

ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ, ΑΡΘΡΑΛΓΙΑ, ΜΥΑΛΓΙΕΣ (e-case)

Γαρόφλος Ευστάθιος

Εργαστηριακό Διδακτικό Προσωπικό (Ε.ΔΙ.Π)

Μονάδα Μεταβολικών Παθήσεων των Οστών

Β' Προπαιδευτική Παθολογική Κλινική

ΠΓΝ «ΑΤΤΙΚΟΝ»

1^η περίπτωση

Γυναίκα, 64 ετών, βιβλιοθηκονόμος

Αιτία εισόδου: Αμφοτερόπλευρη διόγκωση εγγύς μετα-καρπιοφαλλαγγικών αρθρώσεων άκρας χειρός

Παρούσα Νόσος: Από 12μήνου προοδευτική εγκατάσταση διόγκωσης στις μεσοφαλλαγγικές αρθρώσεις άκρας χειρός άμφω με συνοδεία τοπικού άλγους και αιμωδιών

Αναφερόμενη από τετραμήνου πρωινή δυσκαμψία διάρκειας 2-3 ωρών στα χέρια με συνοδό δυσκολία στην επιτέλεση διαφόρων εργασιών μετά την αφύπνιση

Παράλληλα, το τελευταίο δίμηνο αναφέρεται εμπύρετος κατάσταση (έως 38,5 °C-αντιμετώπιση με διάφορα αντιπυρετικά). Η ασθενής αναφέρει συχνά επεισόδια μυϊκής αδυναμίας και κόπωσης.

Ατομικό αναμνηστικό: Χολοκυστεκτομή σε ηλικία 55 ετών. Κάταγμα (δε) βραχίονα σε ηλικία 35 ετών (τροχαίο ατύχημα). Σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα (διάγνωση προ τριετίας). Αρτηριακή υπέρταση υπό αγωγή

Οικογενειακό αναμνηστικό: Αναφερόμενοι «ρευματισμοί» στη μητέρα της

Συνήθειες: Καπνίστρια (35 πακέτα-έτη)

Ανασκόπηση συστημάτων: Χωρίς σημαντικά ευρήματα, εκτός από πρωινή δυσκαμψία στα χέρια μετά την έγερση, η οποία παρέρχεται με τις κινήσεις της ασθενούς

Διαγνωστική προσπέλαση

Ιστορικό

Αντικειμενική
εξέταση

Κλινική υποψία

Εργαστηριακός/Απεικονιστικός έλεγχος

Επιβεβαίωση
κλινικής
υποψίας

Αποκλεισμός άλλων
παθήσεων

Προγνωστική
σημασία

Διάκριση φλεγμονώδους – μη φλεγμονώδους αρθρίτιδας

Φλεγμονώδης	Μη φλεγμονώδης
Άλγος/ δυσκαμψία τις πρωινές ώρες και μετά από παρατεταμένη ακινησία	Άλγος με την κίνηση και στο τέλος της ημέρας
Βελτίωση με τις κινήσεις	
Σημεία τοπικής φλεγμονής (οίδημα, θερμότητα, ερυθρότητα)	Απουσία / ήπια σημεία φλεγμονής τοπικά



Διάρκεια αρθρίτιδας

<6 εβδομάδες	> 6 εβδομάδες
ΟΞΕΙΑ - ΑΥΤΟΠΕΡΙΟΡΙΖΟΜΕΝΗ	ΧΡΟΝΙΑ
Αντιδραστικές αρθρίτιδες/σηπτική αρθρίτιδα	Οστεοαρθρίτιδα
Ιογενείς αρθρίτιδες	Ρευματοειδής αρθρίτιδα
Παλίνδρομος ρευματισμός	Αρθρίτιδα συστηματικών ρευματικών παθήσεων
Κρυσταλλογενείς (ουρική αρθρίτιδα)	Σπονδυλοαρθρίτιδες

Πρωινή δυσκαμψία (ΠΔ)

- Ονομάζεται ο χρόνος που απαιτείται ώστε ο ασθενείς να αποκτήσει λειτουργικότητα στις αρθρώσεις και τις κινήσεις του μετά την πρωινή έγερση
- Χρησιμεύει στην διαφορική διάγνωση μεταξύ των φλεγμονωδών (ΠΔ>60 λεπτών) και των μη-φλεγμονωδών πολυαρθρίτιδων (ΠΔ<15 λεπτών)
- Οι ασθενείς με χρόνια πολυαρθραλγία δεν έχουν ΠΔ
- Στην ρευματοειδή αρθρίτιδα η ΠΔ συμβαδίζει πλήρως με την δραστηριότητα της νόσου και την μη-αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής αγωγής

