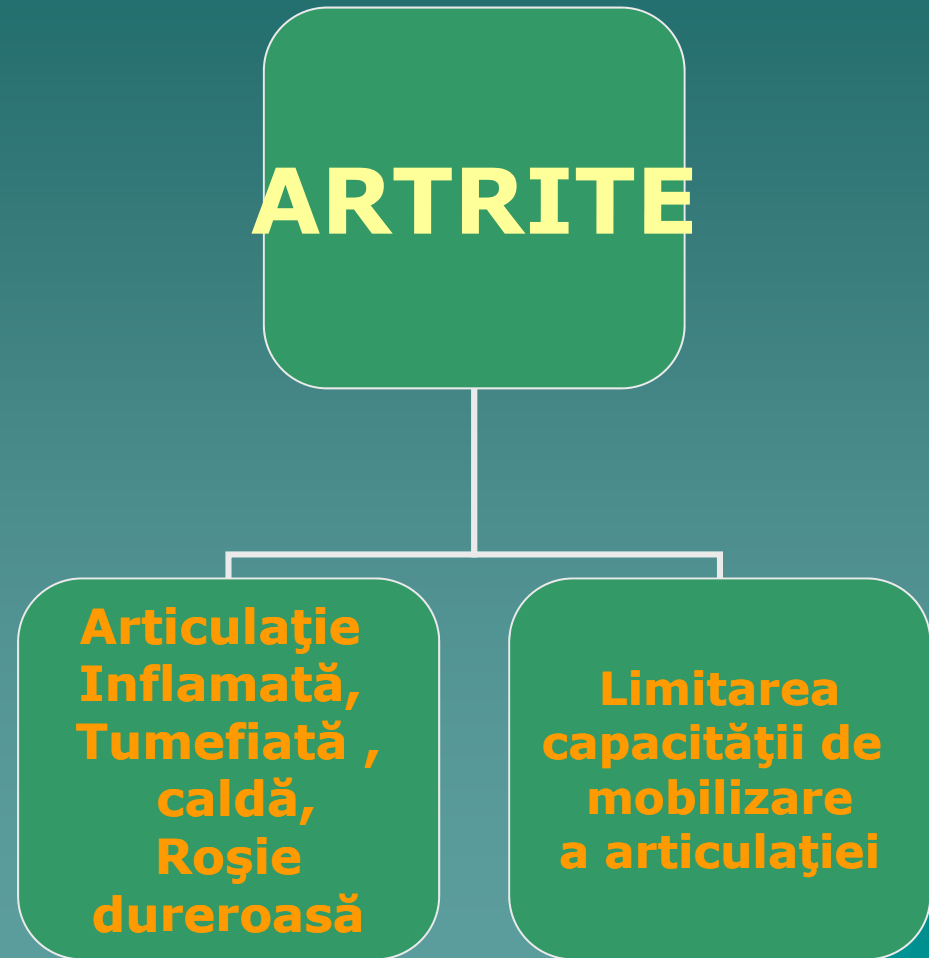




I. REUMATISMUL INFLAMATOR

A. REUMATISMUL ARTICULAR

◆ Atria
este o afecțiune
inflamatorie, cronică
sau acută care
afectează
articulațiile.



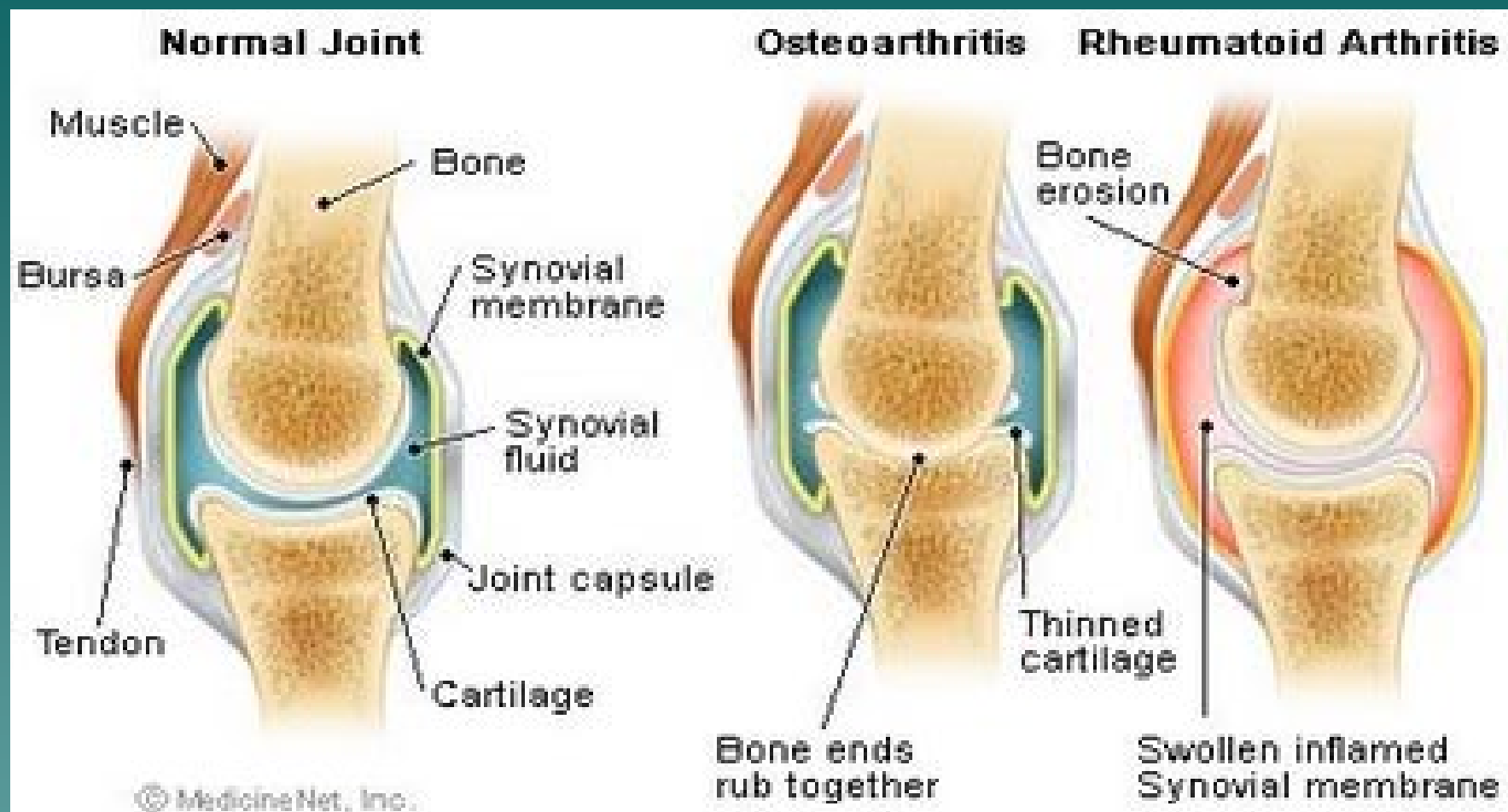
Diagnostic

Radiologic observăm:

- ◆ tumefieri ale părților moi;
- ◆ osteoporoză;
- ◆ deteriorări ale cartilajului;
- ◆ îngustări ale spațiului articular;
- ◆ modificări erozive

Examele de laborator pun în evidență:

- ◆ VSH crescut - în perioadele de activitate,
- ◆ factor reumatoid prezent - în formele poliarticulare seropozitive,
- ◆ anticorpi antinucleari - în formele oligoarticulare examenul lichidului sinovial – număr crescut de leucocite



Normal and Arthritic Joints

Spondilita anchilozantă = boală inflamatorie cronică, care afectează preponderent coloana vertebrală, debutând la nivelul articulațiilor sacroiliace și progresând ascendent.

Tablou clinic:

- ◆ durerea lombară sau fesieră
- ◆ radiculoalgie sciatică
- ◆ dureri toracice

Examen de laborator:

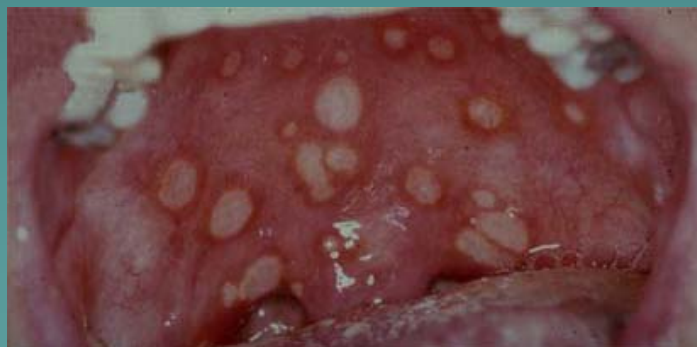
- sindrom inflamator - VSH, proteina C reactivă crescute;
- HLA-B27 pozitiv;
- anemie normocromă normocitară

Teste imagistice:

- sacro-ileită bilaterală, simetrică,
- rectitudinea coloanei lombare,
- vertebre „pătrate”,
- „coloana de bambus” - prin unirea sindesmofitelor și anchiloză,

Boala Behçet

- este o boală multisistemică, cronică.
- afectează mai mult sexul masculin
- ◆ ulcerații bucale dureroase – stomatita aftoasă - prima manifestare a bolii
- ◆ ulcerații genitale
- ◆ probleme ale pielii;
- ◆ afectări oculare
- ◆ artrită



Artrita reactivă seronegativă (Sindromul Riter)

- ◆ Este o artropatie inflamatoare, ca urmare a unei infecții enterale sau urogenitale.
- ◆ Combinația: uretrită, artrită și conjunctivită
= sindrom Riter

HLA B27 prezent la 60-80% dintre bolnavi

Artrita psoriazică

- ◆ Artrita psoriazică este o artrită cronică inflamatorie, asociată cu psoriazisul.
- ◆ leziuni cutanate de psoriazis,
- ◆ leziuni unghiale - hipercheratoză, striatii unghiale, depresiuni punctiforme,
- ◆ uveită anterioară

