

## 2<sup>ο</sup> ΚΕΦΑΛΑΙΟ

### ΡΕΥΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ





# ΡΕΥΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΘΗΣΕΙΣ

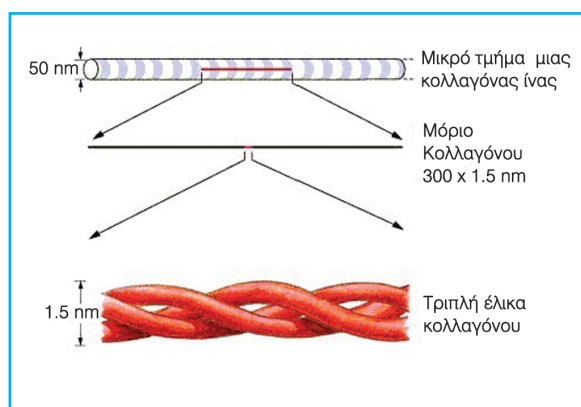
## 2.1 ΓΕΝΙΚΑ

Οι ρευματικές παθήσεις αποτελούν μια συχνή αιτία που οι ασθενείς επισκέπτονται τους γιατρούς. Συνήθως όταν κάποιος πάσχει από κάποια ρευματική νόσο τα συμπτώματα συνεχίζουν σε όλη του τη ζωή άλλοτε περισσότερο και άλλοτε λιγότερο έντονα. Ο ιστός που βλάπτεται αρχικά και σε μεγαλύτερο βαθμό στις ρευματικές παθήσεις είναι ο συνδετικός ιστός (ΣΙ). Ακολουθούν λίγα στοιχεία για το ΣΙ.

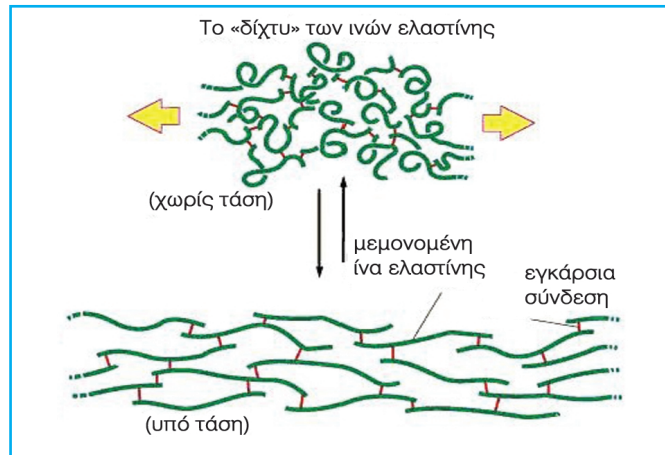
Ο συνδετικός ιστός είναι ο ενδιάμεσος ιστός που ενώνει τους υπόλοιπους ιστούς μεταξύ τους (π.χ. νευρικό, οστίτη, κλπ), ώστε να δημιουργηθεί ένα ολοκληρωμένο σύνολο. Η κύρια ουσία που χρησιμοποιείται για το σχηματισμό του ΣΙ αποτελείται από ίνες και πρωτεΐνες που βρίσκονται μέσα σ' ένα υλικό σαν «ζελέ» από υδατάνθρακες. Οι κυριότερες ίνες του ΣΙ είναι οι

**ίνες του κολλαγόνου** και οι **ίνες της ελαστίνης** και βρίσκονται μέσα στη «ζελατινώδη» **θεμέλιο ουσία**. Ανάμεσα σ' αυτά τα υλικά βρίσκονται διασπαρμένα και κύτταρα. Τα σπουδαιότερα είναι οι ινοβλάστες που παράγουν τις ίνες κολλαγόνου και ελαστίνης.

Σκοπός αυτού του κεφαλαίου είναι να περι-



Εικόνα 2-1: Μια ίνα κολλαγόνου. Πιο λεπτομερή αναφορά στην οργάνωση της.



Εικόνα 2-2:  
Οι ίνες ελαστίνης  
και το «δίκτυο»  
που σχηματίζουν.

γραφούν οι πιο συχνά εμφανιζόμενες ρευματικές παθήσεις με αναφορά στους βασικούς παθοφυσιολογικούς μηχανισμούς που τις διέπουν.

## 2.2 ΡΕΥΜΑΤΟΕΙΔΗΣ ΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα (Ρ.Α.) είναι μια χρόνια, συστηματική, φλεγμονώδης πάθηση που προσβάλλει τον υμένα των αρθρώσεων. Εξηγώντας το παραπάνω ορισμό, μιλάμε για μια πάθηση που κυρίως προσβάλλει το εσωτερικό του αρθρικού θύλακα, τον υμένα της άρθρωσης, προκαλώντας φλεγμονή. Διαρκεί από την εμφάνιση της και μετά, για όλη συνήθως τη ζωή του ατόμου επηρεάζοντας όργανα απ' όλα τα συστήματα του ανθρώπου.

Οι γυναίκες προσβάλλονται συχνότερα από τους άνδρες (3:1). Συνολικά το 1% του γενικού πληθυσμού επηρεάζεται. Μολονότι η Ρ.Α. μπορεί να προσβάλλει κάθε ηλικία, εμφανίζεται συχνότερα σε άτομα ηλικίας 20-40 ετών.

