

REUMATOLOGIE

1. NOȚIUNI GENERALE DE REUMATOLOGIE

- a) TESUTUL CONJUNCTIV
- b) ARTICULATIA
- c) EXAMENTUL CLINIC
- d) INVESTIGATII PARACLINICE
- e) MEDICATIA
- f) CLASIFICAREA BOLILOR REUMATICE

2. REUMATISMUL ARTICULAR ACUT

3. POLIARTRITA REUMATOIDA

4. SPONDILARTROPATII SERONEGATIVE

a) SPONDILITA ANCHILOPOIETICA,

b) ARTRITA PSORIAZICA

5. ARTRITE INFECTIOASE

6. ARTRITE INTERMITENTE

7. ARTRITE INDUSE DE MICROCRISTALE

8. BOALA ARTROZICA

a) GENERALITATI

b) SPONDILOZE

c) HERNIA DE DISC

d) ARTROZELE MEMBRULUI SUPERIOR

e) ARTROZELE MEMBRULUI INFERIOR

1. NOȚIUNI GENERALE DE REUMATOLOGIE

ȚESUTUL CONJUNCTIV

§ Este prezent în toate organele interne, în derm, vase sanguine, formează rețeaua structurală a scheletului osos și a elementelor care se fixează pe os (cartilaj, ligamente, tendoane, fascii).

§ Datorită conținutului sărac în celule, cât și metabolismului redus, are rol structural și mecanic.

§ Are o mare capacitate de regenerare avînd rol în procesul de cicatrizare.

§ Componentele sale majore sunt reprezentate de celule și fibre proteice fixate într-o substanță fundamentală.

CELULA specifică țes. conj. este fibroblastul. Ea sintetizează fibrele și substanța fundamentală.

FIBRELE sunt: de colagen, elastice și de reticulină. Tipul dominant determină varianta de țes. conj.

§ Fb de colagen sunt cele mai bine reprezentate, colagenul constituind un sfert din proteinele totale ale organismului. El conferă țesuturilor extensibilitate și o mare rezistență la tensiune și deformare. Este componenta majoritară din piele, os, tendon cartilaj, vas sanguin, dinte. Colagenul este implicat în procesele de creștere, îmbătrînire, cicatrizare. Există 10 tipuri de fibre de colagen.

§ Fb de reticulină sunt dispuse în jurul celulelor adipoase și reprezintă un suport anatomic pentru endoteliile capilare, organe limfoide și hematopoietice.

§ Fb de elastină se găsesc în special în ligamente și în peretele arterelor mari. Elastina oferă proprietăți de întindere pînă la 150% din lungimea inițială a fibrei, fără rupere și cu revenire la normal. Ea poate servi ca suport pentru procesul de calcifiere, explicînd impregnarea calcară a unor țesuturi și ateromatoza aortică.

SUBSTANȚA FUNDAMENTALĂ este materialul amorf ce se găsește între celule și fibre.

FUNCȚIILE ȚES. CONJ.: protecție, suport, depozit, apărare și reparație.

§ F. de suport = existența tendoanelor, aponevrozelor (fasciilor), capsulele organelor, membranele sistemului nervos central.

§ Mecanism de apărare: substanța fundamentală este o barieră împotriva invaziei bacteriene. Dacă o agresiune bacteriană nu poate fi anulată de mijloacele de apărare curente, țes. conj. formează un perete fibros în jurul inflamației. Microorganismele care produc hialuronidază au însă o mare capacitate invazivă, deoarece fluidifică substanța fundamentală.

§ Mare capacitate de regenerare în zonele distruse de inflamație sau de traumatisme. Spațiile lăsate de leziunile țesuturilor ale căror celule nu se divid (ex. mușchiul cardiac) sunt completate cu țes. conj.

TIPURI DE ȚESUT CONJUNCTIV

1. Țes. conj. propriu-zis: lax și dens. Cel lax se găsește în derm, hipoderm, în țesutul de susținere al organelor și vaselor; cel dens are o structură dominată de fibrele de collagen, este mai puțin flexibil și se găsește mai ales în tendoane (care sunt aproape inextensibile).

2. Țes. conj. de susținere: cartilaj și os. Țes. cartilagos are o densitate crescută de celule; el reprezintă un suport pentru țesuturile moi (trahee, laringe, ureche, etc) și realizează arii de alunecare în articulații; este lipsit de rețea proprie de vascularizație și de inervație.

Țes. osos are o matrice de colagen impregnată cu săruri minerale (în special fosfat și calciu). El este supus permanent unui proces de rezorbție & 858b17i #351;i refacere. Celulele osoase sunt: osteoblaștii (celule tinere cu rol în sinteză), osteocitele (celule mature inactive) și osteoclaștii (celule cu rol în resorbția osului). Matricea este alcătuită din fibre de colagen de tip I (95%) în lungul cărora se găsesc cristale de hidroxiapatită (Ca+P) ce conferă duritate și rezistență osului. Orientarea fibrelor de colagen se face după direcția dictată de solicitarea mecanică. Osul este de 2 tipuri:

- Compact, ce se găsește în diafiza oaselor lungi și în corticala oaselor scurte;
- spongios (trabecular) din epifiza oaselor lungi, în zona centrală a oaselor scurte și a celor plate; în spațiile intertrabeculare se găsește măduva osoasă.

3. Țes. conj. cu proprietăți speciale:

- Elastic: structura predominantă este fibra de elastină ce conferă o mare distensibilitate; el se găsește în ligamentele coloanei vertebrale.
- Reticular: el formează o rețea în organele hematopietice (oasele plate)

ARTICULAȚII

În funcție de gradul de mobilitate și structura anatomică, există 2 tipuri de artic.:

§ Diartroze (artic. sinoviale, discontinue) = artic. discontinue, în care se produc mișcări ample

§ Siartroze (artic. continue) în care mișcările sunt foarte limitate sau absente (artic. costo-sternale, artic. oaselor capului).

O articulație-tip este alcătuită din:

§ Extremități osoase acoperite de cartilaj hialin cu o grosime de 0,2 - 2 mm (= suprafață de alunecare)

§ Capsula ce înconjoară artic., formată dintr-un strat extern (fibros) și unul intern (sinoviala care secretă lichidul sinovial cu rol de lubrefiere a suprafețelor articulare și de asigurare a hranei cartilagiului hialin care este avascular; el are o celularitate și o compoziție biochimică ce se modifică în artrite). Membrana fibroasă are grosime variabilă, astfel încât, în zonele mai subțiri se pot produce proeminențe ale sinovialei numite chisturi sinoviale.

§ Cavitata articulară este un spațiu ce conține lichidul sinovial a cărui vâscozitate crește la temperaturi joase, ceea ce explică efectul nefavorabil al frigului asupra funcționalității articulației

§ Ligamentele sunt elemente conjunctive care întăresc articulația și sunt, după topografia lor, intra- și extracapsulare.

§ Unele artic. (genunchi, radiocarpiană, sternoclaviculară, temporo-mandibulară) conțin discuri și meniscuri fibrocartilaginoase ce ajută la menținerea stabilității și la adaptarea extremităților osoase.

§ Bursele seroase = adevărate pungi conjunctive situate sub tendoane sau mușchii articulari în scopul de a le favoriza alunecarea; inflamațiile lor determină bursitele. Tecile sinoviale au același rol.

EXAMENUL CLINIC

- v Durerea este cel mai frecvent simptom. Ne interesează debutul acut sau cronic, durata, intensitatea, variația în timpul zilei și nopții, iradierea, factori de agravare sau ameliorare, caracterul.

- v Redoarea articulară = mobilitate greoaie; are durată variabilă (durează minute în bolile degenerative și ore în cele inflamatorii), este de obicei matinală. Apare prin creșterea frecării intraarticulare datorită degradării suprafeței netede cartilajinoase.

- v Tumefierea se poate însoți de durere, parestezii, caldura și roșeața artic.

