

Modern approaches in the treatment of hand and finger osteoarthritis

A. Lesnic

Rheumatology Laboratory of the Republican Hospital, 5th Department of Internal Medicine
Nicolae Testemitsanu State University of Medicine and Pharmacy
165, Stefan cel Mare Avenue, Chisinau, the Republic of Moldova

*Corresponding author: lesnicailiona@mail.ru. Article received June 10, 2013; accepted July 15, 2013

Abstract

Different methods of treatment of hand and finger osteoarthritis, based on the modern literature, corresponding guidelines (ACR – American College of Rheumatology, OARSI – Osteoarthritis Research Society International and EULAR – the European League Against Rheumatism) and existing clinical standards are presented. PubMed database has been consulted and the review of 47 articles relevant to the studied theme has been made. Respectively, the modern management of hand and finger osteoarthritis includes non-medicamentous, medical and surgical treatment. Analgetics administration, separate injections of intraarticular corticosteroids and regular ones of chondroprotective remedies as well as physiotherapy remain the cornerstone of the hand and finger conservative therapy of osteoarthritis. Also, there are a number of “alternative” therapeutic options, which can be effective for some patients, especially with secondary osteoarthritis. Surgery is generally applicable in advanced cases associated with massive destruction of the joints surfaces, which are beyond the reach of conservative treatment. Although there are a lot of proposed methods of treatment, at the moment there is no “golden standard” treatment for such patients, and real life therapy should be based on the individual approach. In conclusion the author points out, that the treatment of hand and finger osteoarthritis is a quickly progressing research area, that has already presented several therapies, which can provide the relief of the disease manifestations and even slow down the disease development in some situations.

Key words: osteoarthritis, hand, finger, surgery.

Современные подходы к лечению остеоартроза руки и пальцев

А. Лесник

Реферат

Представлены различные методы лечения остеоартроза руки и пальцев на базе информации, представленной в современной литературе, соответствующих гйдах (ACR – Американский Колледж Ревматологов, OARSI – Международное Общество Исследования Остеоартрита и EULAR – Европейская Лига Против Ревматизма) и существующих клинических стандартах. Изучена медицинская база данных PubMed, на основе которой сделан обзор 47 статей по теме данной научной работы. Соответственно, современное ведение пациентов с остеоартрозом руки и пальцев включает в себя немедикаментозные, лекарственные и хирургические методы лечения. Назначение противовоспалительных препаратов, нерегулярные внутрисуставные инъекции кортикостероидов и регулярные – хондропротекторов вместе с физиотерапией представляют собой основу консервативного лечения остеоартроза. Также существуют «альтернативные» методы лечения, которые могут быть эффективны для некоторых групп пациентов, особенно с вторичным остеоартрозом. Хирургические вмешательства обычно показаны в запущенных случаях при значительном разрушении суставных поверхностей, которые не могут быть вылечены с помощью консервативного лечения. Несмотря на наличие большого количества лечебных методик, на данный момент не существует «золотого стандарта» лечения для данной группы пациентов и их практическое ведение требует индивидуального подхода. Лечение остеоартроза руки и пальцев является быстроразвивающейся областью науки, которая уже обеспечила появление нескольких лечебных методов, способных облегчить клинические проявления этого заболевания и иногда даже замедлить его развитие.

Ключевые слова: остеоартроз, кисть, пальцы, хирургическое лечение.

Introducere

Osteoartroza deformantă reprezintă una dintre cele mai frecvente maladii ale omeniului. Prevalența ei la vârstnici atinge plafonul de 50-70% [29]. Osteoartroza mâinii și degetelor este considerată ca fiind cea mai frecventă formă a osteoartrozei și la majoritatea pacienților, apariția ei precedă dezvoltarea modificărilor patologice similare în articulațiile mari ale extremităților [30]. Actualmente, se implementează un număr mare de opțiuni de tratament al osteoartrozei deformante, în majoritatea cazurilor – cu rezultate puțin satisfăcătoare. În acest context, trebuie de menționat că din 11 recomandări majore ale EULAR (The European League Against Rheumatism) (2006) [8], numai 6 sunt susținute de rezultatele medicinei bazate pe dovezi. Prezentarea și evaluarea eficacității diferitor metode terapeutice și chirurgicale de tratament în osteoartroza mâinii și degetelor constituie obiectivul acestei lucrări.