**Γνωρίζουμε ότι:** Η φλεγμονή είναι η αντίδραση των ιστών στους βλαπτικούς παράγοντες. Ο σκοπός της αντίδρασης είναι η μεταφορά των απαραίτητων συστατικών από το αίμα προς τους ιστούς που πάσχουν. Τα συμπτώματα μπορεί να είναι τοπικά στην περιοχή που προσβλήθηκε αλλά και γενικά που αφορούν εκδηλώσεις και από άλλα συστήματα.

Κλινικά σημεία τοπικής φλεγμονής μπορεί να είναι:

- πόνος
- διόγκωση
- ερυθρότητα
- αύξηση της θερμοκρασίας τοπικά
- απώλεια της λειτουργικότητας

Όπως είπαμε, η Ρ.Α. είναι πάθηση του συνδετικού ιστού και κυρίως του αρθρικού υμένα. Ο αρθρικός υμένας αποτελεί τη μέσα μεριά του αρθρικού θύλακα, δηλαδή αυτή που έρχεται σ' επαφή με τα στοιχεία της άρθρωσης (π.χ. αρθρούμενα οστά, αρθρικό υγρό, κ.ά.). Ένας υγιής αρθρικός θύλακας και υμένας είναι απαραίτητα στοιχεία για τη διατήρηση της φυσιολογικής λειτουργίας μιας άρθρωσης. Η φλεγμονή του υμένα λέγεται **υμενίτιδα** και αποτελεί τη βασική αλλοίωση στη Ρ.Α. Ο φλεγμένω υμένας παρουσιάζει αύξηση του όγκου του από διάφορες αντιδράσεις του άγνωστου μικροβίου που προσβάλλει τις αρθρώσεις. Συνήθως τέτοιες αντιδράσεις προκαλούν τα λεγόμενα **αυτο-άνοσα νοσήματα**, δηλαδή αυτά που προκαλεί ο ίδιος ο οργανισμός και είναι αγνώστου αιτιολογίας τις περισσότερες φορές. Η φλεγμονή του αρθρικού υμένα αν μείνει αθεράπευτη και χωρίς φαρμακευτική αγωγή θα δημιουργή-



Εικόνα 2-3: Σχηματική απεικόνιση των βασικών αλλαγών που υφίσταται μια άρθρωση που έχει προσβληθεί από ρευματοειδή αρθρίτιδα.

σει μεγαλύτερα προβλήματα στα υπόλοιπα στοιχεία της άρθρωσης. Αποτέλεσμα θα είναι η αλλοίωση-καταστροφή του αρθρικού χόνδρου, των συνδέσμων, του αρθρικού θύλακα έως και των οστών. Η αποδιοργάνωση των αρθρώσεων -αδυναμία επιτέλεσης της λειτουργίας τους- είναι το αποτέλεσμα των παραπάνω αλλαγών που επιδεινώνεται από το γεγονός ότι ο ασθενής επειδής πονάει, σταματά να κινείται.

Η αιτία της P.A. δεν είναι γνωστή, παρόλο που οι γενετικοί παράγοντες παίζουν σημαντικό ρόλο αφού το 10% των ασθενών έχουν τουλάχιστον ένα συγγενή τους α' βαθμού με την ίδια πάθηση. Μέχρι σήμερα δεν υπάρχουν στοιχεία που να δείχνουν ότι σίγουρα μπορεί να ευθύνεται το είδος της διατροφής, κάποιος τραυματισμός, το άγχος ή οι κλιματολογικές συνθήκες. Παρόλα αυτά όμως, δεν αποκλείεται οι παραπάνω παράγοντες μαζί με άλλους (περιβαλλοντολογικούς), να συνδράμουν στην εκδήλωση της νόσου σε άτομα με γενετική προδιάθεση.

52

Η παθογένεση της P.A. φαίνεται να έχει συσχετισθεί με το ανοσολογικό σύστημα του ίδιου του ατόμου που νοσεί. Η πάθηση συνήθως περιγράφεται ως μια συμμετρική πολυαρθρίτιδα που αρχικά προσβάλλει τις περιφερικές αρθρώσεις και εξαπλώνεται κεντρικά. Με πιο απλά λόγια αυτό σημαίνει ότι συνήθως προσβάλλονται και οι δύο μεριές του ατόμου και κυρίως αρθρώσεις της περιφέρειας (π.χ. οι αρθρώσεις των χεριών), ενώ η εξάπλωση των συμπτωμάτων γίνεται σε κεντρικότερες αρθρώσεις (π.χ. γόνατα, ισχία). Η έναρξη της νόσου είναι συνήθως με ήπια συμπτώματα που εξελίσσονται μέσα σε βδομάδες ή μήνες αλλά μπορεί να εμφανισθεί και με οξεία συμπτώματα μέσα σε λίγες μέρες.

Συνηθισμένα προβλήματα από τη νόσο είναι:

- διόγκωση μιας ή περισσότερων αρθρώσεων
- πρωινή δυσκαμψία
- πόνο ή ευαισθησία των αρθρώσεων
- αδυναμία φυσιολογικής χρήσης της άρθρωσης
- στοιχεία φλεγμονής στην άρθρωση όπως ερυθρότητα και αύξηση της θερμοκρασίας
- ανεξήγητη απώλεια βάρους, πυρετό ή/και αδυναμία συνδυαζόμενη με πόνο στις αρθρώσεις

- συμπτώματα όπως τα παραπάνω συνήθως διαρκούν αρκετά περισσότερο από δύο εβδομάδες

Μια σειρά από συμπτώματα που δεν προέρχονται από τις αρθρώσεις μπορεί να συνοδεύουν τη πορεία της Ρ.Α.

