

ELENA SÎRBU

SIMONA SZASZ

BOLILE REUMATOLOGICE

Aspecte clinice și de recuperare

PRESA UNIVERSITARĂ CLUJEANĂ

2022

Cuprins

ABREVIERI.....	5
----------------	---

CAPITOLUL I.

EXAMENUL CLINIC AL BOLNAVULUI REUMATIC	13
--	----

I.1. Examenul obiectiv	14
------------------------------	----

I.2. Explorarea paraclinică	21
-----------------------------------	----

I.2.1. Analiza lichidului sinovial (LS).....	21
--	----

I.2.2. Examenul radiografic	22
-----------------------------------	----

I.2.3. Tomografia computerizată.....	23
--------------------------------------	----

I.2.4. Rezonanța magnetică nucleară	23
---	----

I.2.5. Scintigrafia osteoarticulară	23
---	----

I.2.6. Artroscopia și biopsia sinovială.....	24
--	----

I.2.7. Ecografia musculo-scheletală	24
---	----

I.2.8. Investigațiile de laborator.....	24
---	----

CAPITOLUL II.

EVALUAREA FUNCȚIONALĂ A BOLNAVULUI REUMATIC.....	25
--	----

II.1. Evaluarea analitică.....	25
--------------------------------	----

II.1.1. Bilanțul articular	25
----------------------------------	----

II.1.2. Bilanțul muscular	28
---------------------------------	----

II.2. Evaluarea globală.....	29
------------------------------	----

II.2.1. Evaluarea globală generală	30
--	----

CAPITOLUL III.

CLASIFICAREA BOLILOR REUMATISMALE..... 35

CAPITOLUL IV.

BOLI REUMATICE SISTEMICE..... 37

IV.1. Poliartrita reumatoidă 37

IV.1.1. *Etiologie* 37

IV.1.2. *Examenul clinic și paraclinic* 38

IV.1.3. *Diagnosticul pozitiv* 44

IV.1.4. *Diagnosticul diferențial* 45

IV.1.5. *Clasificarea clinico-funcțională* 46

IV.1.6. *Clasificarea în funcție de starea anatomică* 46

IV.1.7. *Monitorizarea activității bolii*..... 47

IV.1.8. *Tratament*..... 48

IV.2. Lupusul eritematos sistemic (les)..... 51

IV.2.1. *Etiologie* 52

IV.2.2. *Examenul clinic și paraclinic* 52

IV.2.3. *Diagnostic pozitiv*..... 56

IV.2.4. *Tratament* 58

IV.3. Scleroza sistemică (SSc) 60

IV.3.1. *Etiologie* 61

IV.3.2. *Examenul clinic și paraclinic* 62

IV.3.3. *Diagnostic*..... 66

IV.3.4. *Tratament* 67

CAPITOLUL V.

SPONDILITA ANCHILOZANTĂ..... 69

V.1. *Etiologie* 69

V.2. *Manifestări clinice*..... 70

V.3. *Examenul clinic*..... 72

V.4. Explorări paraclinice	74
V.5. Diagnostic pozitiv	75
V.6. Diagnostic diferențial	77
V.7. Tratament.....	78
 CAPITOLUL VI.	
BOALA ARTROZICĂ	83
VI.1. Clasificare	83
VI.2. Etiologie	84
VI.3. Examenul clinic.....	85
VI.4. Explorări paraclinice	87
VI.5. Forme clinice ale artrozei	88
VI.5.1. Coxartroza	88
VI.5.2. Gonartroza.....	94
VI.5.3. Artrozele coloanei vertebrale (<i>spondilartroza, discartroza</i>)	101
 CAPITOLUL VII.	
REUMATISMELE ABARTICULARE.....	115
VII.1. Afectarea periarticulară a umărului.....	115
VII.1.1. Etiopatogenie	115
VII.1.2. Examen clinic	116
VII.1.3. Tratament kinetic și de recuperare	122
VII.2. Afectarea periarticulară a cotului	122
VII.3. Afectarea periarticulară a mâinii	126
 CAPITOLUL VIII.	
MANIFESTĂRI REUMATICE ASOCIATE CU BOLI METABOLICE – GUTA	129
VIII.1. Etiopatogenie.....	129
VIII.2. Manifestări clinice.....	130

