

Άσκηση 1η:
Ρευματοειδής αρθρίτιδα,
οροαρνητικές, σπονδυλαρθρίτιδες

Καθηγητής Π. Σφηκάκης

Ρευματοειδής αρθρίτιδα

Ορισμός και κύρια χαρακτηριστικά.

Η RA είναι η συχνότερη αιτία **πολυαρθρίτιδος (φλεγμονή αρθρικού υμένα** σε >5 αρθρώσεις). Προσβάλλει περίπου το 1% του πληθυσμού, παρουσιάζεται σε κάθε ηλικία, αλλά συχνότερα προσβάλλει γυναίκες αναπαραγωγικής ηλικίας. Κάθε άρθρωση μπορεί να προσβληθεί.

Στην πλειοψηφία των ασθενών η πολυαρθρίτιδα συμπεριλαμβάνει τις **αρθρώσεις των άκρων χειρών** (καρποί, μετακαρπο φαλλαγικές, εγγύς φαλαγγοφαλαγγικές).

Προσβολή των άπω φαλαγγοφαλλαγικών αρθρώσεων, της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης και των ιερολαγονίων είναι σπάνια.

Οροαρνητικές σπονδυλαρθρίτιδες

Ορισμός και κύρια χαρακτηριστικά. Οι οροαρνητικές σπονδυλαρθρίτιδες είναι νοσήματα που χαρακτηρίζονται από την απουσία ρευματοειδών παραγόντων (οροαρνητική) και ταυτόχρονη προσβολή του αξονικού σκελετού (= ιερολαγόνιες αρθρώσεις και σπονδυλική στήλη) και των περιφερικών αρθρώσεων (σπονδυλαρθρίτιδα).

- Περιλαμβάνουν α) **την αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα** (προσβολή του αξονικού σκελετού με ή χωρίς περιφερική ολιγαρθρίτιδα και ενθεσοπάθεια),
- β) **την ψωριασική αρθρίτιδα** (ασθενείς που έχουν ψωρίαση δέρματος και ταυτόχρονα μονοαρθρίτιδα, ή ολιγοαρθρίτιδα, ή πολυαρθρίτιδα, με ή χωρίς προσβολή του αξονικού σκελετού),
- γ) **την εντεροπαθητική αρθρίτιδα** (ασθενείς που έχουν ιδιοπαθή φλεγμονώδη νόσο εντέρου και ταυτόχρονα μονοαρθρίτιδα, ή ολιγοαρθρίτιδα, ή πολυαρθρίτιδα, με ή χωρίς προσβολή αξονικού σκελετού) και
- δ) **την αντιδραστική αρθρίτιδα** (συνήθως μη συμμετρική ολιγοαρθρίτιδα κάτω άκρων, που αναπτύσσεται μετά από έκθεση σε λοιμώδεις παράγοντες και ενώ η λοίμωξη έχει υποχωρήσει).

Η συνολική επίπτωση είναι **1,5 % στον πληθυσμό**, με ελαφρά υπεροχή ανδρών.

Η **οικογενής κατανομή** είναι κανόνας στην πλειοψηφία των ασθενών, και για αυτό η αναζήτηση ψωρίασης, ιερολαγονίτιδος ή λεγμονώδους νόσου του εντέρου στο κληρονομικό αναμνηστικό είναι πολύ σημαντική.

1η Κλινική περίπτωση

Γυναίκα 52 ετών, νοικοκυρά.

Αιτία εισόδου: Επώδυνη διόγκωση αρθρώσεων άκρων χειρών και πόνος/δυσκαμψία του αυχένος.

Παρούσα νόσος: Άρχισε πριν 1 χρόνο, όταν η ασθενής παρουσίασε παροδικά αλλά επανειλημμένα επεισόδια ήπιου πόνου στις εγγύς μεσοφαλαγγικές αρθρώσεις. Η ασθενής απέδωσε τα ενοχλήματα σε «γηρατειά», ενώ συμβουλευθηκε ιατρό που απέδωσε τα ενοχλήματα σε εκφυλιστική οστεοαρθρίτιδα. Έξι μήνες μετά τις πρώτες εκδηλώσεις παρουσίασε επεισόδιο έντονου πόνου στους αντίχειρες και τους καρπούς, για το οποίο πήρε ασπιρίνη με σχετική ανταπόκριση. Η ασθενής το συνδέει με «ψυχικό κλονισμό» συνδεδόμενο με σοβαρά οικογενειακά προβλήματα.

