

de sănătate prin utilizarea Scorului IKSS preoperator și postoperator la 2-4 ani, care a fost studiat la 134 bolnavi, examinarea stabilității ligamentare medio-laterale și antero-posterioare prin folosirea testului sarterului posterior și a celui pentru varus-valgus. Evaluarea radiologică intraoperator, postoperator a urmărit aliniamentul axial, mărimea și poziția componentelor, radiotransparența în incidențele standard, antero-posterioară și lateral.

Scorului IKSS a crescut de la 32 la 84 de puncte la sfârșitul perioadei monitorizate. Mobilitatea preoperatorie în mediu a fost de 60°; mobilitatea postoperatorie a fost de 105°, cu o diferență statistic semnificativă ($p < 0.05$). Media deviației componente axiale femurale a fost de 6°. Media deviației componente axiale tibiale a fost de 1° în valgus. La 128(84,3%) de pacienți au prezentat rezultate excelente conform Scorului IKSS. Niciunul din genunchii operați nu a fost instabil până la momentul examinării.

La un bolnav în timpul intervenției a fost lezată parietal vena poplitee în timpul manevrelor de osteotomie la nivelul platoului tibial care a fost rezolvată după implantarea protezei prin abord posterior prin fosa poplitee cu suturarea parietala a venei, evoluția postoperatorie fiind obișnuită. La 3 bolnavi peste 5 ani după intervenție sa dezvoltat instabilitatea aseptică

a componente tibiale, cauza fiind osteoporoza avansată pe fon de artrită reumatoidă. Bolnavii au suportat artroplastie de reluare cu schimbarea componente tibiale cu platou de revizie cu tijă centromedulară lungă, în 2 cazuri am utilizat augmente pe partea afectată.

Complicații septice precoce au fost depistate la un bolnav, la care sa efectuat revizia plagii la a 10-a zi postoperator cu păstrarea protezei și antibioticoterapie 6 săptămâni.

Concluzii

1. Artroplastia totală de genunchi este o soluție argumentată și efektivă în tratamentul osteoartritei genunchiului în stadiile avansate.

2. Selectarea riguroasă a bolnavilor, efectuarea unui plănăuș properator corect, respectarea tehnicilor chirurgicale conform algoritmului ne permite obținerea rezultatelor funcționale bune în majoritatea cazurilor.

3. Artroplastia totală de genunchi permite corecția deformității, înlăturarea sindromului algic, ameliorarea mobilității în articulație, reluarea relativ rapidă a funcției în perioada postoperatorie și îmbunătățește considerabil calitatea vieții la acești pacienți.

Bibliografie

- Ahlbäck S. Osteoarthritis of the knee. A radiographic investigation. Acta Radiol [Diagn] (Stockh) (Suppl 227) 1968: 7-72.
- Muzi-Uchi H., Matsuda S., Miura H et. al. The evaluation of post-operative alignment in total knee replacement using a CT-based navigation system. J. Bone Jt. Surg. 2008, vol. 90B p. 1025-1031.
- Vlad S., Hozan C., Vlad R. Artroplastia totală de genunchi, variantă terapeutică de referință în tratamentul gonartrozelor avansate. Revista de Ortopedie și Traumatologie, București. 2010, vol. 20, nr. 2, p. 153-156.
- Haslam P., Armstrong M., Geutjens G., Wilton Tj. Total knee arthroplasty after failed high tibial osteotomy. J. Arthroplasty 2007, vol. 22. P. 245-250.
- Unitt L., Sambatakakis A., Johnstone D. et. al. Short-term outcome in total knee replacement release and balancing. J. Bone Jt Surg., 2008, vol. 90B, p. 159-165.
- Orban H., Mareș E., Dragișanu M., Stan G. Artroplastia totală de genunchi postosteotomie tibială proximală – o evaluare radiologică. Revista de Ortopedie și Traumatologie, București. 2010, vol. 20, nr. 2, p. 157-160.
- Кавалерский Г. М. Мурылев В. Ю. Елизаров П. М. Жучков А. Г. Рукин Я. А. Терентьев Д. И. Оценка ближайших результатов тотального эндопротезирования коленного сустава с применением компьютерной навигации. Вестник травматологии и ортопедии им. Приорова. 2009., ст. 29-33.