Αντικειμενική εξέταση

- ✓ Όψη και θρέψη καλή
- ✓ Κεφαλή, αισθητήρια, δέρμα: Χωρίς παθολογικά ευρήματα
- ✓ Τράχηλος : Δύσκαμπτη ΑΜΣΣ, λεμφαδένες (-)
- ✓ Αναπνευστικό: κ.φ.
- ✓ Κυκλοφορικό: S1, S2 ευκρινείς. Περιφερικά αγγεία: ψηλαφητά ομότιμα
- ✓ Κοιλία: μαλακή ευπίεστος, ανώδυνος, υποχόνδρια μη ψηλαφητά
- ✓ Αδρή νευρολογική εξέταση: Μειωμένη αισθητικότητα (αρ) άκρας χειρός
Αιμωδίες και άλγος κατά την εκτέλεση ενεργητικών κινήσεων (αρ)
πηχεοκαρπικής άρθρωσης
- ✓ Μυοσκελετικό: Επώδυνη διόγκωση μεσοφαλαγγικών αρθρώσεων
συμμετρικά άμφω, μικρή ωλένια απόκλιση άκρας χειρός άμφω,
ευαισθησία, οίδημα και άλγος στην παθητική και ενεργητική κίνηση της
(δε) κατά κατά γόνυ αρθρώσεως



Παρακλινικός – Εργαστηριακός έλεγχος

➤ Βασικές εργαστηριακές εξετάσεις:

- Γεν. αίματος: Hct=32 %, Hb=10g/dl, MCV = 86fl, WBC=8500/mm³(Π:65%, Λ:25%, Η: 5%, Β:5%), PLT=370000/mm³ κφ,
- CRP=65, ΤΚΕ=80, Ουρία=40 mg/dl, Κρεατινίνη=1,2 mg/dl, AST=32 U/L, ALT=34 U/L, ALP=48 U/L, γ-GT=56 U/L, Na=138 mEq/L, K=4,3 mEq/L, Ca= 8,2 mg/dl, Λευκωματίνη=3,9 mg/dl
- Γενική ούρων: κ.φ.

➤ Επιπρόσθετες εργαστηριακές εξετάσεις ορού:

- ASTO=320 UI (ΦΤ<200), CPK=65 U/l, LDH=250 U/l, INR=1,1, APTT=32'',
- Ra test(-), HLA B27(-). ANA: (-) , αντι-CCP: ↑

