

# BOALA ARTROZICA

## DEFINITIE

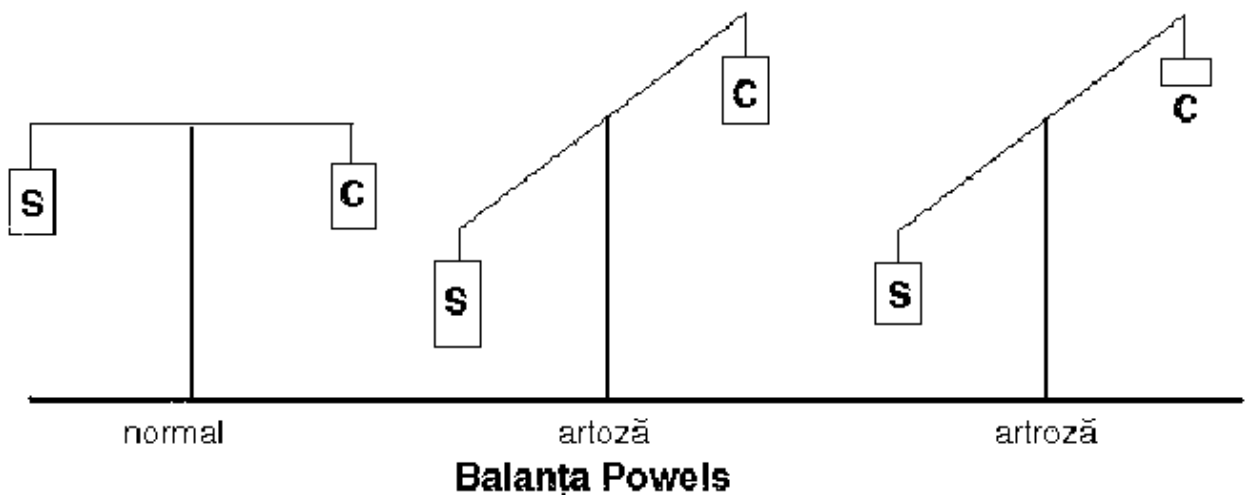
---

Artrozele sînt boli degenerative ale articulațiilor mobile, caracterizate prin deteriorarea cartilajului articular și apariția de țesut osos de neformare la nivelul suprafețelor articulare.

## PATOGENIE

---

Boala apare ca urmare a dezechilibrului între solicitarea pe articulație și posibilitatea de refacere a țesutului conjunctiv cartilajinos, care suferă un proces de pierdere progresivă a matricei intercelulare, în special proteoglican. Consecutiv, crește rata metabolică a condrocitelor cu creșterea sintezei de ADN. Dezechilibrul celor două procese în favoarea distrucției marchează ireversibilitatea bolii și precipitarea ei.



**S = nivelul solicitării articulare**  
**C = integritatea cartilajului articular**

## FACTORI FAVORIZANȚI

---

### GENERALI

1. Vîrsta - majoritatea persoanelor peste 60 de ani fac artroze cu diverse localizări.
2. Ereditatea - este dovedită predispoziția familială pentru boala artrozică.
3. Factori endocrini - acuzele articulare de tip degenerativ se concentrează la femei în preajma menopauzei.

#### 4. Factori nutritionali si metabolici:

- asocierea cu obezitatea
- valori mari ale colesterolului
- exces de lipide în cartilaj

### **LOCALI**

#### **Supraîncarcarea articulara**

- profesii
- obezitate

#### **Lezarea directa a cartilajului**

- traumatisme
- infectii (tbc, etc.)
- reumatisme inflamatorii (poliartrita reumatoida)
- hemartroza
- ischemia osoasa (osteonecroza aseptica)
- distrofia osoasa (boala Paget)
- condrocalcinoza
- boli endocrine (hipotiroidia, acromegalia, boala Cushing)
- afectiuni neurologice (tabes)

### **TABLOU CLINIC**

---

Pe tot parcursul evolutiei bolii, simptomatologia este dominata de durere, care poate avea cauze multiple:

- a) modificari ale periostului
- b) compresiunea osului cu microfracturi trabeculare
- c) pensarea sau iritarea vilozitatilor sinoviale
- d) inflamatie sau întinderea capsulei articulare si a insertiilor tendinoase
- e) contractura muschilor din vecinatate
- f) compresiuni ale nervilor adiacenti

În *stadiul preartrozic* durerea apare dupa imobilizari prelungite, cum ar fi repausul nocturn, cedînd sau chiar disparînd la mobilizare. Este asa-numita durere "de start" sau "de demaraj".