VIII.3. Examenul clinic și paraclinic.....	133
VIII.4. Diagnostic pozitiv.....	138
VIII.5. Tratament.....	139
CAPITOLUL IX.	
KINETOTERAPIA ÎN PRINCIPALELE SINDROAME REUMATOLOGICE.....	141
IX.1. Kinetoterapia în patologia umărului reumatismal.....	141
IX.1.1. Calmarea durerii.....	141
IX.1.2. Refacerea mobilității articulare.....	142
IX.1.3. Refacerea forței musculare.....	156
IX.2. Kinetoterapia în patologia cotului reumatismal	159
IX.2.1. Combaterea durerii.....	159
IX.2.2. Combaterea tulburărilor vasomotorii și trofice	160
IX.2.3. Refacerea mobilității articulare.....	160
IX.2.4. Refacerea forței musculare.....	170
IX.3. Kinetoterapia în patologia mâinii reumatoide	174
IX.3.1. Refacerea mobilității articulare.....	174
IX.3.2. Refacerea forței musculare.....	181
IX.3.3. Refacerea abilității	190
IX.4. Kinetoterapia în patologia șoldului reumatismal.....	190
IX.4.1. Combaterea durerii.....	191
IX.4.2. Refacerea stabilității șoldului	191
IX.4.3. Tonifierea musculaturii.....	193
IX.4.4. Refacerea mobilității șoldului	194
IX.5. Kinetoterapie în patologia coloanei vertebrale	204
IX.6. Tratamentul kinetic în patologia genunchiului.....	225
IX.6.1. Obținerea indolorității.....	225
IX.6.2. Refacerea stabilității	226
IX.6.3. Refacerea mobilității articulare.....	234
IX.7. Kinetoterapie în patologia gleznei și a piciorului.....	245

IX.7.1. Combaterea durerii.....	245
IX.7.2. Refacerea echilibrului muscular.....	246
IX.7.3. Refacerea mobilității articulare.....	250
IX.7.4. Refacerea bolții plantare.....	259
IX.7.5. Refacerea alinierii piciorului.....	260
BIBLIOGRAFIE.....	263
ANEXE.....	267

CAPITOLUL I.

Examenul clinic al bolnavului reumatic

Semnele și simptomele întâlnite frecvent în patologia reumatismală sunt: durerea, redoarea articulară, tumefierea, impotența funcțională, simptome generale.

1. Durerea musculoscheletică este cel mai frecvent simptom întâlnit în practica reumatologică. Este important de știut localizarea durerii, dacă aceasta interesează una sau mai multe articulații, felul debutului (acut sau cronic), durata durerii, intensitatea, iradierea, migrarea, factorii de agravare sau de ameliorare, caracterul durerii.

Uneori pacienții descriu durerea ca fiind ascutită, lancinantă, de obicei în teritoriul de distribuție al unui nerv, și atunci de cele mai multe ori suspectăm o neuropatie compresivă. Alteori, durerea este atroce și pacienții nu suportă „nici măcar atingerea unui cearceaf” (ex: guta).

O altă precizare importantă este cea legată de caracterul durerii care poate fi de tip mecanic sau de tip inflamator. Durerea de tip mecanic se accentuează cu mișcarea și se ameliorează în repaus. Durerea de tip inflamator apare în repaus și se calmează cu mișcarea (tabel I). Un tip particular de durere este cea neoplazică, cu evoluție progresivă, cvasipermanentă, accentuată nocturn.