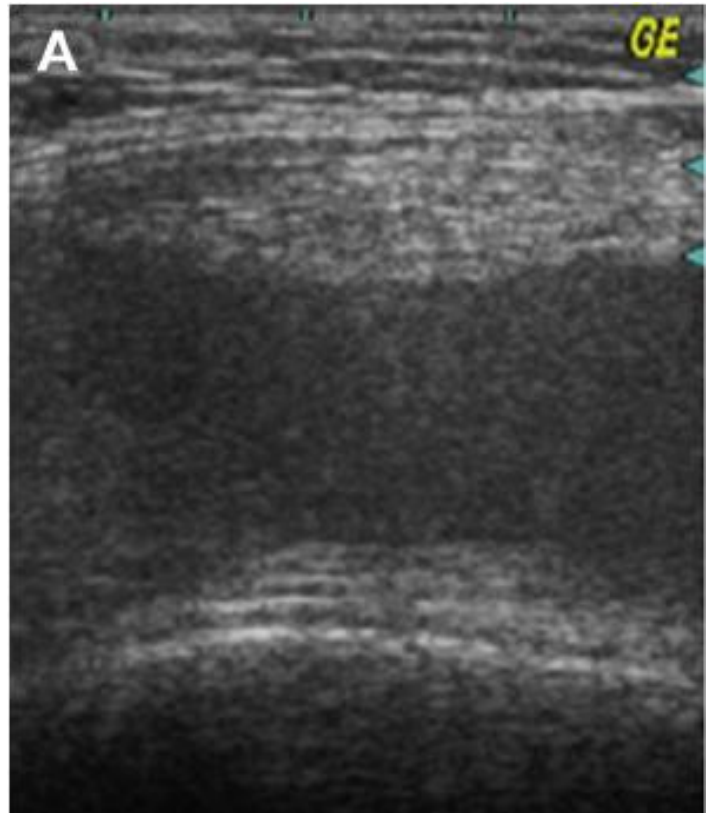
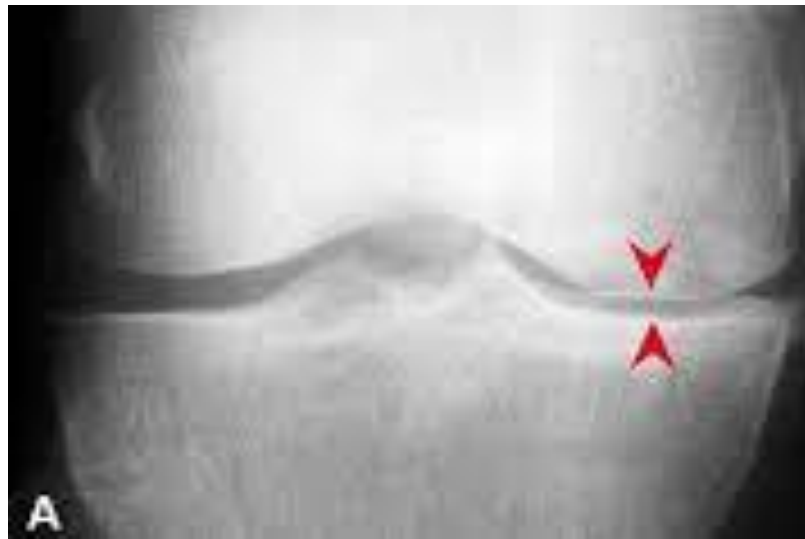
➤ Ακτινολογικός έλεγχος:

- Α/α αρθρώσεων άκρας χειρός άμφω: Στένωση μεσάρθριου διαστήματος οστών πηχεοκαρπικής άρθρωσης αριστερά, μικρές υποπεριοστικές διαβρώσεις μεσοφαλλαγικών αρθρώσεων
- Α/α γόνατων: στένωση μεσάρθριου διαστήματος (δε)

➤ Υπερηχογραφικός έλεγχος:

- U/s γονάτων άμφω: συγκριτική αύξηση ποσότητας αρθρικού υγρού (Δε) γόνατος με πάχυνση αρθρικού θυλάκου





Πορεία νόσου

- Έγινε διαγνωστική παρακέντηση της πάσχουσας άρθρωσης γόνατος:
- **Εξέταση αρθρικού υγρού γόνατος:**
Χρώμα κίτρινο, όψη θολή, χαμηλή γλοιότητα, WBC: 14000, καλλιέργεια: (-), απουσία κρυστάλλων ουρικού ή πυροφωσφορικού οξέος
- Την 4η ημέρα νοσηλείας η ασθενής εμφάνισε άλγος δεξιάς γαστροκνημίας με έντονη ερυθρότητα-θερμότητα και εμπύρετο ως 38,5°C. Η ασθενής ετέθη αγωγή με ΜΣΑΦ και παρουσίασε μερική βελτίωση του άλγους στη γαστροκνημία, αλλά και στις πάσχουσες αρθρώσεις.
- Η ασθενής εξήλθε βελτιωμένη με οδηγίες για ρευματολογική παρακολούθηση.
- Κατά την έξοδό της, ο ιατρός της συνέστησε να γίνει φυματινοαντίδραση Mantoux, η οποία ήταν αρνητική.

Εξέταση αρθρικού υγρού

- ✓ Πραγματοποιείται επί δυσχερούς διαγνώσεως και όταν η παρακέντηση αρθρωσης (αρθροκέντηση) μπορεί να γίνει εύκολα
- ✓ Αποτελεί χρήσιμο εργαλείο για τη διαφορική διάγνωση μεταξύ φλεγμονωδών και μη – φλεγμονωδών πολυαρθρίτιδων, από τα ειδικά ευρήματα (βακτήρια, πουσφαίρια, κρύσταλλους, RF (+) κ.α.)

