

ARTROZA E GJURIT - GONARTROZA



Arbër Lama

Asistent,
Fakulteti i Mjekësisë,
Universiteti i Prishtinës

Specializant në Ortopedi dhe
Traumatologji,
Qendra Klinike Universitare
e Kosovës

Doktor i Mjekësisë,
Departamenti i Shërbimit të
Burgjeve,
Ministria e Shëndetësisë

Korrespondenca:
lamaarber@gmail.com

Artroza është një sëmundje kronike në të cilën kemi degjenerim dhe atrofi të indit kërcor. Kërci që mbështjell sipërfaqet artikulare është i ndër-tuar në mënyrë të atillë që të jetë sa më i lëmuar që të jetë e mundur, për të minimizuar forcat e fërkimit gjatë lëvizjes. Mirëpo për shkak se nuk përmban enë të gjakut dhe nuk furnizohet me lëndë ushqyese, kërci bëhet i brishtë, i ndjeshëm dhe me shumë pak aftësi regjeneruese.

Afërsisht rreth 240 milion persona në mbarë botën kanë simptoma të cilat ndikojnë në limitimin e aktiviteteve ditore për shkak të artrozës (1). Është sëmundje kronike më e shpeshtë që prek një tek të rriturit. Artikulacioni më i atakuar është gjuri dhe quhet gonartrozë (2). Incidenca e pacientëve që vuajnë nga gonartroza në vitin 2008 ishte 4.88%, ndërsa në vitin 2019 ishte 6.15% në 1000 banorë (3). Bëhet fjalë për një konsumim të sipërfaqes artikulare të kockave që përbëjnë artikulationin e gjurit, duke përfshirë patellën, pjesën proksimale të tibia dhe pjesën distale të femurit.

Varësisht nga shkaktari gonartroza mund të jetë primare dhe sekondare. Gonartroza primare është rezultat i degjenerimit të kërcit artikular pa ndonjë arsye të njohur, pra ka etiologji idiopatike ose mendohet si degjenerim për shkak të moshës. Gonartroza sekondare mund të shkaktohet nga ndikimi i faktorëve të jashtëm si: traumat, ndërhyrjet kirurgjike të mëparshme në gju, infeksionet, raptura e ligamenteve apo çarjet e meniskqeve, gjuri në varus apo valgus, skolioza, displazioni i kërdhokullave, predispozita gjenetike, inflamacioni nga sëmundjet metabolike dhe sëmundjet e ndryshme të organizmit si p.sh. gihti, artriti infektiv, artriti rheumatoid (4).

Në kuadër të faktorëve modifikues të rrezikut që mund të rrisin gjasat e shfaqjes së gonartrozës sekondare hyjnë: obeziteti, profesionet që kërkojnë qëndrim në këmbë për një kohë të gjatë, mbingarkesa e nyjës së gjurit dhe lëndimet e shaktuara gjatë aktiviteteve sportive. Faktorët jo modifikues të rrezikut për gonartrozë sekondare janë: moshja, gjinia, raca si dhe predispozita gjenetike. Femuri më i ngushtë, patella më e hollë, muskulatura, madhësia e kondilleve në tibia proksimale e bëjnë anatominë e gjurit tek femrat më të përshtatshme për shfaqjen e gonartrozës (5).

Gonartroza prek kryesisht personat e moshuar, zakonisht duke filluar nga moshja mbi 60 vjeçare (6) mirëpo nuk do të thotë që nuk mund të shfaqet edhe më herët. Në SHBA prevalenca e gonartrozës tek personat e moshës mbi 65 vjeçare është 33.6% (7). Gjithashtu ndikim të madh në shfaqjen e shpeshtë të gonartrozës ka edhe obeziteti. Tek personat me mbipeshë, simptomat e gonartrozës shfaqen më shpesh si dhe në moshë më të re (8).

Kërci artikular është i përbërë kryesisht nga kolegjeni i tipit II, proteoglikanet, kondrocitet dhe uji. Kërci i shëndoshë në kushte normale ruan një ekuilibër të këtyre përbërësve andaj edhe humbja e këtij ekuilibri rezulton në humbje të elasticitetit

të kërcit artikular.

