

MANAGEMENTUL ÎN BOALA ARTROZICĂ

MANAGEMENT OF OSTEOARTOSIS DISEASE

Dr. Aleonte Maria Cristina
Spitalul Clinic Județean de Urgență
e-mail: *cristinaaleonte@yahoo.com*

Abstract:

Osteoarthritis (OA) is the most common form of arthritis, affecting millions of people around the world. OA involves the articular cartilage, the subchondral bone and synovium. Causes include aging joints, previous injuries, and obesity among others. Symptoms of OA include joint pain and swelling, stiffness in the morning, limited range of motion. OA treatment depends on the affected joint but often includes medication and exercise, and sometimes surgery. OA gradually worsens with time, but osteoarthritis treatments can slow the progression of the disease, relieve pain and improve joint function.

Key-words: Osteoarthritis, radiology-gold standard, Nonsteroidal anti-inflammatory Drugs (NSAIDs).

I. Date generale

Definiție: Artroza, denumită și boala reumatică degenerativă, reprezintă insuficiența articulațiilor diartrodiale. Artroza este o artropatie non-inflamatorie progresivă, invalidantă, caracterizată de degradarea până la dispariția cartilajului articular, cu remodelare osoasă marginală de tip osteofite și scleroză subcondrală.

Clasificare:

1. Artroza primitivă (apare după 60 de ani, nu se pot identifica factori declanșatori);
2. artroza secundară (apare precoce fiind generată de factori identificabili) [5].

Artroza-în cifre:

Această artropatie este cea mai frecventă cauză de durere cronică la vârstnic, reprezentând a 2-a cauză de morbiditate după 55 de ani. (30% din pacienți nu pot merge pe jos 300 m, 28% nu pot urca 10 trepte iar 25% cară cu dificultate o greutate de 2,5 kg) [6].

Datorită creșterii speranței de viață, aceste cifre vor crește în viitor.

Factori favorizanți:

Factorii favorizanți pentru artroză sunt numeroși și se pot clasifica în factori generali și locali.

Factori generali:

1. Genetici (genele pentru colagen, proteoglicani);

2.Vârsta- este cel mai puternic factor de risc pentru artroza;

3. Sexul;

4.Obezitatea (este un factor de risc pentru artroza genunchilor și a mâinii);

5. Densitatea minerală osoasă;

6. Hipermobilitatea;

7.Alte boli (Diabet zaharat, Hipertensiune arteriala, gută).

Factori locali:

1. Solicitare anormală, țesuturi normale (stres mecanic repetat, traumatisme);
2. Solicitare normală, țesuturi anormale (alterări primitive ale articulațiilor, alterări secundare- boli inflamatorii, metabolice, endocrinologice, neurologice, infecțioase).

Cel mai frecvent intervin mai mulți factori favorizanți!

Să ne aducem aminte:

Cartilajul articular este un tip de țesut conjunctiv, înalt diferențiat, lipsit de vascularizație și inervație, elastic și rezistent. Cartilajul ce învește suprafețele articulare este cartilaj hialin.

Acest cartilaj îndeplinește mai multe roluri:

- 1.dispersia forței mecanice pe toată suprafața articulară;

2. adaptarea suprafețelor osoase la solicitările mecanice;

3. frecare minimă între suprafețele articulare.

Cartilajul articular este alcătuit din condrocite și matrice extracelulară. Condrocitele sintetizează:

1. componente ale matricei extracelulare (colagen II, IX, XI și proteoglicani),
2. Metaloproteinaze matriceale (MMP) - colagenază, agrecanaza, gelatinaza, stromelizina.

Matricea extracelulară este reprezentată într-o proporție de 70% din apă. Restul de 30% este format din colagen, proteoglicani și alte molecule ca anchorin, condronectina.

Colagenul alcătuiește o rețea ordonată care asigură cartilajului forma și rezistența. Proteoglicanii asigură cartilajului elasticitate și rezistență.

Patogenia artrozei:

La baza patogeniei degradării artrozice se află

1. Degradarea progresivă a cartilajului articular;
2. Reacția hipertrofică a osului subcondral.

Degradarea cartilajului articular cu alterarea sintezei de colagen, a condrocitelor, a sintezei de proteoglicani și alterarea matricei extracelulare.

Reacția reparatorie a osului subcondral contribuie la durere și handicap fizic, cu hipervascularizare, stimulare osteoblastică și neoformare de os și cartilaj. Această reacție reparatorie a osului subcondral are un mecanism necunoscut (sub influența factorilor de creștere, penetrare vase, stază venoasă, cicatrizări vicioase ale microfracturilor) [3].

