

VALOAREA KINETOTERAPIEI ÎN CONTEXTUL TRATAMENTULUI COMPLEX LA PACIENȚII CU ARTRITA PSORIAZICĂ

Elena Cerlat¹, Elena Caun², Maria Mițco², Minodora Mazur¹,
Maria Pașali¹, Victoria Sadovici¹

¹Catedra Medicină Internă Nr. 3 USMF “Nicolae Testemițanu”,

²Universitatea de Stat de Educație Fizică și Sport, Catedra Cultura Fizică de Recuperare

Summary

Impact of physical therapy in the context of complex treatment in patients with psoriatic arthritis

Psoriatic arthritis is an inflammatory arthritis associated with psoriasis. Early objectification joint pathology and conditioning treatment, slows progression of the disease and its unfavorable prognosis. The aim of the study was to estimate the efficacy of complex treatment and influence of kinetotherapy on physical function and quality of life in patients with psoriatic arthritis. There were examined 32 patients suffering from psoriatic arthritis, divided into two groups: 1 - with complex treatment, including kinetotherapy, 2 - drug treatment. Complex treatment observed as a result of the study, had a positive impact marked by improvement joint capacity in both groups, more significant in the study group.

Rezumat

Artrita psoriazică reprezintă o artrită inflamatorie care se asociază cu psoriazisul. Obiectivizarea precoce a patologiei articulare și condiționarea tratamentului timpuriu, încetinește progresia bolii și pronosticul ei nefavorabil. Scopul cercetării a fost estimarea eficacității tratamentului complex și influența kinetoterapiei asupra funcționalității articulare și calității vieții la pacienții cu artrita psoriazică. Au fost examinați 31 pacienți, suferinzi de artrită psoriazică, care au fost divizați în două loturi: lotul 1 - cu tratament complex, inclusiv kinetoterapeutic, 2 - tratament medicamentos. În rezultatul studiului s-a decelat că tratamentul complex a avut repercusiuni pozitive prin ameliorarea capacității funcției articulare în ambele loturi, mai semnificativ în lotul de referință - cu tratament complex, inclusiv kinetoterapie.

Actualitatea

Artrita psoriazică este definită ca o artrită inflamatorie, de obicei seronegativă, asociată cu psoriazisul (Gladman,1992). Psoriazisul se întâlnește la aproximativ 2% din populația Europei și Americii de Nord [1,7], iar artrita se relevă la 6%-39% dintre psoriazici [2,9]. Cercetări europene mai recente EuroPSO [3,8] au demonstrat că psoriazisul tegumentar evoluează cu artrită la 30% din bolnavi, iar în SUA – la 11% cazuri. La etapele precoce artrita psoriazică se prezintă ca o formă de boală ușoară cu manifestări oligo/pauciarticulare. Pe parcurs, însă, se poate manifesta poliarticular și evoluează spre o boală severă la cel puțin 20% din pacienți [6]. Lipsa unui management optimal la stadiile precoce ale procesului condiționează progresia leziunilor radiologice și instalarea disabilităților funcționale, soldate ulterior cu deprimarea calității vieții. Durerea, redoarea și fatigabilitatea sunt cele mai frecvente simptome raportate de pacienții cu artrită psoriazică [1,3]. Ca în multe boli reumatice, severitatea simptomelor variază larg printre pacienți și la același pacient în evoluție. Astfel, evaluarea complexă a pacienților cu artrită psoriazică este esențială pentru monitorizarea bolii la diverse etape. În acest sens s-au elaborat un șir de instrumente clinice, pentru a facilita măsurarea diferitelor aspecte ale bolii, unele anatomice, altele funcționale, de laborator sau radiologice.[3,5] Diagnosticul timpuriu și instituirea rapidă a unui management adecvat sunt factori de importanță majoră pentru succesul terapeutic. Conform datelor literaturii, tratamentul complex, inclusiv kinetoterapeutic reprezintă o abordare contemporană și promițătoare la pacienții cu artrită psoriazică [10].