Για παράδειγμα συμπτώματα από:

- το δέρμα και το υποδόριο
- τα μάτια
- τους πνεύμονες
- την καρδιά και τα αγγεία
- το νευρικό σύστημα

Η κλινική εξέταση του ειδικού ιατρού παίζει ιδιαίτερα σημαντικό ρόλο στην αρχική διάγνωση της πάθησης αλλά και στην εξέλιξη της νόσου, μέσα από την καταγραφή στοιχείων όπως ο πόνος, η δυσκαμψία, η λειτουργικότητα των αρθρώσεων του ασθενή και πως αυτά μεταβάλλονται.

Σημαντικές εργαστηριακές εξετάσεις στη διάγνωση και πορεία της Ρ.Α. είναι ο προσδιορισμός του αιματοκρίτη, της αιμοσφαιρίνης, της ταχύτητας καθίζησης των ερυθροκυττάρων, των λευκοκυττάρων, κ.ά. Ακτινολογικά, στα αρχικά στάδια δεν παρατηρούνται ιδιαίτερες παθολογικές αλλοιώσεις στα οστά, ενώ με την εξέλιξη της νόσου παρατηρούνται ποικίλου βαθ-



Εικόνα 2-4: Χαρακτηριστικές παραμορφώσεις της άκρας χείρας σε ασθενείς με Ρ.Α.



μού παραμορφώσεις (π.χ. υπεξαρθρήματα, οστεοπόρωση, κ.ά.) με κατάληξη τη δυσλειτουργία των αρθρώσεων.

Η Ρ.Α. συνήθως δεν αποτελεί αιτία θανάτου. Εμφανίζεται τις περισσότερες φορές με περιόδους έξαρσης που ακολουθούνται από περιόδους ηρεμίας. Σε κάθε καινούρια έξαρση προσβάλλονται νέες αρθρώσεις ενώ οι παλαιότερες αλλοιώσεις γίνονται βαρύτερες και μόνιμες. Συμπερασματικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι η Ρ.Α. προκαλεί μια επιδεινούμενη λειτουργική ανικανότητα, αποτέλεσμα των εξάρσεων της νόσου.

Η θεραπεία της Ρ.Α. είναι κατά κύρια βάση συμπτωματική.

Βασικοί στόχοι είναι:

- Η ανακούφιση από τον πόνο
- Η μείωση της φλεγμονής
- Η επιβράδυνση ή και η αναχαίτιση περαιτέρω αλλοιώσεων στις αρθρώσεις
- Η διατήρηση και βελτίωση της λειτουργικότητας και ανεξάρτητης διαβίωσης του ατόμου (αυτο-υπηρέτηση)
- Η διατήρηση ή/και βελτίωση της ψυχικής υγείας του ατόμου

Οι παραπάνω στόχοι μπορούν να πραγματοποιηθούν μέσα από την:

- Εκπαίδευση του ασθενή και τις κατάλληλες συμβουλές
- Φυσικοθεραπεία
- Εργοθεραπεία
- Ορθοτική
- Φαρμακευτική αγωγή
- Χειρουργική θεραπεία



Εικόνα 2-5: Ακτινογραφία που δείχνει τη προσβολή των μικρών περιφερικών αρθρώσεων του χεριού από Ρ.Α.



### 2.3 ΑΓΚΥΛΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΣΠΟΝΔΥΛΑΡΘΡΙΤΙΔΑ

Η αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα (Α.Σ.) είναι μια χρόνια, φλεγμονώδης, συστηματική νόσος όπως και η Ρ.Α. που προσβάλλει κυρίως τη σπονδυλική στήλη (Σ.Σ.) αλλά και άλλες αρθρώσεις, σε γενετικά προδιατεθειμένα άτομα.

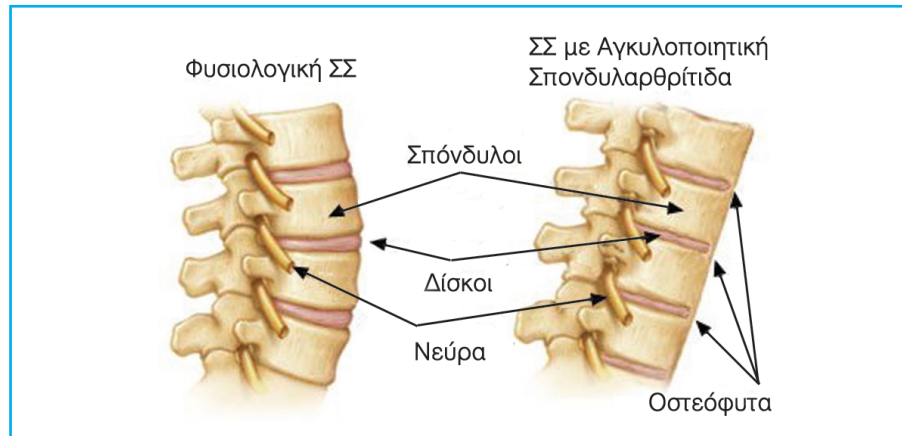
Η συχνότητα εμφάνισης της νόσου στην Ευρώπη και στην Αμερική είναι 1-3‰. Η φυλετική κατανομή της νόσου δεν είναι ομοιόμορφη. Σε πληθυσμούς όπως οι Ιάπωνες και κάποιοι Αφρικανοί, η Α.Σ. είναι ιδιαίτερα σπάνια. Παραδοσιακά πιστευόταν ότι η Α.Σ. είναι μια σπάνια νόσος που αφορά νέους άνδρες. Αυτό σήμερα διαφοροποιείται αφού η σχέση ανδρών/γυναικών έχει διαμορφωθεί από το 10:1 στο 2,5-4:1. Η ηλικία εμφάνισης της νόσου ποικίλλει από το 15ο - 40ο έτος με πιθανότερο εύρος μεταξύ του 25ου και 30ου έτους.