- v Căldura locală se apreciază prin palparea comparată a artic. simetrice)

- v Oboseală și slăbiciune, cu pierderea funcției artic.

- v Deformare osteo-articulară produsă prin distrucții ligamentare, subluxații, contracturi musculare

- v Limitarea mișcărilor, mai ales a celor pasive; imobilizarea articulară prelungită poate duce la semianchiloze.

- v Crepitațiile ("scârțâială") sunt date de frecarea suprafețelor articulare

- v Instabilitate articulară = mișcări posibile în alte planuri decât cele fiziologice

- v Scăderea forței musculare.

COLOANA VERTEBRALĂ:

- Are 3 curburi fiziologice: lordoza cervicală, cifoza toracală și lordoza lombară.
- Segmentul cervical este cel mai mobil, efectuînd mișcările: flexie-extensie (45gr), flexie laterală (45gr) și rotație (70gr).
- Mobilitatea col. vert. toracale se explorează direct prin:
 - Ø flexia laterală a trunchiului,
 - Ø prin mișcările de torsiune cu șoldul fixat
 - Ø prin măsurarea expansiunii cutiei toracice între expiulr și inspiulr forțat (diferența normală este de peste 5 cm)
- La col. lombară se cercetează păstrarea, ștergerea sau accentuarea lordozei iar mobilitatea se apreciază prin testul Schober (= distanța între 2 puncte marcate pe coloană trebuie să crească cu cel puțin 5 cm în poziția de flexie forțată). Artic. sacroiliacă are o mobilitate f. redusă.

ARTIC. UMĂRULUI are cea mai mare mobilitate. Ea se apreciază prin ridicarea brațelor deasupra capului, lipind palmele. Mișcările posibile sunt: flexie, extensie, abducție, adducție, circumducție. Mișcările active ale unei artic. se fac și cu ajutorul părților moi periarticulare, pe cînd mișc. pasive se fac numai din artic.

ARTIC COTULUI (3 artic.): flexie (150 grade), extensie (0 gr), supinație și pronație (cîte 80 gr). Se pot palpa epicondili și olecranul.

ARTIC. PUMNULUI: se palpează apofiza stilioidă ulnară. Pe fața dorsală pot apare chisturi sinoviale pe tendoanele m. flexori ai degetelor. Mișc. în această artic. sunt: flexie (80 gr), extensie (70gr), lateral extern (30gr) și laterai int. (20gr).

ARTIC. ȘOLDULUI se apreciază observînd mersul, măsurînd membrele inferioare, simetria celor 2 fese și a celor 2 coapse, mișcările posibile în articulație (flexie-extensie, abducție-adducție, rotație internă și externă).

ARTIC. GENUNCHIULUI se mișcă într-un singur plan (flexie-extensie). Aici se identifică cel mai bine prezența de lichid sinovial, fie prin simpla inspecție (dacă este o cantitate mare) sau prin semnul „flotării” rotulei. Se apreciază și orientarea gambei față de coapsă: genu varum (angulație laterală) sau genu valgum (angulație medială).

INVESTIGAȚII PARACLINICE

EX. radiografic este o foarte importantă metodă de dg. în reumatologie, oferind informații atît despre elementele osoase, cît și despre elem. moi periarticulare:

Spațiul articular poate fi îngustat (dat. inflamației cartilagiului) sau lărgit (dat. distrugerii cartil. artic. sau dat. acumulării de lichid sinovial), poate prezenta eroziuni (poliartrita reumatoidă), chisturi (gută)

Calcifieri ale capsulei, tendoanelor și burselor, calcifieri subcutanate

Deformări articulare (PR)

Măsurarea densității osoase, leziuni osteolitice

Osteofite (proliferare osoasă)

Analiza lichidului sinovial: fizic, chimic, bacteriologic, imunologic. Normal, el este limpede, clar, vîscos, galben deschis; celularitatea lui este redusă. Uneori prezintă mici corpi (fragmente detașate din sinovială).

Artroscopia și biopsia articulară; artroscopia permite vizualizarea cavității sinoviale și se face mai ales la genunchi.

Determinări serice:

- Reactanții fazei acute ai inflamației (VSH, fibrinogen, proteina C reactivă, alfa-2-globulina)
- Diverși anticorpi specifici: (ex. factorul reumatoid în poliartrita reumatoidă)
- Complementul seric
- Probe specifice pt. funcțiile organismului (renale, hepatice, etc).

MEDICATIA FOLOSITA IN REUMATOLOGIE

1. ANTIINFLAMATOARE NESTEROIDIENE (AINS): medicamente ce reduc răspunsul inflamator. Ele sunt cotrăindicate la bolnavii cu ulcer gastro-duodenal, la cei cu boli hepatice și renale severe, la cei cu tulburări hematologice sau la alergici. În timpul tratamentului se recomandă regim alimentar desodat, datorită riscului de retenție hidrosalină. Ele se găsesc sub formă de tablete, supozitoare, unguente și soluții injectabile.

- Aspirina are eficiență mare, toxicitate redusă și preț mic. Cel mai frecvent efect advers este iritația gastrică, fenomen ce poate fi atenuat prin administrarea postprandială, dispersată în lichid sau sub formă tamponată. Datorită efectului său antiagregant poate produce sîngerări digestive. Alte efecte nedorite sunt reacțiile alergice și criza de astm ce apar la bolnavii atopici. La doze foarte mari (peste 10 gr.) provoacă fenomene toxice numite salicilism (amețeli, cefalee, somnolență, vărsături).

- Derivați ai acidului acetic: indometacinul și diclofenacul. Ele sunt foarte bune antiinflamatoare (superioare aspirinei), bune antipiretice și moderate analgezice. Efectele secundare sunt mai ales digestive.
- Derivații acidului propionic: ibuprofen este mai bun analgezic decât antiinflamator. Trece ușor în lichidul sinovial, loc unde persistă mai mult decât în sânge.
- Derivații pirazolinici: fenilbutazona. Este un puternic antiinflamator, un bun uricozuric (eliminarea prin urină a acidului uric), un moderat antipiretic și antialgic. Poate avea efecte secundare severe: retenție hidrosalină (edeme, hipertensiune arterială), iritare gastrică (deseori hemoragii) și mai ales anemia aplastică.
- Derivați de oxiam: piroxicam. Dintre reacțiile adverse sunt de reținut cele digestive, alterarea funcției trombocitare și declanșarea crizei de astm.

2. ANTIINFLAMATOARE STEROIDIENE = corticoizii ce au proprietăți antiinflamatoare și imunosupresive. În inflamație ei intervin atât în fazele precoce (dilatate capilară, edem, migrare leucocitară, fagocitoză) cât și în fazele tardive (proliferarea capilară, depunere de colagen, cicatrizare). Reacții adverse:

- Scăderea capacității de apărare a organismului prin inhibarea fagocitozei.
- Scăderea producției de interferon cu creșterea susceptibilității la infecții virale, micotice și parazitare
- Crește catabolismul proteic și favorizează osteoporoza
- Crește glicemia cu posibilitatea instalării diabetului zaharat
- Retenție hidrosalină

- Creșterea eliminării urinare de calciu și fosfor
- Mobilizarea lipidelor din depozite și redistribuirea lor în alte zone (gât, ceafă, față)
- Crește aciditatea gastrică și scade secreția de mucus cu riscul apariției ulcerului
- Stimulează sistemul nervos central cu inducerea de tulburări de comportament

Principalii corticoizi sunt: cortizonul (prednison) sub formă de tablete (și unguent folosit în dermatologie), hirocortizonul și prednisolonul ce se administrează numai intravenos. Tratamentul nu se va întrerupe brusc, ci treptat, deoarece dă fenomenul numit "rebound" (revenire la simptomele inițiale, dar mai exagerate).

