

GONARTROZA

**Asist. Dr. Petroman Radu
UMF Victor Babes Timisoara**

Examen clinic subiectiv

- Pacientă B. I., în vârstă de 65 ani, sex F , rasă caucaziană, mediul urban, fost lucrător comercial în industria carniilor, actualmente pensionară
- A. P. P.: - obezitate de aport gr. I (IMC = 30,5), de circa 2 ani
 - D.Z. tip II, echilibrat prin dietă, diagnosticat de 1 an
 - gonalgii cu caracter mecanic, cu debut insidios, persistente, bilaterale, meteo-dependente, cu ușoară limitare algică a flexiei și extensiei genunchilor, instabilitate și durere la urcat și coborât scări – de circa 18 luni
- A. H.-C.: - mama – boală artrozică vertebroperiferică
 - sora - gonartroză bilaterală

- Simptomatologie actuală/acuze:

- gonalgii cu caracter mecanic, focusate predominant la nivelul interliniului articular, persistente, bilaterale, mai accentuate în dr., cu limitarea algică a flexiei și extensiei genunchilor, cu redoare matinală asociată - aprox. 10'-15'

- instabilitate și durere la nivelul genunchilor, la urcat și coborât scări

- durerile sunt ușoare la începerea mișcării și se intensifică după mers și ortostatism prelungit, ameliorându-se considerabil după repaus

Examen clinic obiectiv

- **Inspecție:**

- genu valgum bilateral
- ușoară tumefiere la nivelul genunchilor bilateral, cu precădere la nivelul compartimentului infrapatelar
- atitudine antalgică în flexum la nivelul genunchiului dr. (cu limitarea ultimelor 10 grade de extensie în ortostatism)
- hipotrofie cvadriceps dr. (diferență de aprox 3 cm)

- **Palpare:**

- durere la palpare la nivelul interliniului articular bilateral, mai accentuată în compartimentul extern, la nivelul recesurilor de sac patelar infero-extern și infero-intern bilateral, supero-extern dr.
- minimă hidartroză dr. - șoc rotulian prezent

- Mobilitate:

- cracmente la mobilizarea genunchilor bilateral
- durere la flexia și extensia repetată a genunchilor bilateral, în decubit dorsal, cu ușoară limitare algică a extensiei genunchiului dr. (durere la extensia pasivă și activă pe ultimele 10 grade)
- dificultăți la ridicarea de pe scaun
- mers șciopătat antalgic, cu deficit de extensie a genunchiului dr.

Examene de laborator

- VSH = 15 mm/h
- Fbg = 4,9 g ‰
- FR = negativ
- Profil lipidic modificat
- Glicemie = 125 mg/dl
- Creatinină = 0,5 mg/dl
- Hemoleucogramă normală

Examen radiologic

Radiografia de genunchi bilateral comparativ, față, cu genunchii în extensie

- spațiu tibio-femural îngustat
- osteofite de dimensiuni reduse pe marginile platoului tibial și ale condililor femurali
- ascuțirea și hipertrofierea spinelor tibiale
- osteocondensare sub platourile tibiale
- incongruență femuro-tibială



Clasificarea modificărilor radiologice în gonartroză

Clasificare Kellgren & Lawrence		Clasificare Ahlbaeck	
Grad I - neconcludentă	tendință la osteofitoză, modificări neconcludente		
Grad II – minimă	osteofite prezente, fără modificarea spațiului articular		
Grad III – moderată	pensare a spațiului articular	Grad I	pensare incompletă a spațiului articular (<3mm)
Grad IV – severă	pensare semnificativă a spațiului articular + scleroza osului subcondral	Grad II	pensare completă a spațiului articular
		Grad III	uzură osoasă moderată (0-5mm)
		Grad IV	uzură osoasă medie (5-10mm)
		Grad V	uzură osoasă majoră (>10mm)

Criterii diagnostic ACR

criterii clinice	Diagnostic ⊕
1. gonalgii persistente în ultima lună	criteriul 1 + 3 din criteriile 2-7
2. crepitații la mobilizări active	
3. redoare articulară matinală < 30 min	
4. vârsta > 50 ani	
5. mărirea de volum a artic. genunchiului observată la examenul clinic	
6. sensibilitate osoasă („bony tenderness”)	
7. fără modificări locale de temperatură	