APECTAREA OCULARĂ ÎN CADRUL BOLILOR DE SISTEM: APORTUL IMAGISTIC

OCULAR AFFECTION IN PATIENTS WITH AUTOIMMUNE DISEASES: IMAGING CONTRIBUTION

¹Elena Cepoida, d.ș.m., conf. univ., ¹Marigula Moșneaga, d.ș.m., conf. univ., ¹Vitalie Baraniuc, ¹Tatiana Magla
1-Centrul Sănătății familiei „Galaxia”

Rezumat

Studiul literaturii de specialitate a demonstrat faptul că oftalmopatiile cauzate de maladiile de sistem autoimune ale țesutului conjunctiv reprezintă o complicație frecventă cronică progresivă cu prezentare variată de la formele oligosimptomatice până la reducerea semnificativă a funcției oculare. Xeroftalmia și sindromul „ochiului roșu” reprezintă manifestările predominante ale oftalmopatiilor în cadrul maladiilor reumatologice. Modificările radiologice caracteristice pentru diferite maladii reumatologice permit precizarea diagnostică și tratamentul adecvat al cazurilor cu etiologie inițial neclară.

Summary

Literature review demonstrated that ophthalmopathy caused by autoimmune system diseases of connective tissue is their common chronic progressive complication with clinical presentation that varies from oligosymptomatic forms to significant reduction in ocular function. „Dry eye” as well as “red eye” syndromes are prevalent manifestations of ophthalmopathy in rheumatologic diseases. Specific X-ray modifications characteristic to different rheumatologic affections allow to determine the diagnosis and to optimize the treatment in case of initially unclear etiology of the ophthalmic disease.

Introducere

Structurile oculare reprezintă o țintă frecventă a maladiilor de sistem, inclusiv a bolilor autoimune. Cu toate că complicațiile oftalmologice ale maladiilor reumatologice cel mai frecvent sunt manifestările secundare, care se dezvoltă în cadrul evoluției progrediente a bolii de bază, în unele cazuri afecțiunile oculare sunt prima manifestare („sindromul ochiului roșu”, dureri în ochiul afectat, dereglările acuității vizuale) a entității nozologice principale. Examenul oftalmologic uneori contribuie la diagnosticul pozitiv și diferențial al maladii de bază.

Material și metode

Studiul literaturii de specialitate a fost completat de evaluarea informației prezente în baza de date PubMed, formula de căutare fiind (eye AND autoimmune AND systemic) NOT thyroid NOT myasthenia NOT infection. Această căutare a întors 108 de abstracte, fiind active următoarele limitări: abstract, ultimii 10 ani, patologie umană, adulții.

Datele literaturii științifice contemporane au fost analizate în lumina cazuisticii personale. În perioada 2009-2017 în C.S.F. „Galaxia” au fost evaluați imagistic 27 de pacienți cu afectare oculară de etiologie neclară, care, în continuare s-a dovedit a fi cauzată de diferite patologii reumatologice. Vârsta pacienților cercetați a fost inclusă între 20 și 59 de ani, majoritatea bolnavilor fiind în vârstă de 30-40 de ani. Femeile au constituit 20 din 27 de pacienți examinați. Clinic preponderent s-a determinat sindromul „ochiului roșu” și xeroftalmie, cauzate de uveită, irită sau keratoconjunctivitis sicca.