Material și metode

Revista literaturii de specialitate, în special a ghidurilor ACR (American College of Rheumatology), OARSI (Osteoarthritis Research Society International) și EULAR (The European League Against Rheumatism), suplimentată de analiza articolelor accesibile în baza de date PubMed, s-a realizat prin intermediul motorului de căutare Medline. Formula de căutare: (hand [All Fields] OR finger [All Fields]) AND osteoarthritis [All Fields] AND (treatment [Title] OR surgery [Title] OR therapy [Title]) cu limitările “review” sau “clinical trial”, publicate în ultimii 10 ani. În urma interogării bazei de date PubMed am descoperit 62 de articole, 47 dintre ele fiind relevante la tema aleasă pentru prezentul studiu. Ghidurile ACR (2012) [38] și EULAR [8] conțin recomandări practice similare, redate, însă, mai detaliat în varianta europeană. Experții OARSI (2008) [39] au prezentat 25 de opțiuni de tratament eficient al osteoartrozei deformante (1 complexă, 11 nemedicamentoase, 8 farmacologice și 5 chirurgicale), unele dintre ele nefiind relevante pentru osteoartroza mâinii și degetelor. Pentru recomandările OARSI este caracteristică indicația procentului de experți, care consideră opțiunea de tratament propusă drept eficientă și care are un suport științific adecvat.

Rezultate și discuții

Metodele de tratament ale osteoartrozei deformante a mâinii și degetelor pot fi împărțite în 2 grupuri mari: terapeutice (conservative) și chirurgicale. Metodele terapeutice de tratament, la rândul lor, se clasifică în medicamentoase și non-medicamentoase [40, 41]. Problemele principale ale managementului terapeutic al unui pacient cu osteoartroză deformantă a mâinii și degetelor includ: indicații pentru un tratament conservator nemedicamentos și medicamentos, prevenirea și terapia formei erozive de osteoartroză deformantă, indicații pentru tratament chirurgical și stabilirea metodelor preferabile de tratament chirurgical, în funcție de localizarea procesului patologic [1, 29]. Suplimentar, există multe tratamente „alternative”, lipsite de suport științific suficient, atât la capitolul teoretic, cât și în studii medicale de amploare.

Conform recomandărilor EULAR, aceste metode trebuie să fie combinate pentru obținerea unui rezultat optim [8]. Aceeași abordare este recomandată și de ACR (American College of Rheumatology) [38], fiind convenită cu 100% dintre experții OARSI [39]. Individualizarea reprezintă o altă recomandare EULAR și se bazează pe aspectele etiopatogenetice ale maladiei (factorii de risc), tipul clinic al osteoartrozei (nodular, eroziv, posttraumatic), manifestările clinice (severitatea sindromului algic, activitatea procesului inflamator, dizabilități articulare, modificări structurale la nivelul articulațiilor afectate, calitatea vieții), dorințele pacientului, comorbiditățile și comedicația [8].

Metodele nemedicamentoase de tratament al osteoartrozei mâinii și degetelor au proprietăți atât profilactice, cât și terapeutice și sunt, în majoritatea cazurilor, aplicabile indiferent de stadiul maladiei. Limitarea activității articulațiilor afectate reprezintă una din metodele de control nemedicamentos al osteoartrozei deformante. În urma reducerii solicitării articulației afectate se reduce consecutiv sindromul algic și se încetinează progresia patologiei articulare. În același timp, această abordare terapeutică este destul de greu de implementat, deoarece anume articulațiile cele mai solicitate în activitățile de zi cu zi au tendința de lezare mai precoce și mai gravă în cadrul osteoartrozei deformante (factor de stres mecanic) [30, 42]. Însă, în caz de dezvoltare a sinovitei acute sau de manifestare a formei erozive de osteoartroză deformantă, ignorarea a astfel de recomandări cu continuarea solicitării active a articulațiilor afectate, agravează evoluția maladiei. Unele recomandări optime în osteoartroza deformantă a articulațiilor genunchilor și articulației coxofemorale, conform opiniei experților OARSI, nu sunt aplicabile în osteoartroza deformantă a mâinilor și degetelor (aerobică, antrenament muscular, exerciții în apă (scorul recomandărilor OARSI este egal cu 96%), slăbire – 96%, fizioterapie (masaj) – 89%).

Aplicarea atelei, recomandabilă, în special, în afecțiunile articulațiilor mari, este nejustificată la pacienții cu osteoartroza mâinii și degetelor, cu excepția policelui. Conform recomandărilor EULAR, atelele sunt eficiente în calmarea formelor severe de rizartroză [8, 13, 14]. Ortezele se implementează pentru corecția flexiei excesive, precum și hipermobilității excesive, în special în caz de afectare a unui număr redus de articulații [15].

