

# BENEFICIILE RECUPERĂRII MEDICALE ÎN ARTROZA DE ȘOLD

MARIANA CEVEI<sup>1</sup>, CARMEN CSEPPENTO<sup>2</sup>, RAMONA SUCIU<sup>3</sup>, DORINA STOICĂNESCU<sup>4</sup>

<sup>1,2,3</sup>Universitatea din Oradea, <sup>4</sup>Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș" Timișoara

**Cuvinte cheie:** coxartroză, program fizical-kinetic, durere, calitatea vieții

**Rezumat:** Scop: Acest studiu a avut drept scop stabilirea eficienței programului de recuperare asupra calității vieții la pacienții cu coxartroză. Metode: 144 pacienți spitalizați pentru coxartroză au fost incluși în studiu. Toți pacienții au urmat un program de recuperare, repetat după 6 luni și după 12 luni. S-au efectuat patru evaluări utilizând scala VAS, indicele funcțional Lequesne și indicele HAQ. Pentru prelucrarea datelor statistice s-a folosit programul SPSS. Rezultate: Indicatorii de calitate a vieții investigați cu scorul HAQ au fost cel mai puternic și foarte semnificativ corelați cu durerea. Pe termen scurt, calitatea vieții s-a îmbunătățit după recuperarea medicală, dar pe termen lung a existat o scădere continuă. Concluzii: Corelarea durerii cu pierderea abilităților ocupaționale demonstrează predictibilitatea acestor instrumente în evaluarea clinică și funcțională. Ameliorarea temporară a durerii demonstrează necesitatea efectuării programului de recuperare la fiecare 6 luni. Terapia fizical-kinetică îmbunătățește manifestările clinice și funcționale pe termen scurt și încetinește evoluția bolii.

**Keywords:** hip osteoarthritis, physical-kinetic program, pain, quality of life

**Abstract:** Aim: This study aimed at establishing the efficiency of rehabilitation programme on the quality of life in the patients with hip osteoarthritis. Methods: 144 patients hospitalized for hip osteoarthritis were included in the study. All patients followed a rehabilitation programme, repeated after 6 and 12 months. Four evaluations using VAS scale, Lequesne functional index, HAQ index were performed. SPSS statistics was used. Results: Quality of life indicators investigated with HAQ score were most strongly and very significantly correlated with pain. On short-term, the quality of life improved after rehabilitation, but on long term there was a continuous decrease. Conclusions: The correlation of pain with the loss of occupational abilities demonstrates the predictability of these instruments in clinical and functional assessment. Temporary relief of pain demonstrates the need for rehabilitation every 6 months. The kinetic-physical therapy improves the clinical and functional manifestations on short term and slows the evolution of the disease.

## INTRODUCERE

Artroza este considerată o maladie a timpurilor moderne, plasându-se pe locul al doilea în bolile cronice, după afecțiunile cardio-vasculare, constituind una din principalele probleme de sănătate publică.

Tabloul patologic cuprinde distrucția focală a cartilajului articular, urmată de modificările osului subcondral, iar aspectul radiologic definește severitatea bolii, incluzând pensarea de spațiu, osteofitele, scleroza subcondrală, formarea de chiste și anomalii ale conturului osos. Ulterior este antrenată și sinoviala cu țesuturile periarticulare, boala fiind considerată în evoluție o maladie globală a articulației.(1) Artroza de șold determină diferite semne clinice, de la durere la mers până la limitarea mișcărilor articulației coxofemorale, atitudini vicioase, hipotrofia musculaturii și tulburări de mers.(2) Terapii non-farmacologice și farmacologice sunt recomandate în artroza de șold. Terapia complexă are scopul de a combate durerea musculoscheletală, deteriorarea funcției articulare, handicapului care se agravează cu vârsta și cu evoluția procesului degenerativ.(3)

Un studiu recent a estimat că una din patru persoane va dezvolta artroză de șold până la vârsta de 85 de ani.(4)

Având în vedere noile perspective privind artroza de șold, identificarea strategiilor de tratament continuă să fie obiectul mai multor programe de cercetare, pentru îmbunătățirea

calității vieții persoanelor afectate. Programele de reabilitare, oferite ca terapii de primă linie, vizează reducerea semnificativă a durerii și a inflamației, restaurarea stabilității șoldului, îmbunătățirea mișcării, prevenirea și combaterea atitudinilor vicioase, corectarea poziției trunchiului și bazinului prin tonifierea musculaturii paravertebrale lombare și a membrilor, instruirea bolnavului asupra regulilor de viață cu respectarea regulilor de igienă a șoldului, care să-i permită o cât mai mare independență socio-profesională, precum și reintegrarea socio-profesională.(5)

## SCOP

Obiectivul acestui studiu prospectiv a fost de a stabili eficiența programului de recuperare medicală asupra calității vieții la pacienții cu coxartroză.