Kinetoterapia se caracterizează, ca tratament prin mișcare efectuată prin programe de recuperare medicală care urmaresc refacerea unor funcții diminuate sau creșterea nivelului funcțional în diverse suferințe reumatologice, găsindu-și pe parcursul anilor aria de aplicare și în tratamentul pacienților cu artrită psoriazică alături de terapia medicamentoasă [10]. Actualmente, importanța kinetoterapiei este tot mai accentuată la acești pacienți, urmărindu-se diminuarea durerii, păstrarea sau ameliorarea mobilității articulare, corectarea deformațiilor, refacerea forței musculare, îmbunătățirea troficității țesuturilor periarticulare și respectiv creșterea calității vieții pacienților privind capacitatea lor de a avea o viață deplină cu reintegrare în viața socio-profesională.[7,10].

În urma exploarării științifice se accentuiază necesitatea de a analiza mai minuțios care este locul kinetoterapiei în tratamentul pacienților cu artrită psoriazică, deoarece nu există încă suficiente studii ample în acest domeniu care să decanteze experiența practică și să cuantifice beneficiile tratamentului complex la pacienții cu acest tip de patologie.

Considerând actualitatea problemelor relatate, ne-am propus să desfășurăm o cercetare descriptivă.

Scopul

Estimarea eficacității tratamentului complex și influența kinetoterapiei asupra funcționalității articulare și calității vieții la pacienții cu artrita psoriazică

Obiectivele

1. Particularizarea tabloului clinic la pacienții cu artrită psoriazică
- 2 Analiza informativității instrumentelor clinice, apreciată prin evaluarea afectării articulare la pacienții cu artrită psoriazică
3. Marcarea valorii terapeutice a kinetoterapiei la pacienții cu artrita psoriazica
4. Impactul tratamentului complex asupra calității vieții pacienților cu artrita psoriazică

Materiale si metode

Pentru a realiza scopul studiului și obiectivele propuse, am selectat un lot de 32 de pacienți, suferinzi de artrită psoriazică. Desfășurarea studiului a avut loc la Catedra de Medicină Internă Nr.3, Facultatea Medicină Generală a Universității de Stat de Medicină și Farmacie “N. Testemițanu”, la baza Institutului de Cardiologie, secția IV- vicii cardiace. Pe parcursul a opt luni. Pacienții au fost înrolați în studiu, în conformitate cu criteriile de includere, care stipulau: Diagnostic de artrită psoriazică, confirmat după criteriile Moll J și Wright V. Pacienți de ambele sexe cu vârsta de peste 18 ani; Acceptul pacientului. Toți pacienții au fost examinați prin metode generale și speciale. Ulterior au fost evaluați prin instrumente clinice: *Durerea* a fost evaluată prin scala analogical vizuala VAS (Visual Analogue Scale). *Numarul articulațiilor dureroase (NAD) și numarul articulațiilor tumefiate (NAT)* au fost vizate conform *Calculul articular* emis de *Colegiului American de Reumatologie. Activitatea bolii, în articulațiile periferice* a fost apreciată după scorul activității bolii în cele 28 de articulații - DAS 28. Pentru aprecierea funcționalității în structurile axiale s-a folosit *indicele funcțional al spondiloartritei anchilozante BASFI (Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index)*. *Evaluarea activității axiale* s-a determinat conform indicelui Batch de activitate a bolii în spondiloartrita anchilozantă – *BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index)*. Chestionarul de evaluare a sănătății – *HAQ (Health Assessment Questionnaire)*, care caracterizează dizabilitățile funcționale, fizice și determină calitatea vieții.

În același timp pacienții au fost divizați în două loturi. Lot 1 – 11 pacienți la care s-a aplicat tratament medicamentos + kinetoterape. Lot 2 – 21 pacienți care au administrat doar tratament medicamentos. La sfârșitul tratamentului efectuat în staționar, pacienții au fost supuși repetat

evaluării prin aceleași instrumente clinice, pentru estimarea eficacității tratamentului complex vs tratament tradițional.