- ◆ **Guta** = boală determinată de tulburările metabolismului nucleoproteidelor.
- ◆ Se caracterizează prin **exces de saruri de acid uric în sange (hiperuricemie) și urina (hiperuricurie) și depunerea lor în cartilajele, membranele și sinoviale articulațiilor mici ale mainilor și picioarelor,**
- ◆ Debutul clinic, în 85-90% din cazuri este monoarticular și apare, de regulă, la **articulația metatarsofalangiană a halucelui.**



POLIARTRITA REUMATOIDĂ

- Este o suferinta caracterizată de o inflamatie cronică infiltrativ-ploriferativă a sinovialei articulare,
- Se exprimă clinic prin artrită la mai multe articulații,
- O mare valoare diagnostică o are simetricitatea suferinței,

**Inflamația
sinovialei
articulare**

**Distrucția
cartilajului,
eroziuni
osoase**

**Distrucția
progresivă
a articulației,
deformări
articulare**



Artrita temporo-mandibulara

- ◆ Se manifesta prin dureri, limitarea deschiderii gurii, crepitatii, modificari la nivelul contactelor ocluzale. **Afectarea este unilaterală sau bilaterală.**
 - modificari ale secretiei salivare:
 - ◆ hiposialie
 - ◆ asialie
 - ◆ inflamatie si durere la nivelul articulatiei temporo-mandibulare
 - modificari odontale:
 - ◆ dintii se distrug cu usurinta,
 - ◆ dificultati de deglutitie,
 - ◆ marirea in volum a parotidelor si a glandelor submaxilare si sublinguale.

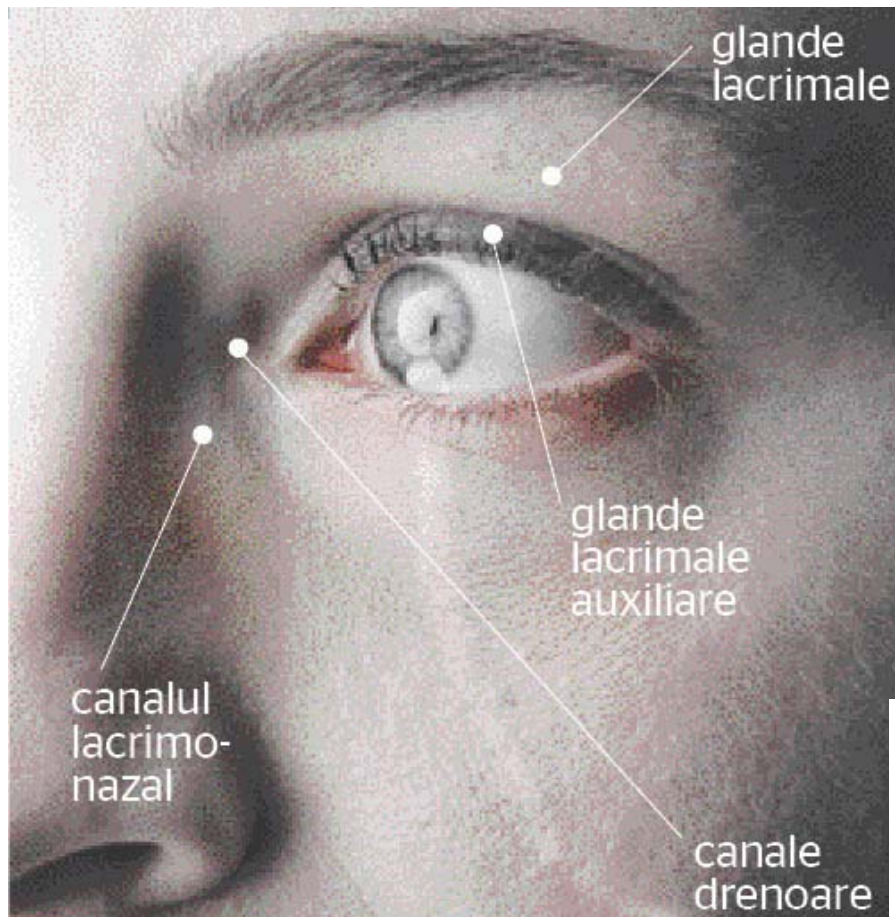
DIAGNOSTIC

- viteza de sedimentare a hematiilor(VSH) este ridicata, semnificand inflamatie;
- factor reumatoid prezent in 75% din cazuri;
- prezenta unui exudat cu celularitate bogata (75% polimorfonucleare) în lichidul sinovial;
- ingustarea spatiului articular;
- eroziunile marginale reprezinta cel mai semnificativ semn al bolii;
- deformarea articulara;

B. BOLI ALE ȚESUTULUI CONJUNCTIV

1. SINDROMUL SJOGREN

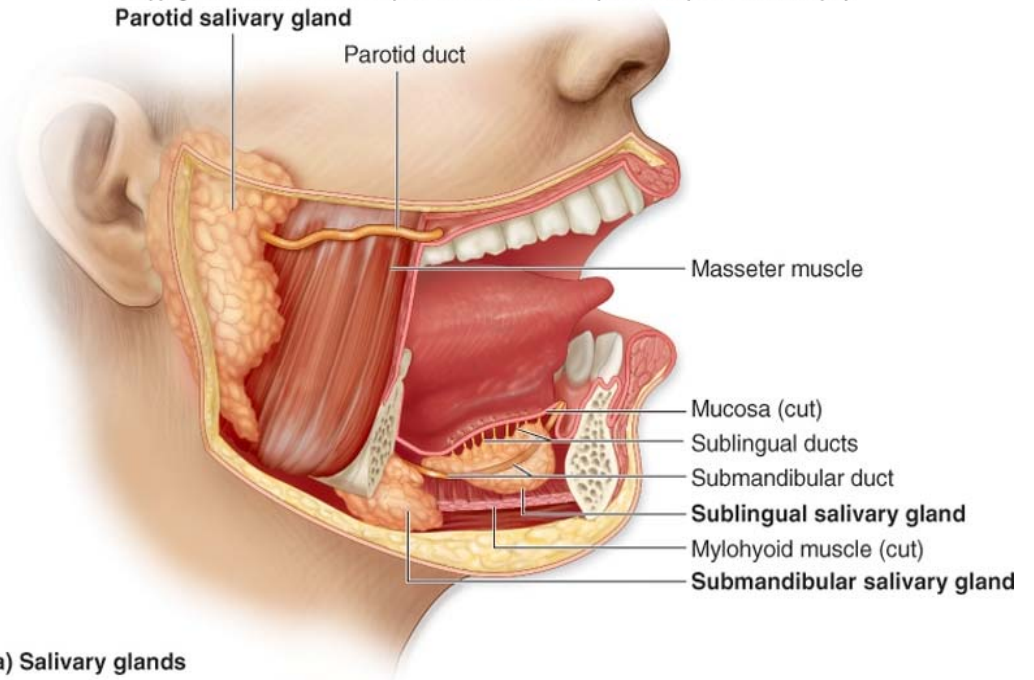
- ◆ afecțiune **cronică, sistemică, autoimună, cu disfuncții ale glandelor exocrine;**
- ◆ Se caracterizează printr-o **inflamatie cronică a glandelor salivare și lacrimale** prin prezenta unui infiltrat limfoplasmocitar,
- ◆ afecțiune cronică care asociază o uscăciune oculară cu o uscăciune bucală.



Manifestări glandulare

glande lacrimale
glande salivare
alte glande exocrine

Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. Permission required for reproduction or display.



XEROSTOMIA se manifesta prin:

- senzație de gură uscată, de arsură la nivelul cavității bucale;
- necesitatea de a bea lichide în timpul mesei;
- disfagie pentru solide și alimente uscate;
- dificultatea de a vorbi timp îndelungat;
- modificarea sau pierderea gustului;
- halenă, carii dentare, infecții la nivelul cavității bucale
- candidoza orală
- mărirea în volum a glandelor parotide, care la palpare sunt ferme, neregulate și posibil dureroase;
- febra;
- atrofii ale papilelor linguale;
- fisuri orale, mai ales la colturile gurii.

2. LUPUSUL ERITEMATOS SISTEMIC

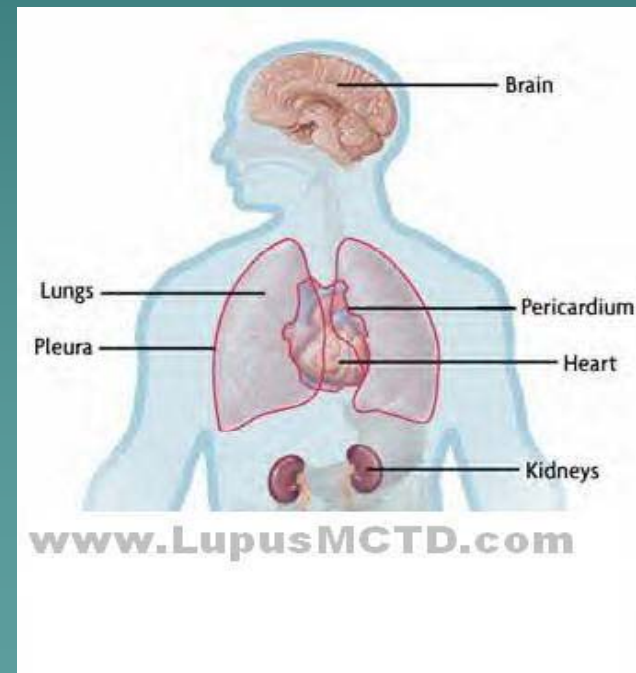
- ◆ Boala inflamatorie a tesutului conjunctiv de origine autoimuna, caracterizată printr-un proces inflamator ce afectează un mare număr de organe – piele, articulatii, sistem nervos, seroase;
- ◆ Serul celor mai multi pacienti contine anticorpi antinucleari (AAN) si anticorpi anti-ADN
- ◆ 90% din cazurile de boala sunt la femei, de obicei la vârsta procreației (intre 20 si 40 ani),

DIAGNOSTIC

- **Afectează un număr mare de organe, piele, articulații, sistem nervos, seroase;**
- **Rash malar;**
- **Artrită neerozivă;**
- **Anticorpi antinucleari;**
- **Ulcerații orale;**
- **Sindrom Raynaud;**

PRICIPALELE LEZIUNI LA NIVELUL CAVITĂȚII ORALE

- **Mucoasa rosie, luciasa, congestionata, edematiata, presarata cu macule hemoragice de culoare intensa;**
- **Ulceratii;**
- **Hiposialie;**
- **Simetricitatea leziunilor, ocolirea parodontiului marginal;**
- **Hiperkeratoza limbii**
- **Gingivite ;**
- **Fisuri mici in smalt, cu zone de dentina decalcificata.**



3. POLIMIOZITA DERMATOMIOZITA

- ◆ Sunt boli sistemice ale țesutului conjunctiv, caracterizate prin modificări inflamatorii și degenerative în mușchi (polimiozita) și frecvent în tegument (dermatomiozita), ducând la
 - slăbiciune musculară simetrică și
 - la un grad de atrofie musculară, în special la centurile membrelor (scapulare și pelvine).