Un rol important în reducerea disfuncțiilor impuse de artroză îl au diferite „ajutoare”, care permit minimizarea sau optimizarea efortului fizic în cadrul efectuării activităților obișnuite. Recomandările experților OARSI [39] privind utilizarea bățului de suport (90%), suporturi pentru genunchi (77%) și insole speciale (76%) sunt efectiv inaplicabile în caz de osteoartroză deformantă a mâinii și degetelor. Este binecunoscută recomandarea fizioterapiei în caz de osteoartroză deformantă a articulațiilor mari: majorarea forței musculare acționează benefic asupra evoluției și manifestării clinice a suferinței articulare [42]. Referitor la osteoartroza mâinii și degetelor, astfel de recomandări nu conțin dovezi științifice suficiente de eficacitate în studiile științifice anterior efectuate. Datele epidemiologice chiar sugerează o relație complet opusă

între antrenarea musculară și progresia osteoartrozei deformante a mâinii și degetelor: suprasolicitarea lor contribuie la progresia maladiei, ceea ce este susținută de rata ei sporită la alpiniști și lucrătorii cu mișcări similare repetitive în timpul muncii [29, 30]. ACR [38] condițional recomandă utilizarea facilităților articulare pentru ameliorarea funcției articulare și calității vieții pacienților afectați.

În promovarea aplicării practice a măsurilor non-medicamentoase se încadrează o recomandare expresă a EULAR [8] și condițională a ACR [38], care solicită educația pacienților cu limitarea stresului mecanic asupra articulațiilor afectate. Această recomandare este a doua după eficacitate, în opinia experților OARSI – 97% [39]. Eficacitatea programelor educaționale în prevenirea dezvoltării și progresiei osteoartrozei a fost dovedită de câteva studii științifice bine validate [9, 10]. Suplimentar la programele educaționale, experții OARSI [39] pledează pentru necesitatea contactului telefonic regulat între specialist și pacient (66%), având drept scop o monitorizare mai eficientă a evoluției maladiei de bază prin facilitarea comunicării interpersonale.

De asemenea, pacienții trebuie să fie instruiți privind căile posibile de facilitare a activităților limitate din cauza osteoartrozei. În acest context, este importantă aplicarea termoterapiei (ex. parafină sau ozocherită încălzite) și ultrasunetului înainte de exercitarea activităților fizice adecvate [11, 12]. Aceste recomandări sunt prezentate atât în ghidul EULAR [8], cât și în ACR (recomandare condițională) [38]. În opinia experților OARSI [39], eficacitatea măsurilor termoterapeutice este mai mică, în comparație cu metodele medicamentoase de tratament (această opțiune terapeutică este susținută numai de 64%). În acest sens, astfel de tehnici alternative ar fi acupunctura (59%) și stimularea transcutană electrică (58%) [39], care nu diferă esențial ca eficacitate de termoterapie (ex. aplicații de parafină), susținută de EULAR [8] și ACR [38].

Actualmente, nu există un tratament etiopatogenetic al osteoartrozei deformante, cu excepția unor cazuri de osteoartroză secundară. Tratamentul medicamentos în osteoartroză deformantă a mâinii și degetelor poartă un caracter simptomatic și patogenetic. Actualmente, se implementează următoarele opțiuni de tratament: terapia analgezică și antiinflamatoare și se fac încercări de normalizare a metabolismului și structurii cartilajului articular [40, 41].

Efectul analgezic este realizat prin administrarea preparatelor grupului metamizolului, paracetamolului, aspirinei și preparatelor combinate în cazuri ușoare-medii de osteoartroză deformantă a mâinii și degetelor. Paracetamolul (Acetaminofenul), doza zilnică sumară fiind de până la 4 g/zi, în caz de toleranță satisfăcătoare și eficacitate clinică (analgezică) adecvată reprezintă medicamentul de elecție la astfel de pacienți, conform opiniei experților EULAR [8], susținută și de meta-analiza studiilor relevante [21]. Paracetamolul poate fi administrat atât în caz de sinovită acută, cât și în cadrul unui tratament de lungă durată, datorită unui profil cost/eficiență/efecte adverse destul de benefic. În genere, Paracetamolul este preferabil ca un remediu analgezic de bază în diferite regimuri

medicamentoase cronice. În opinia experților OARSI [39], eficacitatea Acetaminofenului este mai mică, în comparație cu antiinflamatoarele nesteroidiene clasice (92% versus 93%).

În caz de sindrom algic mediu-grav sau de ineficiență/intoleranță/efecte adverse, dezvoltate în urma administrării unei doze maxime de paracetamol, este necesară recurgerea la preparate din grupul antiinflamatoarelor nesteroidiene [8, 22]. Actualmente, cercetările științifice efectuate nu au determinat efectul mai pronunțat al anumitor grupuri chimice din spectrul larg al antiinflamatoarelor nesteroidiene [23]. Alegerea preparatului analgezic se efectuează, având la bază individualizarea tratamentului administrat, în funcție de particularitățile pacientului concret și experiența specialistului în cauză [24]. EULAR [8] menționează că antiinflamatoarele nesteroidiene trebuie să fie administrate în doza cea mai mică, fiind preferate preparatele cu durata de acțiune cât mai scurtă. Astfel, se realizează optimizarea tratamentului antiinflamator și analgezic cu realizarea raportului înalt de eficiență/cost/efecte adverse, spre beneficiul maxim al pacientului [24, 25]. În tratamentul de durată, posologia antiinflamatoarelor nesteroidiene trebuie să fie revăzută periodic cu optimizarea consecutivă a medicației administrate la necesitate [8]. În astfel de situații, este importantă monitorizarea toleranței și efectelor adverse gastrointestinale.

