

Semiologia articulara si a tesutului conjunctiv partea 1

Prof.Dr.PAUL MITRUT



Anamneza

- Durerea:
 - localizare
 - caracter
 - iradiere
 - intensitate
 - durerea provocata (sensibilitatea)
- Redoarea articulara
- Impotenta functionala
- Simptomele extraarticulare (respiratorii, cardiace, digestive, renale, generale)



Antecedentele

- **Personale patologice**
 - patologie infectioasa (ORL- infectie amigdaliana, stomatologica, scarlatina pentru RAA, TBC, endocardita infectioasa, artrite septice-gonococ etc.)
 - anomalii metabolice (litiaza renala, nefropatie urica) in guta
 - manifestari sistemice diverse (dermatologice- purpura, leziuni faciale; renale, digestive)
 - factori profesionali care pot determina (sindrom Raynaud la trepidatii) sau declansa simptomatologia (efort fizic, expunere la frig si umezeala)



Antecedentele

- **Heredocolaterale**
 - Patologia ereditara metabolica (guta)
 - Boli cu predispozitie genetica:
 - Poliartrita reumatoida
 - Spondilita anchilopoetica
 - Bolile de colagen



Examenul obiectiv

- Urmareste urmatoarele aspecte:
 - tesuturile moi periarticulare
 - volumul articulatiei
 - deformatiile
 - sensibilitatea si
 - mobilitatea articulatiilor
- Metodele de examinare:
 - inspectia
 - palparea
 - percutia



Semnele clinice evidentiuate la inspectie

- Eritem localizat: RAA, artrite septice
- Echimoze periarticulare: fracturi, luxatii, entorse
- Lipomatoza periarticulara: gonartroze-lipartroza Weissenbach-Francon
- Noduli subcutanati: tofi gutosi
noduli reumatoizi (PR)
noduli Meynet (RAA)
- Tumefierea articulara



Semne clinice evidentiuate la palpare si percutie

- Hidartroza: semnul valului
semnul socului rotulian
- Durerea provocata (sensibilitatea):
manevra lui Eriksen (SA)
Semnul lui Illouz Coste – semnul trepiedului(SA)
Semnul lui Lasegue (hernie de disc)
- Deformarile articulare:
nodulii lui Heberdeen (artroze interfalangiene distale)
nodulii lui Bouchard (artroze interfalangiene proximale)
Boala Dupuytren
Mana in laba de cartita (PR)
Gonartroza (genu varum sau genu valgum)



Mobilitatea articulara si masuratorile clinice

- Anchiloza fibroasa sau osoasa
- Hipermobilitatea articulara
- Masuratori:
 - ale unui segment
 - articulare
 - pentru evidentierea desfasurarii unei regiuni in timpul miscarii – testul Schober
 - unghiulare cu goniometru



Tehnica de examinare

- Simetrica
- Initial centripeta si apoi centrifuga
- Se incheie cu examinarea mersului

Examinarea mainii se face cu ambele maini pe masa de examen in fata examinatorului pacientul stand pe scaun

- Inspectie (eritem localizat, noduli subcutanati, tumefierea articulara)
- Durerea articulara provocata
- Deformari articulare (noduli Heberdeen si Bouchard)
- Mobilitatea articulara activa si pasiva: flexie-extensie, adductie-abductie, rotatie pentru mana si police, abductia si adductia degetelor ,miscarile de opozitie ale policelui



Tehnica de examinare

Examinarea cotului se face in extensie si in pozitie anatomica cu palma orientata anterior

- Normal unghi deschis extern valgus fiziologic: 5 grade la barbati si 10-15 grade la femei
- Se pot observa deformari, tumefactii si palpa proeminentele osoase, capul radial si partile moi.
- Mobilitatea articulara:
 - flexie-extensie (135 grade – 0 sau – 5 grade)
 - pronatie-supinatie cu cotul flectat la 90 de grade fixat pe torace



Tehnica de examinare

Examinarea umarului

- Articulatia cu cea mai mare mobilitate
- Inspectie, palpare, miscari active si pasive
- Trei grade de libertate de miscare a articulatiei determina 6 miscari:
 - abductie-adductie
 - proiectie inainte (flexie)
 - proiectie inapoi (extensie)
 - rotatie interna si
 - rotatie externa.
- Tehnica abductie+rotatie externa pacientul atinge unghiul superointern al scapulei opuse trecand cu mana prin spatele capului.
- Rotatie interna+adductie pacientul atinge acromionul opus prin fata capului sau unghiul inferior al omoplatului opus prin spatele toracelui.



