological aspects. Berlin : Springer - Verlag, 1987;p 83.

Tensing E-K Soloviev S.A. Tervahartiala T. Nordstrom D.C. Laine M. Niissalo S. Kontinen Y.T. Fatigue and Health profile in sicca syndrome of Sjogren's and non-Sjogren's syndrome origin. *Clin and Exper Rheumatol* 2001; 19: 313 – 316.

The Framingham study. Yuqing Zhang , Jingb Niu, Margaret Kelly – Hayes, et al: Prevalence of symptomatic Hand osteoarthritis and its Impact on functional status among the Elderly. *Am J Epidemiol* 2002 ; 156 : 1021 - 1027.

Thomas A. Medsger , Jr , William N Dawson Jr : The epidemiology of polymyositis. *The Am J of Med* 1969 ; 48 : 715-723.

Thomas E, Hay EM , Hajeer A, Silman Aj . Sjogren's syndrome : a community based study of prevalence and impact. *Br J Rheumatol* 1998; 37 : 1069 – 76.

Thomson PJ Roberts, Jones M, Hakendorf P. Scleroderma in South Australia: epidemiological observation of possible pathogenic significance. *Int Med J* 2006 ; 489-97.

Tompson AE, Pope JE. Increased prevalence of scleroderma in southwestern Ontario : a cluster analysis .*J Rheumatol* 2002; 29: 1867 – 73 .

Tomsic M, logar D , Grmek M , Perkovic T, Kveder T. Prevalence of Sjogren' s syndrome in Slovenia. Rheumatology (Oxford) 1999 ; 38 : 164 - 70.

Trontzas P. A Andrianakos S. Miyakis K Pantelidou , E Vafiadou , V. Garantziotou, C. Voudouris: Seronegative spondyloarthropathies in Greece: a population - based study of prevalence, clinical pattern, and management.The ESORDIG study.Clin Rheumatol 2005; 24 : 583 – 589.

Trontzas PI, A A Andrianakos: Sjogren' s syndrome: a population based study of prevalence in Greece. The ESORDIG study.Ann Rheum Dis 2005; 64: 1240 – 1241.

Τριχόπουλος Δ : Επιδημιολογία : Αρχές – Μέθοδοι – Εφαρμογές
Επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιάνος, Αθήνα 1982.

Tsokos GC. Pillemer SR, Klippel JH. Rheumatic syndromes associated with antibodies to the Ro (SS – A) ribonuclein protein. Semin Arthritis Rheum 1987; 16: 237 – 244.

Valesini G, Litta A, Bonavita MS . Geographical clustering of scleroderma in a rural area in the province of Roma.Clin Exp Rheumatol 1993; 11: 41 -7.

Valter I, Saretoc S, Maricq HR. Prevalence of scleroderma spectrum disorders in thw general population of Estonia. Scand J Rheum 1997; 26: 419-25.

Van Bijsterveld OP.Diagnostic tests in the sicca syndrome.Arch Ophthalmol 1969; 82: 10-14.

Venables PJ, Rigby SP. Viruses in the etiopathogenesis of Sjogren' s Syndrome. J Rheumatol 1997; 24 suppl 50) : 3 – 5.

Villaverde – Hyeso Ana, Elena Sanchez- Valle, Elene Alvarez, Consuelo Morant, Patricia E Carrera, Maria Concepcion Martin – Arribas, Ricard Genova, Alejandro Ramirez- Conalez and Manuel Posada de la Paz. Estimating the Burden of Scleroderma Disease in Spain. *J Rheumatol* 2007; 34: 2236 - 42.

Vitali C, Bonbardieri S, Moutsopoulos HM. Preliminary criteria for the classification of Sjogren's syndrome. Results of a prospective concerted actions supported by the European Community. *Arthritis Rheum* 1993 ; 36 : 340-347.

Vitali C, Bombardiere S, Jonsson R et al. Classification criteria for Sjogren syndrome ; a revised version of the European criteria proposed by the American - European consensus group. *Ann Rheum Dis* 2002;61:554.

Voss A, Green A, Junker P. : Systemic lupus Erythematosus in Denmark : clinical and epidemiological characterization of a county based cohort . *Scand Rheumatol* 1998 ; 27 (2) : 98 – 105.

Wallace KL Riedel AA, Joseph- Ridge N, Wortmann R. Increasing prevalence of gout and hyperuricemia over 10 years among older adults in a managed care population. *J Rheumatol* 2004; 31: 1582-7.

Wallace SL , Robinson H, Masi AT, Decker JL, McCarty, Yu TF : Preliminary criteria for the classification of the acute arthritis of primary gout. *Arthritis Rheum* 1977; 20 : 895 – 900.

Wallenius M. J F Skomsvoll, W Koldingness, E Rodevand, K Mikkelsen, Kaufmann, TK Kvien Comparison of disability and health – related quality of life between males and female with rheumatoid arthritis below the age of 45 years. *Scand J Rheumatol* 2008; pp 1-7.

