

Reumatoidalne zapalenie stawów ręką

Inne nazwy tej choroby to: gościec przewlekły postępujący, polyarthritis reumatoidea, r. z. s.

Według klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Reumatoidalnego w 1983 roku reumatoidalne zapalenie stawów zostało umieszczone w grupie I pt. „Układowe choroby tkanki łącznej”. Jest to choroba zapalna, nieropna, uogólniona tkanki łącznej całego ustroju.

Stawy obejmuje najczęściej symetrycznie.

Na pierwszy plan wysuwają się zmiany stawowe i zaniki mięśniowe, ale później zmiany są widoczne w całym organizmie.

Jest to choroba przewlekła występująca z okresami zaostrzeń i remisji.

Zmiany chorobowe występują w wielu narządach. Podkreśla się predyspozycje genetyczne i predyspozycje płci żeńskiej do zachorowania na tę chorobę.

Najczęściej pojawia się w wieku 25 – 54 lat. Choroba występuje w ok. 0,5% populacji Polaków (u kobiet 2 x częściej niż u mężczyzn).

Etiologia i patogeneza

Etiologia RZS jest nieznana. Od wielu lat trwają badania nad wykryciem czynnika zakaźnego, który mógłby inicjować zjawiska autoimmunologiczne w RZS prowadzące do zmian w tkankach. Nie ma dowodów, że jest to jeden taki czynnik. Rozważano możliwość udziału wirusów różyczki, cytomegalii i mykoplazmy.

20 lat temu zwrócono szczególną uwagę na zakażenie wirusem Epsteina – Barr (EBV), okazało się bowiem, że 80% chorych na RZS wykazuje obecność przeciwciał na EBV.

Inna hipoteza dotyczy zakażenia mykoplazmą. Mykoplazmy mają na powierzchni białka szoku termicznego.

W RZS w surowicy obecne są przeciwciała przeciwko tym białkom.

Poza tym w płynie stawowym u chorych znajdują się limfocyty gamma – delta, które proliferują pod wpływem antygenów mykoplazmy. Głównym procesem w patogenie zmian zapalnych w RZS jest autoimmunizacja, czyli wytwarzanie przeciwciał przeciw IgG określanych jako czynnik reumatoidalny.

Do innych czynników genetycznych zalicza się obecność antygenów HLADR1 i DR4 u 80% chorych oraz zmiany struktury receptorów limfocytów T.

Opisane czynniki genetyczne przyczyniają się do tzw. agregacji rodzinnej choroby.

U 20% chorych dochodzi do RZS wśród krewnych I stopnia, a u bliźniąt jednojajowych choroba występuje w ok. 27%.

Patomorfologia

Najwcześniejszą zmianą patologiczną jest zapalenie błony maziowej stawu (wysięk, niepohamowany rozrost błony maziowej).

Proces niszczenia stawu rozpoczyna się, gdy od brzeżnych części chrząstki zaczyna narastać na jej powierzchnię zapalna tkanka ziarninująca, która ma zdolność niszczenia tkanek stawowych i okołostawowych.

Ta ziarnina reumatoidalna wnika stopniowo do stawu niszcząc chrząstkę i kość.

Z czasem przekształca się ona w zbitą tkankę łączną zwaną łuszczką.

Zawiera ona liczne fibroblasty i pączkujące naczynia krwionośne.

Stopniowo dochodzi do coraz większego zniszczenia powierzchni stawowych, uszkodzenia więzadeł i zniekształceń stawów.

Równoczesne procesy naprawcze prowadzą do powstania zrostów włóknistych, potem kostnych, co powoduje usztywnienie stawów.

W przystawowych częściach kości dosyć wcześnie pojawia się osteoporoza.

Torebka stawowa w początkowym okresie RZS jest obrzękła, rozciągnięta przez wysięk w stawie, potem grubieje, włóknieje i obkurcza się.

Zmiany anatomopatologiczne w stawach

1. zapalenie błony maziowej stawów (przekrwienie, obrzęk, wysięk, rozrost);
2. powstanie ziarniny zapalnej;
3. ziarnina zamienia się w łuszczkę stawową;
4. zrosty między łuszczką przeciwnych stron stawu i usztywnienie stawu;

Zmiany anatomopatologiczne pozastawowe

1. zaniki mięśni;
2. zapalenie pochewek ścięgien;
3. zapalenie ścięgien;
4. zmiany w narządach wewnętrznych;
5. guzki reumatoidalne

Funkcjonalność ręki to

1. jakość chwytu – zdolność dostosowania ręki do trzymanego przedmiotu, zależy od ruchomości stawów,
2. wartość chwytu – zdolność do pokonywania obciążeń, ciężarów przedmiotów, zależy od siły mięśni ręki, sterowania ręką, jakości chwytu,

3. zdolności manipulacyjnych – zależą one od prawidłowego sterowania aparatu ruchu oraz od jakości i wartości chwytu.

Klasyfikacja deformacji ręki

1. deformacja może być skorygowana czynnie przez pacjenta;
2. deformacja może być skorygowana tylko biernie, ale pacjent może czynnie utrzymać tę korekcję;
3. deformacja jest korygowana biernie bez możliwości czynnego utrzymania;
4. nie ma możliwości biernej korekcji, deformacja jest stała.

I i II stopień – można uzyskać poprawę przez ćwiczenia,

III i IV stopień – można uzyskać poprawę przez zaprotezowanie lub poprzez leczenie operacyjne.

Obraz kliniczny i przebieg

Początek choroby może być ostry, jak i powolny.