Tehnica de examinare

Examinarea coloanei vertebrale se face in ortostatism cu capul ridicat si barbia inainte, membrele inferioare lipite in extensie si cele superioare pe langa corp (pozitie de drepti)

- Inspectie: cifoza toracala, scolioza, torticolis,
- Palparea proeminentelor osoase si a partilor moi.
- Mobilitatea pentru fiecare segment in parte:
 - coloana cervicala: menton-stern, occiput-perete, ureche-umar
 - coloana toracala; perimetru toracic pe linia mamelonara in inspir si expir fortat – 7 cm
 - coloana lombara: testul index-sol si testul Schober



Tehnica de examinare

Examinarea articulatiilor sacroiliace: palpare pe linia articulara sau manevre indirecte: semnul trepiedului si manevra Eriksen (apasare puternica pe spinele iliace anterosuperioare cu bolnavul in decubit dorsal).

Examinarea articulatiei soldului apreciaza simetria prin inspectie si mobilitatea prin:

- departarea picioarelor (abductia) (N:45 grade)
- picior peste picior (flexia si adductia)
- marginea externa a piciorului pe genunchiul opus (flexia, abductia si rotatie externa)
- ridicatul de pe scaun (extensie activa)
- semnul cheiei (rotatie, flexie, adductie, abductie)



Tehnica de examinare

Examinarea genunchiului se face in decubit dorsal in extensie completa. Se verifica flexia, extensia, miscari de rotatie, mobilitatea rotulei.

- Inspectie: genu varum, genu valgum, genu flexum si genu recurvatum.
- Flexia pasiv sau activ (bolnavul se invita sa stea pe vine).
- Extensia pasiv sau activ (bolnavul se invita sa se ridice din pozitia pe vine in ortostatism).
- Mobilitatea rotulei (semnul rindelei-miscarea rotulei in sens craniocaudal determina cracmente).



Tehnica de examinare

Examinarea gleznei si piciorului

- Inspectie picior in valgus sau in varus. Bolta plantara disparuta: picior plat. Haluce deformat inflamator (guta) sau ortopedic (halux valgus).
- Miscarile in articulatia gleznei: flexie dorsala si plantara.
- Miscari in articulatia subtalara (subastragaliana): inversiune - ridicarea marginii interne a piciorului si eversiune - ridicarea marginii externe a piciorului.
- Miscari in articulatia mediotarsiana adductia si abductia antepiciorului.
- Miscari in articulatiile degetelor(flexie si extensie).



Explorarea paraclinica in bolile reumatologice

A. Probele biologice

a. In sange

1. Sindromul inflamator nespecific

- VSH
- Fibrinogen
- Proteina C reactiva
- Electroforeza (alfa2 globuline)

2. Sindromul disimunitar

Nespecifice: - Gamaglobulinele (electroforeza)

- Immunoglobulinele (imunelectroforeza)
- Complement C3 sau hemolitic total
- CIC
- Test Coombs (atc antieritrocitari, antitrombocitari)



Specifici: - Factorii reumatoizi (FR) anticorpi de tip IgM fata de IgG seric. Se evidentiaza prin reactia Waaler Rose (N:1/32-1/64) prin fixare de hematii sau pe particule de latex (N:1/40). Specifici 85% in PR si mai redus in colagenoze si boli autoimune.

- Anticorpai antinucleari (AAN) evidentiati prin imunofluorescenta indirecta (inelar, omogen, patat sau nucleolar). Tipuri: Atc anti ADN dublu catenar (nativ) specific LES si Atc anti ADN histone numiti si factori LE implicati in formarea celulei lupice.

- Atc anti-SS A (Ro) si anti-SS B (La) – sindrom Sjogren.
- Atc anti-Scl 70 – Scleroza sistemica progresiva.
- Atc anticentromer – Sindrom CREST.
- Atc anti Jo-1 – Polimiozita.
- Atc anti-U1-RNP – Sindrom Sharp.



3. Teste pentru evidentierea infectiei streptococice (RAA)

- Exsudatul faringian

- Titrul ASLO > 330 ui

4. Antigenul HLA-B 27 util in diagnosticul spondilartritelor seropozitive

5. Acidul uric seric si urinar util in diagnosticul gutei

b. Examenul lichidului articular (citologic, bacteriologic, biochimic)

c. Biopsia membranei sinoviale (PR)

B. Explorari paraclinice

1. Examen radiologic articular conventional

2. CT articular

3. RMN

4. Scintigrafia osteoarticulara

C. Consulturi interdisciplinare (examen ORL, oftalmologic, cardiologic, pneumologic)



Reumatismul articular acut (RAA) – Boala Bouillaud-Sockolsky

- Boala cronică cu evoluție în pusee a copilului și adolescentului cu primul atac până la 20 de ani, dar cu recidive până la 40 de ani.
- Determinat de infecția cu streptococ beta hemolitic de grup A cu mecanism autoimun.
- Tabloul clinic: criteriile lui Jones de diagnostic a RAA:
 - Artrita
 - Cardita
 - Manifestări neurologice – Coreea minora Sydenham
 - Manifestări dermatologice: noduli subcutanati Maynet și eritem marginat
 - manifestări generale febra 38-39 grade.