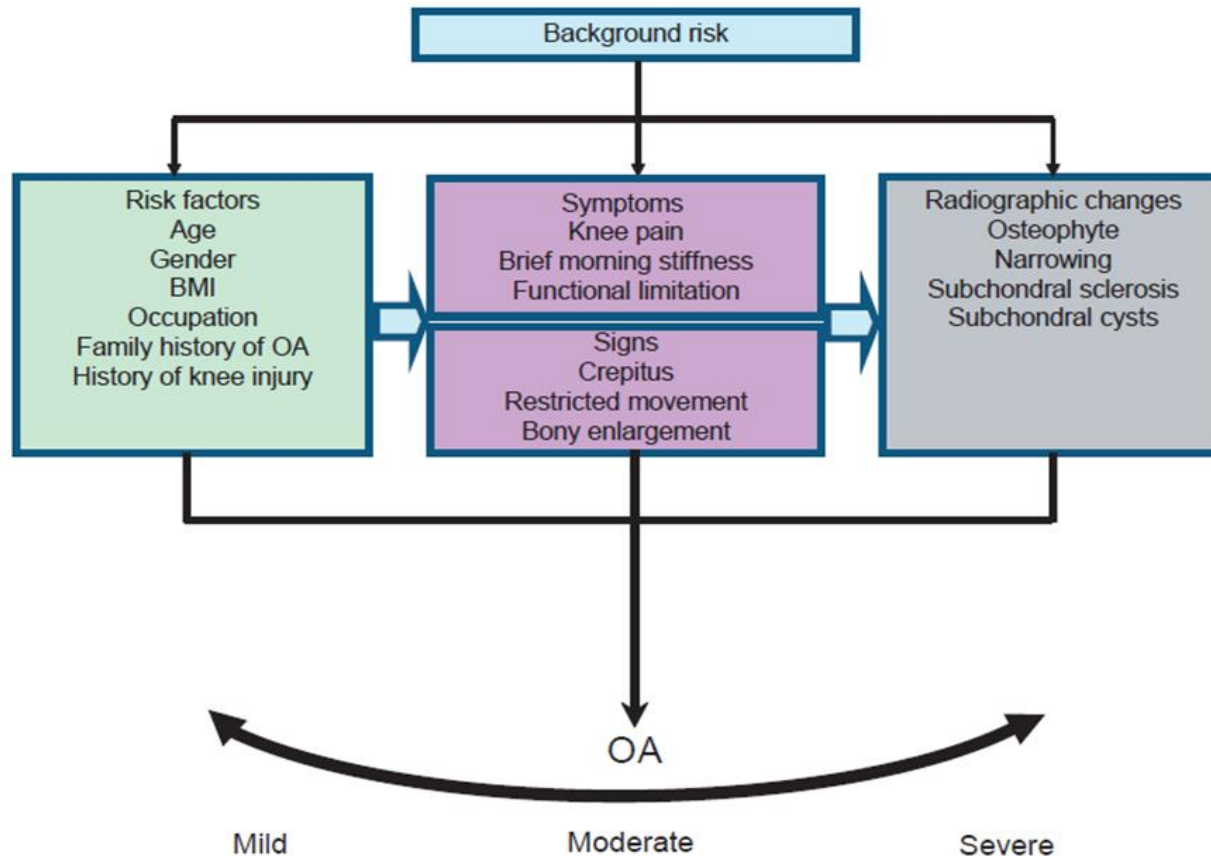
1. EULAR textbook of Rheumatic Diseases, 2012. Osteoarthritis: Pathogenesis and Clinical Features.

Criterii diagnostic ACR

criterii clinice + radiologice	Diagnostic ⊕
1. gonalgii persistente în ultima lună	criterile 1 + 2 + 1 din criteriile 3-5
2. osteofite marginale, evidențiate radiologic	
3. vârstă > 50 ani	
4. crepitații la mobilizarea activă	
5. redoare articulară matinală <30 min	

