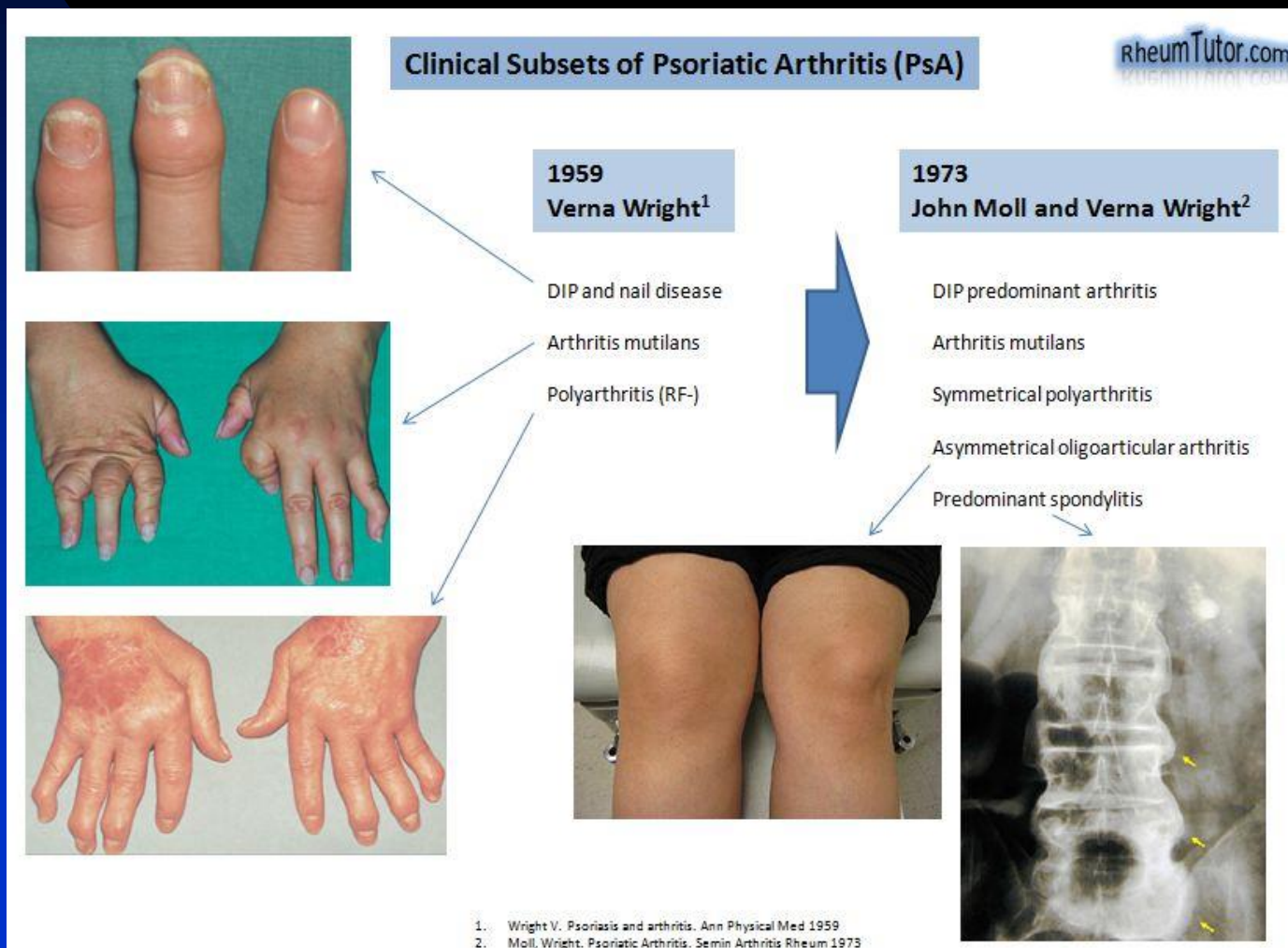


PROCESUL DE NURSING

Ș.L. Dr. med. ALEXANDRU CARABA
medicină internă-reumatologie

Caz 1

Artrita psoriazică este afecțiunea articulară inflamatorie, asociată psoriazisului.



rheumTutor.com

Polyarticular Psoriatic Arthritis

©Dr. Raj Carmona, 2014

24F with severe polyarticular psoriatic arthritis

Both wrists, all MCPs and PIPs are swollen. While the DIPs and nails are often involved in psoriatic arthritis, there is relative sparing of these sites in this patient.