3. MEDICAȚIA IMUNOSUPRESOARE (citostatice): are rol în deprimarea reacțiilor imune, acționând asupra celulelor implicate în răspunsul imun (limfocite, macrofage, monocite, plasmocite). Ea se folosește după insuccesul altor terapii. Efectele secundare sunt numeroase:

- Anemie, leucopenie, trombocitopenie
- Tulburări digestive (ulcer, diaree, hemoragii), hepatice, renale
- Alopecie
- Sterilitate
- Infecții severe

- Potențial cancerigen

Exemple: ciclofosfamida, metotrexat, azatioprina, ciclosporina.

4. MEDICAMENTE SPECIFICE: săruri de aur (tratamentul poliartritei reumatoide), antimalarice (clorochina în lupusul eritematos), D-penicilamina (reduce concentrația factorului reumatoid).

CLASIFICAREA BOLILOR REUMATISMALE

a). Reumatism articular:

- Artrite (cauză inflamatorie și infecțioasă): RAA, LES, PR, SA
- Artroze (caracter degenerativ): boala artrozică, spondiloze

b). Reumatism abarticular (nearticular, al elementelor din jurul articulației): tendinite, bursite, nevrite, miozite.

2. REUMATISMUL ARTICULAR ACUT (RAA)

= boală a țesutului conjunctiv, consecință tardivă a infecției amigdalo-faringiană cu streptococ beta-hemolitic, interesând întregul organism, dar afectând cu predilecție inima și articulațiile ("linge articulațiile și mușcă inima").

§ Are evoluție cronică, în pusee acute

§ În timp ce manifestările articulare sunt trecătoare, vindecându-se fără sechele, cele cardiace sunt grave, putând conduce la invaliditate (endocardită, miocardită) sau moarte.

§ Importanța carditei reumatismale rezultă din faptul că peste 40% din totalul bolilor cronice cardiace sunt de origine reumatică.

§ Are incidența maximă de apariție între 5-15 ani.

ETIOLOGIE: în antecedentele bolnavului cu RAA există o angină (amigdalită) sau faringită dată de streptococul beta-hemolitic din grupul A. Între cele două evenimente (angină și puseul RAA) există un interval de aprox 18 zile, timp în care se dezvoltă anticorpi antistreptococici ce vor sensibiliza articulațiile, inima, dar și restul organismului.

SIMPTOMATOLOGIE: debutul bolii poate fi acut (dacă prima manifestare este artrita) sau insidios (dacă manifestarea inițială este cardita)

1. Semne generale date de infecție: febră, transpirații, inapetență, oboseală, somnolență, stare generală alterată. Febra se menține peste 3 săptămâni și prezintă ascensiuni când sunt interesate noi articulații sau organe.

2. Artrita apare la 75% dintre bolnavi. Țesuturile periarticulare sunt tumefiate, roșii, dureroase. Episodul artritic are o durată de 2-3 săptămâni și următoarele caracteristici:

- afectează articulațiile mari,
- este invalidantă datorită tumefacției importante,
- este foarte dureroasă,
- se vindecă fără sechele,
- are caracter "migrator" (inflamația se mută de la o articulație la alta, durata medie pentru o atingere articulară fiind de 4-5 zile)
- răspunde prompt la AINS (în special aspirină)

3. CARDITA: este cea mai severă afectare din RAA, manifestată prin endocardită, miocardită sau pericardită (izolate sau asociate). Constă în: cardiomegalie, tulburări de ritm, semne de insuficiență cardiacă (dispnee, astenie, edeme ale membrelor inferioare).

4. Semne cutanate: nodozități de mărimea unei boabe de mazăre, dureroase, în jurul inflamațiilor afectate, care se vindecă fără sechele.

5. Coreea (mişcări involuntare și dezordonate ale extremităților = tulburări de coordonare) apare numai la 15% dintre bolnavi, între 9 - 12 ani, mai ales la fete, după o perioadă de latență de câteva luni, când fenomenele acute ale RAA au dispărut, iar testele de laborator s-au normalizat. Coreea este amplificată de emoții, efort sau oboseală și este redusă în somn și de sedative. Ea persistă câteva luni și se vindecă fără sechele.

6. Alte manifestări: pulmonare, digestive, renale.

EXPLORĂRILE PARACLINICE: au următoarele obiective:

§ Evidențierea infecției streptococice prin:

a) Exudat faringian

b) Determinarea anticorpilor antistreptococici (ASLO = antistreptolizina O) ce au valori normale de 333 unități la copii, putând crește pînă la 1500-2000u.

§ Evidențierea inflamației reumatismale:

v VSH crescut (peste 100 mm la 1 oră) este un indicator foarte fidel al tratamentului

v Fibrinogenul (peste 100 mg%) este (bogat în leucocite) și el un indice de apreciere a evoluției bolii și a eficienței terapiei.

§ Diagnosticul carditei reumatismale și a altor interesări organice prin: ecocardiogramă, examen radiologic.

§ Examenul lichidului articular

EVOLUȚIE ȘI PROGNOTIC: atacul acut evoluează 6-12 săptămîni. Formele cu cardită au o evoluție de 3-6 luni. Severitatea carditei prelungeste durata RAA. Prognosticul este excelent la bolnavii fără cardită. Recurențele RAA cresc riscul apariției bolilor valvulare; ele apar frecvent în primul an de la primul atac și se răresc în următorii 3-5 ani; fiecare recidivă de cardită agravează leziunile valvulare și miocardice anterioare.

TRATAMENT:

1. Eradicarea infecțiilor cu streptococ, prin administrarea intramusculară, la interval de 6 ore, timp de 10 zile a penicilinei. La persoanele alergice se va da eritromicină. După aceste zile de tratament continuu se va începe programul de profilaxie a recidivelor.
2. Tratamentul antiinflamator cu aspirină, pînă la 6 grame, timp de 14 zile. În formele medii și severe se va face corticoterapie.
3. Repausul la pat este indicat în toate formele de RAA, cel puțin 3-6 săptămîni.
4. Regim alimentar desodat (mai ales la bolnavii cu insuficiență cardiacă sau care iau cortizon), cu mese mici și repetate, evitîndu-se alimentele iritante ale mucoasei gastrice, și cu un aport lichidian corespunzător (2 litri în 24 ore).

PROFILAXIA: vizează prevenirea apariției RAA, a carditei, precum și a recurențelor. Se va face cu MOLDAMIN (penicilină retard), la 3-4 săptămîni, timp

de cel puțin 5 ani de la ultimul atac de RAA, mai ales în colectivitățile închise de copii sau tineri.

Tot în scop terapeutic se face amidalectomia.

3.POLIARTRITA REUMATOIDĂ (poliartrita cronică evolutivă)

= inflamația cronică, progresivă a sinovialei articulare, evoluând îndelungat, cu pusee acute.

§ Este cea mai invalidantă dintre formele de reumatism.

§ Femeile fac această boală de 2-3 ori mai des ca bărbații.

§ Vîrfurile incidenței este între anii 25 - 40.

ETIOLOGIA: este parțial cunoscută. Sunt incriminate:

§ Antecedente familiale de boală imună (terenul genetic)

§ Factorii endocrini: femeile care au purtat o sarcină au risc mai mic de a face boala, iar în timpul sarcinii semnele de boală sunt mai reduse.

§ Factori endogeni (interni)= anticorpi anticolagen (consecința unor infecții)

ANATOMIE PATOLOGICĂ: leziunile sunt distructive, interesând toate elementele articulare: sinoviala, capsula, cartilajele, epifizele osoase, mușchi, tendoane.

MANIFESTĂRI CLINICE: de obicei există un eveniment declanșator: stres, expuneri la frig, traumatisme, tratamente variate. Debutul bolii se face gradat, în câteva luni, prin: oboseală, mialgii, scădere ponderală, febră, stare de discomfort, poliartralgie periodice.

În evoluția bolii există 4 stadii:

I. = polialgic, dominat de durere

II. = inflamator, cu redoare articulară matinală, tumefacții și deformări articulare

III. = atrofii musculare, anchiloze și subluxații, fibroza articulară (datorită activității excesive a fibroblaștilor)

IV. = apare după 15-20 ani de la debut, bolnavul devenind un invalid

a) ARTRITA: are anumite particularități:

§ Afectare simetrică (are mare valoare de dg.)

