

LUCRAREA PRACTICĂ NR.4

POLIARTRITA REUMATOIDĂ

Este o suferință caracterizată de o inflamație cronică infiltrativ-ploriferativă a sinovialei articulare. Se exprimă clinic prin artrita la mai multe articulații.

Debutează între 30,40 și 60 ani. Afectează deosebi articulațiile membrelor. Femeile sunt mai predispuse de 2-3 ori mai des decât bărbații.

Articulațiile sunt umflate, întepenite, deformate, dureroase, mai ales noaptea și dimineața.

După câțiva ani de evoluție poate atinge tendoanele, pielea (noduli subcutanati), pericardul, plămânii. Se asociază adesea cu sindromul Sjogren (ochi ușiți, gură ușiță).

De cauză necunoscută, ea face parte din bolile autoimune, în cursul cărora organismul produce anticorpi (factor reumatoid) îndreptați împotriva propriilor țesuturi.

În suferința din poliartrita reumatoidă se deosebesc trei momente evolutive:

- sinovita inflamatorie
- distrucția cartilajului
- fibroza.

Leziuni extraarticulare:

- Noduli reumatoizi;
- Afectare vasculară de tip inflamator, vasculite;
- Modificări musculare prin atrofi, ca urmare a afectării miofibrilelor;
- Pericardită;
- Afectare pulmonară, mai rar nodulii reumatoizi pot apărea în parenchimul pulmonar și în pleură.

Manifestări clinice:

Cel mai adesea elementul declansator al suferinței îl reprezintă stresul emoțional, expunerile la frig, traumatismele.

Suferința începe la o articulație, iar la scurt timp se extinde și la alte articulații.

Simptome de debut sunt:

- Redoare articulară matinală prelungită;
- Poliartralgii episodice;
- Tumefieri articulare;
- Mialgii, slabiciune musculară în special la umeri;
- Oboseală;
- Pierdere ponderală;
- Stare de disconfort.

O mare valoare diagnostică o are simetria suferinței articulare!

La mână semnul caracteristic este sinovita articulației interfalangiene proximale. Simultan se pierde capacitatea de prehensiune digito-palmară.



Fig. 1 și 2 Aspecte clinice în poliartrită

Neuropatia compresivă a nervului median (sindromul canalului carpian) este consecința artritei pumnului și a tenosinovitei flexorilor.

Sinovita cotului este întâlnită mai frecvent, iar din cauza exudatului articular mișcarea de extensie este mult limitată.

La artrita umărului semnele apar mult mai târziu, artrita este bilaterală, artrita glenohumerală.

La genunchi eroziunile cartilaginoase și ale osului sunt de intensitate mai mică. Sunt afectate articulațiile femurotibială și femuropatelară. Extensia devine din ce în ce mai limitată, până când se instalează un flexum permanent.

La nivelul coloanei vertebrale segmentul cervical suferă cel mai des., prin subluxații în articulația atlanto-axoidiană.

Artrita temporo-mandibulară este frecventă în 50-60% din cazuri, dar rareori este gravă împiedicând alimentarea. Clinic se manifestă prin dureri, limitarea deschiderii gurii, crepitații, modificări la nivelul contactelor ocluzale. Afectarea este bilaterală.

Manifestări în cavitatea orală:

- aspectul feței modificat, cu facies de “pasare”;
- modificări ale secreției salivare: hiposalie, asialie
- inflamație și durere la nivelul articulației temporo-mandibulare
- modificări odontale:
 - dinții se distrug cu ușurință
 - dificultăți de deglutiție
 - mărirea în volum a parotidelor și a glandelor submaxilare și sublinguale.

POLIARTRITA REUMATOIDĂ diagnostic:

I. Principii de clasificare

A. Sunt necesare 4 din 7 criterii pentru a încadra un pacient în categoria PR

B. Pacienții cu 2 sau mai multe diagnostice nu sunt excluși

II. Criterii*

- A. Redoare matinală
- B. Artrită la ≥ 3 regiuni articulare
- C. Artrită a articulațiilor mâinii
- D. Artrită simetrică
- E. Noduli reumatoizi
- F. Factor reumatoid în ser

G. Modificări radiografice

* Criteriile A-D trebuie să fie prezente timp de cel puțin 6 săptămâni.



Fig. 3 și 4 Aspecte radiologice

TRATAMENT

Scopul tratamentului este:

- îndepărtarea durerii
- reducerea inflamației
- protejarea structurilor articulare
- menținerea funcționalității
- controlul implicațiilor sistemice.