A fost aplicat câte un *complex de exerciții pentru articulația mâinei* și structurile axiale:

1. Masăm degetele de la vîrfuri către palmă;
2. Împreunăm degetele de la ambele mâini și presăm de mai multe ori;
3. Întindem mâna și departăm cât mai mult degetele, apoi strangem pumnul, repetam de mai

multe ori. Întărește mușchii mâinii;

4. Lasăm mâinile să atârne la înălțimea capului și le scuturăm ușor. Relaxează;
5. Așezăm mâna pe o suprafață și depărțăm degetele unul câte unul;
6. Împreunăm palmele, apoi depărțăm degetele pe rând în pereche;
7. Presăm cu degetul mare fiecare din celelalte degete.



Figura 1. Complex de exerciții pentru articulația mâinei

Complex de exerciții pentru structurile axiale

1. Întindeți ambii genunchi și mișcați-i de la dreapta la stanga;
2. Genunchii îndoiți, mișcați brațele întinse lateral și în spate până când dosul palmei atinge Podeaua;
3. Întins pe spate, cu picioarele întinse, îndoiți un genunchi și aduceți-l la piept cu ajutorul ambelor mâini;
4. Întins pe spate, cu picioarele întinse, îndoiți alternativ câte un picior și apoi îndreptați-l, în ritm alert;
5. Întins pe spate, cu picioarele îndoite, inspirați adanc pe nas, controlând mișcarea din piept; abdomenul rămâne nemișcat;
6. Întins pe spate, cu picioarele drepte, trageți de degetele de la picioare și de labele picioarelor înspre în sus spre dv., apăsați genunchii pe podea, încordați mușchii fesieri, apăsați brațele de podea;
7. Întins pe spate, cu picioarele îndoite, duceți mâna stângă cât mai departe posibil peste umarul drept și invers



Figura 2. Complex de exerciții pentru structurile axiale

Rezultatele

În corespundere cu design-ul studiului pentru compararea rezultatelor obținute în urma acestui bloc de cercetări pacienții au fost divizați în 2 loturi, Lot 1 – 11 pacienți la care s-a aplicat tratament medicamentos și kinetoterapie. Lot 2 – 21 pacienți care au administrat doar tratament medicamentos. Caracteristica generală a pacienților, a relevant ca atât în lotul 1 cât și în lotul 2 au predominat femeile. Studiind incidența morbidității în dependență de localitate, am conchis că majoritatea pacienților au fost din mediul rural în 72.2% cazuri lot 1 și respective 57.1% în lot 2. Cercetînd staturile sociale la momentul cercetării, lot 1 au fost angajați 4 (36,3%), pensionari 3 (27,2%), invalid 1 (9,0%), șomer 3 (36,3%), pensioner angajat și casnic nici un pacient. Lot 2 angajați 7 (33,3%), pensionar 3 (14,2%), pensionar angajat 1 (4,7%), invalid 5 (23,8%), casnic 4 (19,0%), șomer 1 (4,7%) observăm că la momentul cercetării majoritatea

pacienților au fost apti de muncă și se aflau într-un mod activ de viață socială. Reșind din aceasta am fost interesați să analizăm vârsta medie la momentul cercetării la pacienții din lotul de referință (Lot1) - $51,7 \pm 1,6$ ani, cu interval de vîrsta cuprins între 31-71 ani, Studiul ne-a relevat ca boala a debutat la o vîrsta medie de $33,7 \pm 1,4$ cu intervale de vîrsta 16-80 an, ceea ce ne vorbește despre o imbolnăvire a pacienților la o vîrstă reproductivă. Durata medie a bolii la acești pacienți a fost de $11,5 \pm 1,2$ ani.