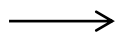


Χαρακτήρες αρθρικού υγρού

	Φυσιολογικό	Ρευματοειδής αρθρίτιδα	Οστεο-αρθρίτιδα	Ρευματικός πυρετός	Λοιμώδης αρθρίτιδα	Φυματιώδης αρθρίτιδα	ΣΕΛ	Ουρική αρθρίτιδα
Όψη, χρώμα	Διαυγές	Θολό, κιτρινο-πράσινο	Διαυγές, κίτρινο	Ελαφρά θολό, κίτρινο	Θολό, σκούρο πυώδες ή αιματηρό	Θολό, κίτρινο	Ελαφρά θολό	Θολό, κίτρινο ή λευκό
Γλοιότητα	Μεγάλη	Μικρή	Μεγάλη	Μικρή	Μικρή	Μικρή	Μεγάλη	Μικρή
Πήγμα βλεννίνης	Στερεό	Χαλαρό	Στερεό	Στερεό	Χαλαρό	Χαλαρό	Στερεό	Χαλαρό
WBC (per mm³)	200-600	15000	1000	10000	80000	25000	5000	12000
PMN (%)	25	65	20	50	90	50-60	10	60
Glu	Τιμές αίματος	Τιμές αίματος	Τιμές αίματος	Τιμές αίματος	Ελαττωμένο σε σχέση με το αίμα	Πολύ ελαττωμένο σε σχέση με το αίμα	Τιμές αίματος	Τιμές αίματος
Ειδικά μικροσκοπικά ευρήματα		Κύτταρα ΡΑ, κρύσταλλοι χοληστερόλης	Πολλές ίνες χόνδρου		Βακτήρια	Μυκοβακτηρίδια	Κύτταρα LE	Κρύσταλλοι ουρικού νατρίου

Διαγνωστικός προσανατολισμός πολυαρθρίτιδας

Αξονική προσβολή (Συνύπαρξη
προσβολής ΣΣ και ιερολαγόνιων
αρθρώσεων)



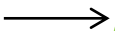
Αγκυλοποιητική σπονδυλοαρθροπάθεια
Σύνδρομο Reiter
Ψωριασική αρθρίτιδα
Αρθρίτιδα από φλεγμονώδη νόσο του
εντέρου

Περιφερική προσβολή:
Προσβολή λίγων
αρθρώσεων



Ρευματικός πυρετός
Ψωριασική αρθρίτιδα
Σύνδρομο Reiter
Ουρική αρθρίτιδα
Αρθρίτιδα από φλεγμονώδη νόσο του
εντέρου

Περιφερική προσβολή:
Προσβολή πολλών
αρθρώσεων



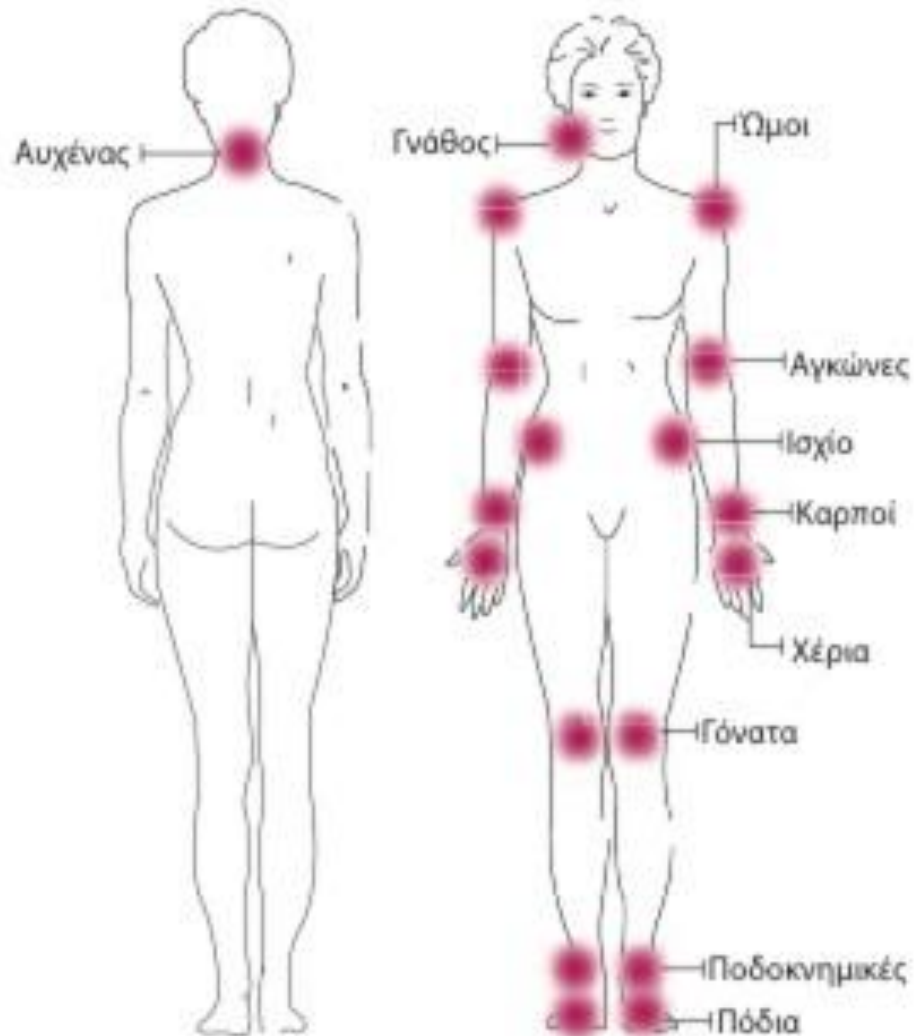
Ρευματοειδής αρθρίτιδα
ΣΕΛ
Συστηματική σκλήρυνση



