

## APECTAREA APARATULUI LOCOMOTOR LA PACIENȚII CU SCLERODERMIE SISTEMICĂ

Svetlana Agachi, Liliana Groppa, Serghei Popa, Larisa Rotaru

Clinica Medicală nr.5 (Reumatologia și Nefrologia), USMF "Nicolae Testemițanu"

### Summary

#### *The impairment of locomotion system in patients with systemic sclerosis*

A lot of 85 patients with systemic sclerosis was analyzed with variants and frequency of the locomotion system impairment. Significant statistic differences were revealed between clinical manifestation and clinical form of the disease, the activity of it being assessed by the EUSTAR score.

### Rezumat

Pe un lot de 85 pacienți cu sclerodermie sistemică s-au analizat variantele și frecvența afectărilor aparatului locomotor. S-au depistat diferențe statistic semnificative dintre frecvența depistării manifestărilor clinice și forma clinică a bolii, activitatea bolii apreciate prin scorul EUSTAR.

### Actualitatea

**Sclerodermia sistemică (SS)** este o maladie generalizată a țesutului conjunctiv caracterizată prin dezvoltarea manifestărilor patologice cutanate, ale aparatului locomotor, a organelor interne (cordului, pulmonilor, rinichiilor, tractului gastrointestinal) și a dereglărilor vasospastice difuze cauzate de afectarea țesutului conjunctiv cu predominarea fibrozei și de alterarea vasculară de tipul microangiopatiei obliterante.

Manifestările sclerodermiei sistemice sunt diverse precum la număr așa și după exprimarea sa clinică oscilînd de la forme reduse cu prognostic favorabil pînă la variante generalizate și fatale. **Afectarea aparatul locomotor**

*Sindromul articular* este frecvent chiar începînd cu debutul bolii. Articulațiile în Scl se afectează prin apariția poliartralgiiilor și uneori a artritelor cu localizarea în articulațiile mici și medii cu predominarea schimbărilor fibroase periarticulare și formarea contracturilor. Distrucția articulară este minimă sau absentă. Artrită erozivă, asemănătoare cu artrita reumatoidă se întîlnește la un număr mic de pacienți. Lichidul sinovial conține leucocite în cantități mici 10000/mm<sup>3</sup>, celule caracteristice inflamației cronice (limfocite, celule plasmatic) și depozite de fibrină în perioadele precoce a bolii. Fibroza țesutului conjunctiv subsinovial și depozite de calciu pot fi întîlnite în articulații în stadiile tardive.

*Afectările tenosinoviale* sunt confirmate prin prezența sindromului de tunel carpian și crepitației palpabile la mișcare în regiunea tendoanelor extensorii și flexorii ale degetelor, în porțiunea distală a antebrațului, genunchilor și tendonului Achille. Acestea leziuni se întîlnesc exclusiv la pacienți cu forme cutanate difuze a sclerodermiei.

Pentru Scl e specifică *afectarea osoasă* prin dezvoltarea osteolizei mai frecvent a degetelor. Osteoliza cauzează resorbția osului distal și, de obicei, mult mai rar a falangii mijlocii, modificări ce pot fi asemănătoare cu artrita mutilantă. Regiunea distală a radiusului și a ulnei, mandibula și porțiunea superioară a coastelor poate fi afectată prin așa numită "notching" (uzură).

La pacienții cu Scl are loc și *afectarea mușchilor schletici* prin:

- miozită fibroasă interstițială cu proliferarea țesutului conjunctiv și atrofia fibrelor musculare. Acuzele principale sunt astenia musculară, mai rar mialgii. Mușchii apar duri, se formează contracturi musculotendinoase, fapt ce favorizează dezvoltarea anchilozării articulare. Mai tardiv se instalează atrofia musculară mai evidentă în părțile proximale ale membrilor comparativ cu cele distale unde predomină modificările fibroase. La unii pacienți se înregistrează creștere minimală a fermentilor musculari (creatinfosfochinaza, aminotransferaze, aldolaza);

- polimiozită cu modificări necrotic-degenerative și dezvoltarea ulterioară a sclerozei musculare. Se înregistrează mai rar comparativ cu varianta descrisă mai sus, avînd un tablou clinic zgomotos și considerîndu-se unul dintre overlap-sindroame. Manifestarea dominantă este sindromul miastenic pronunțat, polimialgii moderate. Schimbările biochimice, electromiografice și bioptice sunt similare celor din dermato- și polimiozită.

