



# I BOLI INFLAMATORII

1. Artrita reumatoidă
  2. Artropatia psoriazică
  3. Artrita idiopatică juvenilă
  4. Boala Still a adultului
  5. Spondilartropatiile inflamatorii
  6. Guta
  7. Boala depunerilor de cristale de pirofosfat dihidrat de calciu
  8. Boala depunerilor de cristale de hidroxiapatită
  9. Sindromul SAPHO
  10. Sindromul Sjögren
  11. Dermatomiozita
  12. Lupusul eritematos sistemic
  13. Scleroza sistemică progresivă
  14. Sarcoidoza
- Bibliografie



## ARTRITA (POLIARTRITA) REUMATOIDĂ

### Caracteristici

Artrita reumatoidă (AR) este o boală inflamatorie cronică progresivă, având ca principală caracteristică sinovita articulară. Hipertrofia și proliferarea sinovialei și vascularizația crescută prin inflamație determină eroziuni osoase, distrucții ale cartilajelor, articulațiilor, deformări osteoarticulare, anchiloze și impotență funcțională.

Interesarea articulațiilor mici, periferice de la mâini și picioare este caracteristică. Articulațiile metacarpofalangiene (MCF), interfalangiene proximale (IFP), radiocarpiane (RC) și metatarsofalangiene (MTF) sunt afectate în manieră simetrică. Progresia bolii duce și la interesarea articulațiilor mari: coate, umeri, glezne, genunchi.

Femeile sunt mai afectate decât bărbații și debutul este în general la vârste tinere.

### Clinic

Debutul bolii se manifestă prin redoare matinală de 30-45 minute, dureri articulare, tumefacții și uneori roșeață a articulațiilor, noduli reumatoizi sau bursite. Redoarea este semnul clinic principal al inflamației articulare. Ulterior se instalează luxațiile (luxația dorsală a ulnei, subluxații MCF), deformările articulare (degete „în gât de lebădă”, „în zig-zag” sau „în butonieră”). Anchiloza apare tardiv, mai ales în porțiunea mijlocie a carpului.

Manifestările sistemice pot fi febră, oboseală și scădere ponderală, iar cu timpul pot apărea afectări sistemice de tip pericardită, vasculite sau fibroză interstițială pulmonară.

Biologic se înregistrează valori crescute ale VSH, CRP și fibrinogenului, iar factorul reumatoid și Ac anti-CCP sunt pozitivi.

### Radiografia

Radiografia rămâne prima explorare la care se recurge în suspiciunea clinică de AR, dar metoda, deși accesibilă, ieftină și reproductibilă, nu decelează modificările specifice în primele faze ale bolii.

Primele manifestări clinice și radiologice sunt de cele mai multe ori la nivelul articulațiilor mici ale mâinii și acestea trebuie atent cercetate.

Aspectele inițiale sunt osteoporoza peri(juxta) articulară și tumefierea părților moi adiacente articulațiilor (semn indirect de sinovită). În fazele avansate, osteoporoza devine difuză. Aspectul șters, estompat al lamei subcondrale vizibil pe fețele laterale

ale epifizelor este manifestarea radiologică din stadiul preeroziv [63].

Ulterior apar eroziunile osoase. Primele sunt eroziunile marginale la limita dintre periferia cartilajului articular și zona de inserție a capsulei articulare (așa-numitele „bare-areas”). Apoi devin vizibile și eroziunile centrale, precum și pensarea spațiilor articulare. Inițial spațiile pot fi aparent lărgite prin distensie fluidă. Unii autori recomandă utilizarea termenului de *spațiu cartilajinos* în loc de *spațiu articular*, întrucât lărgimea spațiului dintre două versante articulare osoase este dată mai ales de grosimea cartilajului [14].

Clasic, manifestările inițiale apar la articulațiile MCF II și III, la stiloida ulnară și la articulațiile MTF IV și V. Este cunoscută varianta de AR cu debut la articulațiile MTF, în care articulațiile pumnului și mâinii sunt la început normale. Stiloida ulnară poate prezenta eroziuni, probabil reactive la inflamația tendonului extensor ulnar al carpului situat tangent, dar poate avea și producții osoase, fiind singurul sediu cu leziuni productive în AR [4]. Pumnul poate fi de asemenea localizare inițială. Artritele IFP fac parte din tabloul bolii, în timp ce articulațiile IFD nu sunt niciodată interesate în AR.

Tardiv apar distrucții articulare, deformări severe, subluxații, deviații axiale și uneori anchiloze. Anchiloza poate afecta pumnul și articulațiile mediotarsiene. Carpul suferă deformări prin subluxație volară sau disjunctie scafolunată, devine lărgit în sens transversal și își micșorează dimensiunea craniocaudală. Degetele se deformează prin deviații ulnare și subluxații la nivel MCF, aspect cunoscut ca degete „bătute de vânt”. Deformările în „gât de lebădă” apar prin hiperextensia IFP și hiperflexia IFD, iar cele „în butonieră” prin hiperflexia IFP și hiperextensia IFD. Degetul I se deformează specific și este cunoscut ca „degetul autostopistului”. În fazele avansate, după o evoluție de zeci de ani, uneori se produce scurtarea degetelor prin distrucții periarticulare extinse și prin luxații MCF, care conferă degetelor un aspect telescopat, „în lornietă” [4,14,16,19].

Artrita la genunchi este în general bilaterală, simetrică și determină îngustare uniformă a spațiului articular și eroziuni, inițial marginale, apoi centrale și cu aspect de chisturi subcondrale, care comunică sau nu cu spațiul articular [19]. Prezența colecției articulare destinde bursa suprapatelară și distorsionează grăsimea Hoffa. Chistul Baker este frecvent în AR și, în funcție de mărime, determină o opacitate omogenă, bine delimitată în spațiul popliteu. Afectarea sistemului capsuloligamentar are ca efect angulare în valg sau subluxație femurotibială.





Img.I.1.6 Pe măsură ce boala progresează, osteoporoza devine difuză (subțierea corticalelor).



Img.I.1.7 Singurul sediu cu producții osoase de tip periostită în AR este la nivelul stiloidei ulnare.



Img.I.1.8 Articulația MCF II este afectată constant, adesea ca localizare de debut. Spațiul articular este pensat uniform și sunt prezente erозиuni marginale.



Img.I.1.9 AR cu interesare bilaterală, simetrică, dar exclusiv la pumn.



Img.I.1.10 Afectare tipică a articulațiilor MTF II, III, IV și V. Modificările sunt în special erozive, iar spațiul articular rămâne, de cele mai multe ori, normal sau este doar ușor pensat.



Img.I.1.11 Într-un stadiu avansat, degetele par „bătute de vânt” prin deviații ulnare, iar în articulațiile MCF se produc subluxații sau chiar luxații.