Rezultate

Examenul pacienților cu complicațiile oculare ale maladiilor reumatologice cuprinde următoarele metode clasice: evaluarea acuzelor pacienților, examenul lor obiectiv general, precum și cercetare a antecedentelor morbide corespunzătoare. Studiul oftalmologic include examenul obiectiv al structurilor oculare, evaluarea acuității vizuale și câmpurilor de vedere (momentan și în dinamică), evaluarea mișcărilor globului ocular, biomicroscopia segmentului anterior al ochiului, cercetarea reflexelor pupilare, examinarea fundului ocular (oftalmoscopia indirectă), uneori completate de măsurarea presiunii intraoculare și angiografia fluorescentă a fundului ocular [6]. Investigațiile specifice pentru determinările oculare cauzate de patologia reumatologică sunt testul Schirmer, TBUT (testul timpului rupturii filmului) și colorația cu Bengalul Roz 1% a suprafeței oculare pentru evidențierea zonelor afectate [3].

Ultrasonografia oculară (modul B) se utilizează pentru evaluarea eventualei afectări a structurilor oculare, mai ales la pacienții cu cataractă. Astfel de cercetări la pacienții trebuie să fie suplimentate cu investigațiile reumatologice (modificările imagistice ale structurilor aparatului locomotor, hemoleucogramă completă și examinările serologice (ANA, factorul reumatoid, PCR ș.a.)). Evaluare imagistică a pacienților studiați la C.S.F. „Galaxia” au cuprins efectuarea radiografiei mâinilor, radiografiei toracice și a coloanei vertebrale. De asemenea, în diagnosticul diferențial al unor maladii reumatologice s-a aplicat baritarea tractului gastro-intestinal.

Printre maladiile autoimune se determină 3 grupe de boli, care relativ frecvent condiționează dezvoltarea determinărilor oculare: maladiile de sistem al țesutului conjunctiv, patologia glandei tiroide și miastenia gravis. În cadrul analizei efectuate s-a pus problema diagnosticării și a particularităților evolutive

ale oftalmopatiilor cauzate de maladiile de sistem ale țesutului conjunctiv.

Studiile transversale determină patologia oculară secundară patologiilor reumatologice la aproape 2/3 din pacienți spitalizați pentru complicațiile patologiei de bază. La o treime din totalul pacienților evaluați a fost constatată prezența uveitei, iar la fiecare al 5-lea pacient – keratoconjunctivita sicca [6]. La pacienții cu manifestări oculare mai frecvent se determină anticorpii ANA, iar dezvoltarea keratoconjunctivitei sicca corelează cu titrul factorului reumatoid. Prezența anticorpilor ANA de asemenea are o legătură reciprocă cu dezvoltarea retinopatiei și nevritei nervului optic. O treime din pacienți investigați în cadrul acestui studiu transversal au suferit de artrita reumatoidă și de spondilita anchilozantă, fiecare al zecelea – de lupus eritematos de sistem, artrita psoriatică și artrita reactivă (sindromul Reiter). De asemenea, au fost constatate câteva cazuri de sclerodermie de sistem. Aproximativ 1/2 din pacienți adresați cu probleme oculare în cadrul diferitor patologii reumatologice aveau vârsta de 30-40 de ani [3].

Keratoconjunctivitis sicca (sindromul „ochiului uscat”) este una dintre cele mai frecvente manifestări ale patologiilor reumatologice. Simptomele acestui sindrom cuprind: durerea/simțul de arsură și simțul corpului străin la nivelul globului ocular, precum și fotofobie. În cadrul **sindromului Sjögren** afectare oculară include „ochiul uscat” cu hipolacrimare, xerostomia, prezența anticorpilor specifici și dereglărilor țesutului conjunctiv. În caz de hipolacrimare îndelungată pacienții suferă de modificări distrofice avansate la nivel ocular, uneori, cu dezvoltarea ulcerărilor și chiar a perforațiilor corneei. Xeroftalmia se obiectivează prin testul Schirmer. Cu toate că la pacienții cu **boala Behçet** de obicei predomină ulcerățiile mucoasei orale, această boală poate condiționa dezvoltarea xeroftalmiei și ulcerărilor corneei.