De asemenea, având drept scop minimizarea efectelor adverse gastrointestinale, se administrează și inhibitorii selectivi ai COX-2, cu un efect mai redus în comparație cu preparatele clasice cum ar fi Diclofenac și Ketoprofen [26, 27]. În caz de necesitate, concomitent cu unele cure de lungă durată, trebuie să fie administrate și preparate cu efect gastroprotector [23, 24], inclusiv misoprostol [31]. Ținând cont de riscul efectelor adverse cardiovasculare, administrarea coxibelor trebuie să fie limitată la pacienții vârstnici, în special din grupurile de risc [28]. Spre deosebire de osteoartroza deformantă a articulațiilor mari, analgezicele opioide, practic, nu se administrează la pacienții cu osteoartroză a mâinii și degetelor. Conform recomandărilor ACR [38], Tramadolul poate fi considerat ca medicamentul analgezic de elecție în cazurile depășite. Această opinie este susținută și de experții OARSI (82%) [39].

Analgezicele se aplică având diferite forme medicamentoase: locale, creme, geluri și unguente, în special, în caz de sindrom algic ușor sau moderat. La astfel de pacienți, preparatele locale sunt cele de elecție, conform recomandărilor EULAR [8]. Eficacitatea administrării locale ale antiinflamatoarelor nesteroidiene [18, 19] la acest grup de pacienți este comparabilă cu aceleași remedii medicamentoase administrate *per os* sau parenteral [20]. A fost demonstrată eficacitatea înaltă a capsaicinii în calmarea sindromului algic, precum și reducerea inflamației locale la pacienții cu forme ușoare și medii ale osteoartrozei [16, 17]. Acest preparat este recomandat pentru administrare locală de EULAR [8]. Preparatele topice ale antiinflamatoarelor nesteroidiene și capsaicina intră în rândul recomandărilor condiționate ale ACR [38]. În același timp, ghidul OARSI consideră eficacitatea lor ca fiind mai mică, în comparație cu antiinflamatoarele nesteroidiene perorale și Acetaminofenul (85% versus 93% și 92%, respectiv) [39].

Preparatele sterioide se administrează, uneori, intraarticular în caz de sinovită reactivă sau în caz de formă erozivă a osteoartrozei deformante, având drept scop reducerea procesului inflamator. EULAR [8] recomandă administrarea expres intraarticulare a glucocorticoizilor în acutizările severe ale osteoartrozei deformante a mâinii și degetelor, în special, în caz de afectare a articulației trapeziometacarpale (rizartroză) [32]. Experții OARSI sunt de aceeași părere (sunt de acord 78% dintre experți) [39]. De obicei, se administrează glucocorticoizi cu acțiune prolongată, ex. Triamcinolon. Însă, din punct de vedere științific, nu este confirmată acțiunea benefică a acestei metode de tratament asupra evoluției cronice a osteoartrozei deformante a mâinii și degetelor [33]. Acțiunea analgezică se realizează rapid, pe parcursul primei zile după administrare. Durata efectului analgezic oscilează între 2 și 6 săptămâni [40]. Acțiunea rapidă a glucocorticoizilor intraarticulari este mai evidentă, în comparație cu preparatele acidului hialuronic. În același timp, administrarea intraarticulare a preparatelor acidului hialuronic a demonstrat un efect clinic mai puternic în comparație cu steroizii intraarticulari la distanță de 6 luni, în studiul efectuat de către Fuchs S. [34]. Administrarea repetată a steroizilor se permite la distanță de 12 luni, deoarece injecțiile repetate frecvent contribuie la reducerea regenerării cartilajului articular și, astfel, pe viitor pot facilita progresia maladiei de bază. De asemenea, injecțiile intraarticulare de glucocorticoizi condiționează depigmentarea locală a pielii și subțierea țesuturilor moi adiacente. Artrita purulentă reprezintă o complicație rară, dar periculoasă și solicită o reacție promptă din partea medicului curant.