Ward MM. Prevalence of physician - diagnosed systemic lupus erythematosus in United states : results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *J Womens Health (Larchmt)* 2004 ; 13: 713-18.

Weisenburger DD, Epidemiology of non Hodgkin's lymphoma: recent findings regarding an emerging epidemic. *Ann Oncol* 1994; 5 Suppl 1: 19-24.

Weyand CM, Goronzy JJ. Giant – cell arteritis and polymyalgia Rheumatica. *Ann Intern Med* 2003 ; 139: 505 – 15.

Willkens RF. Criteria. In *Spondylarthropathies*, Calin A (ed), Grune and Stratton Inc, Orlando Florida, 1984; p 9.

Winterbauer RH, Multiple telangiectasias , Raynaud's phenomenon , sclerodactyly and subcutaneous calcinosis: a syndrome mimicking hereditary hemorrhagic telangiectasia. *Johns Hopkins Hosp Bull* 1964 ; 114 : 361 – 9.

Wood PHN, Badley EM : Epidemiology of locomotor disorders in general practice. In: *Locomotor Disability in General Practice*, Jayson MIV, Million R (eds), Oxford, Oxford University Press 1983 ; pp 3 – 29.

Wright V: Seronegative polyarthritis a unified concept. *Arthritis Rheum* 1978; 21: 619 - 632.

Wyngaarden JB : *Cout , The Metabolic Basis of Inherited Disease*. Edited by JB Stanbury , DS Frederickson, JB Wyngaarden. New York , Mc Graw – Hill 1960; pp 679 – 760.

Yelin E, Callahan L F , for the National Arthritis Data Work Group : The economic cost and social and psychological impact of musculoskeletal Diseases. *Arthritis Rheum* 1995;38 : 1351 – 1362.

Yongdong Zhao, Tamara O, Fedczyna, Violet McVicker, Jan Calliendo, Honglin Li and Lauren M Pachman..Apoptosis in the skeletal muscle of

untreated children with juvenile dermatomyositis: Impact of duration of untreated disease. *Clin Immunol* 2007 ; pp 165-172.

Zhang NZ, Shi CS Yao QR, Pan GX, Wang LL, Wen ZX. Prevalence of primary Sjogren's syndrome in China. *J Rheumatol* 1995; 22: 659 – 61 .

Zhang Y, Niu J, Kelly – Hayew M, Chaisson CE , Aliabadi P Felson DT. Prevalence of symptomatic hand osteoarthritis and its impact on functional status among the elderly. The Framingham study. *Am J Epidemiol* 2002; 156:1021-7.

Zeng QY, Chen R, Darmawan J, Xiao ZY, Chen SB, Wigley R. Rheumatic diseases in China . *Arthritis Res Ther* 2008; 10: R 17.

**ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΙΣ ΣΕ ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ ΠΟΥ ΠΡΟΕΚΥΨΑΝ ΑΠΟ ΤΗ
ΜΕΛΕΤΗ ΑΥΤΗ**

Αναγνωστόπουλος Ι, Ζιντζαράς Η, Αλεξίου Ι, Παπαθανασίου Α, Ντάβας Ε, Κουτρούμπας Α, Μπαρούτα Γ, Σακκάς Λ.Ι. Ο επιπολασμός της χρόνιας αρθρίτιδας στο γενικό πληθυσμό της κεντρικής Ελλάδας. Ελληνική Ρευματολογία 2008; 19 (4) : 318 – 328.

Anagnostopoulos I (1), Zintzaras E (2), Alexiou I (1), Koutroumpas A (1) Papathanasiou A(2), Barouta G (1), Sakkas L.I (1).The prevalence of osteoarthritis in central Greece. Osteoporos int 2009; 20: (Suppl 1) 155, P 424.

Anagnostopoulos I, Zintzaras E, Alexiou I, Papathanasiou AA,Davas E, Koutroumpas A, Barouta G, Sakkas LI. The prevalence of rheumatic diseases in central Greece: a population survey.BMC Musculoskelet Disord 2010; accepted.

ΑΝΑΚΟΙΝΩΣΕΙΣ ΣΕ ΣΥΝΕΔΡΙΑ ΑΠΟ ΤΗ ΜΕΛΕΤΗ ΑΥΤΗ

EULAR-Annual European Congress of Rheumatology 2009 – June - Copenhagen Denmark.

Anagnostopoulos I. (1), Zintzaras E. (2), Alexiou I. (1), Koutroumpas A. (1) Papathanasiou A. (2), Barouta G. (1), Sakkas L.I.(1).The prevalence of osteoarthritis in central Greece. Abstract.

British Society for Rheumatology(BSR) annual meeting 2009, Glaskow UK. I.Alexiou, I.Anagnostopoulos, E. Zintzaras, A. Papathanasiou, E. Davas, A. Koutroumpas, G. Barouta, L. I. Sakkas.The prevalence of Gout in central Greece.Abstract 2009 - April - Glascov.