

OSTEOARTRITA (Boala artrozica)

Definitie, epidemiologie, fiziologie, etiologie. Fiziopatologie. Anatomie patologica. Clinica osteoartritei. Examen biologice si paraclinice. Tratament. Forme clinice in functie de localizare.

Dr. Răzvan Adrian Ionescu

Doctor in Medicina, medic primar medicina interna si reumatologie

Sef de sectie Medicala III, Spitalul Clinic Colentina, București; Sef de Lucrari UMF "Carol Davila"

I. Definitie, epidemiologie, fiziologie, etiologie

Osteoartrita (OA) sau boala artrozica, este o suferinta degenerativa a cartilajului hialin (in principal) si a tesuturilor de vecinatate (os subcondral, tendoane, ligamente, capsula articulara). Aceasta suferinta are ca efecte morfopatologice fisurarea, ulcerarea si, in final, disparitia cartilajului articular, ceea ce induce, ca efecte clinice, aparitia durerii articulare si scaderea gradului miscarii (range of motion –ROM) in articulatia afectata, pina la ankiloza completa, initial fibroasa, ulterior osoasa. Boala este rezultatul interactiunii complexe dintre condrocit si micromediul in care acesta traieste.

OA este cea mai frecventa suferinta articulara. Modificari anatomopatologice caracteristice s-au evidentiat inca din a doua decada de viata, iar clinic, boala este practic manifesta universal peste varsta de 70 de ani.

Didactic, OA se imparte in *doua grupe*:

- OA primara (situatie in care nu se poate evidential vreun factor provocator) si
- OA secundara (in care se poate evidentia o cauza a aparitiei artrozei).

Cartilajul articular normal este alcatuit din condrocite (5%) – celulele cu cel mai lung ciclu celular din organism – si matrice extracelulara (95%). Aceasta, la rindul ei, este constituita din apa (95%) si componente proteice (5%) – glicozaminoglicani, proteoglicani, condroitina, collagen de tip II – sintetizate de condrocite si degradate de enzimele proteolitice secretate tot de catre condrocite.

Cartilajul articular este avascular, aneural si alimfatic, iar sanatatea sa depinde fundamental de actiunile de compresie si relaxare care se exercita asupra lui. De aici, conotatia practica referitoare la faptul ca pacientul cu artroza (suferinta predominant a cartilajului articular) trebuie sa isi utilizeze articulatiile afectate, ceea ce este dificil in conditiile in care miscarea articulara determina durere. Ca atare, elementul FUNDAMENTAL de tratament al OA este TRATAMENTUL DURERII.

In aparitia OA se pot identifica diversi factori favorizanti, grupati in *factori locali* (stress mecanic, traumatisme, anomalii congenitale, boli inflamatorii, metabolice, endocrine, neurologice, infectioase) si *factori generali* (genetici, virsta inaintata, sexul feminin, obezitatea, densitatea minerala osoasa, alte boli). Cel mai adesea, la un pacient sunt implicati mai multi factori favorizanti.

II. Fiziopatologia OA poate fi impartita (didactic) in 4 *evenimente*, declansate de orice

factor care schimba micromediul condrocitului (anomalii congenitale, infectii, boli endocrine, metabolice, traumatisme, etc):

1. Cresterea activitatii condrocitului: acesta sintetizeaza anormal atit componentele proteice ale matricei extracelulare cit si proteazele;
2. Cresterea sintezei de os subcondral (prin comunicari intercelulare condrocit-osteoblast): are ca efect rigidizarea osului subcondral cu aparitia ulterioara de microfracturi la acest nivel, urmate de microcalusuri si accentuarea suplimentara a rigiditatii;
3. Metaplazia celulelor sinoviale priferice: apar astfel osteocondrofitele;
4. Aparitia de microchisturi in osul subcondral, datorita scurgerii de lichid sinovial in interiorul osului subcondral prin microfracturile mentionate anterior.

III. Anatomopatologic, cartilajul articular afectat de OA se evidentiaza ca fiind rugos, neregulat, cu ulceratii pe suprafata, initial focale, ulterior difuze, mergind pina la denudarea osului subiacent. Acesta apare proliferat, la fel ca si capsula articulara. De mentionat faptul ca, in toate cazurile se intalneste si un grad mic de inflamatie sinoviala (sinovita minima).