Psoriatic Arthritis: Arthritis Mutilans



©Dr. Raj Carmona, 2014

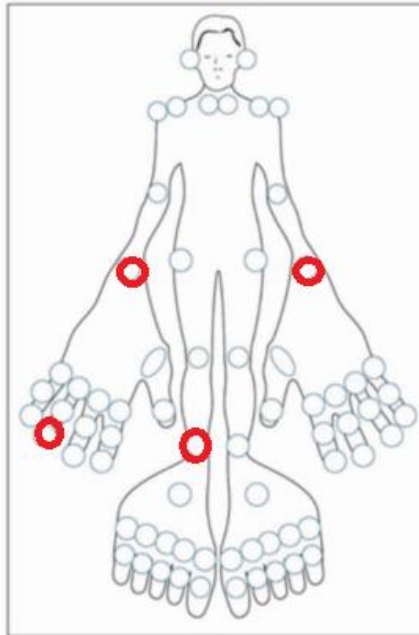
Arthritis Mutilans

This results from destructive erosive arthritis and osteolysis, leading to disorganisation of joints with subluxation and multiple deformities.



DAPSA (Disease Activity in PSoriatic Arthritis) Score

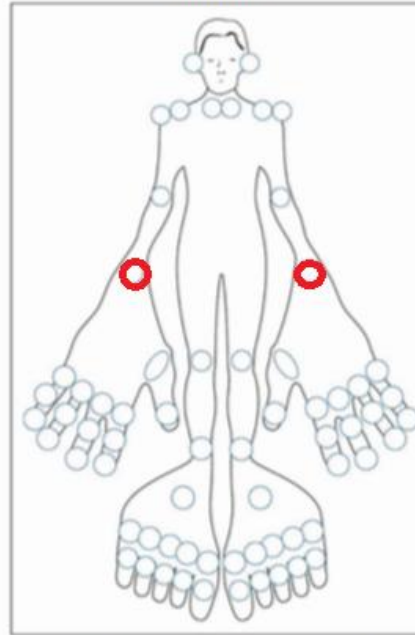
Tender Joints



1. Tender Joints Count (0-68), TJ:

0 4

Swollen Joints



2. Swollen Joints Count (0-66), SJ:

0 2

3. CRP (mg/dl):

0 4 2

4. Patient's assessment of disease activity and pain

- How active was your rheumatic disease on average during the last week?

not active 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 very active

- How would you describe the overall level of joint pain during the last week?

none 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 very severe

DAPSA = TJ + SJ + CRP + Activity + Pain =

12,42

Disease Activity: 0-4 Remission, 5-14 low, 15-28 moderate, >28 high Disease Activity

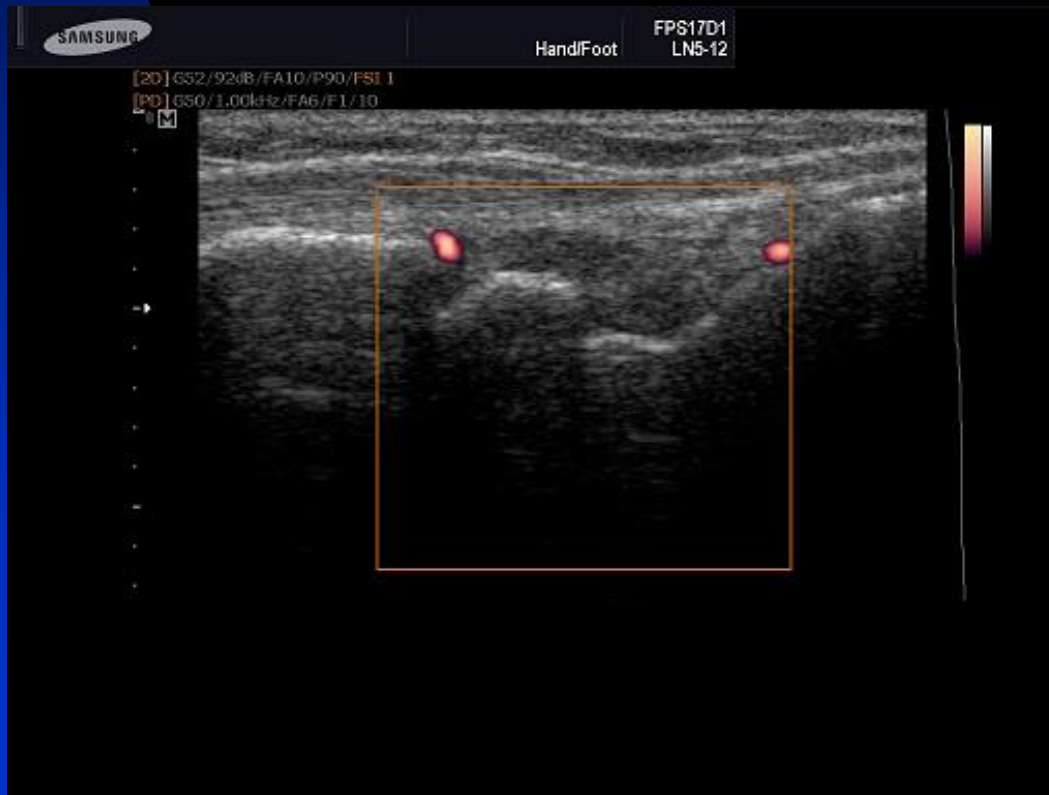
VSH 15 mm/h

Proteina C reactivă 0,42 mg/dl

Acid uric 4,7 mg/dl

Restul investigațiilor paraclinice în limite normale.