Pacienții prezintă dificultăți în:

- ridicarea brațelor deasupra umerilor,
- la urcarea scărilor,
- la ridicarea din poziție șezândă.

Flexorii gâtului pot fi sever afectați, determinând

- incapacitatea de ridicare a capului de pe pernă.


Slăbiciunea musculară laringiană poate provoca

- disfonie.

Interesarea musculaturii striate a faringelui și a porțiunii superioare a esofagului duce la

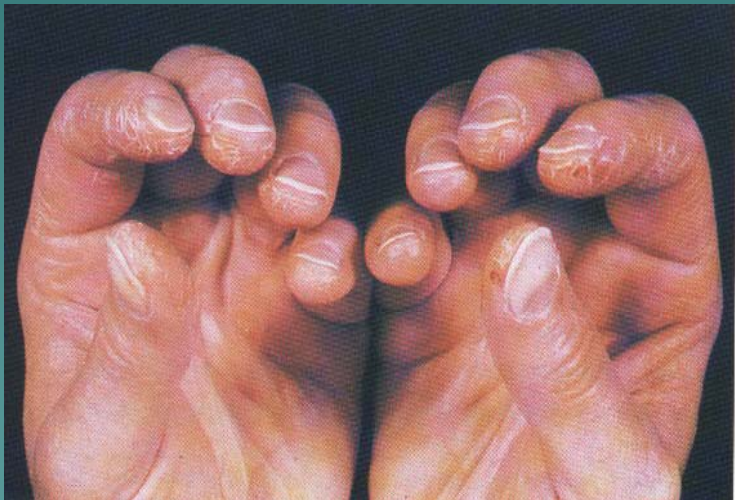
- disfagie și regurgitații.

Pe lângă aceste manifestări mai pot apărea

- atrofii musculare,
 - poliartrită neerozivă,
 - calcinoză.
- 

Dermatomiozita

- ◆ rash heliotrop - liliachiu, localizat periorbital și asociat cu edemul pleoapei superioare;
- ◆ rash papular - semnul lui Gottron - erupții maculo-papuloase localizate simetric pe fața dorsală a mâinii și a articulațiilor mâinii, la nivelul coatelor, genunchilor, gleznelor;
- ◆ rash macular la nivelul umerilor și gâtului (semnul șalului), decolteului („eritem în V”), feței;
- ◆ telangiectazii periunghiale
- ◆ erupție de tip exfoliativ pe fața palmară a degetelor mâinii - „mâna de mecanic”.



Criteriile de diagnostic

1. slăbiciune musculară proximală simetrică
2. creșterea nivelului seric al enzimelor musculaturii scheletice
3. traseu EMG modificat
4. anomalii la biopsia musculară
5. rash cutanat tipic pentru Dermatomiozită

Manifestari la nivelul articulatiei temporo-mandibulare si a cavitatii orale

- reducerea amplitudinii si vitezei de miscare a mandibulei;
- modificari de masticatie datorate oboselii musculare accentuate;
- edem al fetei in jurul malarelor si al cavitatilor orbitare,
- pe mucoasa gingivală se pot gasi pete punctiforme sau retea arborescenta;
- edemul poate infiltra limba, faringele si laringele, provocand dispnee.

4. SCLERODERMIA

- ◆ Boala autoimuna, cronică, caracterizată printr-o scleroză progresivă a dermului și în unele cazuri a viscerelor.

I. Sclerodermie localizată (fără interesare sistemică)

- Sclerodermia în plăci - formează plăci cutanate, numite morfee;
- sclerodermia lineară - sclerodermia în bandă, formează benzi bine limitate de țesut scleros, tare și indurat, de un alb sidefiu limitat de o margine liliachie la nivelul membrelor, feței și pe pielea capului;
- sclerodermia în picatura - elemente rotunjite de un alb sidefiu, care afectează ceafa, gâtul, umerii și partea de sus a toracelui;
- morfea generalizată - plăci sclerotice multiple hiperpigmentate și indurate

II. Scleroderma sistemică

1. **forma cutanată limitată** -Sindromul CREST (Calcinoză, sindrom Raynaud, afectare Esofagiană, Sclerodactilie, Telangiectazii);

2. **forma cutanată difuză** – se caracterizeaza prin:

- debut recent al Sindromului Raynaud;
- afectarea cutanată a membrelor, feței, trunchiului;
- extinderea sclerodermiei la plămâni, la unul sau mai multe viscere, in principal la rinichi și la tubul digestiv (esofagita si malabsortia alimentelor)

3. **scleroza sine scleroderma;**

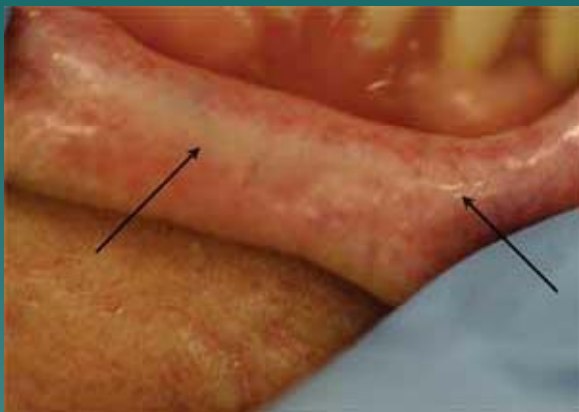
4. **sindroame de suprapunere "overlap "**
sclerodermatomiozita (îngroșare cutanată și slăbiciune musculară)



Principalele manifestarile la nivelul cavității orale sunt :

- ◆ Microstomia;
- ◆ Xerostomia din cauza afectării glandelor salivare;
- ◆ Leziuni parodontale;
- ◆ Leziuni ale mucoasei orale;
- ◆ Resorbții osoase

**Țesut fibros în
partea inferioară a buzei**



**Constricție tisulară orală
și microstomie**



**Leziuni parodontale
și retracție gingivală**



**Limitarea deschiderii gurii și
scăderea mobilității articulare**



DIAGNOSTIC

- ◆ Examenenele de laborator pun în evidență: sindromul inflamator;
- ◆ anemie;
- ◆ factorul reumatoid este pozitiv la 33% dintre pacienții cu sclerodermie generalizată;
- ◆ anticorpi antinucleari în 90% din cazuri;
- ◆ anticorpi anticentromer – în formele localizate (sindromul CREST);

Examenul radiologic pune în evidență:

- calcificări subcutanate
- osteoliza și resorbția falangiană distală
- artrita erozivă

Criterii:

- Majore:

- ◆ **Scleredemie proximal de artc MCF sau MTF**

- Minore:

- ◆ **Sclerodactilie**
- ◆ **Cicatrici stelate la nivelul pulpei degetelor**
- ◆ **fibroză pulmonară bibazală**

Diagnostic: 1 M + 2 m

II. REUMATISMUL DEGENERATIV

A. BOALA ARTROZICĂ

Afecțiune care evoluează cu manifestări articulare datorate alterării integrității cartilajului și modificării consecutive a osului subcondral.

Artrozele afectează în special, articulațiile periferice și/sau vertebrale, caracterizate morfopatologic prin leziuni degenerative ale cartilajului hialin, cu interesarea osului subcondral, a sinovialei și a tesuturilor moi periarticulare.

Clinic se manifestă prin dureri, deformări și limitarea mișcărilor articulației.

BOALA ARTROZICĂ

◆ **Artroza primara**

- Generalizată sau difuză (poliartroză)
- Localizată (cu variante topografice)

◆ **Artroze secundare**


- Traumatisme
- Boli inflamatorii (poliartrita reumatoida)
- Tulburari de dezvoltare
- Boli hematologice
- Boli endocrine
- Boli neurologice
- Depuneri de cristale de hidroxiapatita

Factori de risc în artroză


◆ Generali

- Ereditatea
- Nutriția
- Statusul hormonal și densitatea osoasă
- Metabolismul cartilajului și osului

◆ Locali (biomecanici)

- Obezitatea
 - Mediul mecanic al articulației
 - Traumatismul și deformarea articulară
 - Solicitarea profesională
 - Activitățile sportive intense
 - Slăbirea musculaturii
- 
- A stylized, dark teal mountain range graphic is located in the bottom right corner of the slide, extending from the right edge towards the center.

Manifestări clinice

- Durere articulară;
 - Redoare articulară de inactivitate < 30';
 - Reducerea mobilității (antalgică, osteofite, atrofii, anchiloze);
 - Impotență funcțională de diferite grade;
 - Senzație de instabilitate.
- 
- A stylized, layered mountain range graphic in shades of teal and blue, located in the bottom right corner of the slide.