IV. Clinica OA

Boala este multa vreme asimptomatica, iar debutul este lent.

Simptomul principal este *durerea articulara cu caracter mecanic* (intensificata de efort si ameliorata de repaus, meteo-dependenta - frigul, umezeala, variatiile de presiune atmosferica, agravand-o) *si intensitate variabila*. De retinut faptul ca NU exista nici o corelatie intre intensitatea durerii si severitatea modificarilor radiologice ! Durerea este adesea insotita de redoare matinala cu durata de obicei mai mica de 30 de minute, precum si, uneori, de diminuarea ROM in articulatiile afectate.

Examenul clinic constata marirea de volum a articulatiei (prin hipertrofie a structurilor periarticulare), uneori tumefactie de parti moi , limitarea miscarilor active si pasive, sensibilitatea la palparea articulatiei, chiar si cracmente articulare la mobilizarea articulatiei.

V. Examene biologice si paraclinice

Explorarile biologice ofera relatii normale (atunci cind exista DOAR OA).

Dintre examenele paraclinice retinem faptul ca "*standardul de aur*" este in continuare reprezentat de *examenul radiologic articular*, care releva : ingustare asimetrica de spatiu articular, osteoscleroza subcondrala, microchisturi ososase subcondrale si osteo-condrofitite la periferia articulatiei, pe directia de forta maxima. Toate aceste modificari, sunt consecinta evenimentelor fiziopatologice intra- si periarticulare mentionate anterior si se coreleaza cu acestea.

Examenul de rezonanta magnetica nucleara (RMN) poate vizualiza modificarile cartilaginoase si osoase inaintea aparitiei lor radiologice, inasa nu este utilizat de rutina pentru diagnosticul artrozei articulatiilor periferice. Pe de alta parte, deoarece poate evalua si alte structuri in afara oaselor, este metoda de electie pentru evaluarea imagistica a coloanei vertebrale.

Examinarea ultrasonografica articulara (ecografia musculo-scheletala), poate evidentia prezenta osteocondrofitelor, a cristalelor uneori asociate bolii artrozice, precum si integritatea structurilor moi periarticulare; in plus, la nevoie, permite efectuarea de manevre invazive (artrocenteza) sub ghidaj vizual, crescand astfel acuratetea acesteia.

Diagnosticul diferential al OA, atunci cind trebuie facut, include orice alt tip de afectare articulara.

VI. Tratament

Scopurile terapiei OA sunt:

- ameliorarea factorilor de risc modificabili (cel mai important este obezitatea),
- calmarea durerii articulare,
- ameliorarea functionalitatii articulare (prin calmarea durerii) si
- prevenirea dizabilitatii (prin ameliorarea functionalitatii).

Tratamentul non-farmacologic cuprinde

- efectuarea de exercitiu fizic – kinetoterapie – (important de retinut faptul ca utilizarea articulatiilor mentine sanatatea lor),
- obtinerea unui indice de masa corporal normal,
- corectarea anomaliilor de statica (atat ale coloanei cit si ale membrului inferior),
- tratarea corecta a traumatismelor (mai ales a celor articulare).

Tratamentul farmacologic al durerii cuprinde in principal:

- utilizarea de antiinflamatorii non-steroidiene (AINS) in doze obisnuite si de acetaminophen (paracetamol). La acestea se adauga grupul analgezicelor opioide (tramadol, codeina, dihidrocodeina, oxicodona).
- tratamentul topic (unguente cu AINS sau capsaicina). In situatii selectionate, se poate utiliza corticoterapia intraarticulara.

Dupa cum a reiesit si din enuntarea obiectivelor terapii OA, NU exista terapie patogenica eficienta, in ciuda numeroaselor incercari de a gasi o substanta care sa opreasca sau macar incetineasca evolutia acestei suferinte.