ARTRITA caractere:

- Prinde articulatiile mari, asimetrica (genunchi, pumn, glezna si cot, foarte rar umar si sold niciodata coloana)
- Apar fenomene inflamatorii locale (artrite) – eritem, edem si impotenta functionala. Uneori numai artralгии.
- Durata prinderii unei articulatii 3-4 zile
- Caracter migrator
- Durata atacului reumatismal 3-4 saptamani cu vindecare fara sechele.
- Raspunde rapid la medicatia antiinflamatorie.



CARDITA severa da sechele valvulare. Este o pancardita. RAA linge articulatiile si musca inima. Cuprinde:

- Miocardita – tahicardie, tulburari de ritm si conducere
- Pericardita – uscata sau lichid minim
- Endocardita – leziuni valvulare cu sufluri cardiace
- Sechele valvulare – insuficiente valvulare (IM si IA) se

constituie in 6 saptamani, iar stenozele valvulare (SA, SM) se constituie intre 6 luni si 3 ani.



Paraclinic

- Semne de inflamatie nespecifica
- Teste pentru evidentiarea infectiei streptococice (titrul ASLO, exudat faringian)
- EKG bloc AV grad 1
- Eco cord leziuni cardiace



Poliartrita reumatoida (PR) – Artrita reumatoida

- Frecventa la femei 35-50 de ani
- Cauza bolii necunoscuta: factor genetic HLA DR4 si DR1, factori infectiosi, endocrini si autoimuni
- Artrita se caracterizeaza prin:
 - prinderea articulatiilor mici ale membrelor cu caracter proximal (MCF si interfalangiene proximale)
 - caracter simetric si intensitate crescuta la mana dominanta
 - durata prinderii articulare crescuta 6 saptamani - 2 luni
 - se insoteste de redoare matinala si impotenta functionala
 - initial fenomene inflamatorii locale (eritem, tumefiere) si in timp fenomene destructive articulare cu deformari, deviatii si anchiloze.



Manifestari extraarticulare

- Noduli reumatoizi subcutanati
- Afectare pleuropulmonara (pleurita sau pleurezie cu lichid redus sau fibroza interstitiala difuza)
- Afectare cardiaca (pericardita, miocardita, endocardita – insuficienta aortica)
- Afectare oculara pol anterior (irita, iridociclita, scaderea secretiei lacrimale – Sindrom Sjogren).

Forme clinice

- Sindromul Felty: PR + splenomegalie + adenopatii + citopenie sanguina
- Forma juvenila de PR (Schaufard - Still): febra, hepatosplenomegalie, adenopatie, eruptie petesiala.



Paraclinic

- Sindrom de inflamatie nespecifica + anemie normocitara normocroma sau hipocroma
- Specific FR > 1/64-W Rose sau 1/40 Latex (forme seronegative primii 2 ani)
- Radiografia articulara arata in evolutie: pensarea spatiului articular, distrugerii articulare (eroziuni marginale si geode) si anchiloze cu deformari si devieri. Uneori se face CT si RMN.
- Examen lichid articular – specific Ragocyte
- Biopsia sinoviala leziuni specifice.



Spondilartrite seronegative

- Afectarea frecventa a coloanei vertebrale si a articulatiilor sacroiliace
- Absenta FR
- Prezenta antigenului de histocompatibilitate HLA B27 la majoritatea cazurilor cu angrenare familiala
- Manifestari extraarticulare frecvente (oftalmologice, pleuropulmonare, cardiace)
- Artropatii inflamatoare periferice diferite de cele din PR in sensul afectarii asimetrice a articulatiilor mari, predominant la membrele inferioare.



1. Spondilita anchilopoetica (anchilozanta) SA

- Afecteaza predominant coloana vertebrala
- Procesul inflamator debuteaza frecvent la nivelul articulatiilor sacroiliace si progreseaza ascendent
- Evolueaza spre fibroza, osificare si anchiloza a coloanei vertebrale.
- Frecventa crescuta la barbati.
- HLA B27 prezent la 90-95% din pacienti



Tablou clinic

Subiectiv - durere lombara cu aspect inflamator (sciatica in bascula)
- 20% artrite periferice localizate la sold si genunchi –

Forma periferica sau scandinavă

- talalgiile care sugereaza prezenta entesopatiei si sunt determinate de fasciita plantara sau tendinita achiliana.