Manifestări clinice

- Sensibilitate la palpare;
- Marirea în volum a articulației;
- Tumefierea părților moi;
- Cracmente articulare/blocaj articular;
- Limitatea dureroasă a mișcărilor active și pasive;
- Deformări și anchiloze/dezaxare;
- Instabilitate articulară;
- Hipotonie, hipotrofie musculară;

NODULII HEBERDEN



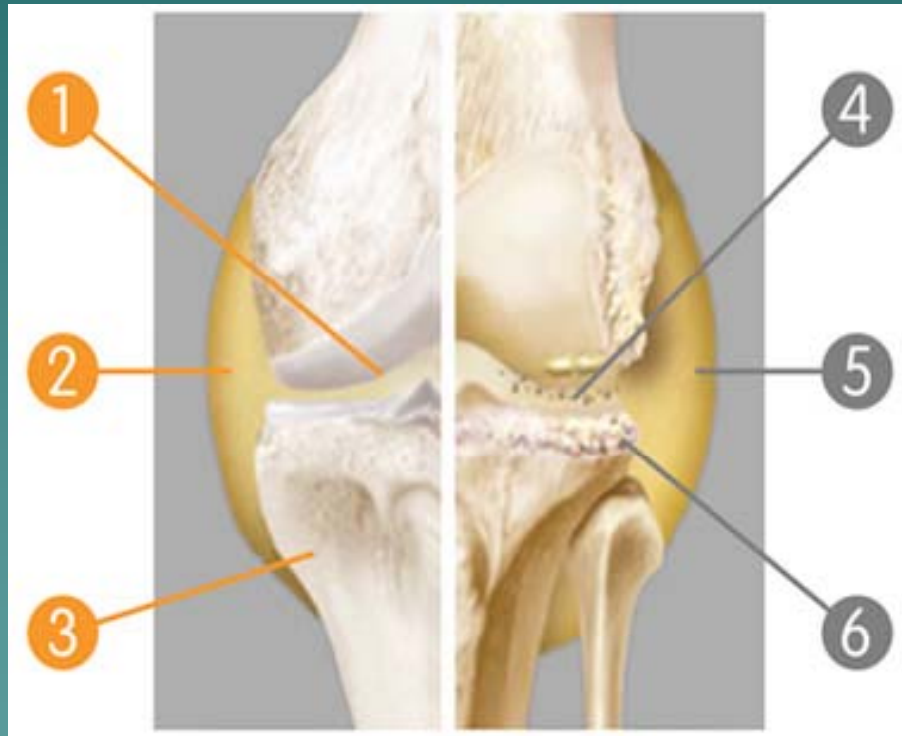
- ◆ Artic. IFD
- ◆ Hipertrofie osoasa
- ◆ Reactie inflamatoare

NODULII BOUCHARD



- Artic. IFP
- Hipertrofie osoasa
- Reactie inflamatoare

Modificări patologice în gonartroza

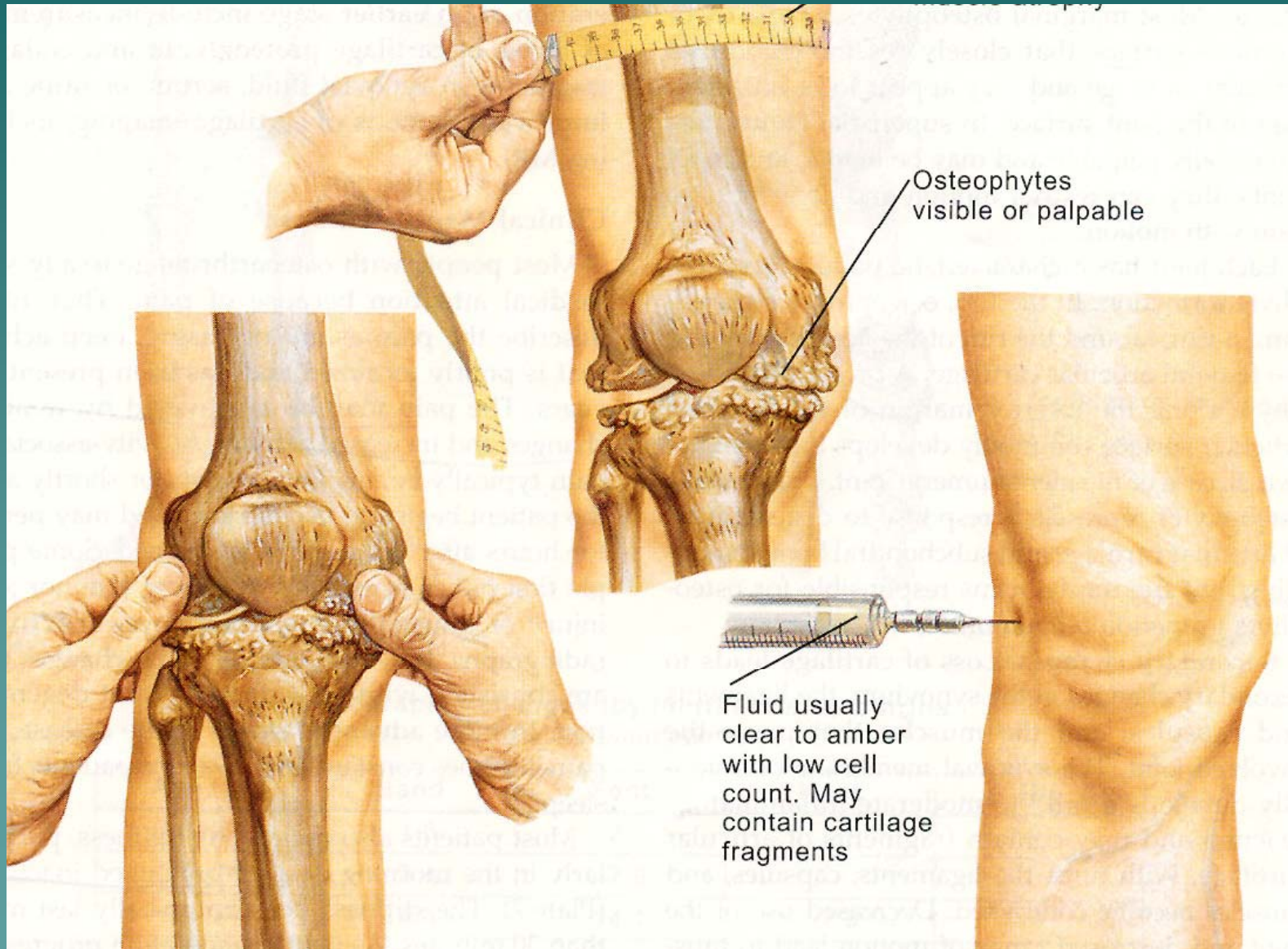


4. Cartilajul erodat este complet disparut, oasele se pot atinge dureros in timpul miscarilor

5. Acidul hialuronic cu concentratie mai mica din lichidul sinovial protejeaza mai putin articulatia

6. Osteofite ("ciocuri" osoase)

GONARTROZA



COXARTROZA



SPONDILOZA CERVICALA



- ◆ Rectitudinea coloanei cervicale
- ◆ Ingustarea spatiului C5-C6
- ◆ Osteofitoza anterioara si posterioara

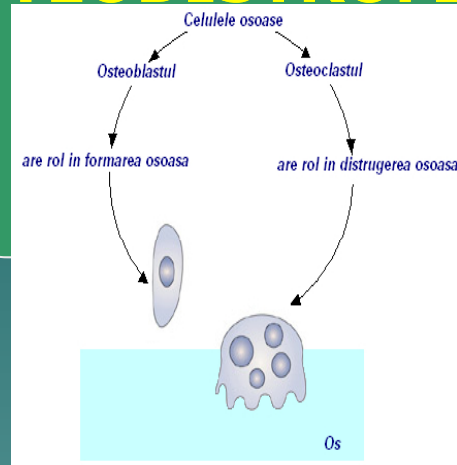
Disfunctiile temporomandibulare artrogene

- ◆ Disfunctiile temporomandibulare artrogene pot fi cauzate de:
 - leziuni ale discului articular – disfunctia ansamblului condil-disc;
 - traumatisme,
 - luxatii,
 - disfunctii musculare,
 - post interventii chirurgicale,
 - malocluzii,
 - tratamente ortodontice neadecvate,
 - stresul si anxietatea

◆ La examenul clinic pune în evidență:

- durerea la nivelul articularei;
- limitarea sau mobilitatea asimetrică a mandibulei;
- anomalii ale ocluziei dentare;
- cracmente articulare;
- inflamația tesuturilor periarticulare,
- dureri la nivelul muschilor masticatori.

OSTEODISTROFIILE



OSTEOPOROZA



BOALA PAGET



OSTEOPOROZA –

Osteoporoza este o boală scheletică sistemică caracterizată prin scăderea masei osoase și deteriorarea microarhitecturii țesutului osos, având drept consecință creșterea fragilității osoase și implicit, a riscului de fractură.

Stadiile osteoporozei	BMD (Bone Mineral Density) (g/cm²)	scorul T	Fracturi
Normal	> 833 g/cm²	(+ 2,5) DS – (- 1) DS	Absente
Osteopenie	833 - 648 g/cm²	(- 1) DS – (- 2,5) DS	Absente
Osteoporoză	< 648 g/cm²	< (- 2,5) DS	Absente
Osteoporoză severă	< 648 g/cm²	< (- 2,5) DS	Una sau mai multe fracturi



Osteoporoze primare

1. Osteoporoza idiopatica juvenilă este mai rar întâlnită. Afectează ambele sexe în perioada de pubertate (8 – 14 ani), cu evoluție zgomotoasă după 2-4 ani.

2. Osteoporoza idiopatica a adultului tânăr – incidența este mai mică, manifestându-se mai ales prin fracturi vertebrale.