Inițial, eficacitatea administrării intraarticulare a preparatelor condroitinsulfatului și acidului hialuronic a fost demonstrată în osteoartroza deformantă a genunchiului [36, 37]. Aceste preparate au avut un efect analgezic la nivel articular, iar la distanță au avut tendință spre încetinire a progresiei osteoartrozei. În același timp, recent au apărut datele privind eficacitatea administrării intraarticulare a componentelor cartilajului articular la pacienții cu osteoartroză deformantă a mâinilor și degetelor [8]. Acțiunea acestor preparate se explică din punct de vedere patogenetic și dispune de un suport științific adecvat [34, 35]. Mai puțin clare sunt consecințele administrării preparatelor similare peroral. Această discrepanță poate fi parțial explicată prin biodisponibilitate extrem de variată a formelor perorale. Acest grup de medicamente este numit Symptomatic Slow Acting Drugs for Osteoarthritis (Medicamente simptomatice cu acțiune lentă asupra osteoartrozei) și cuprinde un șir de preparate: derivați ai glucozaminei, condroitinsulfat, acid hialuronic, saponine din avocado și leguminoase (soia), diacerină ș.a. Administrarea intraarticulare se mai numește „viscosuplimentare”. Latura pozitivă a acestor preparate constă în profilul extrem de favorabil al efectelor adverse [8]. În schimb, acțiunea lor este uneori imprevizibilă, ceea ce nu permite administrarea lor în monoterapie. De asemenea, rămâne problematic și costul lor, în special în caz de administrare perorală de durată. Experții OARSI consideră că administrarea acestui grup de medicamente are eficiența cea mai redusă, în comparație cu

clasele medicamentoase anterior citate [39]. Suportul științific cel mai solid o are administrarea intraarticulare a preparatelor din acid hialuronic (64%), urmată de glucozaminoglicani și condroitinsulfat (63%), în special, pentru ameliorarea stării subiective a bolnavului. În același timp, numai 41% dintre experți OARSI consideră că aceste preparate sunt capabile să influențeze evoluția osteoartrozei deformante [39].

Abordările terapeutice alternative nu dispun de un suport teoretic și de confirmare practică a eficacității metodelor clasice de tratament. În același timp, aceste opțiuni terapeutice pot fi alese în cazuri de osteoartroză deformantă rezistentă la opțiuni terapeutice convenționale sau în caz de acutizări artritice, asociate cu factori concreți de risc. De exemplu, au fost descrise cazuri de acutizări ale artritei, cauzate de alergii selectivă la alimente [43]. În alte cazuri, unor pacienți le-a fost benefică vitaminoterapia și consumul echilibrat al microelementelor, administrarea calciului, vitaminei D și insolării, administrarea acizilor grași polinesaturați, tratamentul cu substanțe chelatoare [45]. Apiterapia, la fel, a fost propusă de unii autori pentru reducerea manifestărilor osteoartrozei deformante [44]; într-un studiu de 23 de pacienți ameliorarea clinică s-a observat în 11 (48%) cazuri. Există sugestii (ex. experții OARSI [39]) privind eficiența acupuncturii și stimulării transcutane electrice, comparabilă cu termoterapia la pacienții cu osteoartroză deformantă. Unii autori adaugă în rândul metodelor alternative și procedurile chiropractice. De asemenea, au fost încercate și blocade neuronale [45].

Tratamentul chirurgical reprezintă frecvent ultima opțiune în managementul unei maladii artritice depășite. Intervențiile chirurgicale de corecție ameliorează funcția articulară, îmbunătățesc calitatea vieții pacienților operați, dar nu influențează evoluția maladiei *per se* [1]. Indicațiile pentru tratament chirurgical în condiții de rezistență la administrarea diferitor preparate medicamentoase și realizarea măsurilor non-medicamentoase (conform EULAR) [8], apar în ordinea descrescândă de importanță: sindrom algic, redoare și deformării articulare, care afectează evident funcția articulațiilor, cauza estetică. În acest context, este important de menționat că deformările grave, care nu sunt asociate cu sindromul algic sever, și atunci când pacientul își păstrează capacitatea de efectuare a activităților zilnice obișnuite, nu este necesară indicația pentru o intervenție chirurgicală de corecție. Mai mult ca atât, decizia privind necesitatea corecției chirurgicale a deformărilor secundare osteoartrozei mâinii și degetelor, se bazează pe analiza factorilor cum ar fi: specialitatea pacientului, *hobby*-urile, caracterul suportului social, precum și starea generală a sănătății [1]. Experții OARSI [39] susțin, în linia generală, recomandările EULAR și ACR, indicând rata superioară a intervențiilor chirurgicale de protezare (96%), în comparație cu artrodeza (69%) și intervențiile chirurgicale cu osteotomie parțială (75%). Astfel de intervenții chirurgicale cum ar fi înlăturarea bridelor și lavajul articular nu sunt aplicabile în cazul osteoartrozei deformante a mâinii și degetelor.

În linia generală, obiectivele corecției chirurgicale a degetelor II-V presupun: păstrarea mobilității în articulațiile metacarpofalangiene, artrodeza articulațiilor interfalangiene

distale, realizarea echilibrului între mobilitate și stabilitate în articulațiile interfalangiene proximale [1]. În rezultatul corecției chirurgicale, degetele II și III trebuie să fie suficient de stabile ca să facă fața compresiei din partea policelui. În schimb, degetele IV și V trebuie să-și păstreze mobilitatea suficientă pentru a aplica forța în cadrul strângerii obiectelor cu mâna. În caz de intervenții chirurgicale pe police, chirurgul trebuie să majoreze mobilitatea în articulația trapeziometacarpală, simultan cu stabilizarea articulațiilor interfalangiene și metacarpofalangiene [1].