1. EULAR textbook of Rheumatic Diseases, 2012. Osteoarthritis: Pathogenesis and Clinical Features.

Criteria diagnostic EULAR

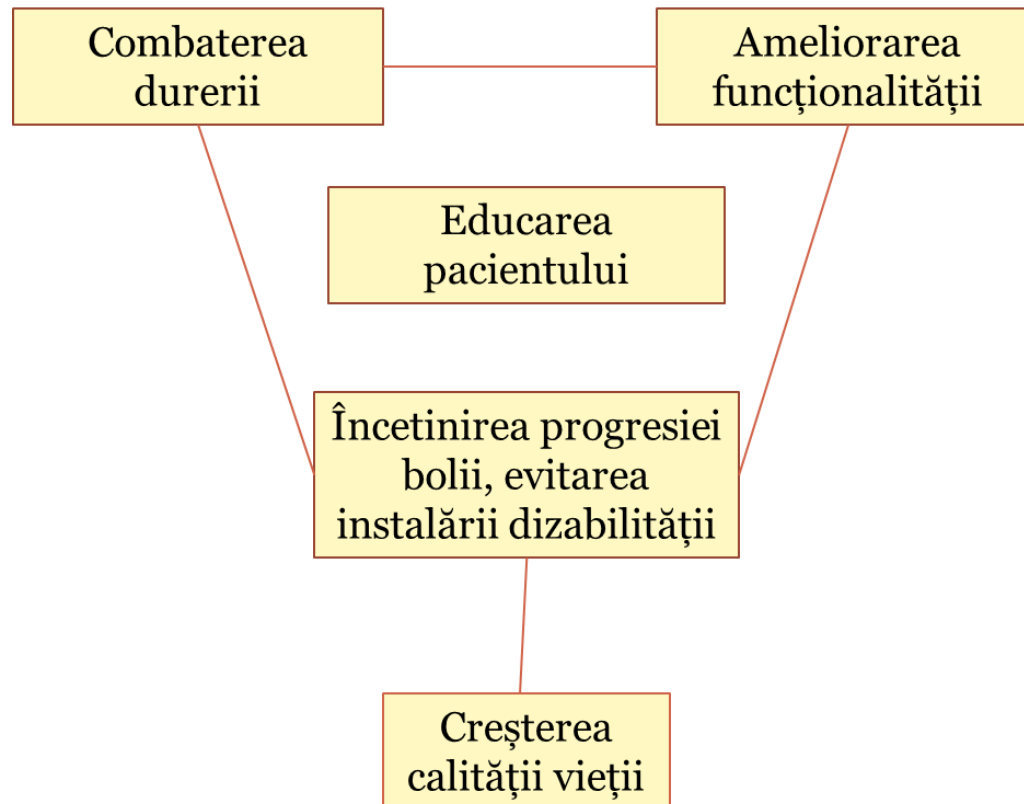


Diagnostic

- Gonartroză bilaterală primară femurotibială, std .II bilateral (radiologic), decompensată algic și funcțional în dr.
- Obezitate de aport gr. I
- D.Z. tip II, echilibrat pin dietă
- Dislipidemie mixtă

Abordare terapeutică

- Abordare terapeutică optimă a gonartrozei presupune **asocierea mijloacelor non-farmacologice și farmacologice**, tratamentul fiind **personalizat**, în funcție de factorii de risc locali, generali, intensitatea durerii și gradul de dizabilitate, localizarea și gradul distrucțiilor structurale, cu următoarele **obiective**



Regim igienico-dietetic si profilactic

- Dieta hipocalorica, în vederea scăderii ponderale, hipoglucidică, hipolipidică, bogata in calciu, fier, vitamine, minerale și antioxidanți, aport 2 l apa/zi
- Evitarea frigului, umezelii, ortostatismului si mersului prelungit, a mersului pe teren accidentat
- Evitarea pozitiilor vicioase, care presupun un grad crescut de flexie a genunchilor, corectarea activitatilor zilnice gestuale generatoare de deformari articulare, evitarea de gesturi repetitive
- Evitarea încălțăminteii cu toc înalt, prevenirea căderilor
- Purtarea de încălțăminte confortabilă, cu talpă moale
- Alternarea perioadelor de repaus cu cele de activitate fizică
- Purtarea de ortează de genunchi, cu suport patelar
- Folosirea mijloacelor ajutătoare pt. mers – baston, cârjă – în mâna stg. (opusă membrului decompensat algic), mai ales în timpul episoadelor hiperalgice