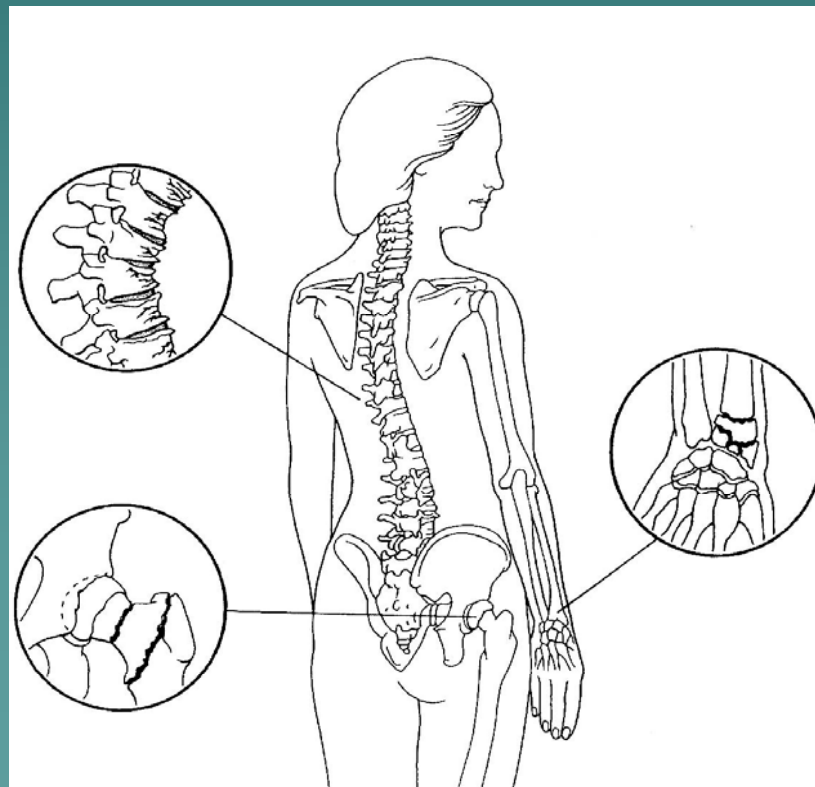
3. Osteoporoza adultului

-de tip I, postmenopauzală (50 – 60 ani), și apare la un interval de aproximativ 10 – 15 ani de la instalarea menopauzei;

- tip II, de involuție, senilă – de regulă apare după vârsta de 70 ani.

Cele mai frecvente localizări în osteoporoză sunt:

- la nivelul colului femural;
- extremitatea distală a radiusului;
- extremitatea superioară a radiusului;
- la nivelul coloanei vertebrale



Manifestari clinice

- ◆ dureri dorso-lombare - acute și cronice, uneori cu iradiere de-a lungul coastelor sau al rădăcinii nervoase afectate;
- ◆ cifoză dorsală, secundară tasărilor vertebrale, cu proiecția anterioară a capului
- ◆ accentuarea lordozei lombare;
- ◆ diminuarea înălțimii pacientului, secundară modificărilor posturale;
- ◆ apropierea rebordului costal de crestele iliace;
- ◆ reducerea mărimii cavității toracice și abdominale



BOALA PAGET A OSULUI

- ◆ Boala Paget se caracterizează prin creșterea ratei turnover-ului osos, resorbție osoasă excesivă, urmată de formare de os nou, dezorganizat structural și slab funcțional.

Manifestări clinice

- ◆ Boala Paget poate afecta un singur segment osos sau mai multe segmente osoase.
- ◆ **Cele mai frecvente localizări sunt la:**
 - pelvis,
 - coloana lombară,
 - femur,
 - craniul,
 - stern,
 - sacru,
 - coloana toracală,
 - tibie,
 - umar



Manifestări clinice

- ◆ Manifestările clinice sunt extrem de variate, în funcție de segmentul osos afectat.
- ◆ Cele mai comune manifestări clinice sunt:
 1. Apatia, letargia, fatigabilitatea. Acestea apar când localizarea bolii este predominant la craniu.
 2. Durerea este unul dintre cele mai comune simptome, fiind profundă, sfredelitoare și se accentuează nocturn. Durerea este localizată la nivelul segmentului osos afectat.
 3. Deformarea osoasă.

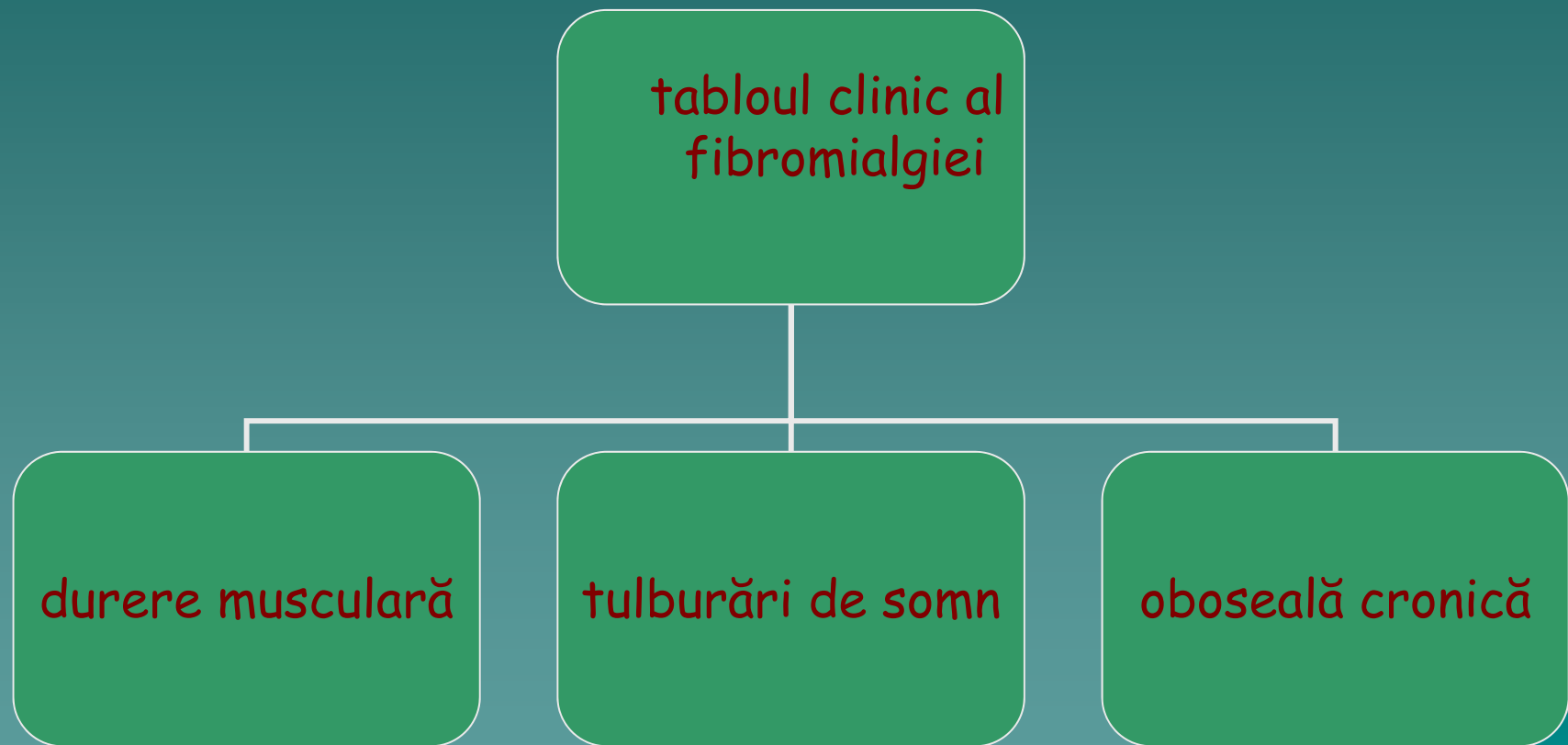
- ◆ Deformarea facială este mai rar întâlnită la oamenii tineri, manifestandu-se prin proeminența unui obraz cu aspect "leonin", ca urmare a afectării oaselor maxilarului.
- ◆ Afectarea oaselor maxilarului duce la afectarea vorbirii, a masticației și dentiției.



Diagnostic

- ◆ Examene de laborator
 - fosfataza alcalină osoasă,
 - markeri ai resorbției osoase,
 - Hipercalcemie
- ◆ Radiografii osoase:
 - zone de osteocondensare și zone de osteoliză la nivelul calotei craniene, cu îngroșarea acesteia;
 - la nivelul oaselor lungi - zonă de hipertransparență bine delimitată, în „V”
 - la nivelul bazinului - prezența zonelor de osteocondensare și osteoliză
- ◆ Scintigrafia osoasă este utilizată pentru stabilirea extensiei bolii Paget
- ◆ Biopsie osoasă
- ◆ Tomografie pentru diagnosticarea sarcomelor.

FIBROMIALGIA



TABLOUL CLINIC

Simptomele principale ale afecțiunii sunt:

- **Durerea** este difuză, rău circumscrisă intensă și profundă, fiind referită la mușchi sau proeminențele osoase. Uneori are caracter de arsură, alteori de amorțeală, fiind însoțită de redoare și senzație de "umflătură". Poate fi diagnosticată prin palpare.



- **Redoarea** se manifestă prin senzația de țesuturi sub tensiune și dificultatea de a efectua un efort muscular.