Χαρακτηριστικό της Α.Σ. είναι η προσβολή των σημείων σύνδεσης οστού - τένοντα, συνδέσμων και θυλάκων. Εκεί δημιουργείται μια φλεγμονή που τείνει να οστεοποιήσει και να αγκυλώσει τις αρθρώσεις της σπονδυλικής στήλης. Η αγκυλοποίηση συνήθως ξεκινά από τις ιερολαγόνιες αρθρώσεις και επεκτείνεται προς τα άνω, οστεοποιώντας τόσο τους συνδέσμους όσο και τους χόνδρους της περιοχής.

Η αιτιολογία της Α.Σ. δεν είναι ξεκαθαρισμένη. Μπορεί ενδεχόμενη μόλυνση του ατόμου από κάποιο βακτήριο να είναι το εναρκτήριο γεγονός. Ο ρόλος όμως της κληρονομικότητας θεωρείται σημαντικός παράγοντας στην εμφάνιση της νόσου. Αυτό επιβεβαιώνεται από το γεγονός ότι σχεδόν όλοι οι ασθενείς με Α.Σ. εμφανίζουν ένα συγκεκριμένο παθολογικό αντιγόνο.

Στην Α.Σ. οι ασθενείς συνήθως ξεκινούν να παραπονιούνται για πόνο χαμηλά στη μέση, συνοδευόμενο από δυσκαμψία για περισσότερο από 3 μήνες, σε άτομο μικρότερο των 40 ετών. Τα κυριότερα συμπτώματα της νόσου θεωρούνται ο πόνος (ιδιαίτερα ενοχλητικός κατά τη νύχτα επηρεάζοντας και τον ύπνο) και η δυσκαμψία (κυρίως τις πρωινές ώρες).

Ανάλογα με το στάδιο της νόσου μπορεί να εμφανισθούν διάφορα συμπτώματα τόσο από το μυοσκελετικό όσο και από άλλα συστήματα:



Εικόνα 2-6: Σχηματική απεικόνιση της φυσιολογικής ΣΣ και της ΣΣ που έχει προσβληθεί από αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα

## 56

- **Αρχικά στάδια:** Χαμηλός πυρετός, κόπωση, απώλεια βάρους, φλεγμονή των ιερολαγονίων αρθρώσεων, πόνο στην οσφύ, μυϊκός σπασμός των παρασπονδυλικών μυών.
- **Προχωρημένα στάδια:** Συνεχής πόνος στην οσφύ, αγκύλωση των ιερολαγονίων και των αρθρώσεων της Σ.Σ., αρθρίτιδα των μεγάλων περιφερικών αρθρώσεων (ισχία, γόνατα), προβλήματα από τα μάτια, καθώς και άλλες συστηματικές εκδηλώσεις από το καρδιαγγειακό, αναπνευστικό και ουροποιητικό σύστημα.

Σε προχωρημένα στάδια της νόσου μπορεί να καταλήξει ο ασθενής σε πλήρη ακινητοποίηση του θώρακα λόγω αγκύλωσης των σπονδυλικών αρθρώσεων. Αυτό οδηγεί σε αναπόφευκτη αλλαγή του τρόπου αναπνοής, χρησιμοποιώντας πια κυρίως την κοιλιά (κοιλιακή αναπνοή). Η νόσος συχνά χαρακτηρίζεται από την εικόνα που τελικά εμφανίζει η αγκυλωμένη Σ.Σ. σαν «καλάμι bambu».

Η Α.Σ. έχει εξελικτική πορεία που συνήθως εμφανίζεται με εξάρσεις (παροξυσμούς) χωρίς απαραίτητα να φθάνει σε ολική αγκύλωση. Σε κάποιες περιπτώσεις όμως (περίπου 20%) οι ασθενείς καταλήγουν στην πλήρη αγκύλωση. Οι επιπτώσεις σε μια τέτοια περίπτωση είναι ποικίλες. Ιδιαίτερα σημαντικός στόχος γίνεται τότε, η αποφυγή καταγμάτων της άκαμπτης (και

άρα εύθραυστης) Σ.Σ. Κάποιο κατάγμα ανάλογα την περιοχή της Σ.Σ. είναι πιθανόν να οδηγήσει σε τετραπληγία ή παραπληγία.

Η έλλειψη κάποιας θεραπείας για το αίτιο που προκαλεί την Α.Σ. θέτει συγκεκριμένους στόχους στην αποκατάσταση της Α.Σ:

- τη διατήρηση της λειτουργικότητας του ατόμου
- τη μείωση του πόνου

Η χρήση φαρμακευτικών σκευασμάτων αποσκοπεί κυρίως στη μείωση της φλεγμονής και του πόνου, ώστε να μπορεί ο ασθενής να ακολουθήσει το πρόγραμμα αποκατάστασης.

