

N. Revenco, T. Buşu
DUREREA ARTICULARĂ LA COPII
USMF "Nicolae Testemişanu", Departamentul Pediatrie
(director – dr. hab. medicină, prof. univ. N. Revenco)

SUMMARY

JOINT PAIN IN CHILDREN

Key words: arthralgia, joint pain, acute rheumatic fever, juvenile arthritis.

Arthralgia, or joint pain, is the subjective experience of pain referable to a bony articulation. Arthritis represents the inflammation of a joint, characterized by redness, warmth, swelling, tenderness, pain with motion, and can be accompanied by loss of function.

The aim of the research was to evaluate the characteristics of articular pain of different etiology in children.

Joint pain can be referred both to rheumatic and non-rheumatic diseases. In Acute rheumatic fever arthritis is the most common symptom and typically involves large joints. Migratory joint disease is classic and arthritis rarely lasts for more than one week. In Juvenile idiopathic arthritis articular pain can be absent or mild in comparison to the inflammation degree. Arthralgia is typically stronger in the mornings, and can limit movement in the joint. Ankylosing spondylitis is characterized by lumbar back pain, prolonged morning stiffness that improves with exercise and arthritis of one or more peripheral joints. In reactive arthritis, arthritis is acute, asymmetrical, predominantly of large joints of lower-limbs. In systemic lupus erythematosus joints may be rigid and painful and can present classical signs of inflammation, arthritis being typically symmetrical. Non-rheumatic causes of joint pain—including sprains and strains, patello-femoral pain syndrome, – are more common than rheumatic causes.

In hypermobility syndrome arthralgia may be present in only 1 or 2 sites, with hypermobility only in the joints that are painful. Diskitis, septic arthritis, and malignancy are other causes of arthralgia in children. Many inherited disorders with non-articular manifestations (hemophilia, sickle cell disease) may also present with arthritis or periarticular pain. All diagnostic techniques of underlying causes of arthralgia improve the therapeutic approach of both joint pain and arthritis. Treatment has the main goal of preserving a high level of physical and social functioning, and it comprises both specific and non-specific ways.

РЕЗЮМЕ

БОЛЬ В СУСТАВАХ У ДЕТЕЙ

Ключевые слова: боль в суставах, ревматология, лихорадка, ювенильный артрит.

Артралгия, или боль в суставах, является субъективным опытом боли, которая относится к суставам. Артрит представляет собой воспаление сустава, характеризующееся покраснением, температурой, отёком, болью при движении, и может сопровождаться потерей функции. Целью исследования было оценить характеристики суставных болей различной этиологии у детей. Боли в суставах могут быть отнесены как к ревматическим, так и к неревматическим заболеваниям. При острой ревматической лихорадке артрит является наиболее распространённым симптомом и обычно затрагивает крупные суставы. Мигрирующий характер заболевания суставов является классическим, и артрит редко длится более одной недели. При Ювенильном Идиопатическом Артрите суставная боль может отсутствовать или быть незначительной по сравнению со степенью воспаления. Артралгия, как правило, сильнее по утрам, и может ограничивать движения в суставе. Болезнь Бехтерева характеризуется поясничной болью, длительной утренней скованностью, которая уменьшается при движении, артритом поражаются один или более периферических суставов. Реактивные артриты: артрит острый, асимметричный, преимущественно крупных суставов нижних конечностей. Системная Красная Волчанка: суставы могут быть болезненными и иметь классические признаки воспаления. Артрит обычно симметричный. Неревматические причины боли в суставах, в том числе растяжения и деформации, более распространены, чем ревматические причины. При синдроме гипермобильности артралгия может присутствовать только в 1-х или 2-х суставах. Дисцит, септический артрит, наследственные заболевания с суставными проявлениями (гемофилия, серповидно-клеточная анемия) могут также протекать с артритом или околосуставной болью. Основная цель лечения – сохранение высокого уровня физического и социального функционирования, оно включает в себя как специфические, так и неспецифические методы.