În caz de osteoartroză a articulațiilor interfalangiene distale, artrodeza reprezintă o intervenție chirurgicală de elecție. Această operație se efectuează în caz de sindrom algic semnificativ, rezistent la administrarea analgezicelor care, de obicei, se asociază cu sinovitele acute recidivante și chisturile mucoase, în special, în cadrul formei erozive de osteoartroză. Clinodactilia degetului indicator, de asemenea, presupune indicația pentru artrodeza în articulațiile interfalangiene distale. Artrodeza se efectuează cu respectarea creșterii flexiei în articulațiile interfalangiene distale, de la degetele radiale spre ulnare, de la 20° până la 40°. Indicațiile pentru operații de corecție a articulațiilor interfalangiene proximale sunt similare celor enumerate, iar intervențiile chirurgicale de elecție includ proteza articulară sau artrodeza, în funcție de necesitate a păstrării mobilității sau, respectiv, stabilității articulare. Pentru articulația interfalangiană proximală II, mai des se aplică artrodeza în flexie de 30°. Pentru restul degetelor, de obicei, se preferă implantarea protezei articulare din silicon (Swanson), cu mișcări prin alunecare sau bazat pe bucle [2, 3]. Limitarea activităților cu degetele afectate contribuie semnificativ la păstrarea funcționalității optime a protezelor.

Pacienții cu rizartroză se consideră eligibili pentru intervenție chirurgicală atunci, când tratamentul conservativ este ineficace timp de un an. Pentru a aprecia obiectiv necesitatea intervenției chirurgicale se utilizează clasificările speciale radiologice, Dell și Comtet [4, 5]. Mansat P. și coaut. [1] recomandă următoarea conduită chirurgicală în funcție de gravitatea procesului patologic. În caz de instabilitate trapeziometacarpală (gradul 0), fără leziuni cartilajinoase evidente, se recomandă efectuarea ligamentoplastiei trapeziometacarpale. În caz de rizartroză erozivă izolată (gradul I) se implementează una din 3 operații: artrodeza, trapeziectomie parțială cu realinierea ligamentelor și artroplastie protetică. Protezele implementate se clasifică în: cimentate, non-cimentate, anatomice, mecanice (globul/muftă). Complicațiile principale ale instalării protezei includ: flexibilitatea extremă a protezei, fracturile și luxațiile articulare cu păstrarea funcției protezei 66% timp de 5 ani și durata de semiviață a protezei de circa 8,5 ani [6, 7]. Contraindicații pentru tratament: vârsta până la 65 de ani, activitate intensă a pacientului, prezența artrodezei metacarpofalangiene, precum și dimensiunile mici ale osului trapezoid. La pacienții cu artrită reactivă cu hiperextensie metacarpofalangiană reductibilă (gradul II) se recomandă protezare sau trapeziectomie parțială, asociate cu ligamentoplastie trapeziometacarpală. În rizartroză gr. III (clinico-radiologic similară cu gr. II, dar cu hiperextensie metacarpofalangiană non-reductibilă) este indicată trapezioectomie

parțială, tendinoplastia și artrodeza metacarpofalangiană. În rizartroză gr. IV se adaugă osteoartroza trapeziotrapezoidă și trapezioscafoidă. Se indică trapeziectomie totală cu tendinoplastie consecutivă [1].

Concluzii

Cu toate că, actualmente există un număr mare de abordări terapeutice și chirurgicale față de pacienții cu osteoartroză, progresia acestei maladii, deseori, poate fi numai încetinită și nu inversată, indiferent de opțiunea aleasă de tratament. În același timp, aplicarea lor practică permite reducerea invalidității, exercitarea funcției articulare mai bune și a calității vieții ameliorate, în comparație cu cazurile netratate. Metodele conservative, medicamentoase și non-medicamentoase au proprietăți atât preventive cât și curative, cu eficacitate maximă în caz de administrare la pacienții cu osteoartroze deformante în stadiu incipient. Metodele terapeutice „alternative” sunt individualizate, în special, în caz de evoluție rezistentă la metodele convenționale sau atunci când poate fi suspectată natura secundară a osteoartrozei deformante, ceea ce și indică administrarea unei terapii țintite. Tratamentul chirurgical este benefic pentru ameliorarea funcției articulare și pentru îmbunătățirea calității vieții în cazuri depășite, atunci când mijloacele medicamentoase și non-medicamentoase nu realizează efectul terapeutic scontat.