Strategii terapeutice:

- În perioada de activare a bolii, în puseul acut este indicat repausul pentru a reduce inflamația și durerea articulară
- Kinetoterapia, prin exerciții pentru menținerea forței musculare și a mobilității articulare, fără exacerbară inflamației.
- Pentru managementul durerii sunt indicate proceduri de masaj, stimulare electrică transcutană, acupunctură, etc.
- Imobilizarea articulară este indicată în perioadele de activare a bolii, pentru a evita mișcările nedorite ale articulațiilor inflamate și eventuale deformări.

SUPORT DE LUCRĂRI PRACTICE/STAGII
DISCIPLINA: FIZIOTERAPIE

Pentru studenții anului V
FACULTATEA DE MEDICINĂ DENTARĂ

*licențiat în Fiziokinetoterapie,
dr. Daniela-Aurora Tănase*

- Orteze și mecanisme adaptative
- Educarea pacientului și a familiei acestuia.
- Modificarea stilului de viață.



Fig. 5,6,7 Exemple de exerciții pentru menținerea forței musculare și a mobilității



Fig. 8 Exemple de ortezare pentru prevenirea deformatiilor osoase



Fig. 9 Exemple de mijloace necesare adaptate activităților zilnice

Terapia medicamentoasă

Antiinflamatoare nesteroidiene:

- aspirina (în doze mai mari de 3gr la 24 de ore) folosită în asociere cu preparate pentru protecție gastrică;
- indometacinul;
- ibuprofen, ketoprofen, etc

Corticoterapia este indicata in:

- prezenta vasculitei;
- ca terpie in legatura cu AINS;
- prepratele cele mai des folosite sunt prednisonul si prednisolonul.

Sarurile de aur au efect terapeutic mai ales cand sunt administrate la inceputul bolii, ameliorarea observandu-se dupa aproximativ doua luni de tratament.

Terapia imunosupresiva este indicata in cazul in care valoarea factorului reumatoid este foarte mare si a existentei poliadenopatiilor:

- ciclofosfamida;
- metotrexatul
- ciclosporina

Administrare locala intraarticular de preparate cu cortizon

Terapie chirurgicală

- Sinovectomie = ablatie chirurgicala, partiala sau totala a sinovialei
- artroplastie = interventie chirurgicala constand in creerea unui nou spatiu articular pentru restabilirea mobilitatii articulatiei
- tenoplastie = repararea chirurgicala a unui tendon
- protezare articulară



Fig.10 Exemplu de terapie chirurgicală

Program de recuperare în Poliartrita reumatoidă:

Hidrotermoterapi:

În procesele inflamatorii acute este indicată crioterapia și repausul, pentru a preveni distrucțiile osoase.

În artritele cronice sunt indicate băile calde, cu temperaturi cuprinse între 36 -37 de grade celsius (temperatura de indiferență) pentru a reduce durerile și redorile articulare.

Electroterapie:

Terapia cu unde scurte și microunde este total interzisă în artritele acute pentru că duce la încălzirea intensă a țesutului sinovial.

Sunt indicate galvanoionizări, băi galvanice, TENS-uri, curenți diadinamici.

Masaj:

- În perioada inflamatorie:
 - ⇒ masaj decontracturant al marilor grupe musculare din jurul articulațiilor afectate;
 - ⇒ masaj cu gheață pe articulațiile afectate.
- În perioada subacută:
 - ⇒ media frecvență;
 - ⇒ Diapuls;
 - ⇒ masaj sedativ-relaxant local .
- În perioada de remisiune:
 - ⇒ masaj umed cu apă;
 - ⇒ masaj muscular tonifiant;
 - ⇒ tracțiuni, elongații;
 - ⇒ masaj Cyriax.

Kinetoterapie:

a. În perioada inflamatorie:

1. imobilizare sau repaus simplu în poziții antalgice→ posturări simple în poziții funcționale→posturări extreme alternante
2. periajul/masaj cu gheață pe articulațiile afectate →tracțiuni ușoare în ax
3. mobilizări pasive→auto-pasive→pasivo-active, blânde
4. exerciții de mobilizare activă amplă controlaterală și axio-periferice homolaterale, progresiv

5. ± exerciții izometrice

b. În perioada subacută:

1. imobilizare sau repaus sau posturări simple în poziții funcționale→posturări extreme alternante
2. periajul/masaj cu gheață pe articulațiile afectate →tracțiuni ușoare în ax
3. mobilizări pasive→auto-pasive→pasivo-active
4. exerciții de mobilizare activă amplă controlaterală și axio-periferice homolaterale
5. exerciții izometrice cu prudență și progresiv
6. mobilizare din suspendare
7. scripetoterapie
8. hidrokinetoterapie
9. posturări chiar forțate până la limita de toleranță a durerii
10. mișcări active cu rezistență realizată de kinetoterapeut
11. terapie ocupațională fără încărcare intensă

c. În perioada de remisiune sau cronică-activă:

1. posturări în poziții fiziologice, funcționale
2. utilizarea unor echipamente protective ajutătoare
3. realizarea unui raport favorabil între activitate și repausul articular
4. mobilizări articulare pasive→ pasivo-active → active
5. exerciții izometrice și dinamice cu rezistență progresivă
6. terapie ocupațională

**Criteriile de diagnostic și admitere în programul de recuperare ale
artritei temporomandibulare**

- durere la nivelul nivelului articulației temporomandibulare,
- semne de inflamație,
- redoare articulară,
- hiposialie,
- infecții orale, carii dentare
- crepitații,
- scăderea forței musculare,

- dificultate în masticatie și deglutiție,
- anchiloza temporară a articulației temporomandibulare

Investigații necesare

- examenul clinic obiectiv al articulației temporomandibulare,
- examenul funcțional al articulației temporomandibulare,
- bilanțul articular și muscular,
- examen radiologic,
- examene de laborator specifice.

Componenta Echipei de Diagnostic și Tratament

- medicul reumatolog,
- medicul dentist,
- medicul specializat în Recuperare medicală, Medicina fizică și Balneologie (întocmire, supraveghere și evaluare program terapeutic global)
- asistent de fizioterapie (pentru aplicarea electro / hidro / termoterapiei)
- kinetoterapeut (pentru programul de kinetoterapie și kinetoprofilaxie)
- colaborare permanentă între medicul dentist, reumatolog și medicul specialist în recuperare medicală.

Tratamentul artritei temporomandibulare

1. Reeducarea posturii atunci când este afectată postura capului, gâtului, umerilor, mandibulei.
2. Repaus articular prin recomandarea unor alimente de consistență redusă care vor limita mișcările mandibulare.
 - se vor evita deschiderea amplă a cavității orale,
 - renunțarea la guma de mestecat
3. Tratament farmacologic

SUPORT DE LUCRĂRI PRACTICE/STAGII
DISCIPLINA: FIZIOTERAPIE

Pentru studenții anului V
FACULTATEA DE MEDICINĂ DENTARĂ

licențiat în Fiziokinetoterapie,
dr. Daniela-Aurora Tănase

- AINS, de la cele clasice, neselective (diclofenac, piroxicam, ibuprofen, ketoprofen) și AINS selective (meloxicam, nimensulide),
 - medicație specifică
 - infiltrații periarticulare cu soluții de novocaină sau xilină.
4. Tratament stomatologic:
- îndepărtarea factorilor ocluzo-articulari, traumatizanti prin protezări corecte,
 - îndepărtarea protezelor defectuoase,
 - aplicarea de gutiere ocluzale pentru relaxarea și re poziționarea articulației .

Exemple de scheme terapeutice:

<i>Deficit</i>	<i>Electroterapie</i>	<i>Termoterapie</i>	<i>Masaj</i>	<i>Kinetoterapie</i>
Durere	Toate tipurile de electroterapie antialgică	-parafina -înalta frecvență -hidroterapie	-relaxare musculatură -relaxare structuri capsuloligamentare	-posturi în poziții funcționale -raport adecvat activitate/repaus articular

SUPORT DE LUCRĂRI PRACTICE/STAGII
DISCIPLINA: FIZIOTERAPIE

Pentru studenții anului V
FACULTATEA DE MEDICINĂ DENTARĂ

licențiat în Fiziokinetoterapie,
dr. Daniela-Aurora Tănase

Limitare de mobilitate Scadere de forta muscularae	electroterapie de stimulare musculară	Hidrokinetoterapie	-cu ulei caldut -relaxare musculară -relaxare structuri capsuloligamentare	-mobilizari pasive/ autopasive/pasivo-active si active cu intinderea tesuturilor -ex.izometrice si izotonice cu rezistenta progresiva
Deficit	Electroterapie	Termoterapie	Masaj	Kinetoterapie
Durere/ inflamatie locala	±TENS	-crioterapie	cu gheata	-repaus in posturi antialgice apoi posturi in pozitie functionala

SUPORT DE LUCRĂRI PRACTICE/STAGII
DISCIPLINA: FIZIOTERAPIE

Pentru studenții anului V
FACULTATEA DE MEDICINĂ DENTARĂ

*licențiat în Fiziokinetoterapie,
dr. Daniela-Aurora Tănase*

Limitarea de mobilitate	±TENS Galvanoizări	-crioterapie -comprese locale cu sulfat de magneziu	-cu gheata - relaxant	-mobilizari pasive/ autopasive/pasivo- active fara a intinde tesuturile -mobilizari active
--	-----------------------	--	--------------------------	--