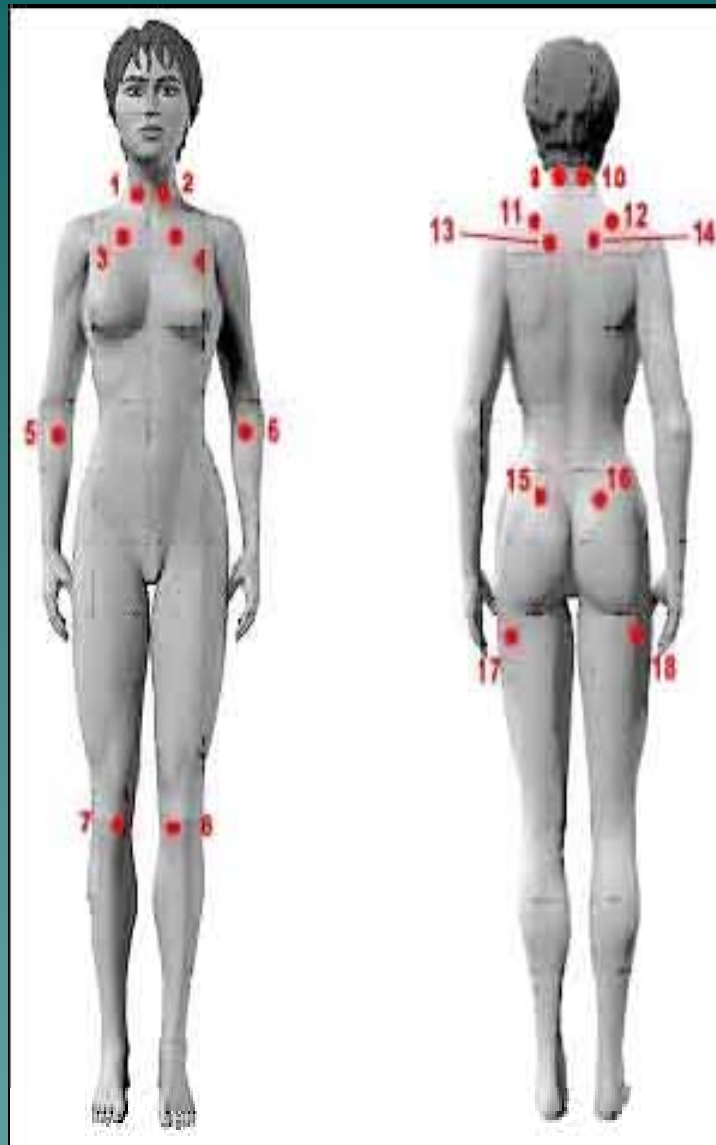
Aceste simptome sunt mai supărătoare dimineața, fiind însoțite de senzația de oboseală.

Durerile și redoarea sunt accentuate de expunerile la frig, de oboseala fizică sau psihică și sunt ușurate de caldură, masaj, relaxare și mai puțin de analgezice;

- **Starea de astenie** este însoțită de senzația de istovire, prezentă dimineața la sculare după un somn neodihnitor. Mulți pacienți afirmă că se trezesc dimineața mai obosiți decât la culcare.



EVALUAREA NUMĂRULUI DE PUNCTE DUREROASE TRIGGER/TENDER



CRITERIILE DE DIAGNOSTIC ALE FIBROMIALGIEI

CRITERII OBLIGATORII:

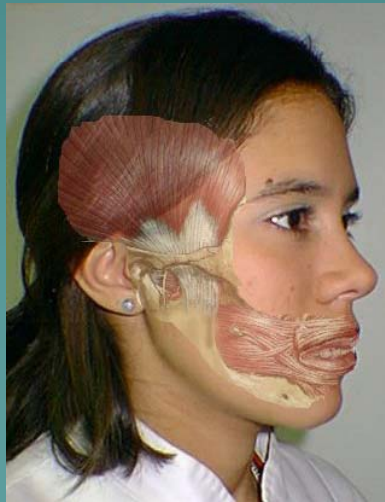
1. durere difuză si redoare în cel puțin 3 sedii anatomice, cu durată de cel puțin 3 luni;
2. absența unor boli prin evaluarea diagnostică (leziuni traumatice, boli reumatice si absența testelor de laborator anormale).

CRITERIU MAJOR:

- 5 sau mai multe “puncte dureroase” tipice

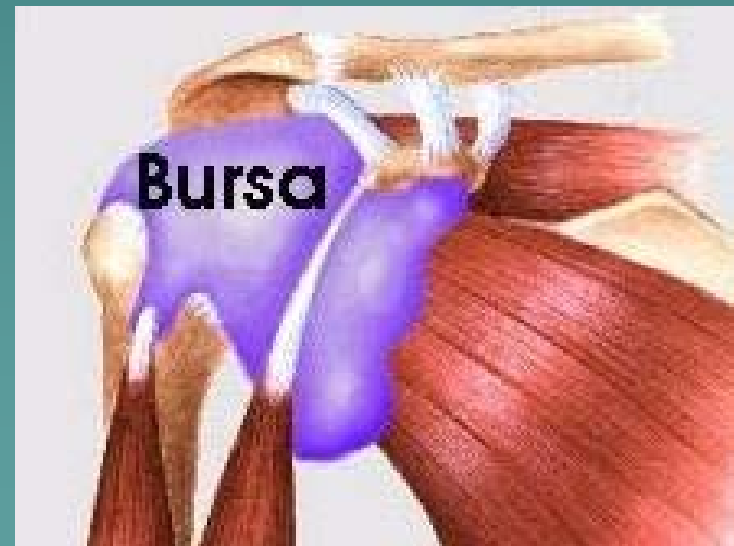
Sindromul fibromialgic in medicina dentară

- Zonele tender miofasciale crează durere referită la nivel dentar:
- La nivelul m.temporal -> dinții maxilari, frontali sau laterali;
- La nivelul maseterului -> dintii laterali, maxilari si mandibulari;
- La nivelul digastricului -> frontalii inferiori



BURSITELE

- ◆ Bursele sunt formațiuni anatomice care facilitează mișcările.
- ◆ Sunt situate în zone în care tendoanele și mușchii trec în dreptul unor proeminențe osoase.
- ◆ **Bursita este inflamația acută sau cronică a unei burse seroase.**



Manifestări clinice

- ◆ durere in zona afectată, cu iradiere, uneori, in membrul respectiv;
- ◆ eritem al tegumentelor;
- ◆ redoare si limitarea mișcărilor respectivelor articulații;

Forme clinice

➤ Bursita acută

- Durerea este spontană, se accentuează la mișcare și la palpare;
- Limitarea mișcarilor;
- Tumefacție și eritem în zona afectată.

➤ Bursita cronică

- poate apare după mai multe forme de bursită acută sau după traumatisme repetate;
- în timp pererții bursei se îngroașă, stratul de celule endoteliale degenerază în interiorul bursei și apar aderențe, vilozități și calcificări.

Sinovita si capsulita articulației temporo-mandibulare

Poate fi cauzată de:

- ✓ infecțiile intraarticulare,
- ✓ LES,
- ✓ poliartrita reumatoidă,
- ✓ disfuncția temporo-mandibulară,
- ✓ Microtraumatisme
- ✓ Stresul mecanic

TENDINITE - TENOSINOVITE

- ◆ Tendinita este o inflamație a tendonului și a tecilor sinoviale.
- ◆ Tendonul reprezintă o prelungire a mușchiului până la os, prin care acesta se inseră și își exercită acțiunea mecanică, mobilizând articulațiile.
- ◆ Tendinita reprezintă, de fapt, ruptura parțială a unor fibre tendinoase, însoțită de edem local.

Principalele cauze ale tendinitelor sunt:

- ❑ traumatismele,
- ❑ mișcările repetitive, în exces,
- ❑ afecțiunile inflamatorii sistemice,
- ❑ activitățile sportive – înot, tenis, golf, baseball, fotbal, dans,
- ❑ anumite meserii.

Manifestări clinice

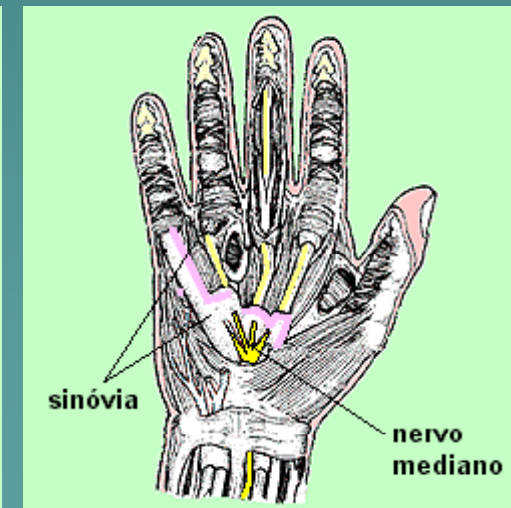
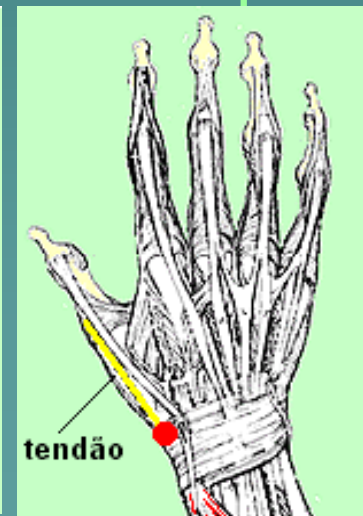
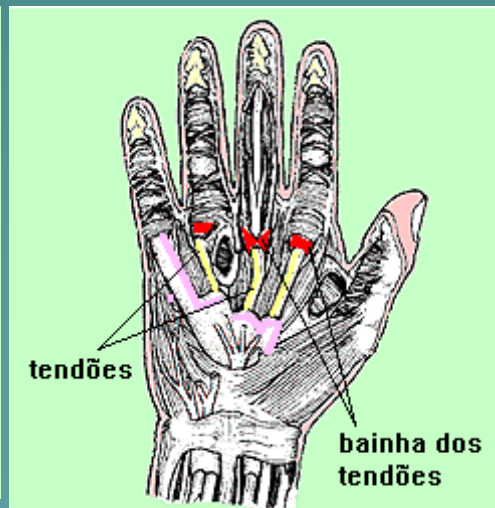
- ◆ Dureri pe traiectul tendonului respectiv;
Durerea se accentuează la mișcare și în unele cazuri poate apărea un nodul sensibil la palpare;
- ◆ Redoare;
- ◆ Tumefiere, roșeață locală;
- ◆ În unele cazuri tenosinovita poate evolua spre retracție cicatriceală.