§ Distrucția cartilajului, inflamarea capsulei, eroziunile osului, presiunile mecanice și tracțiunile tendinoase nefiziologice duc la deformări osteoarticulare,

atrofii musculare dureroase, modificări ale tegumentelor (subțiate, netede, pigmentate)

§ Cele mai des interesate sunt:

Ø artic. mîinii (metacarpo-falangiene și interfalangiene proximale) cu respectarea artic interfalangiene distale. Astfel se pierde capacitatea de prehensiune. Mîna capătă aspect caracteristic, fuziformă, cu deviație ulnară.

Ø Sinovita cotului este întîlnită frecvent; extensia este mult limitată.

Ø Artic. piciorului sunt atinse simultan cu cele ale mîinii (la debutul bolii), mai ales cele metatarso-falangiene (mersul devine dificil). Datorită suprasolicitării piciorului prin redistribuirea nefiziologică a greutateii corpului sunt afectate ulterior și artic. tarsului și elem. periartic. (tenosinovita și bursita retrocalcaneană).

Ø Genunchii sunt și ei afectați, dar mai tardiv și de intensitate mică.

Ø Artrita șoldului (coxita) apare tardiv, secundar mersului dificil.

Ø Afectarea col. vertebrale este rară; cînd se produce, segm. cervical suferă cel mai des.

Ø Artrita temporo-mandibulară este frecventă, dar rareori este gravă, împiedicînd alimentarea.

Ø Extrem de rar sunt afectate artic. cu sinovială redusă (sterno-claviculară, acromio-claviculară).

b). Manif. extraarticulare: apar în cazurile severe de boală. Ele pot fi:

- § Cardiovasculare (pericardită)
- § Respiratorii (pleurezie, fibroză pulmonară difuză)
- § tegumentare (noduli reumatoizi),
- § neurologice (polinevrite manifestate prin parestezii, paralizii, areflexie)
- § oculare (irită, sclerită, mai frecvente la femei)
- § sindrom Felty = PR + splenomegalie + neutropenie. Apare în PR cu evoluție prelungită.
- § Adenopatia ganglionilor vecini artic inflamate.

MODIFICĂRI PARACLINICE:

§ Hematologie: VSH (este corelată cu evoluția bolii și este un indicator al eficienței tratamentului)

§ Biochimia: o explorare cu grad ridicat de specificitate este detectarea factorului reumatoid (FR = Ig M împotriva Ig G). El este secretat de limfocitele B din sinovială și este eliberat în sânge și cavitatea articulară; apare la 80% din bolnavii cu PR, dar poate apare și în alte boli autoimune și chiar la populația sănătoasă (vârstnici).

§ Lichidul sinovial: opac, cu numeroase leucocite (predomină neutrofilele) și cu ragocite.

§ Radiografia osteoarticulară: îngustarea spațiului articular, osteoporoza, eroziuni marginale, anchiloza.

EVOLUȚIA: este îndelungată, cu caracter invalidant. PR poate fi oprită din evoluție în oricare stadiu, prin tratament sau spontan, sau poate evolua spre cașexie și exitus.

TRATAMENT: trebuie să fie precoce, complex și de lungă durată. Obiectivele lui sunt:

§ Stabilizarea bolii

§ Prevenirea deformărilor și anchilozelor

§ Refacerea capacității motorie

a). Trat. medicamentos

1. Antiinflamatoare nesteroidiene: cele mai folosite sunt aspirine și indometacinul. Aspirina se dă în doze mari (peste 3 gr.), asociată cu preparate de protecție gastrică.

2. Corticoterapia pe cale generală, deși este foarte eficace în ameliorarea simptomatologiei clinice și biologice, ea nu influențează evoluția bolii pe termen lung (distrucțiile cartilajului și osului), iar efectele secundare la cure prelungite sunt importante.

3. Sărurile de aur (tauredon) au efect terapeutic mai ales atunci când sunt administrate la începutul bolii. Ameliorarea clinică se observă după 2 luni de

tratament. Reacțiile adverse sunt frecvente: prurit, eritrodermie, diaree, nefroză; acestea dispar odată cu întreruperea tratamentului.

4. D-penicilamina se folosește în cazul eșecului sărurilor de aur. Efectul favorabil apare la 3-6 luni, iar efectele secundare sunt digestive, cutanate, renale, citopenii, pierderea temporală a gustului.

5. Terapia imunosupresivă este indicată când există o importantă activitate imunologică manifestată prin titru ridicat de factor reumatoid. Se folosește metotrexatul, cu efecte clinice favorabile după 4-6 săptămâni, dar cu controlul periodic al nr. celulelor sanguine.

b). trat. chirurgical: constă în sinovectomie (curățirea articulației) și sinoviorteză (sclerozarea prin injectarea intrarticulară a unor substanțe iritante), montarea protezelor articulare, corectarea pozițiilor vicioase datorate anchilozelor.

c). balneofizioterapia: electroterapie, hidroterapie, kineziterapie, termoterapie, masaj, cură balneară.

POLIARTRITA REUMATOIDĂ JUVENILĂ

= boală inflamatoare articulară ce apare la tineri sub 17 ani.

§ Frecvența maximă de apariție este în jurul vârstei de 5 ani;

§ Ca și în PR elementele etiopatogenice implicate sunt infecțioase, autoimune, traumatice ce survin pe un teren cu predispoziție genetică.

PJ are 3 forme clinice:

a) Forma sistemică: apare la 10-20% dintre bolnavi de ambele sexe, după o infecție faringiană sau vaccinare. Caracteristic este prezența manifestărilor extraarticulare: febra înaltă, erupție cutanată nepruriginoasă, adenopatie, hepatosplenomegalie, manifestări oculare severe și sechelare (irită, uveită). Artrita apare tardiv, fiind interesate mai ales artic mari și mici ale membrilor inferioare ca și artic mici ale mîinii. Apar întârzieri în creștere a copilului (închiderea cartilagiilor de creștere).

b) Forma poliarticulară: apare la 35-40% dintre bolnavi, fiind de 2 ori mai frecvent la fete. Debutază cu alterarea stării generale, subfebrilitate, anemie, adenopatie, dar mai ales cu artrita simetrică la mai mult de 5 artic, fiind afectate preferențial genunchii și articulațiile mici de la mînă și picior, dar și artic interapofizare ale coloanei cervicale. Cu cît vîrsta de apariție este mai mare, cu atît evoluția este asemănătoare cu a adultului (severă și distructivă).

c) Forma oligoarticulară (40%): sunt afectate mai puțin de 4 artic într-un interval de 6 luni, mai ales genunchii, gleznelor, coatele și pumnii, cu protejarea șoldurilor. Nu apare factorul reumatoid în ser. Prognosticul este bun.

Tratament: aspirina și AINS, cu evitarea corticoterapiei deoarece împiedică dezvoltarea copilului.

SPONDILARTROPATII SERONEGATIVE

= grup de artrite (artropatii inflamatoare) disticte de poliartrita reumatoidă, caracterizată prin:

Afectarea, în principal, a col. vert. („spondil”)

afectarea asimetrică a artic. mari

absența factorului reumatoid („seronegative”)

afect. frecventă a inserțiilor fasciilor și tendoanelor pe os (entezite)

frecvențele manifestări extraarticulare: cutanate, mucoase, oculare, intestinale

În această categorie sunt incluse: spondilita anchilozantă (SA), sdr. Reiter, sdr. Behcet, artropatia psoriazică, etc.

SPONDILITA ANCHILOZANTĂ (SA)

= boală inflamatorie cronică, de obicei evolutivă, care afectează predominant scheletul axial (dar și articulațiile periferice), avînd debut la nivelul articulațiilor sacroiliace.

