Revista MJEKU
Vëllimi 4

OSTEOARTRITI I GJURIT: CILAT JANË OPSIONET?

Rilind Shala

Profesor Asistent

Fizioterapeut

Korrespodenca:
rilind.shala@uni-pr.edu

Osteoartriti është një sëmundje degjenerative e kyçeve kryesisht që prek të moshuarit. Karakterizohet nga erozioni i kërcit artikular, hipertrofia e kockave në skaje (d.m.th. osteofitet) dhe skleroza subkondrale.1 Pavarësisht përhapjes së tij të gjerë, megjithatë, etiologjia e saktë, patogjeneza dhe përparimi i osteoartritit janë të panjohura. Disa faktorë mund ta bëjnë një person më të prekshëm ndaj sëmundjes. Osteoartriti prek 33.6% të personave më të vjetër se 65 vjeç. Rreth 80% e pacientëve me osteoartrit të gjurit kanë disa kufizime në lëvizje dhe 25% nuk mund të kryejnë aktivitetet kryesore të jetës së përditshme. Përafërsisht 11% e të rriturve me osteoartritin e gjurit kanë nevojë për ndihmë me kujdesin personal.2

Simptoma më e zakonshme e paraqitur tek personat me osteoartrit të gjurit është dhimbja që është më e ashpër me lëvizje dhe më e mirë me pushim. Shenjat dhe simptomat e tjera prezantuese përfshijnë ngurtësimin që përgjithësisht përmirësohet pas 30 minutash nga aktiviteti, krepituset, ënjtje dhe çalimi.3 Në rastet e avancuara, pacientët mund të paraqesin simptoma të paqëndrueshmërisë, genu valgum ose varum.3

OA klasifikohet në dy grupe sipas etiologjisë: parësore (idiopatike ose jo traumatike) dhe dytësore (zakonisht për shkak të traumës ose mospërputhjes mekanike). Ashpërsia e sëmundjes mund të vlerësohet gjithashtu sipas gjetjeve radiografike nga sistemi Kellgren-Lawrence (KL) i përshkruar në vitin 1957. Në të kaluarën besohej se OA ishte ekskluzivisht një sëmundje degjenerative e kërcit, megjithatë, provat e fundit kanë vërtetuar se OA është një entitet multifaktorial, që përfshin faktorë të shumtë si trauma, forcat mekanike, inflamacionet, reaksionet biokimike dhe çrregullimet metabolike.4 Dihet gjithashtu se indi kërcor nuk është i vetmi i përfshirë. Duke pasur parasysh mungesën e enëve të gjakut dhe inervimit, kërci në vetvete nuk është i aftë të prodhojë inflamacion ose dhimbje të paktën në fazat e hershme të sëmundjes. Prandaj, burimi i dhimbjes rrjedh kryesisht nga ndryshimet në komponentët jo kërcor të kyçit, si nyja, kapsula, sinoviumi, kocka subkondrale, ligamentet dhe muskujt periartikularë. Roli i inflamacionit nuk është kuptuar mirë dhe ka një debat të vazhdueshëm për të përcaktuar nëse reagimi inflamator shkakton ndryshimet e OA, ose në vend të kësaj, inflamacioni është dytësor ndaj ndryshimeve të OA.5

Sinoviti (infiltrimi i qelizave inflamatore në sinovium) është një gjetje e zakonshme e OA dhe mund të jetë i pranishëm në fazat e hershme të sëmundjes, por është më i përhapur drejt fazave më të avancuara.

Diagnostikimi

Njohja e hershme e pacientëve me rrezik për OA të gjurit dhe korrigjimi i faktorëve të rrezikut është i rëndësishëm. Diagnoza mund të bëhet në bazë të historisë dhe karakteristikave klinike. Megjithatë, në një numër pacientësh, veçanërisht në pacientët me karakteristika klinike të dyshuara, konfirmimi i OA ose përcaktimi i shtrirjes së përfshirjes së kyçit mund të kërkojë kryerjen e ekzaminimeve radiografike ose MRI-së. Informacione në lidhje me disa karakteristika klinike dhe faktorë rreziku si mosha, indeksi i masës trupore, fillimi traumatik, vështirësitë në zbritjen e shkallëve, efuzioni i prekshëm, gama e lëvizjes me përkulje të kufizuar dhe kripitusi janë të dobishme dhe parashikojnë zhvillimin e gjetjeve radiografike në favor të OA të gjurit me një sensitivitet dhe specificitet 94% dhe 93%, respektivisht.4