Modificări anatomo-patologice în artroză:

1. Îngustarea cartilajului;
2. Osteoscleroză;
3. Osteofitoză [5].

Tabloul clinic în artroză:

Simptome:

1. Durere articulară- este principala cauză de durere cronică la vârstnici, are intensitate variabilă, în funcție de pragul individual, dar și de localizare (șoldul doare cel mai tare, mâinile cel mai puțin), este meteorodependentă (frigul și umezeala accentuează durerea), se intensifică la efort și se ameliorează în repaus, dar pe măsură ce boala progresează poate deveni persistentă. Să reținem că nu există o corelație între intensitatea durerii și severitatea modificărilor radiologice.

2.Redoare articulară < 30 minute

3.Reducerea mobilității

4.Impotența funcțională de diferite grade

Semne clinice:

1.Sensibilitate la palpare;

2. Mărire de volum;

3.Tumefacție de părți moi;

4.Cracmente articulare;

5.Limitarea mișcărilor active și pasive;

6. Deformări și anchiloze.

La palpare se poate detecta o creștere ușoară a temperaturii locale. Atrofia musculară periarticulară poate fi datorată lipsei de utilizare sau inhibării reflexe a contracțiilor musculare. În stadiile avansate de artroză pot apărea deformări importante, hipertrofii osoase, subluxatii și reducerea marcată a mobilității articulare. Concepția că artroză este inexorabil progresivă este incorectă. La mulți pacienți se stabilizează; la alții poate apărea o regresie a durerilor articulare sau chiar a modificărilor radiologice [5].

Diagnostic paraclinic:

Diagnosticul artrozei se bazează de obicei pe modificările clinice și radiologice. Nu există modificări de laborator cu valoare diagnostică pentru artroză, dar unele teste specifice pot ajuta la identificarea unei cauze subiacente de artroză secundară. Deoarece artroza primitivă nu este sistemică, viteza de sedimentare a hematiilor, determinările serice biochimice, hemogramă și sumarul de urină sunt

normale. Analiza lichidului sinovial relevă o leucocitoză ușoară, cu predominantă celulelor mononucleare [3].

Așadar, explorările biologice care trebuie efectuate în boala artrozică: teste de rutină, teste pentru artroza secundară și examenul lichidului sinovial. Explorările imagistice utile sunt: radiologice (gold standard), CT, RMN, Artroscopie [3].

Diagnosticul diferențial în funcție de localizare:

1. Coloana vertebrală: B. Forestier, Spondiloartropatii (SA), Osteoporoză, Metastaze vertebrale;
2. Șold: Necroză aseptică;
3. Mână: Poliartrita reumatoidă, artrită psoriazică;
4. Genunchi: Artrită reactivă, Leziuni traumatice, Necroză aseptică, Artrită septică[5].

II. Managementul artrozei

Obiectivul principal al sănătății este ca pacientul să se simtă bine prin reducerea durerii, îmbunătățirea funcționalității și integrarea în societate.

Decizia terapeutică presupune un diagnostic clinic, funcțional și radiologic precoce și corect și este adesea o problemă de colaborare interdisciplinară care necesită prezența medicului reumatolog, a celui ortoped și a celui de medicină fizică și de recuperare.

Obiectivele tratamentului:

1. Reducerea durerii;
2. Reducerea inflamației;
3. Ameliorarea mobilității/menținerea funcției;
4. Prevenirea handicapului;
5. Evitarea toxicității medicamentoase;
6. Ameliorarea calității vieții, astfel încât să încercăm să oprim procesul patogenic [1].

Ce spun ghidurile în privința tratamentului bolii artrozice?

Terapie medicamentoasă în artroză

Conform noului Ghid ACR-2012 (American College of Rheumatology 2012-

Recommendations for the Use of Nonpharmacologic and Pharmacologic Therapies in Osteoarthritis of the Hand, Hip and Knee), se recomandă în tratamentul artrozei mâinii, să se folosească una sau mai multe din:

1. Capsaicina topică;
2. Antiinflamatoare nesteroidiene(AINS) topice;
3. AINS orale, inclusiv inh COX2 selectivi;
4. Tramadol; și să nu se utilizeze terapii intraarticulare sau analgezice opioide, iar persoanele cu vârstă >75 ani să folosească AINS topice decât AINS orale.