- Este mai frecventă la bărbați, între 15-20 ani
- Boala evoluează spre fibroză, osificare și anchiloză (spondilos=vertebră, anchilos=strîmb).

ETIOLOGIE: nu este cunoscută, dar sînt implicați:

- Factorul genetic = SA este de 30 ori mai frecventă printre rudele bolnavilor decît în populația generală. Factorul ereditar este corelat cu prezența antigenului HLA B27 (prezent la 90% din bolnavii cu SA).
- Factori infecțioși = 70% din bolnavi au avut infecții urinare cu Klebsiella.

TABLOUL CLINIC:

- Debutul este de obicei ascendent (de la articulațiile lombosacrate spre coloana vertebrală) , dar poate avea și debut descendent sau bipolar.

- Dureri lombosacrate:
 - o cu caracter inflamator, ce apar mai ales în a II-a parte a nopții;

 - o durerile pot iradia pe fața posterioară a coapsei, alternând de o parte și de alta, realizând "sciatica in basculă";

 - o durata perioadei dureroase este de peste 3 luni.

- Redoare matinală pronunțată, ameliorată după mișcări

- Manifestări generale: subfebrilitate, inapetență, scădere ponderală, astenie.

- Manifestări extrascheletice: oculare (irita este cea mai frecventă, este unilaterală și se vindecă fără sechele), pulmonare (fibroza pulmonară a lobilor superiori), cardio-vasculare, neurologice (sindromul "cozii de cal")

- Manifestările articulare periferice apar in cursul evoluției bolii, pe care o fac mai invalidantă, mai ales că sînt afectate articulațiile coxo-femorale și tibio-tarsiene.

Boala evoluează în 4 stadii:

1. Std. Sacroiliac= dureri fesiere ce iradiază pe sciatic, dureri la comprimarea antero-posterioară și laterală a bazinului.

2. Std. Lombar= dureri lombare, stergerea lordozei lombare (rectitudinea coloanei lombare), reducerea mobilității acestui segment (manevra Schober)

3. Std. Dorsal= dureri toracice ,limitarea expansiunii cutiei toracice, accentuarea cifozei.

4. Std. Cervical= dureri cervicale, rigidizarea acestui segment (se măsoară distanța occiput-perete)

EVOLUȚIE ȘI PROGNOSTIC:

- SA evoluează în pusee, între care există perioade de remisiune, de durată variabilă.

- În formele medii, coloana vertebrală își pierde complet mobilitatea în aproximativ 20 ani. La unii bolnavi evoluția este mai lentă, boala rămânând localizată vreme îndelungată la nivelul bazinului și coloanei lombare. Alții au forme rapid evolutive, care duc la rigiditatea întregii coloane vertebrale în 1-2 ani.

- În stadiul avansat, bolnavul are aspectul unei "marionete de lemn" (coloana vertebrală rigidă, cu ștergerea lordozei lombare, cifoză dorsală, proiecția anterioară a coloanei cervicale și cu genunchii și șoldurile flectate).

INVESTIGAȚII PARACLINICE:

- Radiografia de bazin și coloană vertebrală.
- sacroileita bilaterală este principalul criteriu de dg. radiologic (inițial există inflamație; ulterior apar eroziuni osoase și punți osoase între sacru și iliac cu fuziunea completă și dispariția spațiului articular)
- apar sindesmofite prin calcifierea ligamentului fibros
- aspect pătrat al vertebrelor lombare (pe radiografia de profil)
- rectilinia col. lombare
- Investigatii de laborator: Ag. HLA B27 (prezent la 90-95% din bolnavii cu SA)

Criterii de dg:

Durere lombosacrată cu durată mai mare de 3 luni;

Limitarea mobilității col. lombare

Sacroileită bilaterală (pe Rx)

TRATAMENT: deși pînă în prezent nu există un tratament specific al SA, măsurile urmăresc să amelioreze simptomele bolii și să prevină complicațiile invalidante.

- Dintre AINS cele mai eficiente sînt: indometacinul și fenilbutazona.
- Kinetoterapie: pentru prevenirea anchilozei în poziții nefuncționale. Se urmărește creșterea tonusului mușchilor extensori mai mult decît a flexorilor. Este utilă și hidroterapia (inotul), curele termale și heliomarine, fizioterapie.

- Rontgen-terapia este rezervată bolnavilor cu forme de boală avansate, care prezintă contraindicații sau lipsă de răspuns la AINS.
- Tratament ortopedico-chirurgical (protezarea șoldului)

ARTRITA PSORIAZICĂ

Psoriazisul (hiperkeratoza = proliferare celulară în exces a epidermului și a sinovialei) este o afecțiune cutanată cronică, cu o frecvență de 1-2 % în populația generală; 20-25% dintre bolnavi fac artrită psoriazică.

Cauze: necunoscute, dar sunt incriminați: stressul, agenți infecțioși, factor genetic (HLA).

- o La 75% din cazuri apar primele leziunile cutanate
- o 15% au debut simultan al lez. cutanate și artic.
- o 10% debutează prin lez. artic.

Există mai multe tipuri de manifestări artic:

- oligoartrită asimetrică, ce afectează numai artic. interfalangiene distale (este cea mai frecventă formă, 47%)

- poliartrită simetrică a artic. mari (25%)

- artrită mutilantă (foarte rar), cu distrugerea totală a ultimei falange

- spondilartropatie (afectarea coloanei vert.) la 23% din cazuri, cu semne clinice șterse

Tipul de afectare articulară nu este definitiv.

Alte manifestări: cutanate, oculare.

Diagnosticul precoce este dificil.

Tratam.: AINS (mai ales aspirina) au efect favorabil pt. artic., dar pot agrava lez. cutanate. Metotrexatul are efect favorabil pe ambele leziuni.

Pronostic:

- evoluează cu perioade de acutizare și remisiune.

- 5% dintre bolnavii cu artrită psoriazică dezvoltă forma mutilantă

- progn. negativ au: tinerii, cei cu afectarea excesivă a pielii și forma poliartic.

5. ARTRITE INFECȚIOASE

= suferințe articulare determinate de agenți infecțioși (bacterii, funghi, virusuri).

- datorită particularităților anatomo-fiziologice ale țesutului articular, ca și ale agenților etiologici, pot apărea probleme de diagnostic și tratament greu de depășit.

- Sunt deseori însoțite de leziuni osoase

ARTRITA BACTERIANĂ ACUTĂ

O artic. normală epurează rapid bacteriile intracavitare datorită capacității de fagocitoză a celulelor sinoviale.

.. Ag. etiologici: stafilococul auriu, streptococul, bacili gram negativi, gonococul. Aceștia eliberează enzime proteolitice ce deteriorează structura cartilajului; lipsa tratam. duce la eroziuni, cu vindecare prin fibroză și anchiloză articulară.

.. Se mai numesc artrite septice datorită caracterului lor purulent

.. Căi de pătrundere în articulație: directă (traumatisme, manevre intraarticulare) sau hematogenă (septicemii)

.. Factori de risc: afectarea mecanismului de apărare a gazdei (diabet zaharat, corticoterapie, imunosupresia, alcoolism, etc), afectare articulară preexistentă (PR, boli degenerative, chirurgie protetică).

.. Sediul cel mai frecvent este genunchiul (50%), dar și șoldul, umărul, pumn, gleznă, cot.

.. Artrita gonococică este cea mai frecventă la tineri, mai ales la femei. Ag. infecțios (*Neisseria gonorrhoeae*) este rezistent la puterea bactericidă a lichidului sinovial.

.. Artrita tuberculoasă este mai frecventă la copii și afectează mai ales coloana vertebrală (toracală inferioară și lombară) ducând la apariția cifozei (= morbul lui Pott).