Introducere. Artralgia, sau durerea articulară, este experiența subiectivă de durere referită unei articulații. Artrita reprezintă inflamația unei articulații și are următoarele particularități: hiperemie, căldură locală, edem, sensibilitate crescută, dureri la mobilizare și poate fi însoțită de pierderea funcției de motilitate. Nu orice artralgia este artrită.

Mecanism de dezvoltare. Debutul durerii articulare poate fi acut sau treptat (timp de zile sau săptămâni). Prezența febrei sugerează: proces infecțios (e.g. artrită septică); maladie inflamatorie sistemică (e.g. forma sistemică a artritei idiopatice juvenile). Fracturile și dislocările sunt cauze frecvente ale durerilor articulare.

Istoric. O anamneză detaliată este indispensabilă unei evaluări inițiale a artralgiei.

Un simptom comun al artralgii este pierderea motilității în articulație, cu sau fără edemație evidentă.

Perioada zilei când apar durerile: în artrita idiopatică juvenilă, artralgiiile sunt tipice dimineața; în sindromul de hipermobilitate – la sfârșitul zilei.

Examinarea fizică permite îndepărtarea suspiciunilor apărute în cursul colectării anamnezei. Se acordă atenție semnelor suplimentare ce permit a stabili un diagnostic.

Diagnostic diferențial. Durerea articulară este provocată atât de patologii reumatice cât și de cele non-reumatice. Majoritatea patologiilor reumatice cauzează dureri articulare și tind a fi cronice.

Multe dintre maladiile nonreumatice sunt acute în debut și scurte ca durată, pe fond de terapie adecvată.

Maladii reumatice comune ce se manifestă prin dureri articulare.

Febra reumatismală acută. Clinic se caracterizează prin artrită migratorie ce se dezvoltă la 2-3 săptămâni după suportarea unei faringite streptococice. Artrita este simptomul comun și tipic. Implică articulațiile largi, ca articulația genunchiului, glezna, articulația mâinii și a cotului; cu afectare mai rară a coloanei vertebrale. Semnele de inflamație articulară marcantă sunt prezente frecvent; există și artralgie solitară. Afectarea articulară migratorie este clasică și artrita rareori persistă mai mult de o săptămână.

Criteriile Jones modificate ajută în diagnosticul acestei maladii. Titre ridicate ale ASLO sugerează infecții streptococice în antecedente. Tratamentul cu AINS este eficace în cuparea sindromului dolo articular, iar o persistență a acestuia mai mult de 5 zile pe fond de tratament sugerează un alt diagnostic, precum artrita poststreptococică.

Artrita idiopatică juvenilă (AIJ) este termenul cel mai larg acceptat pentru a descrie diferite tipuri de artrită cronică la copii. Simptomele acesteia includ semnele tipice unei artrite ce durează mai mult de 6 săptămâni continuu.

Semnele clasice de afectare articulară sunt prezen-

te în grade diferite; articulațiile pot fi calde, edemate, dar nu hiperemiate și fierbinți. Durerea articulară poate fi absentă sau moderată comparativ cu gradul inflamației. Artralgiiile sunt mai puternice dimineața, și pot limita mișcările în articulația dată, deși copiii, mai ales cei mici, se plâng mai rar de aceasta. Examinarea fizică poate determina: contracturi, limitări în mișcările coloanei vertebrale, iridociclită și keratopatie. Artralgia reprezintă un criteriu predictiv negativ pentru maladiile inflamatorii reumatice la copii.

Artrită cu entezită. Se manifestă tipic prin dureri ale articulației gleznei, ale călcâiului, tendonului Ahile și dureri lombare și de coapsă. Durerea entezitică tipic devine mai severă la sfârșitul zilei, după activități viguroase, dar de obicei nu limitează mișcările în articulațiile afectate. Copiii cu astfel de afecțiuni pot avea simptome timp de mulți ani înainte de a necesita tratament. Majoritatea copiilor cu entezită au remisiuni ale simptomelor fără o progresie ulterioară a maladii. Examinarea fizică determină inflamație și sensibilitate la locul inserării tendonului.