TRATAMENT MEDICAMENTOS

- Etoricoxib 90 mg 1-0-0 (**AINS, pt. ameliorarea durerii, inflamației și facilitarea programului kinetoterapeutic**)
- Gel topic local cu AINS, două aplicari/zi, la nivelul genunchilor
- Combinație de clorhidrat de tramadol cu dexketoprofen 75 mg/25 mg, două comprimate/zi, maxim 5 zile, în episoadele hiperalgice, **când răspunsul la AINS clasic este incomplet**
- **Condroprotector** (**SY**mpomatic **S**low **A**cting **D**rugs in **OA**), 300mg 1cps/zi, 3 luni, 3 luni pauză, apoi reia cura (cu efect anabolic și anti-catabolic asupra cartilajului, pt. ameliorarea mobilității, diminuarea frecvenței, duratei și intensității puseelor de acutizare algică)

TRATAMENT MEDICAMENTOS

- Evaluarea necesității **injecției intraarticulare cu corticosteroizi**, pt. ameliorarea durerii (în special în cazurile cu hidartroză), dacă răspunsul la AINS clasic este incomplet
- **Administrare intraarticulară de acid hialuronic**, prin injectare unică (monodoză), repetată la 12 luni, care să refacă proprietățile lichidului articular degradat
- **Evaluarea oportunității injectării intraarticulare cu PRP** (platelet-rich plasma - plasmă îmbogățită cu trombocite și factori de creștere din sânge).



TRATAMENT DE RECUPERARE MEDICALA

- **Electroterapie:**

- TENS simetric bifazic, genunchi drept, latero-lateral, circuitul 1 – supra- , circuitul 2 - infrapatelar, cu electrozii plasați pe punctele dureroase (la nivelul la nivelul recesurilor de sac patelar dr.), $I=furnicatura$, 90 Hz, $D=20$ min/circuit, cu efect antalgic
- CIF in 2 poli, latero-lateral, corespunzând interliniului articular genunchi bilateral, Spectru= 0-100Hz, $D=15$ minute/poziție, cu efect decontractuant, antalgic, capilarizant
- Ultrasunet cu gel, regim continuu, camp semimobil, $I=1$ W/cm², genunchi bilateral, 5 minute/pozitie
- Electrostimulare cu trenuri de impulsuri dreptunghiulare, față anterioară coapsă dr, pentru tonifierea cvadricepsului

TRATAMENT DE RECUPERARE MEDICALA

- **Masaj manual:**

- masaj cu cuburi de gheață (crioterapie), de 3 x/zi, genunchi dr., în perioada hiperalgică, cu rol antalgic-antiinflamator
- masaj de drenaj limfatic membre inferioare bilateral
- masaj tonifiant pe musculatura coapsei (insistând asupra cvadicepsului dr.) , după ameliorarea simptomatologiei algice
- masaj capsulo-ligamentar profund Ciryax, la nivelul genunchilor bilateral, 5 minute/zona, după ameliorarea simptomatologiei algice

- **Hidrotermoterapie:**

- duș subacval relaxant, de genul jacuzzi

TRATAMENT DE RECUPERARE MEDIACALA

- **Kinetoterapie - obiective:**
 - corectarea atitudinilor vicioase de la nivelul genunchiului (factori de risc în progresia gonartrozei)
 - corectarea atitudinilor vicioase de la nivelul umerului, piciorului, lombar
 - creșterea/ menținerea mobilității articulare
 - tonifierea musculaturii deficitare
 - ameliorarea stabilității dinamice a genunchiului
 - reeducarea proprioceptivă
 - reeducarea mersului