Προ διμήνου περίπου η ασθενής παρουσίασε πολύ δυνατό πόνο και διόγκωση στους καρπούς, στα μετακάρπια και στο 4ο και 5ο δάκτυλο άμφω. Επίσης από διμήνου η ασθενής διαπίστωσε πρωινή δυσκαμψία διάρκειας 2-3 ωρών (δυσκολευόταν να χρησιμοποιεί τα χέρια της για την επιτέλεση διαφόρων εργασιών μετά την πρωινή αφύπνιση). Από 20ημέρου στα παραπάνω συμπτώματα προστέθηκε πόνος στον αυχένα. Από 10ημέρου προστέθηκε επίσης πόνος και διόγκωση στο ΔΕ γόνατο. Λαμβάνει συνεχώς διάφορα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ), δεν θυμάται δόσεις και είδος, χωρίς σημαντικό αποτέλεσμα.

Γυναικολογικό ιστορικό και συνήθειες και τρόπος ζωής: ΘΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΣΤΗ ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΦΟΙΤΗΤΕΣ.

Ανασκόπηση συστημάτων: ΘΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΣΤΗ ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΦΟΙΤΗΤΕΣ.

Αντικειμενική εξέταση: Κεφαλή, τράχηλος, αισθητήρια, δέρμα, καρδιά, θώρακας, κοιλία, περιφερικά αγγεία, αδρή νευρολογική εξέταση: χωρίς παθολογικά ευρήματα.

Διαπιστώθηκε α) οίδημα και ευαισθησία στην ψηλάφηση, καθώς και πόνος στην παθητική και ενεργητική κίνηση (περιορισμός κινητικότητας) των πηχεοκαρπικών αρθρώσεων.

β) διόγκωση και πόνος κατά την ψηλάφηση του κάτω άκρου της ωλένης και μετακαρπιοφαλαγγικών αρθρώσεων,

γ) Η αυχενική μοίρα της σπονδυλικής στήλης είναι δύσκαμπτη (περιορισμένη πρόσθια κάμψη και πλάγια κλίση),

δ) Οίδημα και ευαισθησία στην ψηλάφηση με θερμότητα, καθώς και πόνος στην παθητική και ενεργητική (περιορισμός κινητικότητας) κίνηση της ΔΕ κατά γόνυ αρθρώσεως.

Επίσης, πόνος στην ενεργητική (περιορισμός κινητικότητας) κίνηση της ΑΡ κατά γόνυ αρθρώσεως. Από τις υπόλοιπες αρθρώσεις και από τα άλλα συστήματα δεν διαπιστώθηκαν παθολογικά ευρήματα..

Τρέχουσα διάγνωση;

Βασικές εργαστηριακές εξετάσεις: Γεν. αίματος: Ht: 33%, Hb: 11,7 g/dl, MCV 86, fl, WBC: 9.000/mm³, Π: 65%, Λ: 25%, Η: 5%, Β: 5%, PLT: 460.000/mm³, ΤΚΕ 70 mm την 1η ώρα, σάκχαρο, ουρία, κρεατινίνη, ουρικό, αλκαλική φωσφατάση, SGOT, SGPT, γGT, ALP, LDH, CPK, χολερυθρίνη, χοληστερόλη, τριγλυκερίδια, λευκώματα ορού: κ.φ. Γεν. ούρων: κ.φ.

Επιπρόσθετες εργαστηριακές εξετάσεις ορού:

Ηλεκτροφόρηση λευκωμάτων: Λευκωματίνες 49%, σφαιρίνες: α₁= 5,5%, α₂=9%, β = 14,5%, γ = 22%. Ποσο-τικός προσδιορισμός ανοσοσφαιρινών: IgG: 1.850mg/dl ↑, IgM: 570mg/dl ↑, IgA: 380 ng/dl ↑, CRP: 45 mg/l (ΦΤ:< 5mg/l), Ra test: 252 U/ml (ΦΤ: <20 U/ml), A.N.A. (-), αντι-CCP αντισώματα: αυξημένοι τίτλοι. Fe ορού: 32 μg/dl, φερριτίνη ορού: 270 ng/ml (ΦΤ: 15-170 ng/ml), ινωδογόνο: 800 ng/dl (ΦΤ: 200 – 400mg/ dl).

Εξετάσεις αρθρικού υγρού γόνατος: χρώμα κίτρινο – όψη θολή, χαμηλή γλοιότητα. Αριθμός λευκοκυττάρων: 15.000 (ΦΤ <1.000 μl), καλλιέργεια στείρα, κρύσταλλοι δεν ανευρέθησαν.

Τα ακτινολογικά ευρήματα (α/α θώρακος, άκρων χειρών, γονάτων, ΑΜΣΣ) συζητούνται.

2η Κλινική περίπτωση

Άνδρας 22 ετών, στρατιώτης.