## MATERIAL ȘI METODĂ DE LUCRU

În perioada ianuarie 2010 - ianuarie 2011 am evaluat 144 de pacienți, toți caucazieni, cu coxartroză, tratați în Spitalul Clinic de Urgență "Avram Iancu", din Oradea, România, care au îndeplinit criteriile de includere. Aceștia au fost: diagnosticul de coxartroză în conformitate cu criteriile ACR (6) și criteriile radiologice, vârsta de peste 18 ani, fără tratament de recuperare anterior pentru coxartroză, posibilitatea de a evalua pacientul de cel puțin două ori pe an - timp de un an, acceptul pacientului de

<sup>1</sup>Autor corespondent: Carmen Cseppento, P-ța 1 Decembrie, Nr. 10, Oradea, România, E-mail: delia\_cseppento@yahoo.com, Tel: +40259 415680  
Articol intrat în redacție în 19.08.2012 și acceptat spre publicare în 25.10.2012  
ACTA MEDICA TRANSILVANICA Decembrie 2012;2(4):107-110

## ASPECTE CLINICE

a efectua un program kinetic la domiciliu și de a respecta regulile de igienă a șoldului și modificările stilului de viață.

Criterii de excludere: existența unei artroplastii articulare, episod acut al bolii asociate, prezența unor tulburări care contraindică procedurile centrului nostru de recuperare (cancer, depresie, demență severă, boli autoimune, insuficiență cardiacă clasa NYHA II-IV, boli renale severe, astm bronșic care necesită oxigen continuu), pacienții care au efectuat un tratament de recuperare pentru alte boli, dar au asociat coxartroza (de exemplu, boli neurologice). Datele au fost colectate în conformitate cu principiile de etică medicală. Toți pacienții și-au dat consimțământul scris informat pentru includerea în studiu. Datele demografice și clinice au inclus vârsta, sexul, înălțimea, greutatea, IMC, alte articulații afectate. S-a folosit stadializarea Mitchel și Cruess.(7) Radiografiile de șold au fost evaluate cu ajutorul sistemului de clasificare Kellgren-Lawrence.(8)

Toți pacienții au urmat un program de recuperare de 12 zile, repetat după 6 luni și au urmat tratament medicamentos pentru coxartroză și pentru bolile asociate, la recomandarea medicului specialist. Programul intensiv de reabilitare a constat din: electroterapie, masaj, împachetări cu parafină, kinetoterapie. Kinetoterapia a constat din programe individualizate, de 6 ori pe săptămână, 30 de minute, cu exerciții gama de mișcare asistată și pasivă, mișcări împotriva rezistenței manuale, și a continuat cu programe de exerciții la domiciliu de 4 ori pe săptămână, 30 de minute, cu exerciții care cresc forța, rezistența (weightbearing) și de coordonare, care reduc durerea, gama de exerciții de mișcare activă. Tratamentul cu parafină a fost utilizat zilnic, 20 de minute pentru inducerea relaxării musculare și efect analgic. Electroterapia analgică (curent interferențial, TENS), ultrasunetul și masajul au avut scopul de a reduce durerea și de a induce relaxarea musculară. Educarea pacienților și self-management au inclus schimbarea stilului de viață, cum ar fi reducerea greutății, evitarea ortostatismului prelungit, reducerea șocurilor la nivelul articulației afectate, evitarea mersului pe teren accidentat, folosirea bastoanelor atunci când este cazul, purtarea de pantofi cu tocuri late, joase, evitarea scaunelor prea joase, evitarea flexiei șoldului mai mare de 90°. Programul de recuperare a fost realizat în conformitate cu normele specifice de aplicare, urmând indicațiile/contraindicațiile de utilizare a fiecărei proceduri. Am efectuat patru evaluări: la internare în spital, înainte ca pacienții să înceapă programul de reabilitare, la externare, după 6 luni și după 1 an, folosind scala VAS pentru durere, indicele funcțional Lequesne și indicele HAQ. Evaluările la 6 luni și 1 an au fost realizate înainte ca pacienții să înceapă programele de reabilitare. Evaluarea durerii a fost efectuată cu scala VAS (lungime 100 mm, de la lipsa durerii la durere foarte severă). Indicele Lequesne a fost utilizat pentru a evalua severitatea artrozei de șold. Chestionarul are 10 întrebări, scorul maxim este de 24 (9). Pentru evaluarea statusului funcțional am folosit chestionarul de evaluare a sănătății - Health Assessment Questionnaire - (HAQ), compus din 20 de itemi, grupați în 8 categorii, cu privire la activitățile de zi cu zi. Pentru fiecare, scorul variază de la 0 (nici o dificultate) la 3 (imposibilitatea de a face acel element).(10)