Rămîne discutabil locul afectărilor aparatului locomotor în tabloul clinic a sclerodermiei sistemice, corelarea lor cu activitatea și formele clinice ale maladii.

### Obiectivele studiului

Studierea frecvenței și variantelor de prezentare a afectărilor aparatului locomotor la bolnavii cu sclerodermia sistemică și a dependenței lor de activitatea și formele clinice a maladii.

### Material și metode

În studiu au fost incluși 85 pacienți cu sclerodermie sistemică, dintre care doar 4 au fost de sex masculin. Vîrsta medie a subiecților incluși în studiu a constituit 42,3 ani. Durata medie a maladii – 14,7 ani. Dintre ei 65 (%) au prezentat SS forma limitată, iar 20 (%) forma difuză a bolii. Activitatea medie a maladii a fost 4,6 (conform scorului EUSTAR, anexa 1).

#### Anexa 1. Scorul activității SS (EUSTAR)

Parametrii	Scorul
Scorul Rodnan modificat >14	1
Modificări cutanate sclerodermice (în special sclerodactilia)	0,5
Agravarea modificărilor cutanate pe parcursul ultimii luni	2
Necroze digitale	0,5
Agravarea manifestărilor vasculare (sindromul Raynaud) pe parcursul ultimii luni	0,5
Artrite (cu excepția inflamației articulare sau periarticulare cauzate de depozitarea cristalelor de hidroxiapatită)	0,5
Agravarea manifestărilor cardio-pulmonare pe parcursul ultimii luni	2
Scăderea DLCO (cu $\geq 80\%$ de la valorile predictive)	0,5
VSH > 30	1,5
Hipocomplementemia	1

Nota: SS se consideră activă la scorul  $\geq 3$ .

Diagnosticul a fost stabilit conform criteriilor ACR (American College of Rheumatism) propuse în anul 1980 ce include:

**Criteriul major:** afectarea sclerodermică a pielii, răspîndită proximal de articulațiile metacarpofalangiene sau metatarsofalanfiene

**Criterii minore:**

- sclerodactilia
- ulcerații digitale și/sau cicatrice pe falanga distală
- fibroza bazală pulmonară bilaterală.

Prezența criteriului major sau a două din cele trei minore este necesară pentru stabilirea diagnosticului de Scl veridică.

Pacienții au fost examinați clinic și paraclinic complex.

### Rezultatele

La pacienții incluși în studiu au fost observate următoarele afectări ale aparatului locomotor:

- Artrite - 43 (50,6%) pacienți
- Artralгии - 68 (80%) pacienți
- Mialgii - 21 (24,7%) pacienți

- Miastenie - 36 (42,3%) pacienți
- Osalgii - 32 (37,6%) pacienți
- Contracturi în flexie ale mâinilor - 18 (21,2%) pacienți
- Osteoliza falangelor distale ale mâinilor - 9 (10,6%) pacienți
- Calcifieri ale țesuturilor moi periarticulare - 6 (7,1%) pacienți
- Crepitații palpabile deasupra tendoanelor - 12 (14,1%) pacienți
- Sindromul de canal carpian - 7 (8,2%) pacienți

S-au observat diferențe semnificative ale frecvenței depistării afectărilor aparatului locomotor de forma clinică a bolii (tabel 1).

Tabel 1. Frecvența depistării afectărilor aparatului locomotor în dependență de forma clinică a bolii

<b>Manifestările clinice</b>	<b>Forma limitată a bolii N=65</b>	<b>Forma difuză a bolii N=20</b>	<b>Diferențe statistice semnificative</b>
Artrite	27 (41,5%)	16 (80%)	p<0,05
Artralгии	50 (76,9%)	18 (90%)	
Mialгии	7 (10,8%)	14 (70%)	p<0,01
Miastenie	21 (32,3%)	15 (75%)	p<0,05
Osalgii	13 (20%)	19 (95%)	p<0,01
Contracturi în flexie ale mâinilor	10 (15,4%)	8 (40%)	p<0,05
Osteoliza falangelor distale ale mâinilor	3 (4,6%)	6 (30%)	p<0,01
Calcifieri ale țesuturilor moi periarticulare	6 (9,2%)	0	p<0,01
Crepitații palpabile deasupra tendoanelor	1 (1,5%)	11 (55%)	p<0,01
Sindromul de canal carpian	5 (7,7%)	2 (10%)	

Deasemenea, sau constatat diferențe semnificative ale frecvenței depistării afectărilor aparatului locomotor de activitatea bolii apreciate conform scorului EUSTAR (tabel 2).