Spondilită anchilozantă juvenilă. Caracteristicile clinice ale acestei maladii includ dureri lombare, rigiditate matinală prelungită care cedează în urma exercițiilor fizice, și artrita unei sau mai multor articulații periferice. Criteriile de clasificare sunt bazate pe prezentarea tipică și fac uz de rezultatele examenului fizic precum durerea lombară, artrita sau entezita, prezența HLA-B27, istoria familială și simptome asociate ca uveită și colită. Vârsta de debut este în copilăria tardivă sau adolescență se întâlnește mai frecvent la băieți. Rezonanța magnetică și tomografia computerizată sunt metode senzitive de diagnostic.

Artrita reactivă. Se caracterizează prin triada de artrită, conjunctivită și uretrită. Este prezentă artrita acută, asimetrică, predominant a articulațiilor mari ale membrului pelvin, ce este precedată de o infecție gastrointestinală sau genitourinară. Simptomele maladii tind a fi autolimitante, cu o durată de până la 6 luni.

Artrita psoriatică. Pacienții manifestă artrită și psoriazis, sau au artrită și cel puțin 2 din următoarele: inflamația și edemația unui întreg deget (dactilită); dereglarea integrității unghiei; o rudă de gradul I cu psoriazis.

Lupus eritematos sistemic. Afectează mai frecvent copiii de sex feminin. Artrita asociată lupusului eritematos sistemic tipic este dureroasă (comparativ cu artrita din artrita idiopatică juvenilă) și simetrică. Articulațiile pot fi rigide și dureroase, și pot prezenta semne vădite de inflamație. Diagnosticul de lupus eritematos sistemic se stabilește în baza criteriilor ACR.

Henoch-Schonlein Purpura. Deși cea mai frecventă acuză a pacienților cu această maladie este rash-ul purpuric, palpabil, tipic, până la 25% copii manifestă ca prim simptom artralgiiile sau artrita. Medicii trebuie să manifeste prudență în diagnostic, acordând atenție triadei clasice a maladii: purpură, durere abdominală colicativă și artrită.

Maladii nonreumatice ce se manifestă prin dureri articulare.

Abuzare fizică. Se ia în considerare la prezența semnelor de traumă.

Malignitate (osteosarcom, rhabdo-myosarcom, limfom). Se caracterizează prin dureri articulare, dureri osoase și simptome constituționale. Din cauza diversității prezentărilor clinice, nu există vârstă predominantă de debut. Examenul clinic depistează efuziuni articulare și edemațierea acestora.

Sindromul de hipermobilitate benignă. Se caracterizează prin creșterea laxității articulare cu activități viguroase. Durere articulară semnificativă este resimțită la mișcări de flexie și extensie extreme.

Diagnosticul este stabilit în baza examenului fizic cu evidențierea a mai mult de 3 din următoarele 5 semne: hiperflexie în articulația mâinii cu aducerea policelui în contact cu fața anterioară a antebrațului; hiperextensia degetelor până la poziție paralelă cu antebrațul; hiperextensia cotului - cu cel puțin a 10 grade; hiperflexia coloanei vertebrale până la posibilitatea atingerii solului cu palmele fără a îndoi genunchii. Artralgia poate fi prezentă doar în 1 sau 2 din aceste locuri cu hipermobilitate în articulațiile dolore.

Sindromul de durere patelo-femurală. Se caracterizează prin durere în articulația genunchiului în momentul deplasării patetei în șanțul patelo-femural și este de obicei legat de activitate fizică. Rezultă din neregularitățile cartilajului pe fața internă a patetei.

Maladii autoinflamatorii sistemice. O particularitate comună este febra periodică în lipsa unei cauze infecțioase: febra mediteraneană familială, sindromul de hiper-immunoglobulinemia D, criopirinopatii.