În *stadiul artrozic* durerea este accentuata de ortostatism prelungit si de mers, mai ales pe sol dur sau accidentat, cînd este vorba de articulatiile portante. De regula durerea se accentueaza la modificarile de presiune atmosferica.

În *stadiul tardiv* apar retractiile capsulo-ligamentare si tendinoase care limiteaza miscarea articulara. Durerea apare în apropierea zonei de amplitudine maxima a miscarii, pe care bolnavul va avea tendinta de a o evita. Se instaleaza astfel un cerc vicios care duce la redoare articulara din ce în ce mai severa.

Exacerbarile bruste ale durerii se datoresc *puseelor inflamatorii*, care apar fara o cauza decelabila sau secundar unor traumatisme chiar minore.

## **EXAMEN OBIECTIV**

---

Articulatiile artrozice se pot prezenta la examenul obiectiv deformate mai ales prin cresterea de volum a extremitatii osoase, dar si prin hidartroza sau îngrosare sinoviala.

Datorita deteriorarii suprafetelor articulare, pot apare cracmente sau miscarea se poate bloca la un moment dat.

Contractura muscilor din vecinatatea articulatiei bolnave este o constatare clinica frecventa.

Limitarea mobilitatii, care apare în stadiile avansate, poate atrage dupa sine tulburari de statica si mers cu rasunet pe întreg aparatul locomotor.

În formele acutizate (încalzite) apar semnele locale ale inflamatiei.

Starea generala nu este influentata, cu exceptia rasunetului psihic al durerii.

Probele biologice sînt în general normale, dar VSH-ul poate creste în formele acutizate.

## **EXAMEN RADIOLOGIC**

---

În stadiile incipiente nu se remarca modificari radiologice.

Primele semne, necaracteristice, se datoresc subtierii cartilajului articular, determinînd pensarea spatiului articular.

Modificarile osoase pot merge de la pensare marginala, osteofit, pîna la proliferari exuberante. Tardiv apar scleroza osului subcondral si chisturile.

În stadiile foarte avansate spatiul articular este disparut si extremitatile osoase, neregulate, deformate, cu proliferari osteofitice masive, vin în contact direct. Tot acum apar deviatiile axiale si subluxatiile.

Pe coloana vertebrala, primul semn radiologic clar este îngustarea spatiului discal. Hiperproductiile osoase de tip osteofitic se dezvoltă mai ales anterior. Ele pot duce la formarea de punți osoase, care atunci când se întind de-a lungul întregii coloane semnează diagnosticul afecțiunii numite *hiperostoza anchilozanta senila Forestier*.

## **OBIECTIVE DE TRATAMENT**

---

1. Combaterea durerii
2. Menținerea mobilității articulare
3. Menținerea sau refacerea tonusului muscular
4. Prevenirea deteriorării în continuare a cartilajului articular
5. Ameliorarea circulației locale

## **MIJLOACE DE TRATAMENT**

---

### **1. TRATAMENT IGIENO-DIETETIC**

Se recomandă de câte ori este cazul restabilirea echilibrului ponderal, mai ales atunci când sînt afectate articulațiile portante.

Nu se limitează activitatea motorie a bolnavilor decît în fazele de acutizare a bolii, dar bolnavul este educat să evite posturile defectuoase sau dezavantajoase care presupun suprasolicitarea articulației în suferință sau care îngreunează circulația locală.

Se recomandă evitarea expunerii la frig și umezeală.

### **2. TRATAMENT MEDICAMENTOS**

Durerea se va combate cu antialgice obișnuite de tipul algocalminului, paracetamolului. În fazele de acutizare se vor folosi AINS pînă la cedarea fenomenelor inflamatorii. Se pot folosi aspirina, diclofenacul, indometacinul, piroxicamul, etc. per os, intra-rectal, intra-muscular. Sînt foarte mult utilizate topicele locale de tipul fenilbutazonei sau indometacinului.

AIS se folosesc mai ales în infiltrații locale cu preparate depozit de tipul Diprophosului.

Tratamentul cu extracte de cartilaj (Artreparon, etc.) nu și-a dovedit eficiența.

### **3. TRATAMENT FIZICAL**

**Termoterapia:** aplicații de namol, parafina, infraroșii, unde scurte, băi calde generale - cu efect de favorizare a circulației, antiflogistic, analgezic, decontracturant, urmărind eliminarea factorilor iritanți ai sinovialei și stimularea secreției de lichid sinovial.