Am urmărit cu prudență datele anamnestice, din care am delimitat eventual factorii care au favorizat debutul leziunilor articulare. Dintre factorii de risc cercetați cele mai frecvente sunt infecțiile la 4 (36,3%) pacienți, supraefortul fizic în 3 (27,2%) cazuri, stres psihoemoțional 2 (18,1%) pacienți pe cînd factori de mediu și statutul hormonal la doar 1 (9,0%) din cazuri

O atenție deosebită s-a acordat afectării articulațiilor, care au fost abordate multilateral, atât clinic, paraclinic cât și prin instrumente de evaluare a bolii. Am fost interesați să sistematizăm frecvența articulațiilor implicate în procesul patologic. Cu acest scop am analizat separat articulațiile periferice și cele axiale. În cazul articulațiilor periferice s-au luat în considerație acuzele pacienților referitor la durere și tumefiere, de asemenea a perturbării mobilității și funcției acestora, care a decelat ca cel mai frecvent, în 4 (38,3%) cazuri, au fost afectate articulațiile interfalangiene distale, cu o frecvență mai redusă s-a atestat implicarea articulațiilor interfalangiene proximale în 3 (27,2%) pacienți, afectate în aceeași măsură au fost articulațiile interfalangiene a policelui și radiocarpiane câte 1 (9,2%) cazuri. În implicarea axială s-a stabilit frecvență afectarea regiunii lombare la 6 (54,6%) cazuri, implicarea articulațiilor sacroiliace în 4 (36,3%) cazuri mai rar s-au observat atingeri a regiunii cervicale 1 (9,2%) și nici la un pacient nu s-a atestat implicarea regiunii toracice.

La finele tratamentului, am inițiat examinarea pacienților din ambele loturi prin evaluarea generală a durerii după scala analogică vizuală VAS, pentru a reuși obiectivizarea gradului durerii de către pacient. Conform recomandărilor grupului de studiu GRAPPA [Gladman D. et al., 2005], datele VAS se estimează pe o scală de la 0 la 100 mm. Nivelul inițial al durerii a fost aproape similar în ambele loturi, la finele tratamentului observăm diminuarea intensității durerii în ambele loturi, înregistrînd valori medii mai joase în lotul de referință $52,1 \pm 1,2$ mm vs $62,6 \pm 1,4$ mm, în lotul fără kinetoterapie, dar cu diferențe nesemnificativ statistice ($p < 0,05$).

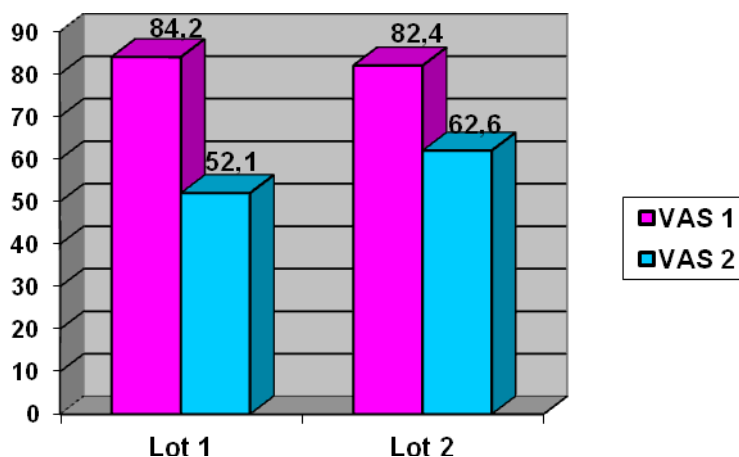


Figura 3. Evaluarea comparativa a durerii prin VAS

Evaluarea activității APs în articulațiile periferice se realizează cu numărătoarea propusă de Colegiul American de Reumatologie [11]. Acest tip de numărătoare, utilizat de aproape o jumătate de secol în artrita reumatoidă, documentează numărul de articulații cu durere și tumefacție. Deoarece modelul afectării articulare în APs este diferit de cel din artrita reumatoidă, în numărătoare este inclus un număr mai mare de articulații pentru a cuprinde și articulațiile interfalangiene distale de la mâini – un număr de articulații de 68/66 articulații pentru durere și

tumefacție. Pe de altă parte, APs în comparație cu artrita reumatoidă poate avea un aspect oligoarticular și poate afecta și articulațiile interfalangiene distale ale picioarelor, din acest motiv, s-a sugerat număratoarea a 76/74 [6,8] articulații pentru durere și tumefacție, incluzând în număratoarea și articulațiile interfalangiene proximale și distale de la picioare. Am analizat numărul de articulații dureroase și tumefiate, la pacienții din studiul nostru, înainte și după tratament, în ambele loturi, am reprezentat rezultatele în figurile 3.1, și 3.2