Maladii infecțioase. Artrita septică - reprezintă o urgență medicală. Manifestarea tipică este durerea rapid instalată într-o articulație, tipic acompaniată de febră. Articulația este roșie, caldă, edemațiată și deosebit de sensibilă la palpare sau mișcare. Infecții bacteriene sistemice - Neisseria, Brucellosis, Leptospirosis, Borreliaburgdorferi - pot cauza artrită. Osteomielite - reprezintă infecția acută a osului. Dacă este afectat un os lung ce participă la formarea unei articulații, pacientul poate descrie durere articulară. Deși rar, infecția poate pătrunde direct în articulație, mai ales la copiii mici. Discita - se caracterizează prin durere de spate și sensibilitate asupra procesului spinos din apropierea discului afectat. Cauzează durere articulară, uneori asociată febrei. Pot fi prezente complicații motorii și senzoriale. Sifilis congenital - se manifestă prin articulații dureroase și refuzul sugarului de a mișca membrul afectat, împreună cu alte stigme diagnostice. Adolescenții născuți cu această maladie pot dezvolta efuziuni bilaterale ale genunchiului. Infecții virale: rubeola, rujeola, varicela, adenovirusi, Epstein-Barr, precum și virusii hepatitelor virale pot cauza artrite, ce sunt precedate de sindromul viral.

Cauze noninfecțioase. Sindromul intestinului inflamant - se caracterizează prin afectarea articulațiilor mari. Artrita poate fi asociată durerii articulare, sau artralgiile pot fi solitare. Simptomele articulare de regulă preced apariția bolii intestinale.

Sarcoidoza, Poliarterita nodoasă, sindromul Marfan

Patologii hematologice: hemofilie, leucemie, anemie hemolitică.

Diagnostic.

I. Diagnostic de laborator: analiza generală de sânge; VSH; proteina C reactivă; anticorpi antinucleari (ANA); factorul reumatoid; complexe imune circulante; culturi sangvine.

II. Diagnostic imagistic: radiografia articulației; CT, RMN.

III. Proceduri diagnostice: artrocenteza: aspectul, vâscozitatea, trombi de mucină, glucoza, proteina, cultura a lichidului sinovial.

Tratament. Managementul durerii articulare este orientat spre stoparea procesului inflamator, și menținerea unui potențial de mișcare și forță normală în articulația afectată. Stabilirea diagnosticului de artrită septică prin artrocenteză permite inițierea tratamentului cu antibiotice. Intervențiile chirurgicale se utilizează în reconstrucție și protezare.

Tratament specific. Antiinflamatoarele nonsteroidiene (AINS) reprezintă prima treaptă în managementul durerii articulare. Acționează prin blocarea prostaglandinelor responsabile de inflamație și durere. Corticosteroizii sunt necesari în patologii severe, pentru controlul simptomelor. Pot fi administrați oral sau intravenos în puls - terapie.

Bibliografie selectivă:

1. Junnila JL, Cartwright VW. Chronic musculoskeletal pain in children. Part I: initial evaluation. *Am Fam Physician.* 2006;74:115-22.

2. Cabral DA, Tucker LB. Malignancies in children who initially present with rheumatic complaints. *J Pediatr.* 1999;134:53-7.

3. Lawrence RC, Helmick CG, Amett FC, Deyo RA, Felson DT, Giannini EH, et al. Estimates of the prevalence of arthritis and selected musculoskeletal disorders in the United States. *Arthritis Rheum.* 1998;41:778-99.

4. Mcghee JL, Kickingbrid LM, Jarvis JN. Clinical utility of antinuclear antibody tests in children. *BMC Pediatr.* 2004;4:13.

5. Klein-Gitelman M, Reiff A, Silverman ED. Systemic lupus erythematosus in childhood. *Rheum Dis Clin North Am.* 2002;28:561-77.

6. Sherry DD, Malleson PN. The idiopathic musculoskeletal pain syndromes in childhood. *Rheum Dis Clin North Am.* 2002;28:669-85.