FORME CLINICE DUPĂ TOPOGRAFIE

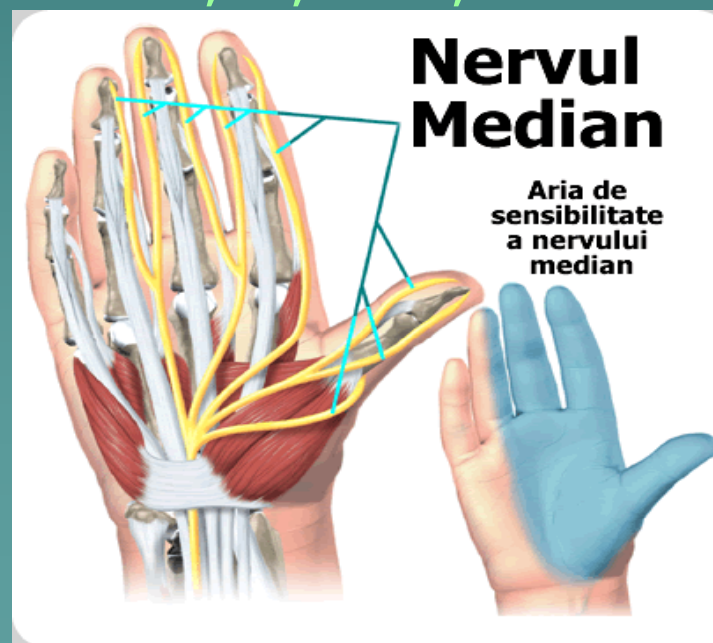
- ◆ Membrul superior

- **mâna:**

- ◆ Tenosinovita flexorilor și extensorilor mâinii;
 - ◆ Tenosinovita flexorilor degetelor și a degetului mare;
 - ◆ Sindromul de canal carpian



- ◆ **Sindromul de canal carpian** este o afecțiune ce se manifestă la nivelul încheieturii mâini.
- ◆ Este determinat de compresia nervului median la acest nivel.
- ◆ Simptomatologia este reprezentată de:
 - durere;
 - senzația de furnicăături și amorțeală la nivelul palmei și a degetelor 1, 2, și 3, mai ales în timpul nopții.



Tendinita temporală

- ◆ Apare ca urmare a activității continue și prelungite a mușchiului temporal, a stresului emotional și mecanic sau a unei dureri profunde.
- ◆ **Clinic se remarcă:**
 - Durere în regiunea tâmpiei și la nivelul globului ocular;
 - Durere la contracția mușchiului temporal;
 - Limitarea deschiderii cavității bucale;
 - Durere la nivelul mușchiului temporal.

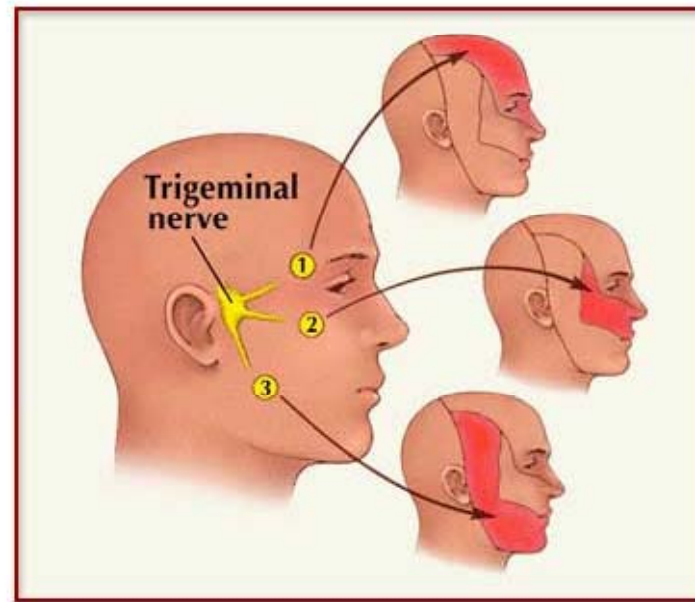
PERIARTRITA SCAPULO-HUMERALĂ

Faze evolutive în periartrita scapulo-humerală

- ❑ **Umăr dureros simplu** – mișcări limitate
- ❑ **Umăr dureros mixt** – limitare
- ❑ **Umăr acut hiperalgic** – durere și impotență funcțională
- ❑ **Umăr blocat** – capsulită adezivă, imposibilitatea mișcarilor
- ❑ **Umăr pseudoparalitic** – ruptură

NEURALGIA

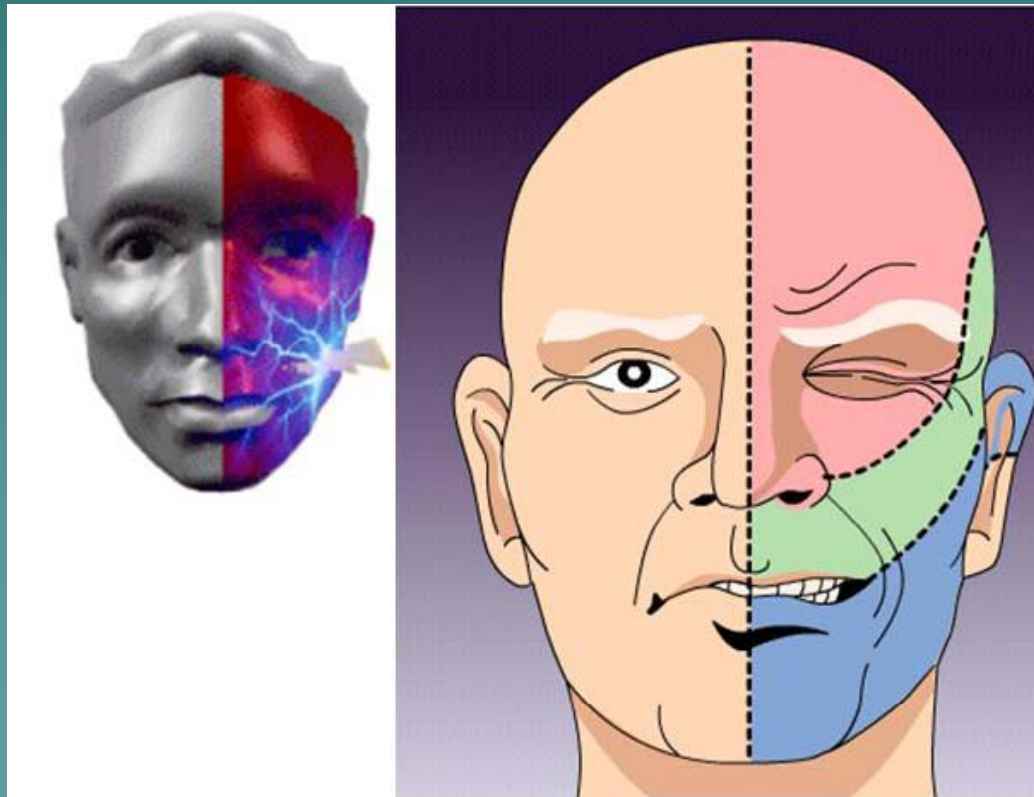
Durerea provocată de iritația sau lezarea unui nerv senzitiv



© Mayo Foundation for Medical Education and Research. All rights reserved.

Nevralgia trigeminală primară (esențială)

- ◆ Nevralgia trigeminală idiopatică este o boală a vârstei înaintate, este întâlnită la pacienți peste 40-50 de ani, cel mai frecvent între 50 și 65 de ani.
- ◆ Sub vârsta de 30-40 de ani este întâlnită cu totul exceptional. Cauzele și mecanismele nevralgiei trigeminale esențiale nu sunt complet cunoscute.



Manifestările clinice tipice ale nevralgiei esențiale de trigemen

- ◆ Durere paroxistică
- ◆ Durează câteva secunde
- ◆ Nu există dureri între crize
- ◆ Localizată în teritoriul uneia sau mai multor ramuri ale nervului
- ◆ Unilaterală în criză
- ◆ Provocabilă de stimuli în zonele percutante (trigger)
- ◆ Nu există paroxisme în timpul somnului
- ◆ Nu există deficite senzitive obiective

În nevralgia trigeminală secundară există semne de suferință organică a nervului:

- ◆ Nevralgia apare ca urmare a unei afecțiuni structurale a nervului trigemen (tumori, malformații vasculare, accidente vasculare, traumatisme cerebrale, boli infecțioase și inflamatorii.
- ◆ Forma simptomatică poate apare și pe fondul unei boli: scleroză multiplă, neurinom de acustic sau trigemen, afecțiuni dentare, meningite, sinuzite.
- ◆ În forma simptomatică există tulburări de sensibilitate obiectivă la nivelul hemifeței afectate și diminuarea sau abolirea reflexului cornean.