În **spondilita anchilozantă** (spondiloartropatiile seronegative) determinările oculare cuprind sindromul „ochiului roșu” asociat cu fotofobie și reducerea acuității vizuale. La o treime din pacienți evaluați apare uveită. Pe parcursul progresiei maladii circa la o patime din pacienți se dezvoltă irită. Mai des sunt afectați bărbații [2]. Cercetarea imagistică efectuată la C.S.F. „Galaxia” a determinat modificările patologice în coloana vertebrală caracteristice pentru spondilită anchilozantă la 8 (29,6%) persoane. În 4 cazuri a predominat afectarea coloanei vertebrale cervicale și toracice, în 2 – a coloanei vertebrale lombare și alte 2 cazuri – forma rizomelică. La pacienții respectivi examenul radiologic a fost sugerat în urma limitării caracteristice a mișcărilor la nivelul coloanei vertebrale.

Este bine cunoscută afectarea oculară la pacienții cu **artrita reactivă** (sindromul Reiter), mai ales în forma urogenitală, atunci când conjunctivită și uveită, frecvent manifestate prin sindromul „ochiului roșu” și fotofobie, fac parte din triadă diagnostică. Diagnosticul de artrită reactivă, presupus radiologic, a fost în continuare confirmat prin evoluția anticorpilor către Chlamydia și ex juvantibus la 3 (11,1%) pacienți evaluați.

La fiecare a 4-lea pacient, care suferă de **artrita reumatoidă**, se dezvoltă manifestările oculare [5]. Manifestările oculare cauzate de artrita reumatoidă cuprind: xeroftalmia, episclerita (până la 25%), sclerita (10-15% din pacienți, se diferențiază prin aplicarea soluției de Fenilefrină 10%, care provoacă vasoconstricția în episclerită), uveita, keratita sclerozantă, precum și dezvoltarea ulcerărilor corneei (scleromalacia perforans și ulcerățiile periferice în cadrul scleritei necrotizante

sau keratitei ulcerose) în cazuri severe. Dezvoltarea scleritei este caracteristică pentru evoluția gravă a artritei reumatoide și mortalitate sporită în comparație cu cazurile de episclerită. La pacienții, care suferă de **artrita reumatoidă juvenilă** [1], în special, forma oligoarticulară și la pacienții de sex masculin, complicații oftalmologice se dezvoltă mai frecvent în comparație cu alte forme de artrita reumatoidă (la jumătate din pacienți se dezvoltă uveită acută sau cronică); de asemenea, pot fi diagnosticate atât irita cât și keratopatia în bandă. În majoritatea cazurilor evoluția oftalmopatiei este cronică progresivă, oligosimptomatică. Secundar se pot dezvolta glaucom sau cataracta. Considerând particularitățile evolutive astfel de pacienți necesită o evaluare dinamică regulată la medic-oftalmolog. Tratamentul necesar include steroizii și alte medicamente imunosupresoare. Recurgerea la tratament chirurgical rar este necesară.

În eșantionul pacienților evaluați la C.S.F. „Galaxia” diagnosticul de artrită reumatoidă a fost stabilit datorită examinării articulațiilor mâinilor, ce au prezentat schimbări patognomonice pentru patologia în cauză. La acești pacienți (10 – 37% persoane) au fost evidențiate eroziuni, reducerea fantei articulare și tendința spre dezaxări specifice în articulațiile metacarpoflangiene și interfalangiene „în lebedă”. Examenul serologic a confirmat prezența factorului reumatoid.

Dintre afectările oculare în **artrita psoriatică** cel mai frecvent se întâlnește conjunctivită (19,6%), urmată de irită (7,1%), keratoconjunctivitis sicca (2,7%) și episclerită (1,8%) [4]. În cazuistică personală manifestările tegumentare asociate cu artrite periferice și afectarea coloanei vertebrale, precizate radiografic, au ajutat în precizarea diagnosticului de artropatie psoriatică la 4 (14,8%) pacienți din lotul studiat.

Ca și în caz de afectare a altor organe-țintă, **lupus eritematos de sistem**, produce o varietate semnificativă a oftalmopatiilor: suplimentar la xeroftalmia, la astfel de pacienți se mai asociază și sclerita, ulcerările periferice ale corneei, retinopatia și neuropatia nervului optic. Examenul oftalmologic determină și manifestările retinopatiei hipertensive la pacienții cu hipertensiunea arterială secundară.