Pentru prelucrarea statistică a datelor s-a utilizat programul SPSS (versiunea 20.0). Pragul de semnificație pentru comparații a fost stabilit la 5% ( $p < 0,05$ ). Pentru analiza corelațiilor dintre parametri liniari s-a calculat coeficientul Pearson.

### REZULTATE

Datele demografice și clinice ale pacienților sunt prezentate în tabelul nr. 1.

### Evaluarea impactului programului de recuperare

Evaluarea comprehensivă a evoluției pacientului necesită măsurători credibile în ceea ce privește statusul funcțional împreună cu date clinice, biologice și radiologice. La pacienții noștri s-au urmărit următorii parametri: durerea, impactul funcțional, calitatea vieții. Toți pacienții incluși în studiu au urmat programul de reabilitare descris mai sus. În grupul studiat valorile durerii pe scala VAS au variat între 35-80 mm. S-a observat că durerea s-a ameliorat semnificativ statistic la externare, dar după 1 an, valoarea a rămas neschimbată față de evaluarea precedentă (tabelul nr. 2, figura nr. 1).

**Tabelul nr. 1. Caracteristicile demografice și clinice inițiale ale lotului cu coxartroză. Valorile sunt prezentate ca medii, deviații standard și procente din lotul total**

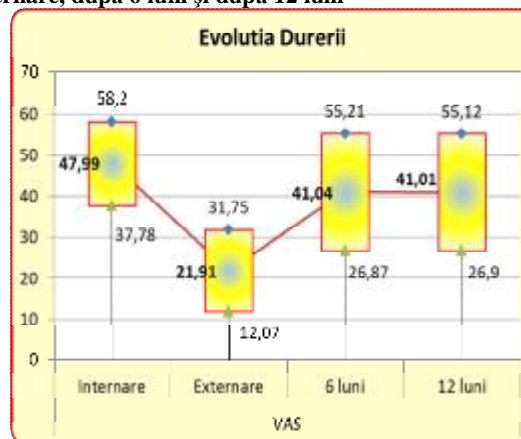
Caracteristici	Lot total N=144
<b>Vârstă (ani)</b>	62.61±8.48
Range	25-82
<40	6 (4.16%)
41-50	16 (11.11%)
51-60	39 (27.08%)
61-70	49 (34.03%)
>71	34 (23.61%)
<b>Stadiu:</b> Inițial	16 (11.11%)
Evoluat	114 (79.17%)
Final	14 (9.72%)
<b>Etiologie:</b> Primară	116 (80.55%)
Secundară	28 (19.44%)

**Tabel nr. 2. Indicatori statistici de variație a durerii la pacienții cu coxartroză, evaluare la internare, la externare, după 6 luni și respectiv, după 12 luni**

VAS	Media	Mediana	Deviația standard	Deviația medie	Dispersia	Coefficient de variație	Valoare a P
Internare	47.99	40.00	10.21	8.78	104.31	21.28	
Externare	21.91	20.00	9.84	8.36	96.85	44.92	0.001*
6 luni	41.04	50.00	14.17	12.29	200.66	34.51	<0.05†
12 luni	41.01	50.00	14.11	12.26	199.2	34.33	>0.05‡ <0.0001§

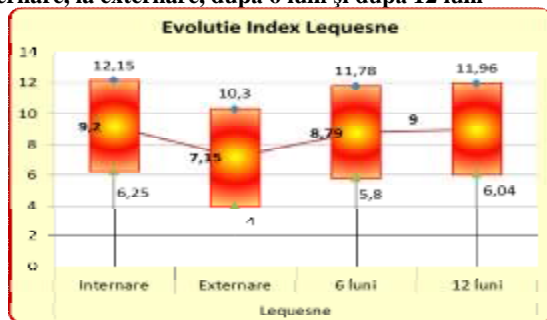
\*Internare-Externare, †Internare-6 luni, ‡6 luni-12 luni, § Internare-1 an