Obiectiv - durerea spontana si la presiune (semnul trepiedului si manevra Eriksen) pe articulatiile sacroiliace si regiunea calcaneana

- diminuarea mobilitatii coloanei vertebrale de jos in sus: lombara (index-sol, Schober), toracala (circumferinta in inspir si expir) si cervicala (menton-stern, occiput-perete, ureche-umar, miscari de rotatie ale capului). Final-coloana complet rigida: pozitia de schior (bolnavul nu mai vede cerul).



Manifestari extraarticulare

- oculare pol anterior: irite, iridociclite
- cardiace: aortita si tulburari de conducere cu blocuri AV si sincopa Adams Stokes
- pulmonare: fibroza pulmonara, TBC pulmonar
- renale: amiloidoza, GN cu depunere de IgA
- neurologice prin compresiuni radiculare sau medulare



Paraclinic

A. Biologic

- Sindrom inflamator nespecific in fazele evolutive
- HLA B27 pozitiv 90-95%

B. Radiologic

- Modificari sacroiliace progresive: pseudolargirea spatiului articular (margine de timbru), osteocondensare, pensarea spatiului articular si in final disparitia spatiului articular prin sudare.

- Modificarile vertebrale precoce: prezenta sindesmofitului care se dezvolta in plan vertical intre doua vertebre ca un spicul, aspectul patrat al vertebrelor, rectitudinea coloanei lombare (coloana de bambus) in final

C. CT + RMN detecteaza modificarile sacroiliace si vertebrale in stadiile precoce

D. Scintigrafia cu Technetiu (Tc 99m)-hipercaptare la nivelul articulatiei inflamate.



2. Sindromul Reiter

- Spondilartrita seronegativa determinata de infectia genitla cu Chlamydia trachomatis si Mycoplasma sau enterala cu Shigella dysenteriae sau Salmonella enteridis.
- HLA B27 este prezent la 65-90%.

Tabloul clinic este reprezentat de triada:

1. Uretrita sau enterocolita dizenteriforma (cervicita la femeie) adesea ignorata cu aspect discret.
2. Artrita intalnita la toti bolnavii
3. Conjunctivita bilaterala cu durata de cateva zile sau saptamani. Rar irite sau iridociclite.

Pot sa apara si leziuni dermatologice cutanate palmoplantare cu aspect hipercheratozic si manifestari cardiace ca in SA.



Artrita din Sindromul Reiter

- Este intalnita la toti bolnavii.
- Apare dupa 3 saptamani-1 luna de la episoadele uretrale sau enterale.
- Prinde articulatiile mari, frecvent este monoarticulara, localizarea cea mai frecventa este la genunchi si glezna.
- Este asimetrica
- Are caracter acut cu fenomene inflamatorii locale (eritem, tumefactie, durere).
- Este persistenta cu durata peste 1 luna.
- In 20% din cazuri se asociaza cu prinderea articulatiilor sacroiliace, formele cu durata peste 1 an evoluand spre SA.
- Frecvent se insoteste de suferinte enteropatice cu tendinita achiliana, fasciita plantara si dureri la nivelul insertiei tendoanelor pe os.



Paraclinic

- Sindromul inflamator nespecific cu leucocitoza
 - HLA B27 prezent 65-90%
 - Agentii infectiosi detectati in secretia uretrala (Chlamydii, micoplasme) sau scaun (Salmonella, Shigella).
- Formele cu evolutie lunga peste 1 an evolueaza intr-o proportie crescuta spre SA.



3. Artrita psoriazica

- Reprezinta asocierea leziunilor de psoriazis cu leziuni de artrita seronegativa.
- Este o afectiune mai frecventa la barbati.
- **Artropatia psoriazica** asociaza leziunile de psoriazis la:
 - afectarea articulatiilor interfalangiene distale + psoriazis unghial (47% - Deget in carnat)
 - afectarea articulatiilor mari genunchi, sold, glezna (25%).
 - afectarea coloanei vertebrale de tip spondilitic in 23% din cazuri, uneori numai cu afectarea articulatiilor sacroiliace.



Paraclinic

- Sindrom inflamator prezent in perioadele de acutizare
- HLA B27 prezent (spondilartrita seronegativa)
- Examen radiologic de mare utilitate pentru diagnosticul

bolii. Seamana cu cel din PR, dar are exceptii si anume:

- afectare oligoarticulara
- distructii de articulatii mici cu predilectie pentru

articulatiile interfalangiene distale, dar cu protejarea articulatiilor metacarpofalangiene si metatarsofalangiene.



4. Sindromul Behcet

- Descrisa initial ca o afectiune dermatologica caracterizata printr-o aftoza bipolară bucala si genitala, alaturi de o afectare oculara (Hulusi Behcet- dermatolog din Istanbul).
- Afectarea articulara este redusa la 30-40% din cazuri si are caracterul celei din Sindromul Reiter.
- Uneori apar si leziuni tegumentare (eruptii asemanatoare eritemului nodos, tromboflebitei superficiale, pustule).