**Masajul:** tonifiere musculară și ameliorarea circulației periarticulare.

**Electroterapia:** CDD, ultrasunet, curenți interferențiali, curent galvanic - în scop antialgic, decontracturant și hiperemizant.

**Kinetoterapia:** exerciții active și pasive, exerciții rezistive, urmărind îmbunătățirea funcției musculare, combaterea redorii articulare, ameliorarea nutriției cartilajului. Efectele sale sînt cu atît mai bune dacă se efectuează și sub formă de hidrokinetoterapie.

#### **4. TRATAMENT BALNEAR**

Se recomandă 1-2 cure balneare pe an în stațiuni cum ar fi: Amara, Pucioasa, Baile Herculane, Baile Felix, Geoagiu, Lacu Sarat, Mangalia, etc.

#### **5. MASURI AUXILIARE**

- corecții ortopedice
- readaptare profesională
- reinsertie socială

În continuare ne vom referi la unele din cele mai importante localizări ale procesului degenerativ la nivel articular, fiecare avînd caracteristici distincte, constituindu-se practic într-o afecțiune de sine statatoare.

### **COXARTROZA**

---

Artroza articulației coxofemorale este o suferință frecventă a persoanelor trecute de vîrstă medie, care survine la jumătate din cazuri fără o cauză aparentă (forma primitivă). Coxartrozele secundare apar la bolnavii cu malformații subluxante ale soldului, traumatisme de tipul fracturii de col femural și luxației de cap femural, etc.

#### **TABLOU CLINIC**

Simptomul subiectiv care domină în coxartroza este durerea. Localizarea sa poate fi diferită: peritrohanterian, fesier, inghinal sau la distanță în genunchi.

Caracterul durerii este mecanic, cu agravare la mers și calmare la repaus.

Examenul obiectiv evidențiază dificultatea la mers și mai tîrziu mersul schiopătat. Limitarea mobilității soldului este diferită în funcție de cauza coxartrozei. Astfel, coxartroza primitivă lasă mulți ani o mobilitate cvasinormală bolnavului, în timp ce coxartrozele secundare, îndeosebi cele posttraumatice, afectează rapid mobilitatea. Datorită posturii antialgice de ușoară flexie cu rotație externă pe care o adoptă bolnavii în pat, apar cu timpul retractii musculotendinoase cu fixarea soldului în această poziție.

## **SEMNE RADIOLOGICE**

Radiografia de bazin pentru coxofemorale evidentiaza cele patru semne importante pentru diagnostic:

- pensarea interliniei articulare;
- osteofitoza, care este precoce si patognomonica;
- osteocondensarea de o parte si de alta a spatiului articular;
- geodele.

## **TRATAMENT SPECIFIC**

### **Tratament igieno-postural**

- scadere în greutate;
- evitarea mersului îndelungat;
- evitarea ortostatismului prelungit;
- mers cu sprijin în baston;
- mers pe bicicleta;
- decubit ventral pe pat tare o jumatate de ora pe zi;
- corectarea diferentelor de lungime ale memebrelor inferioare prin încaltaminte ortopedica.

### **Tratament chirurgical**

- artrodeza;
- osteotomii intertrohanteriene;
- osteotomia de bazin (Chiari);
- proteza totala de sold.

## **GONARTROZA**

---

Artroza genunchiului este una din cele mai frecvente cauze de limitare a activitatii motorii, întâlnita mai ales la femei de vârsta mijlocie, la care modificarile degenerative în articulatie, aparent primitive, sînt agravate de obezitate si menopauza.

Formele secundare de gonartroza apar mai ales dupa traumatisme cu interesare articulara sau în deviatii axiale ale genunchiului (genu varum, genu valgum).

## TABLOU CLINIC

Durerea apare la mers, de obicei la primii pasi dupa o imobilizare prelungita, cedeaza odata cu "încalzirea" articulatiei, pentru a reapare în caz de ortostatism sau mers prelungit.

De cele mai multe ori articulatia este de volum normal sau usor crescut prin deformarea capetelor osoase articulare. În caz de exces de lichid sinovial, putem palpa socul rotulian.

Punctele dureroase se situeaza în spatiul popliteu, la insertia tendonului "labei de gîsca" sau de-a lungul interliniului articular.