CLINIC: debut brusc, cu semne de inflamație articulară:

.. Durere articulară vie, tumefacție, căldură, lichid intraarticular în tensiune

.. Impotență funcțională, imobilitate

.. Febră și frisoane

.. Ag. infecțios se poate fixa și în tecile tendinoase, burse, os (osteomielită)

La bolnavii sub tratament cortizonic sau imunosupresiv, semnele de inflamație pot fi diminuate, iar la bolnavii cu boli articulare cronice (PR, LES, SA) artrita bacteriană poate fi confundată cu un puseu acut al bolii de fond.

INVESTIGAȚII:

.. Puncția articulară: lichid tulbure sau purulent, vâscos, cu leucocitoză, examen bacteriologic

· Radiografia: tumefacția părților moi, distensia capsulei articulare, îngustarea spațiului intraarticular, anchiloză, eroziuni osoase. Aceste modificări apar tardiv.

TRATAMENT:

· Antibiotice:precoce, parenteral, doze mari, 2-4 săptămîni, în funcție de ag. etiologic (de obicei penicilină cu gentamicină)

· Drenaj prin aspirație cu acul, zilnic în primele zile (= irigare cu soluție salină sterilă)

· Drenaj chirurgical pentru umăr și șold sau în supurațiile cu tendință la cronicizare

· Repaus absolut în perioada acută, apoi mobilizare pentru prevenirea anchilozei.

ARTRITE VIRALE

· Multe boli virale (hepatite, rubeola, oreionul, mononucleoza infecțioasă) se manifestă la debut ca poliartrite autolimitante

· Semnele de inflamație sînt moderate: durerea este cea care deranjează bolnavul.

· Cedează la aspirină.

6. ARTRITE INTERMITENTE (REUMATISMUL PALINDROMIC)

⌘ se caracterizează prin faptul că apar brusc, la persoane sănătoase, durează câteva ore sau zile (2), și apoi dispar spontan, fără a lăsa modificări histopatologice.

⌘ nu au etiopatogenie cunoscută

⌘ episodul de inflamație apare brusc, cu durere, căldură locală, tumefiere, redoare și impot. funcțională. Cîteodată se însoțește de stare subfebrilă.

⌘ de obicei este interesată o singură artic.; genunchiul este cel mai frecvent afectat; artic. pumnului, meta-carpo-falangiene, glezne și umăr sunt afectate în ordine descrescătoare.

⌘ un nou episod inflamator apare de obicei la aceeași artic., uneori după ani de acalmie.

⌘ la 1/3 dintre bolnavi apar și inflamații în țesuturile periarticulare.

⌘ examenul lichidului sinovial este normal

⌘ evoluția este benignă.

⌘ tratamentul este inutil; se pot recomanda AINS în cazurile cu dese recidive.

7. ARTRITE INDUSE DE MICROCRISTALE

GUTA

Simpla prezență de microcristale libere într-o artic. induce local un proces de inflamație acută. Guta apare datorită unei anomalii (înnăscută sau dobândită) în metabolismul purinelor, care se manifestă prin:

- Hiperuricemie
- Episoade de artrită acută
- Depozite de urat monosodic monohidrat (tofi)
- Nefropatie și litiază urinară
- 95% din cazuri sunt bărbați adulți
- mecanismul ereditar de transmitere este important (20% din rudele de gradul I fac boala)

FIZIOPATOLOGIA acidului uric:

- este produsul final al catabolismului nucleotidelor purinice endogene și alimentare
- el este eliminat astfel: 2/3 pe cale renală, 1/3 pe cale digestivă (este degradat de bacteriile intestinale)

- la o dietă normală, valorile normale ale uricemiei = 7 mg% (mai mici la tineri și la femei)

Mecanismele hiperuricemiei:

1. producția excesivă de acid uric (10% din bolnavi)
2. eliminare renală deficitară;

ANATOMIE PATOLOGICĂ: leziunea caracteristică este un nodul (numit tof gutos), de mărime variată (alună, caisă) situat la nivel articular, periarticular sau pavilionul urechii. El este alcătuit din acid uric, calciu și colesterol, și determină distrucții osoase.

FACTORI FAVORIZANȚI:

- abuz alimentar cu purine (bucătar, măcelar, mezelar)
- factorul ereditar
- frig, umezeală (la temperaturi scăzute ac. uric precipită mai ușor)
- traumatisme
- consum cronic de alcool (crește sinteza endogenă a purinelor)

CLINIC: evoluează în 4 stadii:

1. hiperuricemia asimptomatică

2. artrita acută gutoasă:

- poate apare după 10 – 20 ani de hiperuricemie asimptomatică
- inițial este monoarticulară, apoi devine poliarticulară; începe în artic. metatarsofalangiană a halucelui (stress mecanic), apoi gleznă, călcâi, genunchi, degetele mâinilor, pumn (la periferie temperatura este scăzută și favorizează precipitarea ac. uric)
- apare exploziv, în plină stare de sănătate, de obicei noaptea; pot apare și după traumatisme, intervenții chirurgicale, ingestie de alcool
- rapid apar semne de inflamație ce pot da aspect pseudoflegmonos
- semne generale: febră, astenie, iritabilitate
- poate dura câteva ore sau zile, după care cedează, lăsînd pielea de pe suprafețele articulare afectate descuamată
- atacurile ulterioare vor fi mai persistente

3. Perioada intercritică: 2/3 din bolnavi prezintă al II-lea atac în primul an de boală; 7% nu vor prezenta niciodată al II-lea atac de gută.

4. Guta cronică: acumularea progresivă de ac. uric în organism duce la depuneri tisulare (tofi) în cartilaj, epifiză osoasă, sinovială, teci tendinoase, tegument (derm), parenchim renal. Localizarea clasică a tofilor gutoși este în pavilionul urechii, degete, tendonul Achille, niciodată în ficat, SNC, splină plămân.

Complicațiile renale sunt: nefropatia urică și litiiza urinară (apar la 20% din bolnavi)

DIAGNOSTIC:

1. Elemente clinice:

- Monoartrită acută cu debut brusc, cel mai frecvent la artic. metatarso-falangiană a halucelui;
- Bărbat după 40 ani sau femeie la menopauză
- Prezența de tofi gutoși sau calculi renali
- Răspuns terapeutic favorabil la colchicină

2. Diagnostic de laborator:

- Sînge: hiperuricemie (10% din bolnavi au valori normale ale ac. uric), semne de inflamație
- Urină: uricozurie, albuminurie

- Radiologie: negativă la început (uratul este radiotransparent)
- Lichidul sinovial: turbure, cu microcristale

TRATAMENT: toată viața !!!

a) Trat. atacului acut de gută:

- COLCHICINA este medicamentul de elecție; trebuie dat cât mai precoce, iar eficacitatea lui apare în 48 ore.
- AINS
- Corticosteroizii au eficacitate redusă, iar recăderile sunt frecvente.

b) Trat. hiperuricemiei și a condițiilor favorizante:

- Suprimarea consumului de alcool
- Suprimarea aportului de purine (prepararea prin fierbere a cărnii duce la pierderea a 50% din purine)
- Controlul trigliceridelor, lipidelor
- Medicamente hipouricemiante: 2 tipuri

1. uricozurice (cresc excreția de ac. uric), dar ele pot predispuce la litiază renală

2. medic. ce reduc sinteza de ac. uric (Alopurinolul) sunt cele mai eficiente

c). Trat. complicațiilor renale: nefropatia urică se previne prin menținerea în stare solubilă a ac. uric prin alcalinizarea urinei

8. BOALA ARTROZICĂ

(Reumatism cronic degenerativ, reumatism artrozic)

=boală degenerativă a cartilagiului articular, caracterizată prin degradarea acestuia.

- Este localizată frecvent la nivelul articulațiilor diartrodiale, mobile, care prezintă cartilagiul articular ca un element important al articulației;
- Evoluează în final spre impotență funcțională articulară
- Este cea mai frecventă suferință reumatică, incidența ei crescând cu vârsta (maximum fiind între 55 și 75 ani)
- Femeile sunt mai des afectate decât bărbații (2/1).