Ultrasonografie RCC: sinovită PD+



Diagnostic:

Artrită psoriazică formă poliarticulară cu activitate joasă
(DAPSA 12,42)

Tratament:

Metotrexat 20mg/săptămână

Acid folic 5 mg/ a 2-a zi după MTX

Caz 2

Spondilita anchilozantă este boala inflamatorie cronică, ce afectează predominant scheletul axial, dar și articulațiile periferice.



Caz 3

Pacient în vârstă de 58 ani se internează în clinica medicală pentru dispnee la eforturi reduse.

Antecedente heredo-colaterale: neagă,

Antecedente personale: neagă,

Condiții de viață și muncă: nefumător, neagă consumul de alcool, medicamente sau substanțe recreaționale,

Istoricul bolii: Simptomatologia s-a instalat progresiv, pe parcursul a 4-5 luni. Inițial au apărut artralgiile la nivelul articulațiilor mici ale mâinilor, însoțite de redoare matinală, cu intensificare progresivă și ulterior cu dezvoltarea artritelor la acest nivel. Concomitent, pacientul remarcă apariția unei erupții exfoliative la nivelul feței palmare a primelor două degete de la ambele mâini, mialgiilor și dispneei. În primele faze, dispneea a fost prezentă la eforturi mari, ulterior aceasta apărând la eforturi reduse. Asociat, pacientul relatează instalarea fenomenului Raynaud.

Obiectiv: degete tumefiate, erupție exfoliativă la nivelul degetelor 1, 2 și 3 de la ambele mâini („mâna mecanicului”), tegument indurat, tumefieri la nivelul articulațiilor metacarpofalangiene și interfalangiene proximale, forță musculară păstrată, murmur vezicular înăsprit bazal bilateral, TA 125/80 mmHg, FC 76 b/min, zgomote cardiace ritmice, puls periferic prezent.



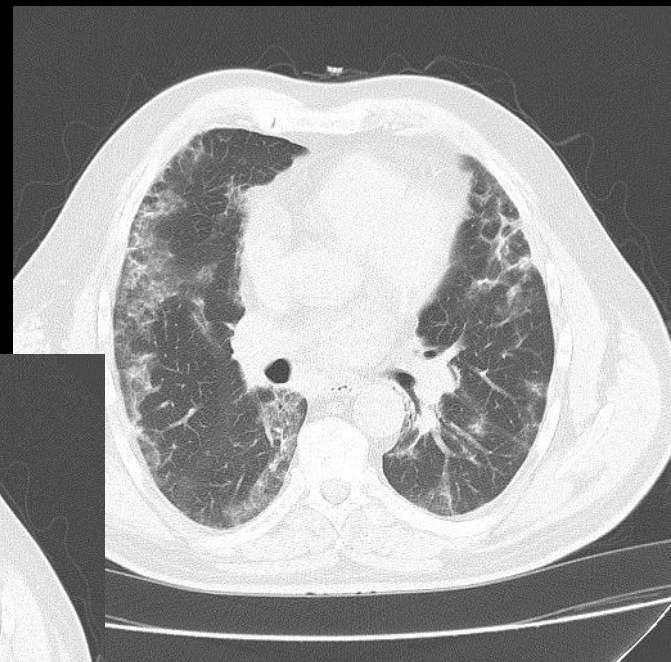
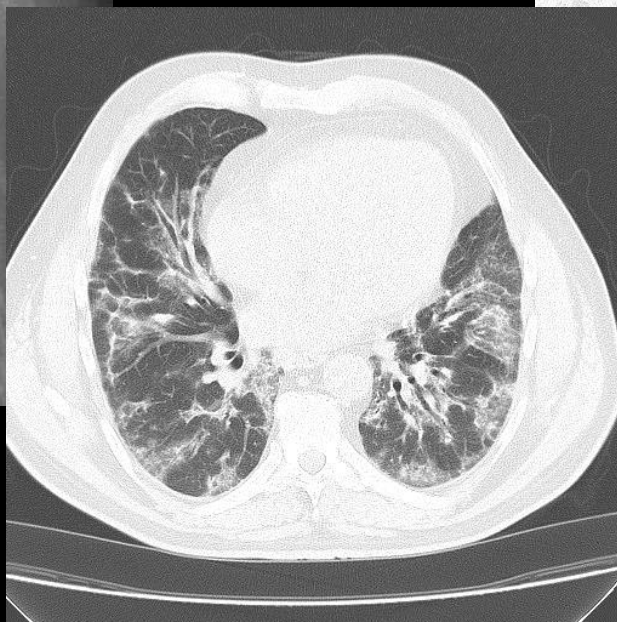
Explorări paraclinice:

Radiografie toracică: accentuarea desenului interstițial pulmonar bilateral, cord de aspect radiologic normal,

Tomografie computerizată toracică: aspect de „ground-glass” la nivelul ambilor plămâni,

Explorări funcționale respiratorii: FVC 55%, FEV1 82%, FEV1/FVC 149, DLCO

58% (disfuncție ventilatorie restrictivă),



Ultrasonografie cardiacă: fără semne de hipertensiune pulmonară,

Ultrasonografie abdominală: fără modificări patologice,

Radiografie mâini: tumefierea părților moi periarticulare,

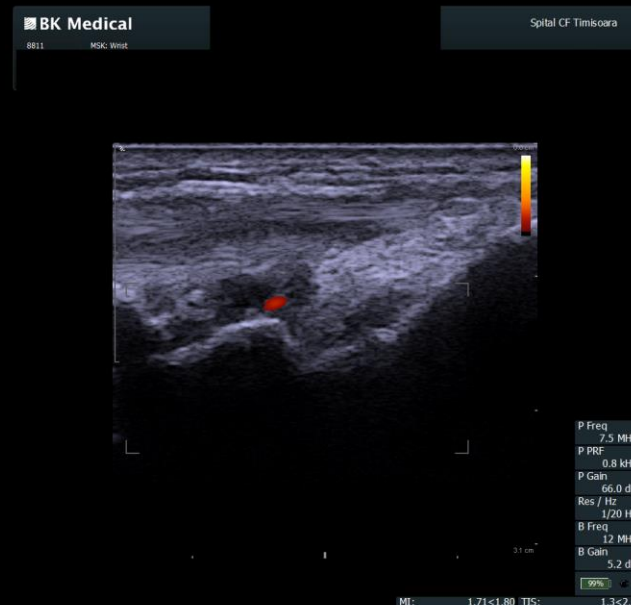
Sindrom inflamator biologic: VSH 38 mm/h, Proteina C reactivă 15 mg/l,

Fibrinogen 637 mg/dl,

Explorări imunologice: Factor reumatoid 128 u/l, Anticorpi antinucleari pozitivi (1/320), Profil anticorpi antinucleari: U1-RNP pozitiv,

Explorări biochimice: CPK 108 u/l, LDH 223 u/l (în limite normale),

Ultrasonografie articulară: articulația radiocarpiană dreaptă cu sinovită PD1, tenosinovita extensorului degetelui III



Ultrasonografie tegumentară: falangă proximală deget II dreapta: derm îngroșat (3,5 mm), cu aspect hipoecogen; în dreapta imaginii se observă sinovita articulației interfalangiene proximale



Examen F.O.: aspect normal,

Capilaroscopie periunghială: densitate capilară: 6/mm, megacapilare (*), microhemoragii (**), zone avasculare (***)

Criteriile ALARCON-SEGOVIA

1. Criteriul serologic

Ac anti-U1RNP > 1/1600

2. Criterii clinice

mâini edemațiate

sinovită

afectare inflamatorie musculară

fenomen Raynaud

acroscleroză

Dg BMTC = Criteriul serologic + cel puțin trei clinice

Diagnostic: Boală mixtă de țesut conjunctiv cu afectare cutanată, articulară (Artrită metacarpofalangiană și interfalangiană proximală; Tenosinovita extenso-rilor și flexorilor degetelor), pulmonară (Alveolită fibrozantă; Disfuncție ventilatorie restrictivă).

Tratament: corticoterapie (Prednison) + Ciclofosamidă (pulsterapie lunară) + Plaquenil; asociat: Nexium, Calciu+D3, vasodilatatoare.

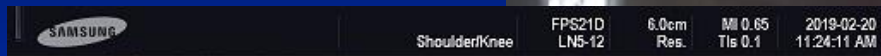
Evoluție favorabilă, cu instalarea remisiunii (dispariția manifestărilor articulare, a dispneei, normalizarea probelor biologice și a aspectului radiologic pulmonar).

Comentariu: Debutul bolii mixte de țesut conjunctiv s-a materializat prin manifestări articulare, cutanate și, în special, respiratorii (simptomatologia care a determinat consultul medical).

Ierarhizare, cu stabilirea priorităților în diagnosticul de nursing

1. problema respiratorie
2. problema circulatorie
3. problema articulară

Diagnostic imagistic: Proteză de șold dislocată, Coxartroză stg.



[20] G34/90dB/FA10/P90/FS1 1



[20] G46/90dB/FA10/P90/FS1 1