**Figura nr. 1. Variația durerii: evaluarea la internare, la externare, după 6 luni și după 12 luni**



## ASPECTE CLINICE

**Figura nr. 2. Variația indicelui Lequesne: evaluarea la internare, la externare, după 6 luni și după 12 luni**



**Tabelul nr. 3. Indicatori statistici de variație a indicelui Lequesne la pacienții cu coxartroză, evaluare la internare, la externare, după 6 luni și respectiv, după 12 luni**

Lequesne	Media	Mediana	Deviația standard	Deviația medie	Dispersia	Coefficient de variație	Valoarea P
Internare	9.20	9.50	2.95	2.22	8.70	32.06	
Externare	7.15	7.00	3.15	2.31	9.89	43.97	0.02*
6 luni	8.79	8.00	2.99	2.54	8.94	34.00	< 0.05†
12 luni	9	9.00	2.96	2.22	8.7	32.80	0.2‡ 0.2§

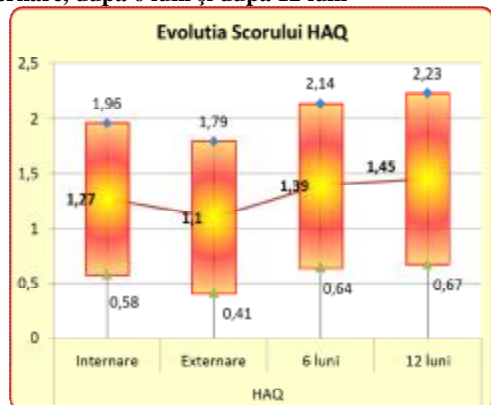
\*Internare-Externare, †Internare-6 luni, ‡6 luni-12 luni, § Internare-1 an

**Tabelul nr. 4. Indicatori statistici de variație a scorului HAQ la pacienții cu coxartroză, evaluare la internare, la externare, după 6 luni și respectiv, după 12 luni**

HAQ	Media	Mediana	Deviația standard	Deviația medie	Dispersia	Coefficient de variație	Valoarea P
Internare	1.27	1.38	0.69	0.59	0.48	54.16	
Externare	1.10	1.00	0.69	0.61	0.47	62.43	0.0001*
6 luni	1.39	1.75	0.75	0.68	0.56	54.12	0.0001†
1 an	1.45	2.00	0.78	0.70	0.60	53.60	0.0001‡ 0.0001§

\*Internare-Externare, †Internare-6 luni, ‡Internare-1 an, § Internare-1 an

**Figura nr. 3. Variația scorului HAQ: evaluarea la internare, la externare, după 6 luni și după 12 luni**



**Figura nr. 4. Variația pierderii de activitate: evaluarea la internare, la externare, după 6 luni și după 12 luni**



Pe termen scurt, calitatea vieții s-a îmbunătățit după reabilitare, dar pe termen lung, a existat o deteriorare (tabelul nr. 4, figura nr. 3), scorul HAQ a crescut în continuare în comparație cu a doua evaluare, ceea ce reflectă o scădere continuă a calității vieții. Eficiența terapiei a fost evidențiată de îmbunătățirea capacității funcționale (scorul HAQ) de la 42,33% pierdere, așa cum a fost inițial, la pierdere de 36,6% după tratament. Dar, din păcate, evaluarea la 6 luni a relevat o pierdere de activitate de 46,6%, iar la 12 luni a scăzut la aproape jumătate din valoarea standard (figura nr. 4).

### DISCUȚII

Studiul de față subliniază importanța monitorizării durerii și pierderii de activitate - activități ale vieții zilnice-folosind scorurile clinice și funcționale. Ameliorarea clinică a durerii pe termen scurt, a fost evidentă, la fel și îmbunătățirea funcțională și, foarte important, menținerea abilităților ocupaționale (rezidual funcțional) pe parcursul unui an de tratament.

Este cunoscut faptul că dizabilitatea are un anumit impact asupra indivizilor, percepția bolii modificând relația dintre boală și dizabilitate, boală și rezultatul tratamentului.(11)

O caracteristică importantă a fost reprezentată de stadiul clinic al bolii. Am observat că majoritatea pacienților au fost în stadiul evoluat al bolii, doar 11,11% dintre pacienți erau în stadiu incipient. Responsabile pentru unele dintre rezultate nesatisfăcătoare în urma tratamentului au fost cazurile aflate în stadiul final.