Miscarile pasive evidentiaza cracmentele articulare. Mobilizarea cranio-caudala a rotulei pozitiveaza "semnul rindelei" în caz de artroza femuro-patelara.

Desi rareori apare limitarea flexiei, unghiul util de 90° fiind conservat, limitarea extensiei chiar de cîteva grade atrage dupa sine un dezechilibru de mers care amplifica leziunile si suprasolicita genunchiul sanatos.

## SEMNE RADIOLOGICE

- îngustarea spatiului articular;
- osteofite rotuliene sau pe platourile tibiei;
- modificari de forma ale spinelelor tibiale;
- osteocondensari subcondrale mai ales la tibie.

## CERVICARTROZA

---

Afectarea degenerativa a coloanei vertebrale este cunoscuta sub numele de spondiloza sau spondilodiscartroza. Cum asupra localizarii lombare a spondilozei ne-am oprit cu ocazia unui capitol precedent, în paragrafele urmatoare ne vom referi la artroza coloanei cervicale.

Localizarea procesului degenerativ la nivelul coloanei cervicale are unele particularitati zonale care duc la manifestari clinice polimorfe, datorita interesarii în grade variate a discurilor intervertebrale, a articulatiilor posterioare si aparatului musculo-ligamentar al gîtului.

Discul intervertebral artrozic, care este un disc dur, tinde sa patrunda prin spatiul uncovertebral, unde produce o remodelare a apofizei unciforme, care se alungeste si se recurbeaza, invadînd gaura de conjugare. Apare în acest fel compresia fie pe o radacina nervoasa cu aparitia nevralgiei cervico-brahiale, fie pe artera vertebrala cu aparitia insuficientei circulatorii vertebro-bazilare.

În caz de herniere a nucleului pulpos, pot apare leziuni medulare cu tetrapareza sau tetraplegie.

## **TABLOU CLINIC**

Simptomul principal al artrozei cervicale este cervicalgia, cu localizare în ceafa și iradiere diversă: în regiunea occipitală, în vertex, în regiunea orbitară, în umeri sau de-a lungul unui dermatom în afectările radiculare.

Inspectia regiunii pune în evidență atitudini antalgice, de obicei de ușoară flexie sau înclinare laterală.

La palpare putem constata prezența durerii în puncte sensibile la nivelul apofizelor transverse sau în masele musculare.

Mobilitatea activă și pasivă este aproape totdeauna limitată prin durere.

În caz de afectare radiculară pot apărea tulburări de sensibilitate sau de reflexe osteotendinoase, ca și deficite motorii la nivelul membrului superior.

Compresiunea pe artera vertebrală duce la apariția simptomelor și semnelor cunoscute ale sindromului Barré-Lieou.

## **MÎNA ARTROZICĂ**

---

Între articulațiile mîinii, cel mai des interesate sînt interfalangienele distale, cu formarea de osteofite marginale care dau aspectul caracteristic, al nodurilor Heberden. Apariția lor are loc într-un interval mare de timp și poate duce la deformare articulară cu devierea ultimei falange. Aceleași modificări pot apărea și la nivelul interfalangienelor proximale, cu formarea nodurilor Bouchard.

Prima articulație carpo-metacarpiană este și ea adesea sediul unei artroze care poate duce în timp la subluxație a primului metacarpian.

Procesul degenerativ la nivelul mîinii pare să afecteze mai frecvent femeile decît bărbații, iar evoluția sa este adesea punctată de episoade inflamatorii cu edem local, hiperemie și durere intensă. Aceste cazuri pun uneori mari probleme de diagnostic diferențial cu o poliartrită reumatoidă seronegativă. În tabelul următor sînt redate cîteva din cele mai importante elemente care permit diferențierea celor două afecțiuni.

**Criteria de diferentiere între  
poliartrita reumatoida si boala artrozica**

<b>Criteriul</b>	<b>Poliartrita reumatoida</b>	<b>Boala artrozica</b>
Vîrsta	35-45 ani	peste 50 ani
Raport între sexe (B:F)	1:3	1:10
Debut, localizare	articulatiile mari sau mici, simetric	articulatiile mari simetric si articulatiile mici asimetric
Evolutie progresiva	++	+
Fenomene inflamatorii	primare	secundare, posibile
Manifestari imunologice	++	-
Acuze subiective	obligatorii	facultative
Interesari viscerale	posibile	-
Simptome generale	++	-
Sindrom inflamator	++	±
Evolutie invalidanta	++	±