Diagnoza e gjurit mund të jetë gjithashtu e

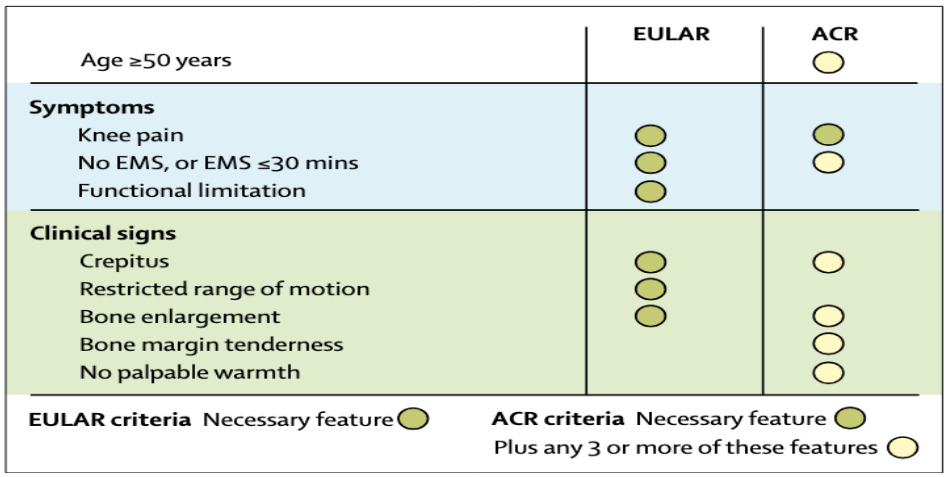

Figura 1. Kriteret EULAR dhe kriteret ACR për diagnostikimin e osteoartritit të gjurit. (Hunter DJ, Bierma-Zeinstra S. Osteoarthritis. Lancet. 2019 Apr 27;393(10182):1745-1759. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30417-9. PMID: 31034380.)

mundur sipas kritereve të Kolegjit Amerikan të Reumatologjisë, si dhe duke përdorur kriteret diagnostikuese EULAR. Bazuar në kriterin e fundit, prania e 3 simptomave (dhimbje e vazhdueshme e gjurit, ngurtësi e kufizuar në mëngjes dhe reduktim i funksionit) dhe 3 shenjave (krepitus, lëvizje e kufizuar dhe zmadhimi i kockave) mund të diagnostikojë saktë 99% të OA të gjurit kur të 6 simptomat dhe shenjat janë të pranishme. Në diagnozën diferenciale të OA të gjurit duhet të merren parasysh disa kushte. Artriti septik, sëmundjet inflamatore artikulare mund të përjashtohen nga modeli i prekjes së kyçeve dhe karakteristikat e duhura klinike dhe testet laboratorike. Dhimbja dypalëshe simetrike e kyçeve të vogla, ënjtja dhe ngurtësimi duhet të ngjallin dyshimin për RA. dore dhe gjuri zakonisht preket nga pseudoguti. Ngurtësia në brezat e shpatullave dhe të ijëve, e përkeqësuar në mëngjes, sugjeron për polimialgji reumatike. Kur është vendosur një diagnozë përfundimtare e OA së gjurit, nuk kërkohen hetime të mëtejshme në lidhje me testin laboratorik.5

Trajtimi

Qëllimi i menaxhimit të OA është të kontrollohen sinjalet e dhimbshme që vijnë nga këto kyçe, por edhe më shumë, të përmirësohet funksionaliteti dhe cilësia e jetës.

Aktualisht, udhëzues të ndryshëm janë duke u zhvilluar nga shoqëri të shumta akademike dhe profesionale për të standardizuar dhe rekomanduar opsionet e disponueshme të trajtimit. Midis tyre, ne mund të gjejmë Shoqërinë e Kërkimit të Osteoartritit Ndërkombëtar (OARSI), Kolegji Amerikan i Reumatologjisë (ACR) dhe Akademia Amerikane e Kirurgëve Ortopedikë (AAOS).

Terapitë jo-farmakologjike duhet të tentohen gjithmonë si linja e parë e trajtimit për OA të gjurit. Inaktiviteti dhe mospërdorimi janë të dëmshme për shëndetin e kyçit, mungesa e stimulimit mekanik shkakton një degjenerim më të shpejtë të kërcit për shkak të zbutjes së kërcit/rrallimit, uljes së përmbajtjes së glikozaminoglikanit, dhe mekanika dhe fleksibiliteti i dëmtuar i kyçeve.6 Rutinat e ushtrimeve duhet t'i përshtaten nevojave/tolerancës dhe preferencave të çdo pacienti, aktivitetet me ndikim të lartë duhet të shmangen dhe respektimi afatgjatë duhet të maksimizohet për të rritur suksesin. Terapitë ujore ofrojnë një alternativë për pacientët që hezitojnë të fillojnë ushtrime në tokë, duke pasur parasysh ndikimin më të vogël të presionit. Disa pacientë mund të tolerojnë më mirë terapinë ujore dhe të ulin përkeqësimin e simptomave (ndonjëherë të përjetuara kur fillojnë rutinat e mbajtjes së peshës). Disa mjekë e përdorin këtë terapi si një urë për të arritur në modalitetet e bazuara në tokë pasi pacienti të ketë humbur frikën të lëvizjes.