Sclerodermia de sistem afectează aparatul ocular cu fibrozarea pleoapelor și dezvoltarea teleangiectaziilor inclusiv pe conjunctivă. Evaluarea acestor pacienți la C.S.F. „Galaxia”

s-a realizat cu ajutorul radiografiei pulmonare completate în continuare cu examenul baritat al esofagului. Astfel, diagnosticul de sclerodermie de sistem a fost precizat la 2 (7,4%) pacienți.

Structurile oculare se afectează și la pacienții cu **vasculite de sistem** cu afectarea vaselor mici și medii. **Poliarterita nodoasă** afectează mucoasele și vasele oculare, contribuind la dezvoltarea xeroftalmiei, ulcerărilor corneene, scleritei, retinopatiei hipertensive. În cazuri mai rare se atestă dezvoltarea vasculitei retiniene. **Vasculita cu celulele gigantice** (arterita temporală) în caz de afectarea patului arterial, ce alimentează ochiul, poate provoca orbire unilaterală tranzitorie sau permanentă (extrem de rar). Alte semne și simptome asociate cuprind: claudicația mandibulară, cefalee din partea afectată, stare febrilă îndelungată asociată cu fatigabilitate sporită, mialgiile și pierdere ponderală. Pentru estimarea diagnosticului definitiv al vasculitelor de sistem, adițional la examenul obiectiv și teste serologice specifice la unii pacienți este necesară efectuarea biopsiei vaselor afectate. De asemenea, severitatea afectărilor vasculare a retinei poate fi direct evaluată prin angiografia fluorescentă. Tratamentul vasculitelor de sistem frecvent presupune administrarea dozelor mari de corticosteroizi și medicamente citostatice, ceea ce pledează pentru colaborare între specialiști. De asemenea uveită este înregistrată la pacienții cu sarcoidoză, boala Crohn și colită ulceroasă.

Concluzie

Afectarea oculară la pacienții cu maladii autoimune de sistem ale țesutului conjunctiv este destul de frecventă, fiind diagnosticată de la 10% până la 80% pacienți, în funcție de entitate nozologică în discuție. Astfel, pacienții reumatologici trebuie să beneficieze de examenul oftalmologic anual, sau mai frecvent, după caz. Oftalmopatiile în cadrul maladiilor autoimune de sistem ale țesutului conjunctiv de regulă au o evoluție cronică. Cele mai frecvente manifestări clinice ale oftalmopatiilor citate sunt xeroftalmie și sindromul „ochiului roșu”, care reflectă procesele inflamatorii în diferite compartimente ale globului ocular. Diferite metode imagistice pot completa procesul de diagnosticare a bolii de bază în caz de evoluție oligosimptomatică cu predominare a simptomatologiei oftalmologice.

Bibliografie

1. CASSIDY J., KIVLIN J., LINDSLEY C. et al., Ophthalmologic Examinations in Children with Juvenile Rheumatoid Arthritis: Pediatrics. May 2006; Volume 117, Number 5:1843-45.
2. EL MAGHRAOUI A., Extra-articular manifestations of ankylosing spondylitis: Prevalence, characteristics and therapeutic implications, Eur J Intern Med.2011;1-7.
3. KAMRAN M., MANISH S., RAVIKUMAR R., SYED A., Ocular manifestations of rheumatic diseases: A hospital based study Indian Journal of Clinical and Experimental Ophthalmology, July-September,2016;2(3): 242-247.
4. OKADA M., WONG T., KAWASAKI R. et al., Retinal venular calibre is increased in patients with autoimmune rheumatic disease: a case-control study. J.Curr Eye Res. 2013 Jun;38(6):685-90.
5. PATEL S., LUNDY D., Ocular manifestations of autoimmune diseases. Am Fam Physician 2002 Sep 15;66(6):991-8.
6. SIVARAJ R., DURRANI O., DENNISTON A. et al., Ocular manifestations of systemic lupus erythematosus. Rheumatology. 2007;46:1757-1762.