Ποιά είναι η διάγνωση;

Συχνότητα προσβαλλόμενων αρθρώσεων

- ΜΚΦ-----90-95%
- Καρπός--80-90%
- ΕΦΦ-----65-90%
- Γόνατο---60-80%
- ΜΤΦ-----50-90%
- Ωμοι-----50-60%
- ΠΔΚ-----50-80%
- ΑΜΣΣ-----40-50%
- Ισχίο-----40-50%
- Αγκώνα-40-50%
- Κρο/γναθ.-20-30%



Ρευματοειδής αρθρίτιδα (1)

- Χρόνια, συμμετρική, πολυαρθρική, αλλά και συστηματική φλεγμονώδης νόσος, που προσβάλλει κυρίως τον αρθρικό υμένα των μικρών και μεσαίων αρθρώσεων
- Οι προσβεβλημένες περιοχές μπορεί να επουλωθούν χωρίς μόνιμες βλάβες ή να καταστραφούν αν η φλεγμονή είναι βαριά και χωρίς περιόδους ύφεσης
- Είναι δυνατόν να συνοδεύεται από εξω-αρθρικές εκδηλώσεις ως αποτέλεσμα της προσβολής διαφόρων ιστών και οργάνων (πχ πνεύμονες, καρδιά , αγγεία)

Ρευματοειδής αρθρίτιδα (2)

- ✓ Αποτελεί την πιο συχνή χρόνια φλεγμονώδη αρθροπάθεια
- ✓ 1% του πληθυσμού
- ✓ Προσβάλλει όλες τις ηλικίες αλλά η συχνότητα εμφάνισης της αυξάνει με την πάροδο της ηλικίας (κυρίως 3^η- 5^η δεκαετία)
- ✓ Είναι τουλάχιστον δύο φορές συχνότερη στις γυναίκες συγκριτικά με τους άνδρες

Αιτιοπαθογένεια (1)

- ▶ Πολυπαραγοντική νόσος
- ▶ Αλληλεπίδραση μεταξύ διάφορων **γενετικών, ανοσολογικών, ενδοκρινικών, περιβαλλοντικών παραγόντων** με αποτέλεσμα την πυροδότηση ενός τροποποιημένου ανοσολογικού μηχανισμού και μιας εμμένουσας φλεγμονής, οδηγώντας σε καταστροφή των αρθρώσεων και άλλων δομών του συνδετικού ιστού

Αιτιοπαθογένεια (2)