Tabel 2. Frecvența depistării afectărilor aparatului locomotor în dependență de activitatea bolii

<b>Manifestările clinice</b>	<b>Boala inactivă N=32</b>	<b>Boala activă N=53</b>	<b>Diferențe statistice semnificative</b>
Artrite	0	43 (81,1%)	p<0,01
Artralгии	23 (71,9%)	45 (84,9%)	
Mialгии	2 (6,2%)	19 (35,8%)	p<0,05
Miastenie	15 (46,9%)	21 (39,6%)	
Osalgii	15 (46,9%)	17 (32,1%)	
Contracturi în flexie ale mâinilor	12 (37,5%)	6 (11,3%)	p<0,05
Osteoliza falangelor distale ale mâinilor	2 (6,2%)	7 (13,2%)	p<0,05
Calcifieri ale țesuturilor moi periarticulare	2 (6,2%)	4 (7,5%)	
Crepitații palpabile deasupra tendoanelor	9 (28,1%)	3 (5,7%)	p<0,05
Sindromul de canal carpian	0	7 (13,2%)	p<0,05

## **Concluzii**

1. Manifestările clinice ale afectării aparatului locomotor în cadrul sclerodermiei sistemice sunt diverse, dar predomină artritele, artralgiile, osalgiile și miastenia.
2. S-au depistat diferențe statistice semnificative dintre frecvența depistării manifestărilor în dependență de forma clinică a bolii: la pacienții cu forma difuza a bolii mai frecvent s-au înregistrat artrite, mialgii, miastenie, osalgi, contracturi în flexie ale mâinilor, osteoliza falangelor distale ale mâinilor, crepitații palpabile deasupra tendoanelor, iar în forma limitată a bolii - calcifieri ale țesuturilor moi periarticulare.
3. Afectările ale aparatului locomotor în cadrul sclerodermiei sistemice s-au dovedit a fi dependente și de activitatea bolii apreciate prin scorul EUSTAR. Boala activă a fost caracterizată cu o frecvență mai mare a artritelor, mialgiilor, osteolizei falangelor distale ale mâinilor, sindromului de canal carpian, dar cea inactivă - contracturi în flexie ale mâinilor, crepitații palpabile deasupra tendoanelor.

## **Bibliografie**

1. Avouac J et al. Characteristics of joint involvement and relationships with systemic inflammation in systemic sclerosis: Results from the EULAR scleroderma trial and research group (EUSTAR) database. *Journal of Rheumatology*, June, 2010.
2. Kahan A, Allanore I. *Rheumatology (Oxford)* 2006; 45 suppl 4, 4-7.
3. Kowal-Bielecka O. Et al. EULAR recommendations for the treatment of systemic sclerosis: a report from the EULAR Scleroderma Trials and Research group (EUSTAR). *Annals of the Rheumatic Diseases*, 2009, vol.59, nr.5: 620-628.
4. Pope JE. Musculoskeletal involvement in scleroderma. *Rheum Dis Clin N Am* 2003; 29:391-408.
5. Poole JL, Brandenstein J. Lower extremity impairment and activity limitations in persons with scleroderma. *Arthritis Rheum* 2008; 58:S599.
6. Sandqvist G, Hesslestrand R, Eberhardt K. A longitudinal follow-up of hand involvement and activities of daily living in early systemic sclerosis. *Scand J Rheumatol* 2009; 38:304-310.
7. Tyndal A. et al. Causes and risk factors for death in systemic sclerosis: a study from the EUSTAR Scleroderma Trials and Research (EUSTAR) database. *Ann Rheum Dis* 2010; 69: 1809-1815.

## **DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL AL GUTEI**

(revista literaturii)

**Larisa Rotaru, Liliana Groppa, Svetlana Agachi,**

**Oxana Sîrbu, Rodica Pascal\*, Natalia Racoviță\*\***

Clinica Medicală nr.5, Disciplina Reumatologie și Nefrologie,

USMF "Nicolae Testemițanu"

\*IMSP SCR, Secția nefrologie

\*\*IMSP SCR, Secția consultativă, policlinica

## **Summary**

### ***Differential diagnosis of gout***

Although, in most cases the gout takes typical aspects easy to diagnose, sometimes its clinical picture is entirely different - polymorphic and difficult to interpret. This category includes some patients, who are diagnosed with gout at senior ages: some cases of gout registered among women; secondary gout of proliferative diseases; gout arthritis or gout confounding with other rheumatic sufferings (eg: osteoarthritis).