ETIOLOGIA: este multifactorială. Totuși, nu se cunosc toate cauzele determinante.

I. Factori intrinseci:

Ø vîrsta (degradarea cartilagiului este considerată un proces normal de îmbătrînire)

Ø predispoziția genetică

II. Factori extrinseci:

Ø stresul mecanic (suprasolicitarea articulară, obezitate, distribuția anormală forțelor mecanice),

Ø alterarea cartilagiului (cauze traumatice, infecțioase, metabolice, neurologice, medicamentoase).

ANATOMIE PATOLOGICĂ: leziunile în reumatismul artrozic constau în:

a) Erodarea și distrugerea cartilagiului articular: procesul începe printr-o „scămoșare” și fisurare fină, care se accentuează ulterior. Este posibilă ruperea cartilajului, cu detașarea unor fragmente mici în cavitatea articulară. Gradul de afectare este diferit pe suprafața cartilajului.

b) Hipertrofie și proliferarea osului, cu formarea de excrescențe osoase, denumite osteofite (pinteni osteofitici la marginea suprafeței articulare).

TABLOUL CLINIC:

- Durerea articulară: este unul dintre cele mai timpurii simptome. Inițial apare după efort și se atenuează în repaus. Este metodependentă (frigul și vremea umedă agravează durerea).
- Redoarea articulară de 10-15 minute, mai ales după repaus prelungit (dimineața)
- Limitarea mișcărilor active și pasive datorită fibrozării structurilor articulare și periarticulare (capsulă, tendoane, etc.)
- Cracmente articulare în timpul mișcării. Ele se evidențiază prin palpate.
- Discrete semne inflamatorii (articulații tumefiate).
- În stadiile avansate pot apărea deformări articulare și subluxații.
- Semnele clinice rareori sunt în concordanță cu semnele radiologice

EXAMENE PARACLINICE: radiografia (față și profil) este cea mai frecventă investigație și are mare importanță pentru diagnostic. Modificările suferite de cartilaj și os sunt:

- Ø Modificarea spațiului articular
- Ø Osteofitoza marginală

TRATAMENTUL ARTROZELOR

Obiectivele tratamentului sunt:

- .. Îndepărtarea durerii
- .. Creșterea mobilității în articulația suferindă
- .. Împiedicarea progresiei bolii
- .. Refacerea cartilajului

Tratamentul va fi:

1. Igieno-dietetic:

- .. corectarea greutateii în cazul bolnavilor obezi (mai ales dacă sunt afectate coloana vertebrală sau artic. membrelor inferioare);
- .. schimbarea locului de muncă (în cazul pacienților ce practică meserii ce solicită articulațiile în mod nefiziologic)

2. Medicamentos: analgezice, AINS sau steroidiene (pe cale generală sau locală), decontracturante musculare (Diazepam, Clorzoxazona)

3. Exercițiile fizice ameliorează mobilitatea articulară și previne atrofia prin inactivitatea musculaturii periarticulare; sunt preferate exercițiile izometrice.

4. BFT: este cea mai eficientă și nu are contraindicații. Se poate face electroterapie (ionizări), hidroterapie (cure balneare), termoterapie - căldură umedă (nămol cald, împachetări cu parafină - rareori căldura poate agrava

durerea), diatermie, infraroșii, ultrasunete, kinezioterapie (mișcări active și pasive), masaj

5. Trat. chirurgical (protezare șold, rezecția marilor osteofite)

6. Medicație protectoare pentru cartilaj (condroprotectoare) ce acționează asupra enzimelor degradative ale acestuia.

În afara acestor principii generale, fiecare articulație beneficiază de câteva soluții terapeutice suplimentare.

Spondilozele (spondilartroze, artroze vertebrale)

Cauze: traumatisme, obezitate, suprasolicitări mecanice, tulburări statice, anomalii congenitale.

Discul intervertebral:

- este alcătuit din 2 elemente:

- § nucleu pulpos = „bilă” ce se deplasează în toate direcțiile, situată central, bogată în apă; modificările degenerative constau în retracția și friabilitatea lui.

- § inel fibros = lame concentrice periferice; prin degenerare el se usucă și se necrozează

- involuează după 40 ani, mai ales dacă este supus traumatismelor.

ETAPE:

1. Inițial scade elasticitatea inelului pulpos (datorită pierderii de apă), ceea ce face ca presiunile preluate în mod normal de către acesta să fie transmise aberant structurilor vecine și să ducă la solicitarea neuniformă a lor. Uneori, nucleul pulpos rupe inelul fibrocartilaginos (deteriorat de presiunile anormale exercitate asupra lui) și herniază. Când procesul se produce lateral (spre găurile de conjugare) sunt afectate rădăcinile nervoase, iar când se produce posterior (mai rar), se instalează sindromul de compresiune medulară.

2. Pe corpul vertebral apar excrescențe (prelungiri/proliferări osoase) numite osteofite. Ele apar mai ales pe fața anterioară a corpilor vertebrali (localizare de obicei asimptomatică), dar și în poziție postero-laterală unde pot produce fenomene iritative ale rădăcinilor nervilor spinali (nevralgii). Foarte rar, osteofitele se dezvoltă exagerat și se unesc între ele formînd adevărate punți osoase groase, intervertebrale (situația este numită spondiloză hiperostozantă).

CLINIC:

Simptomatologia poate fi absentă mult timp. Durerea este principalul semn și poate fi de 2 tipuri:

• durerea locală (în zona afectată) își are originea în suferința ligamentelor paravertebrale și în spasmul musculaturii

• durerea radiculară, produsă prin compresiunea filetelor nervoase (de către hernierea laterală a nucleului pulpos) sau prin osteofitele formate în găurile de conjugare.

Afectarea unei rădăcini nervoase se mai exprimă prin: parestezii, alterarea reflexelor osteotendinoase, tulburări motorii ale grupelor musculare corespunzătoare.

Spondiloza are câteva caractere particulare determinate de segmentul de coloană interesat. Cele mai afectate localizări sunt în zonele de maximă mobilitate a col. vert.: C5-C6, T8, L4-L5.

.. Spondiloza cervicală asociază: radiculalgii ale plexului brahial, cefalee occipitală, amețeli, vertij, mai rar tulburări vizuale (diplopie, scotoame). Ele se explică prin compresiunea directă arterială sau prin iritarea filetelor nervoase care înconjoară arterele vertebrale de către osteofite. Rar poate apare compresia medulară.

.. Spondiloza dorsală poate fi cauzată de vârsta înaintată sau secundară unor modificări de statică vertebrală. Semnele clinice sunt ne semnificative, dar se poate marca o cifoză moderată.

.. Cea mai frecventă spondiloză este cea lombară, fiind afectate mobilitatea și calitatea de suport a acestui segment. Durerea se numește lombalgie (lumbago):

- apare mai frecvent seara (după oboseala zilei)
- se asociază cu contractura musculaturii intervertebrale
- se mai poate asocia cu durere de tip radicular (lombosciatică) care iradiază spre regiunile fesiere și membrele inferioare (pe traseul rădăcinilor nervului sciatic). În acest caz:

v mai frecvent sunt interesate articulațiile intervertebrale L4 - L5 (rădăcina L5) și L5 - S1 (rădăcina S1).

v Reflexul rotulian este afectat în cazul interesării rădăcinii L5; cel achilian în cazul interesării rădăcinii S1

v Mersul pe călcâie este imposibil în cazul interesării rădăcinii L5, iar mersul pe vîrfuri este imposibil în cazul interesării rădăcinii S1

v Nu poate apare compresiune medulară deoarece măduva spinării se termină la nivelul L1. Dar poate apare sindromul „cozii de cal” în care domină tulburările sfincteriene și de sensibilitate în zona perineală.