Tabel I. Diferențierea durerii mecanice de cea de tip inflamator

	Durere de tip inflamator	Durere de tip mecanic
Condiții de ameliorare	Mișcare	repaus
Redoare matinală	prelungită (peste 60 de min)	redușă (sub 30 de min)
Eritem local	prezent inconstant	absent
Căldură locală	prezentă inconstant	absentă
Sindrom biologic inflamator	Prezent	absent
Manifestări sistemice asociate	prezente	absente

2. Redoarea articulară reprezintă senzația subiectivă de rezistență la mobilizarea unei articulații. Are o durată variabilă: durează minute, în bolile degenerative, și ore, în cele inflamatorii cronice.

3. Tumețierea poate fi însoțită de durere, paretezii, căldură sau roșeață a articulației. Poate dura ore (reumatismul palindromic) sau perioade mai lungi de timp.

4. Impotența funcțională poate fi:

- parțială, permițând o oarecare mobilizare, care se face însă cu dificultate (artroze),
- totală, imobilizând complet bolnavul (artrite acute).

Poate să intereseze un segment de membru în totalitate sau mai multe segmente.

5. Simptome generale: febră, inapetență, scădere în greutate, fatigabilitate, astenie, anxietate și depresie.

Examinarea clinică completă este obligatorie pentru stabilirea diagnosticului.

I.1. Examenul obiectiv

Examenul general

Examenul general precedă în mod obligatoriu examenul aparatului osteoarticular.

Astfel, tipul constituțional, constituția endocrină ne pot explica diversele forme clinice. Paloarea tegumentară ne poate orienta către o metastază osoasă, după cum nodulii subcutanați, periolecranieni, bursita olecraniană sau tofii pot susține diagnosticul de poliartrită sau de gută.

Examenul articular

Examenul articular, indiferent de articulație, va păstra aceeași metodologie: inspecție, palpare, mobilitate articulară activă și pasivă.

Inspecția și palparea se fac, de obicei, concomitent.

Bolnavul, așezat în decubit dorsal, este examinat, începând cu membrele superioare, în mod centripet: mâini, coate, umeri, cutia craniană, fața; urmează în ordine: articulațiile temporomandibulare, segmentul cervical, segmentul dorsal, segmentul lombar, articulațiile sacroiliace, sacrul, coccisul.

Membrele inferioare sunt examinate în sens proximo-distal: șold, genunchi, picior.

La examenul obiectiv se pot constata următoarele modificări:

- modificări tegumentare/subcutanate: modificări de culoare, căldură locală (reflectă prezența inflamației), nodulii subcutanați;
- tumefierea articulară/periarticulară:
 - o poate fi consecința unei colecții intraarticulare (hidartroza), hipertrofiei sinoviale și a capsulei articulare sau a structurilor juxtaarticulare (tendoane și burse);
 - o tumefierea articulațiilor interfalangiene proximale cu aspect fusiform este un aspect frecvent întâlnit în poliartrita reumatoidă incipientă;
- tumefiere în regiunea suprapatelară și în jurul rotulei (colecție intraarticulară la nivelul genunchiului);
- sensibilitate la palparea și mobilizarea unei articulații sau a unor zone periarticulare;
- crepitații articulare și tendinoase (sunete palpabile care apar în cursul mobilizării structurilor afectate);
- crepitații fine, date de frecarea suprafețelor articulare ce prezintă eroziuni superficiale ale cartilajului și ale țesutului de granulație (artrite, tenosinovite), iar cele groase sunt produse de modificări profunde ale structurii cartilajului (artroze);
- deformare osteo-articulară produsă prin distrucții ligamentare; măriri osoase;
- subluxații și dislocări;

- instabilitate articulară, cu mișcări posibile în alte planuri decât în cele fiziologice;
- scăderea forței musculare (scăderea forței de prindere, cu scăparea obiectelor din mână).

Mobilitatea articulară

Examinarea mobilității articulare se face prin mișcări active și pasive, comparativ, pentru toate articulațiile.