Pojawiają się stany podgorączkowe, poboлевania stawów i mięśni, parestezje, utrata łaknienia i spadek masy ciała.

Są bóle i obrzęki najczęściej małych stawów rąk.

Zwykle są zaatakowane w sposób symetryczny (do 3 m-cy objawy pojawiają się w stawie symetrycznym).

raynauds

Skóra u chorych na RZS jest chłodna, wilgotna i ścieńczała co najwyraźniej zaznacza się w obrębie palców rąk.

Zapalenie ścian naczyń prowadzi do sinicy palców, rumienia dłoniowego i parestezji.

Typowy początek RZS w stawach rąk objawia się bólami i symetrycznymi obrzękami stawów śródręczno - palczkowych i międzypalczkowych bliższych, gł. II i III palca.

Potem proces zapalny obejmuje pozostałe stawy śródręczno – palczkowe i międzypalczkowe bliższe.

Stawy te są bolesne samoistnie i przy ruchach, ich obrysy grubieją.

Stawy międzypalczkowe mają kształt wrzecionowaty.

Skóra rąk staje się cienka i potliwa, wcześniej pojawiają się zaniki mięśni międzykostnych grzbietowych i glistowatych oraz mięśni kłębu kciuka i kłębika palca małego.

Z czasem powstają typowe dla RZS zniekształcenia rąk z zaburzeniem stabilności stawów i przemieszczeniami ścięgien.

Zniekształcenia typowe :

- **palce butonierki**, od II – V, jest to zgięcie w stawach międzypalczkowych bliższych a wyprost w międzypalczkowych dalszych, zmiany nie do wyćwiczenia, rozdziela się ścięgno mięśnia prostownika długiego palców nad stawem międzypalczkowym bliższym i oba jego włókna przechodzą na stronę dłoniową wywołując zgięcie w kciuku, zniekształcenie powstaje szybko, dochodzi do zgięcia w stawach śródręczno – palczkowych a do wyprost w stawach międzypalczkowych,
- **palce łabędzia szyjka**, ze względu na przykurcz mięśni międzykostnych dochodzi do wyprost w stawach międzypalczkowych bliższych a zgięcia w stawach międzypalczkowych dalszych jako wtórna zmiana mięśnia zginacza długiego palców,
- **odchylenie dołokciowe palców** w stawach śródręczno – palczkowych od II – V ze względu na zsuwanie się ścięgien poprzedzone podwichnięciami. Dlatego ćwiczymy ruchy w stronę kciuka,
- **podwichnięcia lub zwichnięcia** w stawach śródręczno – palczkowych palców II – V
- **zespół głowy kości łokciowej**, dochodzi do grzbietowego podwichnięcia głowy, utrudniona jest supinacja i pronacja,
- **zespół cieśni nadgarstka**,
- **podwichnięcie paliczka dalszego** względem bliższego w kciuku tzw. kaczy dziób, czemu często towarzyszy przeprost w stawie śródręczno – palczkowym,
- **palec zatraskujący**.

Guzek reumatoidalny

jest typową dla RZS zmianą morfologiczną.

Zbudowany jest z centralnie położonego ogniska martwicy włóknikowatej, otoczonego wałem promieniście układających się fibroblastów, a dalej warstwą tkanki łącznej, która zawiera limfocyty i komórki plazmatyczne.

Guzki reumatoidalne powstają najczęściej w tkance podskórnej, w miejscach narażonych na ucisk.

Rehabilitacja w reumatologicznym zapaleniu stawów rąk

Cele kinezyterapii rąk w RZS

- możliwość utrzymania otwarcia chwytu;
- utrzymanie zamknięcia chwytu;
- utrzymanie siły mięśni dla utrzymania chwytu;
- zachowanie zdolności manipulacyjnych ręki.

Cele reehabilitacji RZS stawów rąk ze względu na okres choroby

1. wczesne zmiany w obrębie rąk, niewielkie osłabienie chwytu i ograniczenie ruchomości, są małe stany zapalne bez trwałych deformacji, może być tzw. sztywność poranna, jest to I lub II stopień deformacji
Cel: utrzymanie zakresu ruchu i siły mięśni, profilaktyka deformacji: wyrobienie właściwych stereotypów ruchowych;
2. nieznaczne deformacje, możliwe do korekcji, jest to II stopień deformacji, osłabiona jest siła i zakres ruchu. Wprowadza się tu ortozy zabezpieczające przed deformacjami między ćwiczeniami.
Cel: utrzymanie zakresu ruchu i siły mięśni zwłaszcza kciuka, utrzymanie ruchomości i stabilizacji stawu nadgarstkowego;
3. wyraźne i widoczne deformacje z możliwością biernej korekcji, jest to III stopień deformacji.
Cel: utrzymanie prawidłowego ukształtowania ręki zwłaszcza łuków ręki, poprawa ruchomości kciuka zwłaszcza opozycji, bierna korekcja deformacji i jej zabezpieczenie aparatami, używanie pomocy ułatwiających samoobsługę nauka mechanizmów kompensacji ułatwiających samoobsługę;
4. deformacje niemożliwe do korekcji, jest to IV stopień deformacji, kinezyterapia ma charakter przygotowania do operacji, wykorzystywane są wszelkie kompensacje z wyższych stawów, konieczne są aparaty korekcyjne i pomocnicze do samoobsługi.
Jeżeli nie ma operacji to prowadzimy instruktaż rodzin

Bibliografia :

Dega – Ortopedia i rehabilitacja

Żuk & Dziak – Ortopedia z traumatologią narządów ruchu

Milanowska – Rehabilitacja medyczna

Nowotny - Podstawy fizjoterapii