În tratamentul gonartrozei, acest ghid recomandă una din următoarele opțiuni:

1. Acetaminofen;
 2. AINS orale;
 3. AINS topice;
 4. Tramadol;
 5. Injecții intraarticulare cu corticoizi,
- și se insistă ca acești pacienți să nu folosească:

1. Condroitin sulfat;
2. Glucozamină;
3. Capsaicina topică.

Noul ghid ACR, recomandă ca pacienții cu coxartroză să folosească una dintre următoarele opțiuni:

1. Acetaminofen;
2. AINS orale;
3. Tramadol;
4. Injecții intraarticulare cu corticoizi

și se recomandă condiționat ca acești pacienți să nu folosească:

1. Condroitin sulfat;
2. Glucozamină[1].

În artroză trebuie să se manifeste prudență în administrarea AINS datorită efectelor adverse ale acestor medicamente, îndeosebi cele legate de tractul gastrointestinal. La pacienții cu risc gastro-intestinal se recomandă AINS clasic asociat cu un agent gastroprotector sau COX-2-specific. La pacienții la care AINS sunt contraindicate,

ineficiente sau netolerate se va prescrie opioide +/- paracetamol [4].

Măsurile non-farmacologice în tratamentul bolii artrozice se referă la reducerea solicitării articulare. Artroza poate fi cauzată sau agravată de o mecanică corporală inadecvată. Trebuie evitată solicitarea excesivă a articulațiilor afectate. Pacienții cu gonartroză sau coxartroză trebuie să evite ortostatismul prelungit sau flectarea excesivă a genunchilor. La obezi trebuie indicată corectarea greutateii corporale. Repausul în timpul zilei poate fi benefic, dar imobilizarea completă a unei articulații dureroase este rareori indicată. Aplicațiile de căldură la nivelul articulațiilor artrozice pot reduce durerile și redoarea. Deoarece musculatura periarticulară joacă un rol major în protejarea cartilajului articular față de stres, contractura sa este importantă. Exercițiile fizice au un rol important pentru menținerea mobilității cât și pentru realizarea contractiilor musculaturii din jurul articulațiilor. Tratamentul non-farmacologic include exerciții fizice regulate, reducerea greutateii corporale, folosirea de mijloace ajutătoare pentru sprijin[7].

Tratamentul chirurgical în artroză presupune debridare, sinovectomie, extragerea fragmentelor de cartilaj, osteotomii, rezecțiile osteofitelor voluminoase, grefe de condrocite autologe, artroplastii și protezări articulare [6].

III. Concluzii

1. Managementul optim în boala artrozică se realizează prin asocierea tratamentului non-farmacologic și farmacologic.

2. Agenții medicamentoși (în special AINS) rămân cele mai potente arme împotriva durerii din artroză.

3. Peste vârsta de 75 de ani riscurile utilizării AINS trebuie atent evaluate.

4. La pacienții obezi, trebuie indicată în primul rând scăderea în greutate.

5. Exercițiile fizice regulate au un rol important în tratamentul OA.

Bibliografie:

- [1] American College of Rheumatology Subcommittee on rheumatoid Arthritis Guidelines. Guidelines for the management of rheumatoid arthritis: 2002 update. *Arthritis Rheum.* 2002;46:328–346.
- [2] Brandt KD, Flusser D: Management of osteoarthritis, in *Textbook of rheumatology*, 5th ed, WN Kelley et al (eds). Philadelphia, Saunders, 1995.
- [3] Brandt Kenneth D.: Artroza, in *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 2nd VOL, 16ed; 2005.; 2127-2134
- [4] Marc C. Hochberg, Roy D. Altman, Karine Toupin April, Maria Benkhalti, Gordon Guyatt, Iessie MCGowan, Tanveer Towheed, Vivian Welch, George Wells and Peter Tugwell: Recommendations for the Use of Nonpharmacologic and Pharmacologic Therapies in Osteoarthritis of the Hand, Hip and Knee, in *American College of Rheumatology 2012*, Vol. 64; 465-474.
- [5] Popescu E. Boala artrozica. In: *Tehnica E*, ed. *Compendiu de Reumatologie*, 2001.
- [6] *Revista Română de Reumatologie – Ghid de tratament in artroza* VOL. XXI NR. 1, AN 2012.
- [7] Simon LS, Lipman AG, Jacox AK, et al. *Pain in Osteoarthritis, Rheumatoid Arthritis and Juvenile Chronic Arthritis*. 2nd ed. Glenview, Ill: American Pain society; 2002.