Tabela 1. Ndikimi i moshës dhe artrozës në përbërët e kërcit artikular

	Moshja	Artroza
Uji	Ulet	Rritet
Kolagjeni	Njëjtë	Disorganizuar
Përmbajtja e proteoglikanit	Ulet	Ulet
Sinteza e proteoglikanit	Njëjtë	Rritet
Madhësia e kondrociteve	Rritet	Njëjtë
Numri i kondrociteve	Ulet	Njëjtë

Sëmundja zhvillohet ngadalë dhe në fillim për një kohë të gjatë pacientët mund të mos kenë simptoma. Arsyeja kryesore dhe më e shpeshtë e vizitës mjekësore të pacientit që vuan nga gonartroza është dhimbja e gjurit. Si mjek të përgjithshëm gjatë anamnezës duhet të fokusohemi në lokacionin e dhimbjes, kohëzgjatjen, shpërndarjen e dhimbjes, kohën kur shfaqet dhimbja dhe shkallën e saj. Shenja klinike kryesore e pacientëve që vuajnë nga artroza e gjurit është dhimbja e gjurit, sidomos gjatë ecjes dhe ngritjes apo zbritjes së shkallëve apo edhe pas ngarkesës së tepërt pas aktiviteteve sportive. Karakteristike është shfaqja graduale e dhimbjes dhe përqëndrimi i saj me kalimin e kohës. Ankesë tjetër është edhe edema e gjurit si pasojë e shtimit të lëngut sinovial, kërcitja si dhe kufizimi i lëvizjes së gjurit. Gjatë punës me pacientët me gonartrozë, ka raste kur ata edhe mund të çalojnë dhe arsyeja është se ata duan të mbrohen nga dhimbja gjatë lëvizjes. Si pasojë e kufizimit të lëvizshmërisë së gjurit, zhvillohet atrofi e muskujve të kofshës dhe nëngjurit.



Figura 1. Gonartrozë e gjurit të majtë

Ekzaminimi fizik tek pacientët me gonartrozë filon me inspektimin e regjionit të artikulacionit të gjurit. Gjatë inspektimit ne mund të vërejmë edemin dhe atrofinë muskulore tek pacientët që kanë dhimbje për një kohë të gjatë. Gjithashtu gjatë ekzaminimit duhet të bëjmë testet e ndryshme që vlerësojnë lëvizjen dhe funksionalitetin e artikulacionit të gjurit si dhe evidentojnë lëndimet e menisqeve apo ligamenteve. Radiografia standarde në këmbë është metoda më e shpeshtë që përdoret për evidentimin e gonartrozës dhe ajo do të tregojë një zvogëlim të hapësirës artikulare, dendësim të kockës sub-kondrale, dhe osteofite (kocka e deformuar si me maja). Përdoren edhe Ultrasonografia, CT dhe MRI por më rrallë.

Nga ana radiologjike sipas Kellgrenit dhe Lawrence (9) kjo sëmundje klasifikohet në 5 faza apo shkallë:

Trajtimi mund të jetë konservativ dhe kirurgjik. Në fillim provohet me metoda jo kirurgjike dhe në këtë grup hyjnë barnat për qetësimin e dhimbjeve, suplementet dietale si glukozamina dhe kondritina, terapia fizikale, edukimi i pacientit, modifikimi i aktiviteteve fizike dhe humbja e peshës. Në kuadër të modifikimit të aktiviteteve kemi ushtrimet në një biçikletë statike që ndikojnë në qetësimin e dhimbjeve dhe rritjen e performancës në aktivitetet sportive (10).

Kur planifikojmë mënyrën e trajtimit të gonar-

trozës, duhet marrë parasysh moshën e pacientit, fazën e sëmundjes, shkallën e dëmtimit të nyjave, praninë dhe ashpërsinë e dhimbjes. Andaj sidoqoftë trajtimi ka për qëllim të lehtësojë dhimbjet dhe të ngadalësojë përparimin e sëmundjes.

Faza fillestare mund të trajtohet me barna anti-inflamatore jo-steroidike si dhe barna që përmbajnë kondroitinë dhe glukozamin, të cilat rivendosin strukturën e kërcit dhe rrisin elasticitetin. Gjithashtu mund të fillojë edhe fizioterapi si dhe ndryshimet në stilin e jetesës në kuptimin e reduktimit të peshës trupore dhe llojin e ushqimeve.