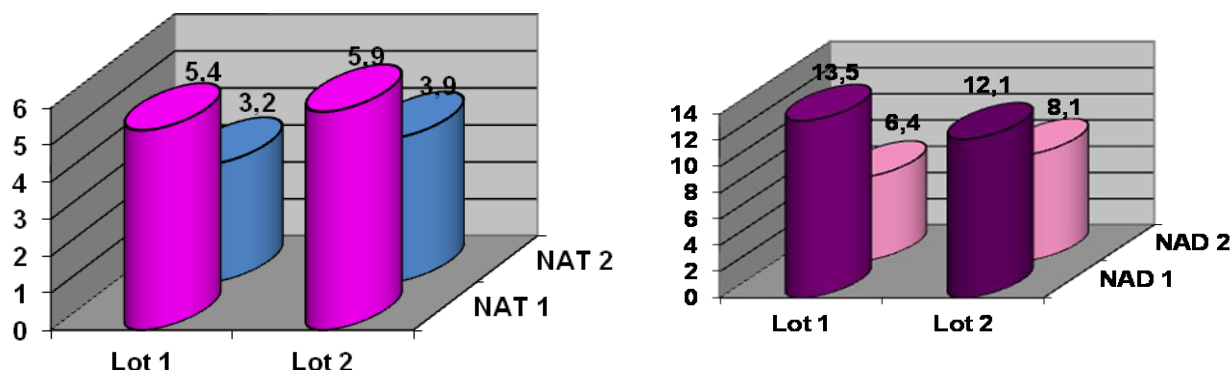


Figura 4. Aprecierea comparativă a numărului de articulații dureroase și tumefiate

În rezultatul tratamentului s-a marcat o micșorare, în ambele loturi atât a numărului de articulații dureroase $6,4 \pm 0,9$ în lotul 1 vs $8,1 \pm 0,7$ în lotul 2, cât și tumefiate $3,9 \pm 1,4$ în lot 1 și $5,2 \pm 1,3$ în lotul 2, mai simțitor în lotul cu kinetoterapie.

Trebuie de menționat că, în APs, afectarea axială este asimetrică și discontinuă, comparativ cu cea din spondilita anchilozantă [106, 157]. Durata redoarei matinale, durerea spinală și durerea nocturnă sunt utilizate ca măsură a inflamației spinale. Clasic, durerile încep în regiunea lombară sau în joncțiunea lombo – dorsală. Datele noastre au fost evaluate conform Indicelui de activitate a bolii pentru spondiloartrita anchilozantă – BASDAI (*Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index*). Referitor la abordarea amplă a dereglărilor funcționale în articulațiile axiale, am utilizat indicele funcțional al spondiloartritei anchilozante din Bath (*Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index*) –BASFI, validat pentru APs (Mease PJ et al.2005). Activitatea bolii apreciată în articulațiile axiale a relevat un indice BASDAI cu valori medii $4,3 \pm 0,3$ înainte de tratament și după tratament $3,3 \pm 0,3$ din lotul 1 iar lot 2 valori medii, înaintea tratamentului $5,0 \pm 0,3$ și după valorile medii au constituit $3,7 \pm 0,3$, observăm o scădere a indicilor în ambele loturi dar mai pronunțat în lot 1. Nivelul dizabilității funcționale în structurile anatomiche axiale, conform chestionarului BASFI, deasemenea a evidențiat o scădere a indicator, mai pronunțată în lotul de referință

Cu scopul analizei comparative a perturbărilor funcționale a aparatului locomotor și calității vieții, înainte și după tratamentul complex, am evaluat pacienții, prin chestionarul de evaluare a sănătății –(Health Assessment Questionnaire)- HAQ, care presupune variații ale scorului de la 0 până la 3 puncte. Am fost interesați să elaborăm o gradare ce a reieșit din divizarea valorilor scorului: de la 0.1 la 1.0 puncte am considerat scor jos, determinându-se la 45,4% pacienți; valorile între 1.1 și 2.0 puncte s-au plasat în limitele unui scor mediu, apreciate la 18,1% pacienți și cele mai mari de 2.0 puncte au semnalat scor înalt – la 9,2% pacienți. Lipsa afectării calității vieții nu a fost atestată la 27,2% – circa 1/3 pacienți.