- ❖ Η παθογένεια των αρθρικών αλλοιώσεων συνδέεται στενά με τις ιστοπαθολογικές αλλοιώσεις του αρθρικού υμένα (χρόνια φλεγμονή, υπερπλασία αρθρικού υμένα) και οφείλεται σε διαταραχές της ανοσιακής και φλεγμονώδους απαντήσεως καθώς και σε αντιδράσεις αποκαταστάσεως της αρθρικής βλάβης
- ❖ Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι οι μηχανισμοί αυτοανοσίας παίζουν σημαντικό ρόλο στην χρονιότητα και στην εξελικτική πορεία της νόσου
- ❖ Η φλεγμονή και η ιστική καταστροφή του αρθρικού υμένα είναι αποτέλεσμα αλληλοεπιδράσεων μεταξύ των διάφορων κυττάρων (μακροφάγα, ινοβλάστες, λεμφοκύτταρα, πολυμορφοπύρηνα), και προϊόντων τους (π.χ. ένζυμα και κυτταροκίνες) που συμμετέχουν στην φλεγμονώδη διεργασία
- ❖ Κεντρικό ρόλο στον παθογενετικό μηχανισμό της ρευματοειδούς αρθρίτιδας διαδραματίζει η αναγνώριση ενός συμπλέγματος (μάλλον αυτοαντιγόνο) με τα τάξεως II μόρια HLA και τον αντιγονικό υποδοχέα (TCR) των CD⁴⁺ T λεμφοκυττάρων.
- ❖ Η αναγνώριση αυτή, που δεν είναι γνωστό αν συμβαίνει στα κεντρικά λεμφικά όργανα ή στον αρθρικό υμένα μετά τη μετανάστευση των T-λεμφοκυττάρων, οδηγεί στην πυροδότηση της ανοσιακής απαντήσεως

Συμπτώματα

- Πόνος στις αρθρώσεις με θερμότητα και οίδημα, ιδιαίτερα στις μικρές αρθρώσεις των χεριών, των καρπών και των ποδιών
- Πόνος σε περισσότερες από μια αρθρώσεις ταυτόχρονα
- Πρωινή δυσκαμψία που διαρκεί μία ώρα ή περισσότερο
- Περιορισμένη κίνηση ή λειτουργία των αρθρώσεων
- Ανώδυνα υποδόρια οζίδια στην περιοχή των αγκώνων και των χεριών
- Πυρετός
- Αίσθημα κόπωσης
- Ανορεξία
- Απώλεια βάρους
- 10-15% των ασθενών εμφανίζουν βαριά εικόνα με βαρεία γενικευμένη αρθρίτιδα, πυρετό και λεμφαδενοπάθεια

Μακροχρόνια ρευματοειδή αρθρίτιδα

- Χρόνια υμενίτιδα – υπερπλασία αρθρικού υμένα και τενοντοελυτρίτιδα
- Μη-αναστρέψιμες βλάβες
- Παραμόρφωση και αστάθεια αρθρώσεων

Πρόγνωση

- **Η ρευματοειδής αρθρίτιδα έχει επίμονη, προοδευτική πορεία**
- Η πρόγνωση εξαρτάται κυρίως από την ύπαρξη εξω-αρθρικών εκδηλώσεων, οι περισσότερες δε αρθρώσεις προσβάλλονται εντός του 1ου έτους.
- Οι ασθενείς με κεραυνοβόλο έναρξη της νόσου έχουν καλύτερη πρόγνωση συγκριτικά με αντίστοιχους με βραδεία και ύπουλη έναρξη
- Η εγκυμοσύνη προκαλεί ύφεση των συμπτωμάτων
- Η νόσος βραχύνει τη ζωή των ασθενών κατά 5 έως 10 έτη
- Βαριές επιπλοκές είναι η αυχενική μυελοπάθεια και η αμυλοείδωση.
- Οι θάνατοι οφείλονται κυρίως: α) σε λοιμώξεις, σε πνευμονική ή νεφρική προσβολή, σε συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, σε αιμορραγίες από το γαστρεντερικό σύστημα και β) σε κακοήθη νεοπλάσματα κυρίως του λεμφικού ιστού

2010 ACR/EULAR Classification Criteria for RA

JOINT DISTRIBUTION (0-5)

1 large joint	0
2-10 large joints	1
1-3 small joints (large joints not counted)	2
4-10 small joints (large joints not counted)	3
>10 joints (at least one small joint)	5

SEROLOGY (0-3)

Negative RF <u>AND</u> negative ACPA	0
Low positive RF <u>OR</u> low positive ACPA	2
High positive RF <u>OR</u> high positive ACPA	3

SYMPTOM DURATION (0-1)

<6 weeks	0
≥6 weeks	1

ACUTE PHASE REACTANTS (0-1)

Normal CRP <u>AND</u> normal ESR	0
Abnormal CRP <u>OR</u> abnormal ESR	1

≥6 = definite RA

What if the score is <6?