Në fazën e dytë përveç fizioterapisë së cekur më lartë, rekomandohet edhe një regjim i rreptë me ushtrime për përforcimin e muskujve dhe rritjen e stabilitetit të gjurit, mund të vendosim mbajtëse për gju apo edhe shtojca ortopedike që të mbrohet gjuri nga stresi.

Në fazën e tretë mund të përdorim terapi intraartikulare me injektimin e kortikosteroideve apo acidit hialorinik. Kohët e fundit bëhet edhe injektimi intraartikular i plazmës së pasur me trombocite-PRP ku efektet e saj janë shumë të mira dhe me më pak efekte anësore se sa injektimi i kortikosteroideve (11).

Faza e fundit trajtohet në mënyrë kirurgjike. Trajtimi kirurgjik i gonartrozës mund të jetë si: osteotomi, artroplastika e njërit kompartment të gjurit si dhe artroplastika totale e gjurit.

Referencat:

- 1) Hawker G Osteoarthritis: a serious disease Osteoarthritis Research Society International 2016. <https://www.oarsi.org/research/oa-serious-disease>.
- 2) Andrianakos AA, Kontelis LK, Karamitsos DG, et al.: Prevalence of symptomatic knee, hand and hip osteoarthritis in Greece. The ESORDIG study. *J Rheumatology* 2006; 33: 2507-13.
- 3) Arslan IG, Damen J, de Wilde M, van den Driest JJ, Bindels PJE, van der Lei J, Schiphof D, Bierma-Zeinstra SMA. Incidence and Prevalence of Knee Osteoarthritis Using Codified and Narrative Data From Electronic Health Records: A Population-Based Study. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2022 Jun;74(6):937-944. doi: 10.1002/acr.24861. Epub 2022 Apr 9. PMID: 35040591; PMCID: PMC9325508.
- 4) Varady NH, Grodzinsky AJ. Osteoarthritis year in review 2015: Mechanics. *Osteoarthritis Cartilage* 2016 Jan;24(1):27-35. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.joca.2015.08.018>
- 5) Long, H.; Zeng, X.; Liu, Q.; Wang, H.; Vos, T.; Hou, Y.; Lin, C.; Qiu, Y.; Wang, K.; Xing, D.; et al. Burden of osteoarthritis in China, 1990-2017: Findings from the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet Rheumatol*. 2020, 2, e164-e172. [CrossRef]

Tabela 2. Klasifikimi sipas Kellgrenit dhe Lawrence duke u bazuar në radiografitë AP.

Faza 0	Mungesa e ndryshimeve reaktive dhe pa ngushtim të hapësirës në nyje.
Faza 1	Ngushtimi i hapësirës në nyje i dyshimtë dhe mund të ketë osteofite të vogla.
Faza 2	Osteofitet vërehen definitivisht, hapësira e nyjës ndryshon minimalisht.
Faza 3	Osteofite mesatarisht të mëdha, ngushtim i nyjës, mundësisht deformitet në kocka.
Faza 4	Osteofite të mëdha, ngushtimi i theksuar i nyjës, deformitet në kocka.

6) Zhang, Y.; Jordan, J.M. Epidemiology of Osteoarthritis. *Clin. Geriatr. Med.* 2010, 26, 355-369. [CrossRef] [PubMed].

7) Lawrence RC, Felson DT, Helmick CG, et al; National Arthritis Data Workgroup. Estimates of the prevalence of arthritis and other rheumatic conditions in the United States: Part II. *Arthritis Rheum* 2008 Jan;58(1):26-35. DOI: <https://doi.org/10.1002/art.23176>.

8) Lee R, Kean WF. Obesity and knee osteoarthritis. *Inflammopharmacology*. 2012 Apr;20(2):53-8. doi: 10.1007/s10787-011-0118-0. Epub 2012 Jan 12. PMID: 22237485.

9) Kohn MD, Sassoon AA, Fernando ND. Classifications in Brief: Kellgren-Lawrence Classification of Osteoarthritis. *Clin Orthop Relat Res*. 2016 Aug;474(8):1886-93.