VI. Forme clinice in functie de localizare

OA mainii

OA la nivelul articulatiilor interfalangiene distale (nodulii Heberden) si proximale (nodulii Bouchard) afecteaza, in ordine, degetele II, IV si III, se manifesta prin durere la nivel local si aparitia de osteofite pe fetele laterale ale articulatiei. Radiologic, se constata ingustarea spatiului articular, insotita de osteoscleroza.

OA la nivelul articulatiei metacarpofalangiene a policelui se numeste rizarthroza policelui si este cea mai frecventa forma de OA a mainii la femei. Manifestarea principal este reprezentata de durere la nivelul eminentei tenare, accentuata de miscarea de "pensa" la nivelul policelui (ceea ce face dificila aceasta miscare si determina scaparea obiectelor din mana). Aspectul radiologic este cel tipic : ingustare de spatiu articular si aparitia de osteofite.

Tratamentul OA mainii nu are nimic particular, este cel al durerii.

OA soldului

Este denumita coxartroza. Este mai frecventa la barbati. Poate fi primara sau secundara (adesea consecinta a luxatiei congenitale de sold netratate sau a tuberculozei osteoarticulare). Se manifesta prin durere mecanica cu sediu variabil (sold, trohanter, creasta iliaca, uneori genunchi) si care determina schiopatare. Pacientul prezinta "semnul siretului": nu poate efectua rotatie externa a coapsei, pentru a se incheia la sireturi. Examenul radiologic constata elementele clasice : ingustare asimetrica a spatiului articular, osteoscleroza subcondrala, chiste subcondrale si adesea, osteofit localizat pe sprinceana acetabulara.

Tratamentul cuprinde, pe langa cel al durerii, purtarea de baston (pentru diminuarea presiunii exercitate pe articulatie in timpul mersului) si tratamentul ortopedic – protezarea completa articulatiei.

OA genunchiului

Este denumita gonartroza si, precum coxartroza, poate fi primitiva sau secundara (de obicei tulburarilor de statica a genunchiului – var, valg – sau coxartrozei). Manifestarea se exprima prin durere locala (de obicei pe fata/fetele laterale ale articulatiei), determina schiopatare si se insoteste de marirea de volum a articulatiei prin proliferarea structurilor periarticulare si de cracmente la mobilizarea articulatiei. Examenul radiografic evidentiaza, ca de obicei, ingustare asimetrica a spatiului articular, osteoscleroza subcondrala (la nivelul platoului tibial), osteofite marginale, chiste osoase subcondrale (tot la nivel tibial) si, uneori, efilarea sau dimpotriva, turtirea spinelor tibiale.

Tratamentul este identic cu cel al coxartrozei, cu mentiunea ca interventia chirurgicala de protezare poate inlocui doar unul sau ambele compartimente (medial si/sau lateral) ale articulatiei.

OA halucelui

Se manifesta prin durere locala si deformare in valg a articulatiei, cu aparitia de osteofite mari catre marginea mediala a articulatiei (monturi), ce pot determina inflamarea tesuturilor supraiacente, impunind cateodata diferentierea de atacul de guta si de celulita zonei. Radiologic, se intilnesc: ingustare asimetrica a spatiului articular, osteoscleroza subcondrala, osteofit la marginea mediala a articulatiei, si deviere in valg a halucelui. Aceasta forma de OA apare in special la femeile care poarta pantofi cu varf ingust.

In rezumat, osteoartrita este cea mai frecventa suferinta articulara, cea mai frecventa cauza de durere cronica a varstnicului, cu simptomatologie nespecifica, fara teste biologice caracteristice, cu modificari radiologice tardive, si al carei tratament inseamna, in principal, calmarea durerii articulare.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVA

Textbook on rheumatic diseases – Johannes WJ Bijlsma, BMJ Group, 2012

<http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=90187>

<http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/osteoarthritis/basics/symptoms/con-20014749>

<http://www.arthritis.org/about-arthritis/types/osteoarthritis/symptoms.php>

<http://www.webmd.com/osteoarthritis/tc/osteoarthritis-symptoms>

http://www.uptodate.com/contents/diagnosis-and-classification-of-osteoarthritis?source=search_result&search=osteoarthritis&selectedTitle=1~150

http://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-of-osteoarthritis?source=search_result&search=osteoarthritis&selectedTitle=4~150