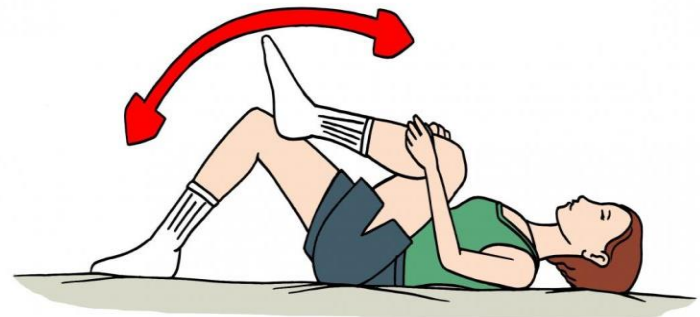
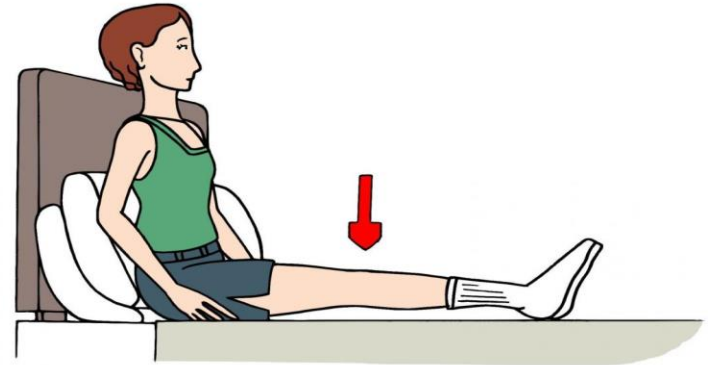
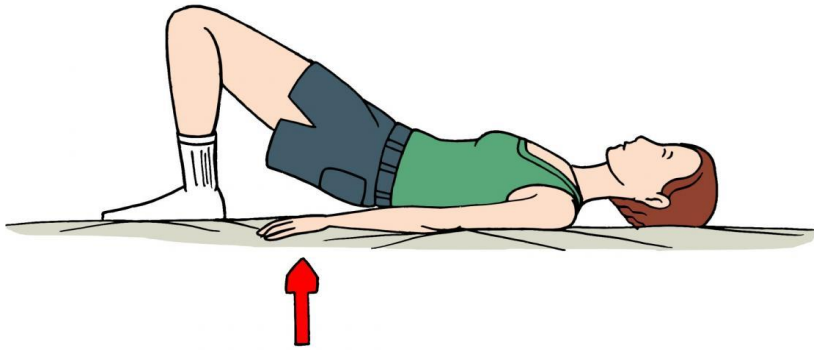
Programul de kinetoterapie va conține

- **posturări** cu genunchii în extensie
- **mobilizări pasive ale pateleii** - multidirecțional
- **mobilizări ale artic femuro-tibiale** (se insistă pe extensie), prin mobilizări active în descărcare, bicicletă, fără a efectua flexia completă și fără rezistență
- **stretching** – ischio-gambieri, tensorul fasciei lata, drept femural, adductorii șoldului, triceps sural
- **tonifierea musculaturii stabilizatoare a genunchiului**, ținând cont de deformarea în genu valgum (rotatorii interni – semimembranos, semitendinos, popliteu, vast intern , apoi abductorii șoldului, tricepsul sural, tibialul anterior și posterior), prin contracții izometrice, exerciții dinamice cu rezistență, în sectoare indolore

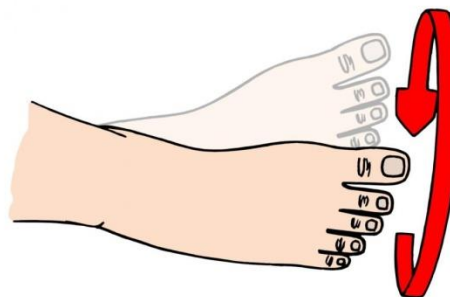
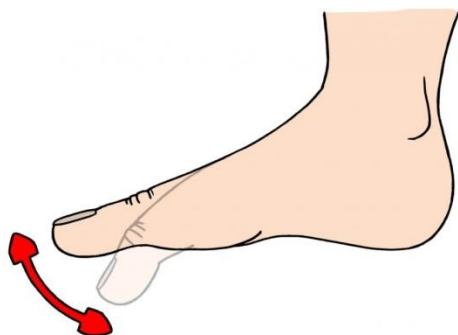
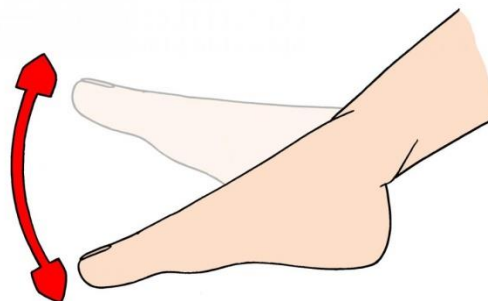
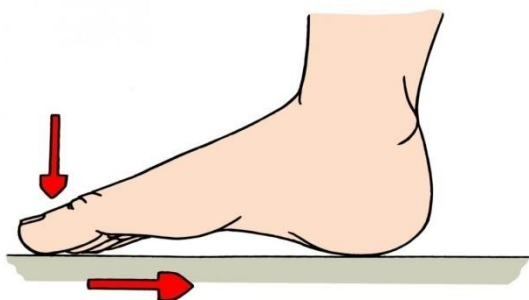
- **elemente de reeducare proprioceptivă** (pe plan stabil orizontal/încălinat, bipodal, apoi în sprijin unipodal, apoi pe plan instabil)
- **reeducare posturală**
- **antrenament la efort**, cu impact articular redus
- **hidrokinetoterapie** (pt. ameliorarea mobilității și reeducarea mersului)
- **reeducarea mersului** cu și fără mijloace ajutătoare (baston, cârjă)
- **menținerea unei bune funcționalități mioartrokinetice la nivelul articulațiilor adiacente (șold, genunchi), la ambele membre**
- Suplimentar **kinesiotaping** – pt. recentrare patelă și stabilizare genunchi