Απ' όλες τις ρευματικές παθήσεις η Α.Σ. θεωρείται η καταλληλότερη για αποκατάσταση - φυσικοθεραπεία.

Γενικοί στόχοι ενός τέτοιου προγράμματος φυσικοθεραπείας όπως το οργανώνει ο φυσικοθεραπευτής είναι:

- η εκπαίδευση του ασθενή στο να διατηρεί σωστές θέσεις του σώματος κατά την εργασία και τις καθημερινές του συνήθειες
- η διατήρηση της δύναμης, ελαστικότητας, αντοχής, αεροβικής ικανότητας, ισορροπίας

#### 2.4 ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΟΠΑΘΕΙΑ (ΟΣΤΕΟΑΡΘΡΙΤΙΔΑ)

Δυστυχώς, δεν υπάρχει ένας καθολικός ορισμός για την οστεοαρθροπάθεια ή αλλιώς όπως είναι γνωστή οστεοαρθρίτιδα (Ο.Α.). Πρόκειται όμως για μία πάθηση που εμφανίζεται σταδιακά με το πέρασμα των χρόνων (προοδευτική) και αφορά αρθρώσεις που έχουν αρθρικό θύλακα και υμένα. Ουσιαστικά, πρόκειται για μια **σταδιακή φθορά των στοιχείων της άρθρωσης, δηλαδή εκφύλιση τους, με συνέπεια τη προοδευτική τους δυσλειτουργία** (αδυναμία να ολοκληρώσουν τις λειτουργίες που φυσιολογικά επιτελούσαν).

Βασικά χαρακτηριστικά της πάθησης είναι ο πόνος, ο περιορισμός της τροχιάς της κίνησης και η πιθανή παραμόρφωση της άρθρωσης σε προχωρημένα στάδια (αλλαγή της φυσιολογικής της αρχιτεκτονικής, εμφάνισης και λειτουργίας). Ο χόνδρος και τα οστά εμπλέκονται πριν από τα υπόλοιπα

στοιχεία που περιβάλλουν την άρθρωση (περιαρθρικά στοιχεία). Στην Ο.Α. εκτιμάται ότι η φυσιολογική ικανότητα που έχει η άρθρωση να επουλώνεται από τις καθημερινές φθορές είναι προβληματική.

Η ταξινόμηση της Ο.Α. ποικίλει ανάλογα με:

- τον αριθμό των αρθρώσεων που έχουν προσβληθεί,
- τον τύπο (π.χ. φλεγμονώδης, διαβρωτική - εκφυλιστική, γενικευμένη),
- το αίτιο (π.χ. ιδιοπαθής, δευτερογενής, μετα-τραυματική)

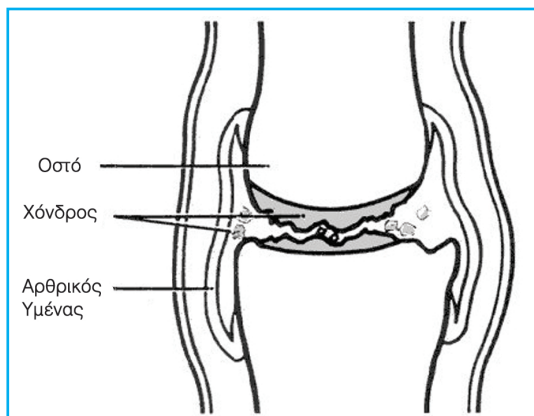
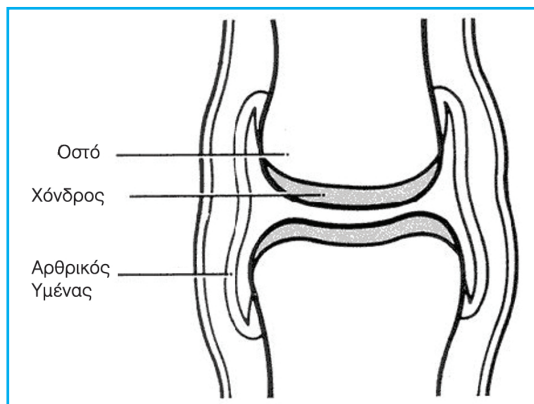
Η Ο.Α. είναι μια πολύ συχνή κατάσταση που αφορά το 45-70% των ατόμων άνω της ηλικίας των 55 ετών. Σε μεγαλύτερες ηλικίες (>75 ετών) το ποσοστό αγγίζει το 85%. Η πιθανότερη ηλικία εκδήλωσης της νόσου είναι μεταξύ 50 και 60 ετών. Έχει παρατηρηθεί ότι το *αυξημένο σωματικό βάρος* και η *αυξημένη ηλικία του ασθενή* αυξάνουν τις πιθανότητες εμφάνισης της νόσου. Τα γόνατα, οι μικρές αρθρώσεις μεταξύ των δακτύλων του χεριού (φαλαγγοφαλαγγικές), οι αρθρώσεις μεταξύ των σπονδύλων της Σ.Σ. και τα ισχία αποτελούν τις συχνότερα εμπλεκόμενες αρθρώσεις. Η εμφάνιση της Ο.Α. δεν είναι ίδια στους άντρες και τις γυναίκες αλλά ποικίλει ανάλογα την άρθρωση. Για παράδειγμα, η Ο.Α. στα ισχία αφορά 3 φορές περισσότερο τους άνδρες απ' ό,τι τις γυναίκες, παρότι οι τελευταίες εμφανίζουν σοβαρότερες πολυαρθρίτιδες και με μεγαλύτερη συχνότητα κυρίως στα γόνατα και στην άκρα χείρα.