Manifestările clinice ale nevralgiilor trigeminale simptomatice

- ◆ 1. Durere paroxistică tipică la persoane tinere
- ◆ 2. Durerea nu se ameliorează prin tratament adecvat
- ◆ 3. Paroxisme dureroase continue sau durere care nu cedează între crize
- ◆ 4. Modificări rapide și semnificative ale simptomatologiei
- ◆ 5. Asocierea deficitelor senzitive trigeminale
- ◆ 6. Asociere cu paralizii motorii craniene
- ◆ 7. Afectează inițial ramura oftalmică
- ◆ 8. Afectează inițial simultan două sau toate ramurile trigemenului
- ◆ 9. Dureri nevralgice bilaterale

MIASTENIA GRAVIS

**Afecțiune caracterizată prin slăbiciune
musculară episodică, produsă prin
pierderea sau disfuncția receptorilor
acetilcolinei**

- ◆ **Miastenia gravis este o tulburare autoimună, neurologică.**
- ◆ Anticorpii se fixeaza pe placa motorie, ducând la scăderea numărului receptorilor postsinaptici de acetilcolină și blocând astfel transmisia sinaptică;
- ◆ **Se caracterizează prin slăbiciune musculară crescută la efort și scăzută în repaus;**
- ◆ **Interesează frecvent musculatura feței și cea oculară;**
- ◆ Unii pacienți prezintă hiperplazie timică, cu prezența diferitelor afecțiuni ale timusului.
- ◆ Poate fi asociată și cu alte boli autoimune - tiroidită autoimună, LES, artrită reumatoidă;
- ◆ Este mai frecventă la femei cu vârste cuprinse între 20 și 40 ani, dar poate apărea la orice vârstă.

Manifestări clinice

- ◆ În miastenia gravis apar fluctuații ale slăbiciunii musculare
- ◆ Slăbiciunea musculară crește cu efortul și spre seară și scade cu repausul;
- ◆ Nu există afectare senzitivă, sfincteriană,
- ◆ Psihic normal, reflexe osteotendinoase normale.

◆ În miastenia gravis se descriu 2 forme:

1. Forma superioară (cefalică):

- Debut cu oftalmoplegie parțială extrinsecă cu ptoză palpebrală, bilaterală, inegală, alternantă;
- Ptoza este cauzată de slăbiciunea musculaturii pleoapelor. Pacienții își încrețesc fruntea utilizând mușchii frontali;
- Sprâncenele sunt ridicate pentru a compensa ptoza și porțiunea inferioară a sclerei,
- Privind în sus timp îndelungat se accentuează ptoza, iar prin închiderea ochilor pentru câteva minute se ameliorează.



- Pot apărea pareze de oculomotor cu strabism și diplopie
- La nivelul mușchilor feței se manifestă prin:
 - - pareză facială bilaterală,
 - - facies imobil, cu șanțuri șterse
- În timp, slăbiciunea se extinde la musculatura maseterină, faringo-larino-velopalatină și linguală, ducând la tulburări de masticatie, căderea mandibulei (adesea pacienții se sprijină cu mâna pentru a nu rămâne cu gura deschisă), disfagie pentru lichide și solide;
- Slăbiciune a musculaturii palatului produce vorbire nazală și refulare nazală a lichidelor.

2. **Forma inferioară (spinală)** este mai rar întâlnită

- Interesează musculatura membrelor, a cefei, apar dificultăți la mers, la urcarea scărilor și la transportul de greutăți, la eforturile fizice ce necesită repetarea mișcărilor;
- Apare slăbiciune la nivelul musculaturii flexoare gâtului (dificultate la ridicarea capului de pe perină);
- Slăbiciunea musculară este proximală, uneori asemănătoare cu miopatiilor;

PARALIZIA FACIALA



PARALIZIA FACIALA PERIFERICA

- **Paralizia facială periferică este o afecțiune neurologică acută interesând traiectul nervului facial, producând paralizia homolaterală a musculaturii feței;**
- **poate fi totală sau parțială, mai rar bilaterală.**
- **Leziunea nervului facial poate să apară la orice nivel de pe teritoriul său anatomic, în orice perioadă a vieții, de la naștere și până la vârste înaintate și apare mai frecvent primăvara și toamna;**
- **Cauzele sunt variate, caracterizate prin tulburări motorii, senzoriale și psiho-comportamentale.**

PARALIZIA FACIALA PERIFERICA (BELL)

Manifestari clinice

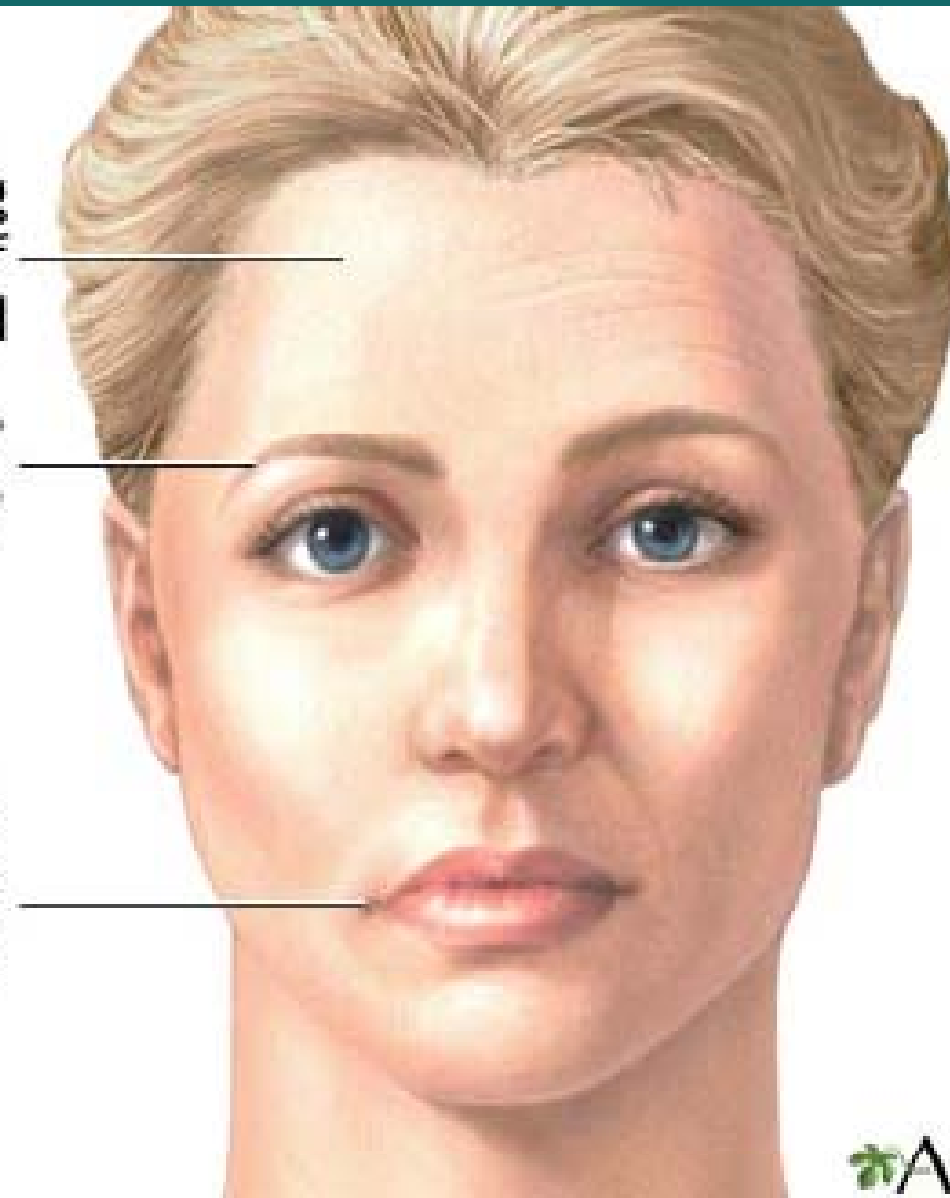
Debutul paraliziei, este de regula brusc, in primele 48 de ore si nu poate fi prevenită;

- ✓ **Paralizia facială periferică este de aceeași parte cu leziunea;**
- ✓ **Prezenta asimetriei faciale în repaus, cu modificări pe hemifata afectata;**
- ✓ **Disparitia ridurilor fruntii;**
- ✓ **Coborârea sprancenei;**
- ✓ **Abolirea clipitului;**
- ✓ **Hipotonia musculaturii obrazului, cu umflarea lui la fiecare expir;**
- ✓ **Căderea aripioarei nasului;**
- ✓ **Coborarea comisurii bucale;**
- ✓ **Reflexul cornean, optico-palpebral, nazo-palpebral sunt diminuate sau abolite;**

Smoothing
out of
forehead

Eyebrow
droop

Drooping of
corner of
mouth



ADAM.

- ✓ La deschiderea gurii ovalul bucal este deformat, la scoaterea limbii aceasta apare deviata spre partea bolnavă;
- ✓ **Vorbirea si râsul accentuează asimetria feței;**
- ✓ Pacientul nu poate sufla si fluiera din cauza paraliziei mușchiului orbicular al buzelor;
- ✓ Pot aparea hipo/anestezie pe hemifața afectată,
- ✓ Tulburări de gust , mai ales pe cele două treimi anterioare ale limbii,
- ✓ Hiposecreție salivara și lacrimală
- ✓ Pacientul nu poate închide ochiul (semnul Charles Bell);
- ✓ Hipoacuzie

PARALIZIA FACIALA DE TIP CENTRAL

- Sediul leziunii este fascicolul geniculat corticofacial;
- Paralizia este situată pe partea opusă leziunii, interesând porțiunea inferioară a hemifeței;
- Deficitul motor care ar fi trebuit să existe în porțiunea superioară a hemifeței este compensat de către fascicolul geniculat de aceeași parte și care corectează doar porțiunea superioară a nucleului facialului.

Manifestări clinice

- Ștergerea șanțului nasogenian;
- Comisura bucală este cazută;
- Imposibilitatea efectuării abducției comisurii bucale;
- Pacientul poate increții fruntea și poate face ocluzie palpebrală bilateral;
- **Asimetria facială dispare în timpul mimicii emoționale – plâns, râs**, datorită formațiunilor extrapiramidale, care conectează nucleul facial, fasciculul geniculat nefiind o cale motorie unică;
- **Când pacientul vorbește asimetria se accentuează** (motilitate voluntară).

Etiologie

Leziuni geniculate variate:

- Vasculare (accidente cerebrale vasculare),
- tumorale,
- infecțioase,
- paralitice.