Aktiviteti fizik i lehtë deri në mesatar ofron përfitime të shumta për këtë popullatë pacientësh, përveç përmirësimeve mekanike dhe funksionale, ato ofrojnë gjithashtu një reduktim të

rrezikut të diabetit, ngjarjeve kardiovaskulare, rënieve, paaftësisë dhe një përmirësim të vetë efikasitetit.

Sipas autorit Shala7, ndërtimi i vetë-efikasitetit të pacientëve duke i informuar dhe përfshirë në një proces vendimmarrjeje racionale dhe të ndërsjellë është një pjesë e rëndësishme e kujdesit ndaj pacientëve, gjithmonë brenda një kuadri biopsikosocial.

SORT: KEY RECOMMENDATIONS FOR PRACTICE

Clinical recommendation	*Evidence rating*	*References*
Water- or land-based exercise, aerobic walking, quadriceps strengthening, resistance exercise, and tai chi reduce pain and disability from knee osteoarthritis.	A	7-13
Glucosamine supplementation may provide some benefit for persons with knee osteoarthritis, especially in those with moderate to severe pain. However, the evidence for this benefit is mixed.	B	15
Chondroitin supplementation does not decrease pain in persons with knee osteoarthritis.	B	15
Acupuncture may provide some benefit in persons with knee osteoarthritis; however, the evidence is weak.	B	16, 17
S-adenosylmethionine (SAM-e) is as effective as nonsteroidal anti-inflammatory drugs in reducing pain and disability from knee osteoarthritis.	B	18
Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and acetaminophen improve pain in persons with knee osteoarthritis.	A	25, 28
Older patients with moderate to severe pain from knee osteoarthritis may experience modest benefit with tramadol (Ultram); however, its use is limited by adverse effects.	B	29
Intra-articular corticosteroid injections provide short-term benefit with few adverse effects in the treatment of knee osteoarthritis.	A	32, 33
Evidence is mixed for the effectiveness of hyaluronic acid injections for the treatment of knee osteoarthritis.	B	34

A = consistent, good-quality patient-oriented evidence; B = inconsistent or limited-quality patient-oriented evidence; C = consensus, disease-oriented evidence, usual practice, expert opinion, or case series. For information about the SORT evidence rating system, go to http://www.aafp.org/afpsort.xml.

Figura 2. Rekomandimet kryesore të ranguara sipas efektivitetit në trajtimin e osteoartritit të gjurit. (Ringdahl E, Pandit S. Treatment of knee osteoarthritis. American family physician. 2011 Jun 1;83(11):1287-92.)

Referencat:

1.Hussain SM, Neilly DW, Baliga S, Patil S, Meek RM. Knee osteoarthritis: a review of management options. Scottish medical journal. 2016 Feb;61(1):7-16.

2.McAlindon TE, Bannuru R, Sullivan MC, Arden NK, Berenbaum F, Bierma-Zeinstra SM, Hawker GA, Henrotin Y, Hunter DJ, Kawaguchi H, Kwoh K. OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis. Osteoarthritis and cartilage. 2014 Mar 1;22(3):363-88.

3.Heidari B. Knee osteoarthritis prevalence, risk factors, pathogenesis and features: Part I. Caspian journal of internal medicine. 2011;2(2):205.

4.Mora JC, Przkora R, Cruz-Almeida Y. Knee osteoarthritis: pathophysiology and current treatment modalities. Journal of pain research. 2018 Oct 5:2189-96.

5.Arden NK, Crozier S, Smith H, Anderson F, Edwards C, Raphael H, Cooper C. Knee pain, knee osteoarthritis, and the risk of fracture. Arthritis Care & Research: Official Journal of the American College of Rheumatology. 2006 Aug 15;55(4):610-5.

6.Hunter DJ, March L, Sambrook PN. Knee osteoarthritis: the influence of environmental factors. Clinical and experimental rheumatology. 2002 Jan 1;20(1):93-100.

7.Shala R. Knee osteoarthritis: through a biopsychosocial lens. European Journal of Physiotherapy. 2021 Mar 4;23(2):132.