Τρεις θεωρούνται οι βασικές παθοφυσιολογικές διαδικασίες που συμβαίνουν στην Ο.Α.:

- Η πρώτη αφορά την εκφύλιση και καταστροφή του αρθρικού χόνδρου
- Η δεύτερη αφορά το σχηματισμό κάποιων κυστών μέσα στο οστό συνήθως κάτω από τον αλλοιωμένο χόνδρο
- Η τρίτη αφορά το σχηματισμό οστεοφύτων (συσσώρευση οστικών κυττάρων στα όρια του κανονικού οστού στα όρια της άρθρωσης, που μπορεί να εμποδίζουν τη φυσιολογική λειτουργία της άρθρωσης)

Η αλλαγή που συμβαίνει στον αρθρικό χόνδρο θεωρείται η βασική παθοφυσιολογική αλλαγή στην οστεοαρθρίτιδα και είναι βιοχημικής φύσεως. Ο

χόνδρος της άρθρωσης χάνει ζωτικά στοιχεία της λειτουργικότητάς του (όπως η ικανότητα του να κατανέμει ομοιόμορφα τα φορτία, να λιπαίνει σωστά την άρθρωση, κ.ά.). Στα σημεία όπου παρατηρείται εκφύλιση του χόνδρου, μπορεί να παρατηρηθούν και αλλοιώσεις του οστού που βρίσκεται από κάτω σχηματίζοντας κύστες - εκεί που θα έπρεπε να υπάρχει κανονικά φυσιολογικός ιστός. Ο σχηματισμός οστεοφύτων είναι εύρημα από τα αρχικά στάδια της Ο.Α. που δε φαίνεται να σχετίζεται με τις αλλαγές του χόνδρου αλλά περισσότερο με αλλαγές στην αγγείωση της περιοχής. Τα οστεόφυτα μπορεί να σχετίζονται με τον πόνο και τον περιορισμό της κίνησης που αισθάνεται ο ασθενής.



Εικόνα 2-7: Σχηματική απεικόνιση ενός φυσιολογικού γονάτου (πάνω) σε σχέση με ένα που πάσχει από ΟΑ (κάτω).

Η **ιδιοπαθής Ο.Α.** παραμένει μια κατάσταση με άγνωστη αιτιολογία. Σύγχρονες έρευνες μελετούν το ενδεχόμενο κάποιας γενετικής προδιάθεσης ιδιαίτερα στην Ο.Α. γονάτων και άκρας χείρας που είναι σαφώς συχνότερες στο γυναικείο πληθυσμό.

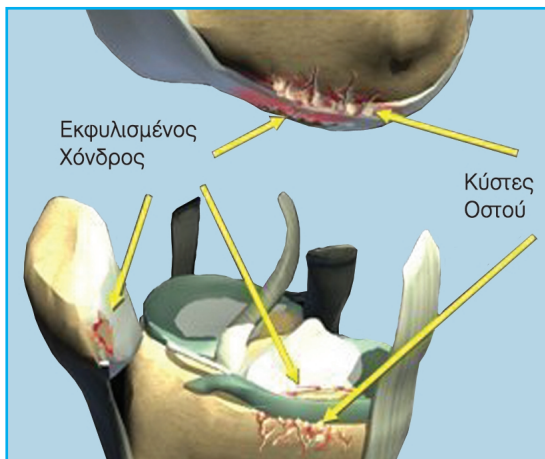
Η **δευτερογενής Ο.Α.** μπορεί να οφείλεται σ' ένα σύνολο παραγόντων που σαν αποτέλεσμα έχουν την ανομοιόμορφη άσκηση φορτίων στο χόνδρο με κατάληξη την εκδήλωση της νόσου.

Μερικά τέτοια παραδείγματα είναι:

- οι ανατομικές δυσμορφίες. Π.χ. εκ γενετής οστική ανωμαλία της κοτύλης (συγγενής δυσπλασία) στην άρθρωση του ισχίου που οδηγεί σε δυσανάλογες φορτίσεις του χόνδρου
- η παρουσία φλεγμονής. Π.χ. η ύπαρξη αρθρίτιδας λόγω φλεγμονής από κάποιο μικρόβιο (λ.χ. σηπτική αρθρίτιδα) οδηγεί σε σταδιακή αποδόμηση ενός συστατικού του αρθρικού χόνδρου που είναι απαραίτητο για τη φυσιολογική του λειτουργία
- οι μεταβολικές και ενδοκρινολογικές ανωμαλίες. Π.χ. νόσοι ενδοκρινολογικής αιτιολογίας (ακρομεγαλία) ή/και μεταβολικής (ουρική αρθρίτιδα) επηρεάζουν τη βιομηχανική της άρθρωσης και οδηγούν τελικά σε εκφύλιση της
- οι νευροπάθειες. Π.χ. ο σακχαρώδης διαβήτης μπορεί να προκαλέσει περιφερική νευροπάθεια με συνέπεια τη διαταραχή της φυσιολογικής χρήσης της άρθρωσης που είναι δυνατόν να οδηγήσει σε πιο γρήγορη εκφύλιση
- τραυματικά γεγονότα. Π.χ. κατάγματα που αλλάζουν τη βιομηχανική της άρθρωσης και οδηγούν σε εκφύλιση λόγω μη ισορροπημένων δυνάμεων

Η κλινική εικόνα της Ο.Α. περιλαμβάνει:

- Πόνο
- Δυσκαμψία
- Οίδημα και φλεγμονή
- Μείωση του εύρους τροχιάς της άρθρωσης



Εικόνα 2-8: Απεικόνιση των παθολογικών αλλαγών που συμβαίνουν στην Ο.Α.