References

- Mansat P, Raihac J, Fournie B. Osteoarthritis of the finger. *Buletin International du Mouvement*. 2007;7:1-8.
- Condamine J. Arthroplasties digitales métacarpophalangiennes et interphalangiennes proximales [Arthroplasties of metacarpophalangeal and interphalangeal proximal fingers]. *Encycl. Méd. Chirurg. Techniques chirurgicales - Orthopédie-Traumatologie*, 2002;44:374.
- Ledoux P. Implants digitaux [Fingers implants]. *Encycl. Méd. Chirurg., Rhumatologie Orthopédie*, 2004;542-563.
- Dell P, Brushart T, Smith R. Treatment of trapeziometacarpal arthritis: results of resection arthroplasty. *J. Hand Surg.* 1978;3:243-9.
- Comtet J, Gazarian A, Fockens W. Définition des rhizarthroses. Etude critique et propositions. Conséquences thérapeutiques [Definition of rhisarthrosis. Critical study and suggestions. Therapeutic consequences]. *Chirurgie de la Main*. 2001;20:5-10.
- Moutet F, Lignon J, Oberlin C, et al. Total trapeziometacarpal prostheses. Results of a multicenter study (106 cases). *Ann. Chir. Main*. 1990;9(3):189-194.
- Van Cappelle H, Elzenga P, Van Horn J. Longterm results and loosening analysis of replacements of the trapeziometacarpal joint. *J. Hand. Surg. Am.* 1999;24:476-82.
- Zhang W, Doherty M, Leeb B, et al. EULAR evidence based recommendations for the management of Hand Osteoarthritis – Report of a Task Force of the EULAR standing committee for international clinical studies including therapeutics (ESCISIT). *Ann. Rheum. Dis.* 2007;66(3):377-88.
- Hammond A, Freeman K. The long-term outcomes from a randomized controlled trial of an educational-behavioural joint protection programme for people with rheumatoid arthritis. *Clinical Rehabilitation*. 2004;18(5):520-8.
- Warsi A, LaValley M, Wang P, et al. Arthritis selfmanagement education programs: A meta-analysis of the effect on pain and disability. *Arthritis Rheum.* 2003;48(8):2207-2213.
- Brosseau L, Judd M, Marchand S, et al. Thermotherapy for treatment of osteoarthritis. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2003;4 John Wiley & Sons, Ltd Chichester.
- Pelletier J, Yaron M, Haraoui B, et al. Efficacy and safety of diacerein in osteoarthritis of the knee: a double-blind, placebo-controlled trial. *The*