DIAGNOSTICUL PARACLINIC al spondilozei, indiferent de localizare, este radiologic (față și profil), urmărindu-se:

- .. Rectitudinea col. vert.
- .. Forma și dimensiunile corpurilor vert. și a spațiilor intervertebrale
- .. Eventuale deplasări ale corpurilor vert.
- .. Aprecierea densității osoase
- .. Prezența osteofitelor

PARTICULARITĂȚI ALE TRATAMENTULUI:

- În cazul afectării col. cervicale, căldura locală și analgezicele sunt de mare utilitate; în situațiile rare de compresie medulară se folosește tracțiunea pe plan înclinat.

- Lombalgia din spondiloza lombară răspunde bine la căldură locală, repaus, medicație antiinflamatoare (infiltrații paravertebrale). În cazurile severe cu deficite motorii se impune intervenție chirurgicală.

HERNIA DE DISC LOMBARĂ (HDL)

= deplasarea în canalul rahidian a discului intervertebral, avînd drept consecință compresiunea elementelor din canal (sac dural, rădăcini nervoase sau măduvă). Discurile L4-L5 (50% din cazuri) și L5-S1 (40%) sunt sediul de elecție al HDL

Factori favorizanți:

- v Vîrsta: frecvența maximă 30-50 ani
- v Sex: bărbații sunt de 2 ori mai frecvent afectați decît femeile
- v Profesii: munca fizică + trepidații (tractorști, șoferi)
- v Malformații ale coloanei: spina bifida, lombolizare S1, sacralizare L5, canal lombar îngust

Factori declanșanți:

- v Eforturi fizice mari sau bruște

v Traumatisme lombare mici și repetate sau violente

Forme clinice:

1. F. lombalgică = dureri lombare violente, ce se accentuează la mișcare și scade în repaus, obligând bolnavul la poziții antalgice
2. F. mixtă (clasică) = lombalgie + sciatică (după mai mulți ani de lombalgii, bolnavul acuză iradierea durerii în membrul inferior, de-a lungul zonei de distribuție a nervului sciatic) - vezi imaginea cu topografia durerii !!

HD L4-L5 (rădăcina L5)

HD L5-S1 (rădăcina S1)

SENZITIV: hipo(an)estezie

+

parestezii

Fața dorsală a coapse

Fața externă gambă

Haluțe+deget 2

Fața posterioară gambă

Călcîi, degetele 3,4,5

planta

MOTOR:

Pareze+paralizii

Sciatic popliteu extern

Nu merge pe călcîi (flexia dorsală picior)

Sciatic popliteu intern

Nu merge pe vîrfuri (extensia piciorului)

REFLEX ACHILIAN

prezent

Absent/diminuat

TROFICITATE:

Amiotrofie, edem, cianoză

Mușchi loja externă gambă

M. loja posterioară gambă

EXAMINAREA BOLNAVULUI:

- v Bolnav imobilizat la pat în poziție antalgică

- v În ortostatism, bolnavul este scoliotic

- v Mase musculare paravertebrale intens contractate

- v Căderea pliului fesier unilateral

- v Amiotrofie (atrofie musculară) pe fața antero-externă a gambei (L4-L5) sau pe fața ei posterioară (L5-S1)

- v Limitarea mișcărilor de flexie, extensie, lateroflexia trunchiului

- v Durerea este provocată prin presiunea la locul respectiv sau prin manevre de elongație.

DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL:

1. durerile membrului inferior din: artrite, mialgii, nevralgii

2. compresiuni radiculare determ. de: neoplasme, infecții (morb Pott, etc), spondilita anchilopoietică

EXPLORĂRI PARACLINICE:

radiografia coloanei lombare (față și profil)

computer tomografia

mielografia

electromiograma, viteza de conducere

TRATAMENT:

CONSERVATOR în caz de: lombalgii, lombosciatică moderată;

Se recomandă:

- v Repaus pe pat tare (corectează lordoza)

- v Analgetice

- v Antiinflamatoare nesteroidiene sau steroidiene

- v Decontracturante (diazepam, clorzoxazonă, midocalm)

- v Infiltrații locale cu anestezice (xilină)

- v Balneofizioterapie

CHIRURGICAL: sdr. de coadă de cal (urgență!!), HDL paralică, HDL hiperalgică, HDL persistentă la 1 lună de tratam.

ARTROZELE MEMBRULUI SUPERIOR

Umărul: foarte rar apar procese artrozice deoarece aici nu se dezvoltă presiuni asupra cartilajului. Ea poate apare la zugravi, pictori.

Cotul: artroza apare foarte rar, mai ales posttraumatic sau la muncitorii ce folosesc perforatoare pneumatice (= microtraumatisme permanente)

Mîna:

Cele mai des interesate sunt artic. interfalangiene distale (IFD) unde osteofitele marginale formează „nodulii Heberden”. Deformările articulare sunt frecvente și pot produce devierea ulnară sau radială a ultimei falange. Femeile sunt mai des afectate. Inflamația lor poate fi atenuată prin fizioterapie locală, cu proceduri calde.

Simultan sau ulterior, pot fi afectate în același mod artic. IFP, rezultînd „nodulii Bouchard”; ei sunt localizați mai frecvent la index și medius.

O altă localizare frecventă este prima artic. carpo-metacarpiană (rizartroză). Beneficii importante se obțin prin administrări intraarticulare de corticoizi.

ARTROZELE MEMBRULUI INFERIOR

COXARTROZA (artroza coxo-femurală)

Este cea mai importantă dintre toate artrozele, apariția sa ducând la deficiențe serioase în stabilitatea și mobilitatea bolnavului.

· Etiopatogenie:

a) Primară = Senilă (datorată involuției de la nivelul articulațiilor)

b) Secundară unui traumatism major sau unor anomalii congenitale (luxații congenitale)

- Simptome

- Durerea (coxalgia) apare la mers, și mai ales la urcare și coborâre; ea poate fi locală sau iradiată în regiunile vecine.

- Limitarea mișcărilor: bolnavul nu poate face mișcări uzuale (picior peste picior, nu se poate încheia la pantofi = „semnul pantofului”). Mișcărilor sunt limitate și foarte dureroase.

- Scurtarea membrului inferior, inducând poziții vicioase și dificultăți la mers, cu modificări consecutive pe coloana vertebrală.

- Cracmentele articulare ce se percep palpatoriu sau auditiv.

- Examenul radiologic este edificator. În afara semnelor generale (îngustarea spațiului articular, osteofite) apar și deformări ale capului și cotilului femural.

- Evoluție și prognostic: odată instalată, coxartroza are un caracter progresiv. Duce la deformarea bazinului, scurtarea membrului inferior respectiv, alterarea celeilalte articulații prin suprasolicitare, mersul este mult afectat, iar în final duce la imobilizarea individului.

- Dintre toate artrozele, ea are caracterul cel mai ireversibil și mai invalidant.

- Apare mai des la bărbați

- În fazele inițiale se insistă pe exerciții fizice pasive și active pentru împiedicarea fibrozei capsulare (cauză importantă a pierderii mobilității). Artroplastia totală de șold are succes în cazurile de anchiloză totală.

Gonatroza

- este cea mai frecventă dintre toate artrozele;
- apare mai frecvent la femei;
- cauzele cele mai frecvente: traumatisme, anomalii congenitale, laxitate ligamentară, obezitate;
- semne: dureri, limitarea mișcărilor, cracmente articulare.
- Când modificările degenerative se produc inegal între zona medială și cea laterală a platoului tibial, artic. se deformează (genu valgum = X sau genu varum = O) și devine instabilă.
- În cazul unei imobilizări mai îndelungate, musculatura periarticulară se atrofiază cu rapiditate.
- Se recomandă exercițiile fizice în apă și reducerea obezității (dacă este cazul).

Picior: suferința primei artic. metatarso-falangiene este cea mai frecventă afectare. Proeminența medială a osteofitelor este caracteristică și denumită în mod curent „mont”. Dezvoltarea lui poate fi accelerată de încălțăminte strâmtă.

Interesarea altor articulații ale piciorului este rară și deseori este consecința unor modificări de statică (picior plat).