- Μυϊκή ατροφία και αδυναμία εκτέλεσης των κινήσεων.
- Αστάθεια της άρθρωσης
- Παραμορφώσεις. Είναι εμφανέστερες σε προχωρημένα στάδια της νόσου (π.χ. το «στράβωμα» των γονάτων).
- Μειωμένη λειτουργικότητα

Τα εργαστηριακά ευρήματα στην Ο.Α. είναι κατά βάση αρνητικά, απορρίπτοντας άλλες παθήσεις και υποδεικνύοντας την απουσία φλεγμονής. Ουσιαστικά, τα παθολογικά ευρήματα προέρχονται από τον ακτινολογικό έλεγχο.

Ο ειδικός ιατρός αξιολογεί τις ακτινογραφίες και τη βαρύτητα της Ο.Α. από στοιχεία όπως:

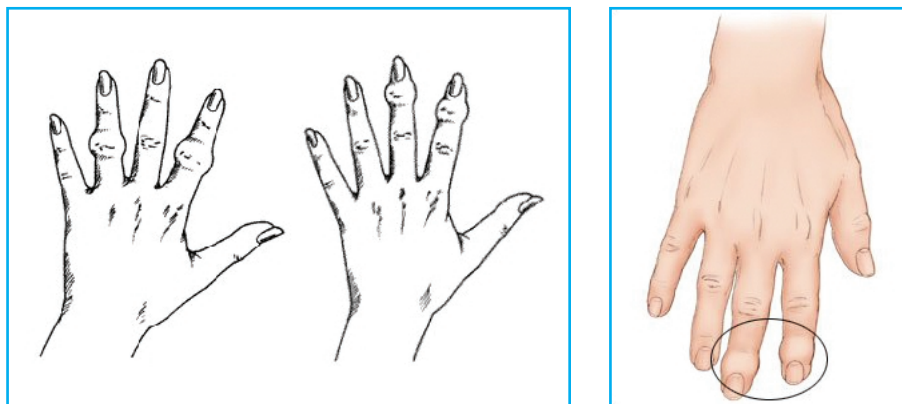
- το σχηματισμό οστεοφυτών
- την ελάττωση του χώρου της άρθρωσης (μείωση του πάχους της αρθρικής σχισμής)
- τη σκλήρυνση του οστού κάτω από το χόνδρο
- την ύπαρξη κυστών στο οστό κάτω από το χόνδρο κ.ά.

Η Ο.Α. δεν είναι μια νόσος που απειλεί τη ζωή του ασθενή, παρόλο που είναι συχνό φαινόμενο να επηρεάζει την ποιότητα της ζωής του ατόμου. Η νόσος είναι αργά εξελικτική στις περισσότερες περιπτώσεις, με περιόδους έξαρσης που μπορεί να κρατούν ημέρες ή και εβδομάδες. Επιβαρυντικοί παράγοντες θεωρούνται η πα-



Εικόνα 2-9: Απεικόνιση ενός φυσιολογικού ισχίου (πάνω) και ενός με ΟΑ (κάτω).





Εικόνα 2-10: Οστεοαρθρίτιδα των μικρών αρθρώσεων του χεριού.

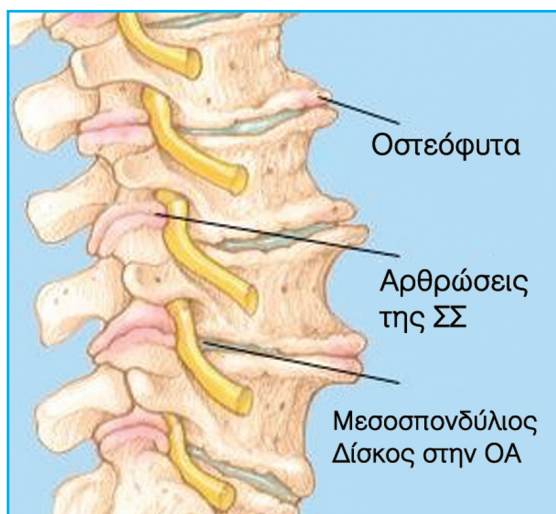
χυσαρκία, και οι πρώιμες εκφυλιστικές αλλαγές πολλών αρθρώσεων από μικρή ηλικία.

62

Οι θεραπείες της Ο.Α. έχουν περισσότερο να κάνουν με τη μείωση του πόνου και τη διατήρηση της λειτουργικότητας του ασθενή παρά με την επαναφορά της άρθρωσης στην κατάσταση πριν την έναρξη των συμπτωμάτων.

Η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να περιλαμβάνει πολλές κατηγορίες φαρμακευτικών ουσιών είτε για:

- αναλγησία
- μείωση τυχούσας φλεγμονής κατά τις εξάρσεις
- βελτίωση του ύπνου και της συνεργασίας με τον ασθενή
- βελτίωση του μηχανισμού επούλωσης του χόνδρου



Εικόνα 2-11: Οστεοαρθρίτιδα στην σπονδυλική στήλη.