Αιτία εισόδου: Έντονη οσφυαλγία και επώδυνη διόγκωση ΔΕ γόνατος και ΑΡ ποδοκνημικής άρθρωσης.

Παρούσα νόσος: Άρχισε πριν 6 μήνες όταν ο ασθενής παρουσίασε προοδευτικά επιδεινούμενο πόνο στην οσφυϊκή χώρα και στους γλουτούς άμφω. Αρχικά τα ενοχλήματα, που ήταν εντονότερα τις πρωινές ώρες, υποχωρούσαν με ΜΣΑΦ και δεν εμπόδιζαν τις καθημερινές δραστηριότητες.

Από μηνός (κατετάγη στον στρατό προ διμήνου) υπάρχει σοβαρή επιδείνωση των προαναφερθέντων ενοχλημάτων που δυσκολεύουν σημαντικά τον ασθενή.

Από 10ημέρου, έχει προστεθεί πόνος και διόγκωση αρχικά στο ΔΕ γόνατο και εν συνεχεία στην ΑΡ ΠΔΚ που τον δυσκολεύουν στη βάδιση. Τα συμπτώματα είναι εντονότερα τις πρωινές ώρες. Λαμβάνει - 72 - συνεχώς διάφορα ΜΣΑΦ με μέτρια ανταπόκριση.

Ατομικό αναμνηστικό: Επεισόδια χαμηλής οσφυαλγίας την τελευταία πενταετία, που είχαν αποδοθεί σε σκολίωση σπονδυλικής στήλης.

Κληρονομικό αναμνηστικό: Ο αδελφός του πατέρα πάσχει από αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα. Η μητέρα πάσχει από ψωρίαση ονύχων.

Συνήθειες-Τρόπος ζωής: ΘΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΣΤΗ ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΦΟΙΤΗΤΕΣ.

Ανασκόπηση συστημάτων: ΘΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΣΤΗ ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΦΟΙΤΗΤΕΣ.

Τρέχουσα διάγνωση;

Μπορεί η παρούσα νόσος να άρχεται από πενταετίας;

Αντικειμενική εξέταση: Κεφαλή, τράχηλος, αισθητήρια, δέρμα, καρδιά, θώρακας, κοιλία, περιφερικά αγγεία, αδρή νευρολογική εξέταση: χωρίς παθολογικά ευρήματα. Λεμφαδένες δεν ψηλαφώνται.

Στην εξέταση του μυοσκελετικού διαπιστώθηκε: α) οίδημα και ευαισθησία στην ψηλάφηση, καθώς και πόνος στην παθητική και ενεργητική (περιορισμός κινητικότητας) κίνηση στο ΔΕ γόνατο και στην AP ποδοκνημικής, β) πόνος κατά την πλήξη των ιερολαγονίων αρθρώσεων, ομότιμος, γ) Η οσφυϊκή μοίρα της σπονδυλικής στήλης είναι δύσκαμπτη (περιορισμένη κάμψη-έκταση και πλάγια κλίση, δ) Μείωση της έκπτυξης του θώρακος, ε) ευαισθησία στην ψηλάφηση των Αχιλλείων τενόντων και στην πίεση της πτέρνης ΔΕ.

Τρέχουσα διάγνωση;

Βασικές εργαστηριακές εξετάσεις: Ίδιες με την ΠΡΩΤΗ περίπτωση.

Επιπρόσθετες εργαστηριακές εξετάσεις ορού και αρθρικού υγρού γόνατος:
Ίδιες με την ΠΡΩΤΗ περίπτωση, εκτός από δύο.

Έλεγχος για HLA-B27 αποκάλυψε ομοζυγωτία.

Τα ακτινολογικά ευρήματα (α/α Θώρακος, ΑΜΣΣ, ΘΜΣΣ, ΟΜΣΣ, ιερολαγονίων, γονάτων) συζητούνται.

Ερωτήσεις

1. Η επιδείνωση των ενοχλημάτων της πρώτης ασθενούς μετά τον ψυχικό κλονισμό είναι τυχαία;
2. Ποιες είναι οι δυο εξετάσεις της δεύτερης περίπτωσης που διαφέρουν από την πρώτη περίπτωση;
3. Πώς εξηγείται η αναιμία των ασθενών; (Ποιος από τους δύο έχει σοβαρότερη αναιμία;)
4. Πώς θα γίνει η Δ.Δ. των φλεγμονωδών από τις εκφυλιστικές αρθροπάθειες;
5. Ρευματοειδής παράγοντας. Σημασία, φύση, ερμηνεία.
6. Ευρήματα αρθρικού υγρού σε: α) ΡΑ, β) ΟΑ, γ) σηπτική αρθρίτιδα, δ) κρυσταλλογενή αρθρίτιδα.