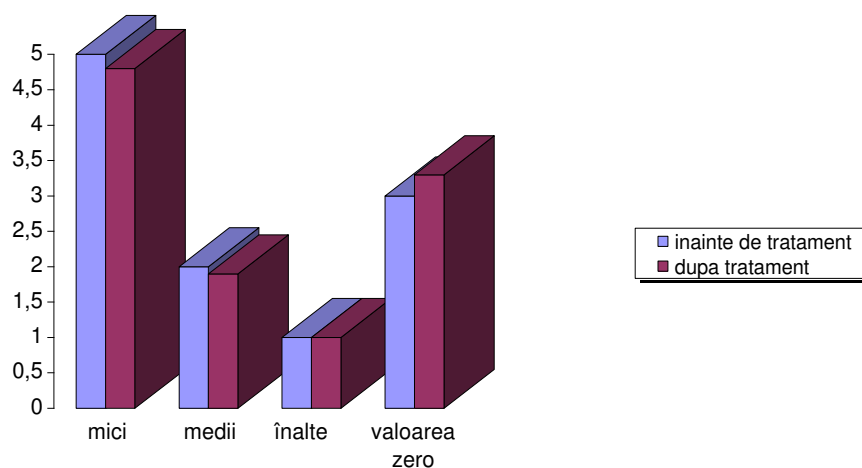


Fig 5 Analiza comparativa a perturbărilor funcționale și calitatii vieții prin - HAQ

Discuții

La pacienții cu Aps înrolați în studiu s-a constatat pondere importantă atât a manifestărilor articulare periferice cât și axiale, incidența afectării articulațiilor IFD 38,3%, cazuri, articulațiilor iliosacrale – 36,3 % cazuri și implicarea regiunii lombare a coloanei vertebrale mai frecvent -în 54,5% cazuri, ceea ce corespunde cu datele literaturii relatate de D. Gladman, Trabace și coaut. (1994), Deasemenea în rezultatul aplicării kinetoterapiei, am marcat ameliorarea capacității articulare în ambele loturi, mai semnificativ în lotul de referință, evaluate prin instrumente clinice, ceea ce vine în concordanță cu datele studiului efectuat de către Degfinrud H., Hagen K. B (2008). Procesul inflamator ca și durerea articulară sunt cauze directe care limitează mișcările încă din primele faze ale bolii. Tratamentul kinetoterapeutic se aplică în funcție de stadiile bolii și de starea clinică în care se află pacientul. Depășirea redorilor articulare matinale se poate face prin exerciții de gimnastică, mișcări active, executate înainte de ridicarea din pat a bolnavului.

În tratamentul artritei psoriazice nu există scheme rigide; el variază în funcție de forma clinică, de gradul de activitate a procesului inflamator, de întinderea afectării axiale, de prinderea centurilor sau a articulațiilor periferice în cadrul procesului inflamator etc. Tratamentul va fi deci individualizat. Trebuie asigurată complianța pacientului prin discuții în care se explică faptul că este vorba de o boală cronică de lungă durată, a cărei evoluție poate fi frânată printr-un tratament perseverent adecvat. Kinetoterapia ocupă un loc important, de durată în managementul artritei psoriazice, scopul fiind combaterea durerii, prevenirea dizabilității, menținerea și/sau refacerea funcției articulare, prevenirea anchilozelor și menținerea calității vieții acestor pacienți.