Η χειρουργική θεραπεία είναι ενδεικτική στις περιπτώσεις που ο πόνος είναι ανυπόφορος και επηρεάζεται σε έντονο βαθμό η λειτουργικότητα του ατόμου χωρίς να μπορεί να βοηθήσει περισσότερο η συντηρητική αγωγή.

Ο ρόλος της φυσικοθεραπείας θεωρείται ζωτικής σημασίας τόσο κατά το στάδιο της συντηρητικής θεραπείας όσο και μετά από οποιοδήποτε χειρουργείο.

Σημαντικοί στόχοι παραμένουν:

- η μείωση του πόνου με τη χρήση των φυσικοθεραπευτικών μέσων
- η βελτίωση της λειτουργικότητας στις καθημερινές δραστηριότητες αλλά και στις ειδικές ασχολίες του ασθενή (π.χ. κάποιο σπορ)

## ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Οι ρευματικές παθήσεις αποτελούν συχνές αιτίες επίσκεψης στον ιατρό. Σημαντικές τέτοιες παθήσεις είναι η ρευματοειδής αρθρίτιδα, η αγκυλοποιητική σπονδυλοαρθρίτιδα και η οστεοαρθρίτιδα. Ο πόνος και η δυσκαμψία είναι κοινά συμπτώματα για όλες.

Η ρευματοειδής αρθρίτιδα είναι μια χρόνια, συστηματική, φλεγμονώδης πάθηση που προσβάλλει τον υμένα των αρθρώσεων. Το αίτιο της είναι άγνωστο αλλά η αρχική παθοφυσιολογική αλλοίωση είναι η υμενίτιδα. Πρόκειται για μια συμμετρική πολυαρθρίτιδα που προσβάλλει τις περιφερικές αρθρώσεις και εξαπλώνεται κεντρικά. Η θεραπεία της είναι συμπτωματική και μπορεί να είναι ωφέλιμες για τον ασθενή αρκετές θεραπευτικές μέθοδοι.

Η αγκυλοποιητική σπονδυλοαρθρίτιδα είναι επίσης μια χρόνια, φλεγμονώδης, συστηματική νόσος που προσβάλλει κυρίως τη Σ.Σ. Μολονότι το αίτιο της νόσου είναι άγνωστο, η κληρονομικότητα παίζει ρόλο. Αρχικά προσβάλλονται οι ιερολαγόνιες αρθρώσεις αλλά στη συνέχεια μπορεί να προσβληθεί ολόκληρη η Σ.Σ. οδηγώντας στην αγκυλοποίησή της. Η θεραπεία της είναι συμπτωματική και σημαντική βοήθεια παρέχεται στον ασθενή από τη φυσικοθεραπεία.

Στην οστεοαρθρίτιδα υπάρχει σταδιακή εκφύλιση και φθορά των στοιχείων της άρθρωσης με αποτέλεσμα τη δυσλειτουργία της. Η Ο.Α. είναι ιδιαίτερα συχνή κατάσταση και αφορά σχεδόν το σύνολο των ηλικιωμένων ατόμων. Η εκφύλιση του αρθρικού χόνδρου, η δημιουργία οστικών κυστών κάτω από τον αλλοιωμένο χόνδρο και η δημιουργία οστεοφύτων αποτελούν τις βασικές παθοφυσιολογικές αλλοιώσεις της πάθησης. Η θεραπεία της μπορεί να είναι συντηρητική αλλά και χειρουργική.

## ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

1. Τι είναι η ρευματοειδής αρθρίτιδα; Ποιους προσβάλλει συχνότερα;
2. Ποια η βασική παθοφυσιολογική αλλοίωση στην ΡΑ; Περιγράψτε μερικά πιθανά αποτελέσματα αυτής της αλλοίωσης στην άρθρωση που έχει προσβληθεί.
3. Αναφέρατε μερικά συμπτώματα που εμφανίζουν οι ασθενείς με Ρ.Α.
4. Με ποιες θεραπευτικές μεθόδους επιτυγχάνονται οι θεραπευτικοί στόχοι της Ρ.Α.;
5. Τι είναι η αγκυλοποιητική σπονδυλοαρθρίτιδα;
6. Ποιες είναι οι περιοχές του σώματος που προσβάλλονται αρχικά στην Α.Σ.; Ποια η εξέλιξη των παθολογικών αλλαγών;
7. Ποια τα συμπτώματα της νόσου της Α.Σ. στα αρχικά στάδια;
8. Ποια είναι η εξέλιξη της νόσου της Α.Σ.; Τι μπορεί να συμβεί στα προχωρημένα στάδια;
9. Ποια πάθηση θεωρείται η καταλληλότερη για φυσικοθεραπεία; Αναφέρατε δύο βασικούς στόχους.
10. Πως θα περιγράφατε την οστεοαρθρίτιδα;
11. Ποιοι μπορεί να προσβληθούν από Ο.Α.; Πόσο συχνή είναι η πάθηση;
12. Ποια τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της πάθησης της Ο.Α.;
13. Ποιες είναι οι βασικές παθοφυσιολογικές διαδικασίες που συμβαίνουν στην ΟΑ;
14. Ποιοι θα μπορούσαν να θεωρηθούν επιβαρυντικοί παράγοντες στην ΟΑ;