Patient might fulfill the criteria...

→ **Prospectively** over time
(cumulatively)

→ **Retrospectively** if data on all
four domains have been
adequately recorded in the past

Εξω-αρθρικές εκδηλώσεις

Αναιμία, θρομβοκυττάρωση

Κερατίτιδα, επιπεφυκίτιδα, σκληρίτιδα

Σύνδρομο καρπιαίου σωλήνα

Μυϊκή αδυναμία, ατροφία, μυοσίτιδα

Σύνδρομο Sjögren

Διάμεση πνευμονική ίνωση, πλευρίτιδα, πνευμονίτιδα

Ενδοπνευμονικά ρευματοειδή οζίδια

Περικαρδίτιδα

Αγγείιτιδες

Οστεοπόρωση

Περιφερικές νευροπάθειες

Αυχενική μυελοπάθεια

Λευκωματουρία, διάμεση νεφρίτιδα (από φάρμακα)

Θεραπευτικοί στόχοι στη ΡΑ

- Μείωση και εξάλειψη του πόνου
- Πλήρη ύφεση νόσου
- Διατήρηση λειτουργικότητας
- Διατήρηση της ποιότητας ζωής
- Αναστολή των ακτινογραφικών βλαβών

Θεραπευτικοί στόχοι στη ΡΑ

Κύριος στόχος της θεραπευτικής αντιμετώπισης της ρευματοειδούς αρθρίτιδας είναι η επίτευξη:

➤ **Υφέσης της νόσου**, που σημαίνει:

- ✓ Υποχώρηση του πόνου, της δυσκαμψίας και γενικά όλων των συμπτωμάτων της νόσου
- ✓ Πρόληψη παραμορφώσεων των αρθρώσεων, λειτουργικών κινητικών διαταραχών και αναπηρίας
- ✓ Πρόληψη ή αναστολή της ακτινολογικής εξέλιξης της νόσου
- ✓ Βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς

Ωστόσο σε ασθενείς που έχουν νόσο εγκατεστημένη επί μεγάλο χρονικό διάστημα, δηλ. η νόσος τους δεν έχει διαγνωστεί έγκαιρα ή δεν έχουν υποβληθεί σε σωστή θεραπευτική αγωγή και έχουν ήδη αναπτύξει παραμορφώσεις και δομικές βλάβες στις αρθρώσεις θεωρείται **ως εναλλακτικός θεραπευτικός στόχος η επίτευξη:**

➤ **Χαμηλής δραστηριότητας της νόσου**, που σημαίνει:

- ✓ Ανακούφιση από τον πόνο και γενικά βελτίωση όλων των συμπτωμάτων της νόσου
- ✓ Πρόληψη της περαιτέρω ανάπτυξης παραμορφώσεων των αρθρώσεων, λειτουργικών κινητικών διαταραχών και αναπηρίας
- ✓ Αναστολή της περαιτέρω ακτινολογικής εξέλιξης της νόσου
- ✓ Βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς

Φάρμακα

1. Αναλγητικά
2. Μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα
3. Γλυκοκορτικοειδή
4. Κλασικά συνθετικά νοσοτροποποιητικά αντιρευματικά φάρμακα
(DMARDs)
5. Βιολογικά νοσοτροποποιητικά αντιρευματικά φάρμακα (ή βιολογικοί παράγοντες)

Στοιχεία....

- Μόνο **19%** των ασθενών με ρευματοειδή αρθρίτιδα επισκέπτονται ρευματολόγους όταν εμφανίζεται η νόσος τους
- Μόνο **35%** των ασθενών επισκέπτονται ρευματολόγους μέσα στους πρώτους 6 μήνες από την εμφάνιση της νόσου
- Περίπου **30%** των ασθενών επισκέπτονται ρευματολόγους μετά από παρέλευση ενός ή περισσότερων χρόνων από την εμφάνιση της νόσου
- Περίπου **10%** των ασθενών ουδέποτε επισκέπτονται ρευματολόγους

*Σας
ευχαριστώ
πολύ για την
προσοχή
σας!*