Concluzii

1. Tratamentul complex, inclusiv kinetoterapeutic a avut impact pozitiv asupra funcționalității articulare
2. La pacienții cu Aps s-a constatat pondere importantă atât a manifestărilor articulare periferice cât și axiale, incidența afectării articulațiilor IFD 38,3%, articulațiilor iliosacrale – 36,3 % și implicarea regiunii lombare a coloanei vertebrale mai frecvent -în 54,5% cazuri
3. Rezultatele studiului au argumentat utilitatea și informativitatea instrumentelor de evaluare clinică - VAS, NAD, NAT, BASDAI la pacienții cu artrită psoriazică
4. În rezultatul aplicării kinetoterapiei, am marcat ameliorarea capacității articulare în ambele loturi, mai semnificativ în lotul de referință
5. Calitatea vieții a fost diminuată nesemnificativ determinată de desabilitățile funcționale ale aparatului locomotor, indicând preponderent scoruri cu valori mici în circa 50% cazuri

Bibliografie

1. Bodrug I., Mazur M., Guranda I., Mazur-Nicorici L., Calin L. The particularities of enthesitis in psoriatic arthritis. În: Annals of the Rheumatic Disease. The annual European Congress of Rheumatology European League Against Rheumatism. The EULAR Journal. Abstracts Book, vol. 67 Supliment II. Paris, France, 2008, AB0678, p.628.
2. Groppa L., Chişlari L. Particularităţile clinice, radiologice şi de laborator ale spondilitei anchilozante la femei. În: Congresul II de Medicină internă cu participare internaţională. Volum de Rezumate. Chişinău, 2007, p.124-126.
3. Mazur M. Clasificarea Maladiilor reumatice. Criterii de diagnostic. Chişinău 2007. p.55.
4. Popescu R., Marinescu L. Bazele fizice şi anatomice ale kinetologiei. Testarea musculo- articulară. Editura Agora, 1999.
5. Alamanos Y., Voulgari P., Drosos A. Incidence and prevalence of psoriatic arthritis: a systematic review. In: J Rheumatol, 2008, vol. 35, p.1354-1358.
6. Alenius G., Stenberg B., Stenlund H., et al. Inflammatory joint manifestations are prevalent in psoriasis. In: J Rheumatol, 2002 vol. 29, p.2577-2782.
7. Braun J A., et al. ASAS – Consensus Statement (Berlin Jan.2003). In: Ann Rheum 2003, vol. 62, p.817-824.
8. Gladman D. Psoriatic arthritis. În: Oxford textbook of rheumatology. Maddison P, Isenberg D, Woo P, Glass DN, eds. New-York: Oxford University Press, 1998, p.1071-1084.
9. Gladman D., Farewell V. HLA studies in psoriatic arthritis: current situation and future needs. In: J Rheumatol. 2003 Jan;30(1), p.4-6.
10. Ngheim F. T., Donahue J. P. Rehabilitation in ankylosing spondylitis. Curr Opin Rheumatol 2008 Mar 20 (2): 203-7. Review. PMID: 18349752 (PubMed- indexed for MEDLINE).

DERMATOMIOZITA (caz clinic)

Oxana Sârbu,* Liliana Groppa,* Elena Bonari**

Departamentul Medicină Internă,
Clinica Medicală Nr. 5, Disciplina Reumatologie şi Nefrologie USMF „Nicolae Testemiţanu”,
**IMSP SCM „Sfinta Treime”

Summary

Dermatomyositis

Dermatomyositis is the main acquired inflammatory myopathy characterized by inflammatory and degenerative changes in the skeletal muscle and sometimes in the skin, leading ultimately to atrophy and muscle contractures.

Rezumat

Dermatomiozita reprezintă principala miopatie inflamatoare dobândită caracterizată prin modificări inflamatoare şi degenerative ale muşchiului scheletic şi uneori şi ale pielii ducând în final la atrofii şi contracturi musculare.

Criterii de diagnostic (Bohan şi Peter):

- Slăbiciune musculară simetrică cu afectarea musculară a extremităţilor şi muşchilor posteriori ai gâtului, cu sau fără disfagie cu afectarea musculaturii respiratorii.
- Biopsia musculară evidenţiază necroza fibrelor musculare de tip 1 şi 2, fagocitoză, regenerare, atrofie perifasciculară, variaţie a mărimii fibrelor şi infiltrat inflamator.