Program de kinetoterapie la domiciliu

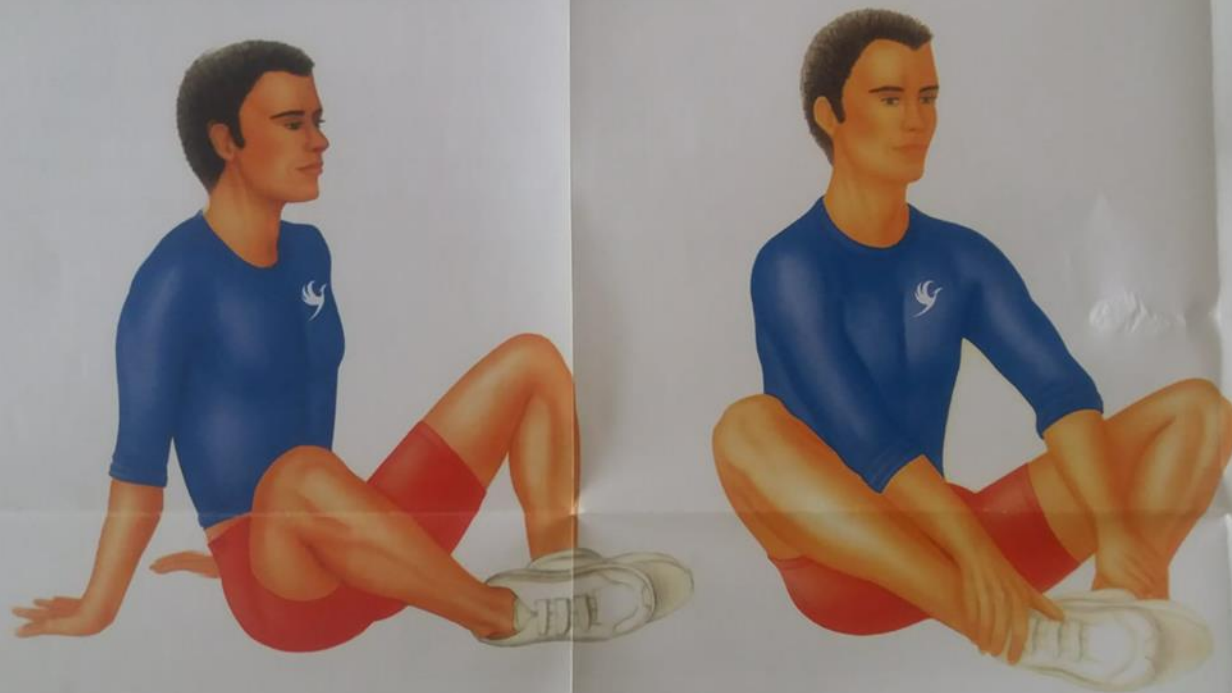




Program de kinetoterapie la domiciliu



Întinderea mușchilor adductori



Stați pe podea cu capul sus și coloana vertebrală dreaptă. Picioarele sunt îndoite, iar tălpile se ating între ele. Apăsați genunchii ușor către podea cât de mult posibil. Dacă sunteți avansați folosiți și brațele pentru a vă ajuta să împingeți genunchii către podea.

Întinderea tendonului polipteu

Stați pe podea cu un picior întins drept pe o laterală a corpului. Încercați să atingeți vârful piciorului cu una sau ambele mâini.