- Diacerein Study Group. *Arthritis & Rheumatism*. 2000;43(10):2339-2348.
13. Weiss S, Lastayo P, Mills A, et al. Prospective analysis of splinting the first carpometacarpal joint: an objective, subjective and radiographic assessment. *J Hand Ther*. 2000;13(3):218-226.
 14. Weiss S, Lastayo P, Mills A, et al. Splinting the degenerative basal joint: custom-made or prefabricated neoprene? *J Hand Ther*. 2004;17(4):401-406.
 15. Buurke J, Grady J, de Vries J, et al. Usability of thenar eminence orthoses: report of a comparative study. *Clinical rehabilitation*. 1999;13:288-294.
 16. Zhang W, Li Wan P. The effectiveness of topically applied capsaicin. A metaanalysis. *European Journal of Clinical Pharmacology*. 1994;46(6):517-22.
 17. McCarthy G, Mccarty D. Effect of Topical Capsaicin in the Therapy of Painful Osteoarthritis of the Hands. *J Rheumatol*. 1992;19(4):604-607.
 18. Lin J, Zhang W, Jones A, et al. Efficacy of topical non-steroidal antiinflammatory drugs in the treatment of osteoarthritis: meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ*. 2004;329(7461):324.
 19. Rothacker D, Difiglio C, Lee I. A clinical trial of topical 10% trolamine salicylate in osteoarthritis. *Curr. Ther. Res. Clin. Exp*. 1994;55:584-597.
 20. Zacher J, Burger K, Farber L, et al. Topical diclofenac versus oral ibuprofen: A double blind, randomized clinical trial to demonstrate efficacy and tolerability in patients with activated osteoarthritis of the finger joints (Heberden and/or Bouchard arthritis). *Aktuelle Rheumatologie*. 2001;26(1).
 21. Zhang W, Jones A, Doherty M. Does paracetamol (acetaminophen) reduce the pain of osteoarthritis?: a meta-analysis of randomised controlled trials. *Ann. Rheum. Dis*. 2004;63(8):901-907.
 22. Lewis S, Langman M, Laporte J, et al. Dose-response relationships between individual nonaspirin nonsteroidal antiinflammatory drugs (NSAIDs) and serious upper gastrointestinal bleeding: a meta-analysis based on individual patient data. *British Journal of Clinical Pharmacology*. 2002;54:320-326.
 23. Mejjad O, Maheu E. Therapeutic trials in hand osteoarthritis: A critical review. *Osteoarthritis & Cartilage*. 2000;8(Suppl. A):S57-S63.
 24. Towheed T. Systematic review of therapies for osteoarthritis of the hand. *Osteoarthritis & Cartilage*. 2005;13(6):455-462.
 25. Rostom A, Dube C, Jolicoeur E, et al. Gastroduodenal ulcers associated with the use of non-steroidal anti-inflammatory drugs: a systematic review of preventive pharmacological interventions. Ottawa: Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment. 2004;12.
 26. Grifka J, Zacher J, Brown J, et al. Efficacy and tolerability of lumiracoxib versus placebo in patients with osteoarthritis of the hand. *Clin. Exp. Rheumatol*. 2004;22(5):589-596.
 27. Silverstein F, Faich G, Goldstein J, et al. Gastrointestinal toxicity with celecoxib vs nonsteroidal anti-inflammatory drugs for osteoarthritis and rheumatoid arthritis: the CLASS study: A randomized controlled trial. Celecoxib Long-term Arthritis Safety Study. *JAMA*. 2000;284(10):1247-1255.
 28. Juni P, Nartey L, Reichenbach S, et al. Risk of cardiovascular events and rofecoxib: cumulative meta-analysis. *Lancet*. 2004;364(9450):2021-2029.
 29. Kloppenburg M, Kwok W. Hand osteoarthritis – a heterogenous disorder. *Nat. Rev. Rheumatol*. 2012;8: 22-31.
 30. Wilder F, Barrett J, Farina E. Brief report: Joint specific prevalence of osteoarthritis of the hand. *Osteoarthritis and Cartilage*. 2006;14:953-957.
 31. Capurso L, Koch M. Prevenzione delle lesioni gastriche da FANS: H2 antagonisti o misoprostolo? Una meta-analisi di studi clinici controllati. *Clinica Terapeutica*. 1991;139(5-6):179-89.
 32. Joshi R. Intraarticular corticosteroid injection for first carpometacarpal osteoarthritis. *Journal of Rheumatology*. 2005;32(7):1305-1306.
 33. Meenagh G, Patton J, Kynes C, et al. A randomised controlled trial of intra-articular corticosteroid injection of the carpometacarpal joint of the thumb in osteoarthritis. *Ann. Rheum. Dis*. 2004;63(10):1260-1263.
 34. Fuchs S, Monikes R, Wohlmeiner A, et al. Intra-articular hyaluronic acid compared with corticoid injections for the treatment of rhizarthrosis. *Osteoarthritis Cartilage*. 2006;14(1):82-88.
 35. Schumacher H, Meador R, Sieck M, et al. Pilot Investigation of Hyaluronate Injections for First Metacarpal-Carpal (MC-C) Osteoarthritis. *Journal of Clinical Rheumatology*. 2004;10(2):59-62.
 36. Pagnano M, Westrich G. Successful nonoperative management of chronic osteoarthritis pain of the knee: Safety and efficacy of retreatment with intraarticular hyaluronans. *Osteoarthritis Cartilage*. 2005;13(9):751-761.
 37. Arrich J, Piribauer F, Mad P, et al. Intra-articular hyaluronic acid for the treatment of osteoarthritis of the knee: systematic review and meta-analysis. *Canadian Medical Association Journal*. 2005;172(8):1039-1043.
 38. Hochberg M, Altman R, Toupin K, et al. Recommendations for the Use of Nonpharmacologic and Pharmacologic Therapies in Osteoarthritis of the Hand, Hip and Knee. American College of Rheumatology 2012. *Arthritis Care & Research*. 2012;64(4):465-474.
 39. 25 Effective Osteoarthritis Treatments. OARSi Ranks Treatment Recommendations for Knee and Hip Osteoarthritis Updated May 09, 2008. http://osteoarthritis.about.com/od/osteoarthritis_treatments/a/best_worst.htm
 40. Dougados M, Hochberg M. Management of osteoarthritis. In: M. Hochberg, A. Silman, J. Smolen, *Rheumatology*. 5th ed. Philadelphia: Mosby/Elsevier, 2011;1793-9.
 41. Mahendira D, Towheed T. Systematic review of non-surgical therapies for osteoarthritis of the hand: an update. *Osteoarthritis Cartilage*. 2009;17:1263-8.
 42. Abramson S, Attur M. Developments in the scientific understanding of osteoarthritis. *Arthritis Res. Ther*. 2009;11:227.
 43. Atkins R. *Atkins Health Revolution: How Complementary Medicine Can Extend Your Life*. Houghton Mifflin Company, Boston, MA 1988.
 44. Sobel D, Klein A. *Bee Venom: Arthritis: What Works*. St. Martin's Press, 175 Fifth Avenue, New York, NY 10010, 1989.
 45. Di Fabio A, Jaconello P. Osteoarthritis: little known treatments, The Arthritis Trust of America. 7376 Walker Road, Fairview. 2002;102.