Limitarea mobilității articulare poate fi determinată de:

- cauze intraarticulare (distrugerii de cartilaj articular, prezența de corpi străini intraarticulari – osteofite hipertrofice, sinovite proliferative sau bogat exudative);
- cauze extraarticulare (scurtări tendinoase, capsulite retractile, spasme musculare);

În cazul hipermobilității articulare se constată creșterea amplitudinii mișcărilor pasive care depășesc limitele maxime fiziologice.

În bolile articulare sunt reduse mișcărilor active și pasive în majoritatea articulațiilor, în toate planurile de mișcare. Leziunile periarticulare afectează mobilitatea într-un singur plan, mișcărilor pasive fiind reduse într-o mai mare măsură decât cele active. Testarea mobilității articulare se face cu ajutorul goniometrului.

- ✓ *Examenu*l mâinii are o mare valoare orientativă, patologia de tip inflamator, degenerativ și abarticular fiind bine distinctă la acest nivel.

La degete trebuie evaluat aspectul și mobilitatea articulațiilor *interfalangiene și metacarpofalangiene*, sensibilitatea la palpare, ca și aspectul unghiilor și al zonei periunghiale. La inspecție putem observa eritem localizat, noduli subcutanați sau tumefiere articulară. Se pot observa deformări articulare la nivelul articulațiilor interfalangiene distale (noduli Heberden) (figura 1) sau proximale (noduli Bouchard) (figura 2).

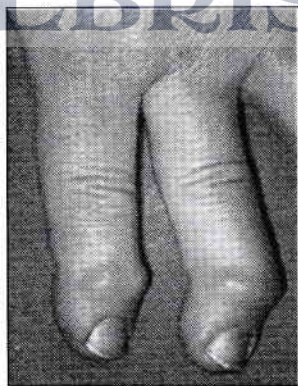


Figura 1. Noduli
Heberden

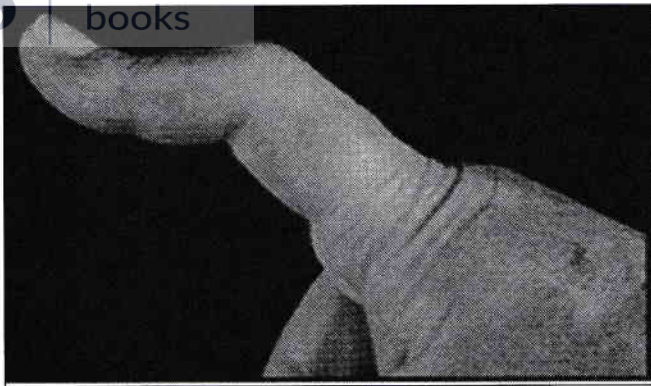


Figura 2. Deformarea în butonieră

Durerea provocată de comprimarea laterală a întregului șir de articulații metacarpofalangiene este reprezentativă pentru sinovita din poliartrita reumatoidă (semnul Gaenslen).

La pacientul cu poliartrită reumatoidă la nivelul mâinii pot fi observate deformări complexe, și anume: devierea cubitală a mâinilor și degetelor (mâna „în labă de cârtiță”), degetele „în gât de lebădă”, deformarea „în butonieră” (figura 2).

De asemenea, trebuie urmărit dacă apar parestezii în degete și care este distribuția acestora. Percutarea nervului median la locul compresiunii produce durere și parestezii în teritoriul de distribuție al acestuia = sindromul de canal carpian (semnul Tinel).

✓ *Examenul pumnului*

Inspekția și palparea se fac după tipul obișnuit. Mobilitatea este 70°, pentru flexia dorsală, și 80° pentru flexia palmară. Deviațiile radiale și cubitale sunt în jur de 60°. Dacă pumnul opus este neafectat, acesta folosește drept termen de comparație.

✓ *Examenul cotului*

Olecranul este locul de elecție al nodulilor și al bursitei. Flexia se face între 45°-180°. Supinația și pronația este în jur de 140°. Valorile mari se explică prin participarea atât a articulației humeroradiale, cât și a celei