Monitorizând durerea am remarcat tendința descrescătoare a scorului durerii după 2 săptămâni de recuperare medicală, extrem de semnificativ statistic, relevând efectul favorabil imediat al tratamentului complex fizical-kinetic. La evaluările ulterioare, scorul mediu al durerii a crescut liniar, menținându-se la valori apropiate după 6 și 12 luni.

Evaluarea indicelui Lequesne, a relevat o scădere semnificativă doar la prima externare din spital, apoi a continuat să crească. Noi nu am pledat pentru menținerea pacienților în programul de reabilitare ca o metodă unică de tratament, a fost recomandată artroplastia pentru cei cu stadiu final, dar pentru moment ei au refuzat intervenția chirurgicală.

Influența artrozei de șold asupra activităților de zi cu zi și a calității vieții este evidentă, capacitatea funcțională globală fiind afectată mai mult de 2/5, pentru a ajunge la 1/2 atunci când boala progresează, aspect ușor detectat prin utilizarea chestionarului HAQ.

În studiul nostru restricția de activitate a devenit evidentă după 1 an de monitorizare, dar majoritatea pacienților din acest studiu au fost în stadiul evoluat sau final atunci când au fost spitalizați, astfel rezultatele noastre sunt relevante pentru aceste grupuri specifice de cazuri. În ciuda tratamentului adecvat, evoluția bolii nu poate fi oprită, aceasta este progresivă,

## ASPECTE CLINICE

cronică, dizabilantă.(12) Optimizarea managementului persoanelor afectate, stabilirea tratamentului celui mai eficient pentru fiecare caz necesită cunoașterea cursului limitării de activitate.(13,14) Efectele benefice ale recuperării nu persistă pe termen lung. Îmbunătățirea pe termen mediu și lung a scorului durerii, dar îmbunătățirea doar pe termen mediu a funcției fizice au fost raportate anterior.(15) Noi nu putem aprecia diferențele dintre rezultatul funcțional la pacienții noștri, care au efectuat programe de reabilitare, și alte cazuri care nu au efectuat aceste programe, pentru că nu am avut un grup de control.

### CONCLUZII

1. Ameliorarea temporară a durerii demonstrează necesitatea tratamentului de recuperare la fiecare 6 luni.
2. Terapia fizical-kinetică îmbunătățește manifestările clinice și funcționale pe termen scurt, încetinește evoluția bolii, dar durerea, comorbiditățile, restricția de activitate duce la afectarea calității vieții și la intervenții chirurgicale ortopedice.
3. Evaluarea calității vieții pacienților cu artroză de șold cu ajutorul scorului HAQ în diferite etape ale tratamentului de recuperare medicală a relevat îmbunătățirea acestuia cu ocazia fiecărui proces de recuperare.
4. Deficitul de activitate al pacienților cu artroză de șold existent la inițierea terapiei de recuperare este răspunzător de rezultatul slab al recuperării medicale.
5. Situația deficitului de activitate ocupațională în jurul valorii de 45, ne indică faptul că, acești pacienți au o limitare marcată a capacității funcționale globale, care le afectează capacitatea de a performa activități cotidiene de bază.
6. Datele prezentate ne permit să tragem un semnal de alarmă asupra utilității inițierii precoce a terapiei medicamentoase și de recuperare medicală la toți pacienții cu artroză a membrilor inferioare.

### REFERINȚE

1. Felson DT. Developments in the clinical understanding of osteoarthritis. *Arthritis Res Ther.* 2009;11(1):203.
2. Lane NE. Clinical practice. Osteoarthritis of the hip. *N Engl J Med.* 2007;357:1413-1421.
3. Seed SM, Dunican KC, Lynch AM. Treatment options for osteoarthritis: considerations for older adults. *Hosp Pract (Minneap).* 2011;39(1):62-73.
4. Murphy LB, Helmick CG, Schwartz TA, Renner JB, Tudor G, Koch GG et al. One in four people may develop symptomatic hip osteoarthritis in his or her lifetime. *Osteoarthritis Cartilage.* 2010;18(11):1372-1379.
5. Bjordal JM, Lopes-Martins RA, Bogen B, Johnson M. Physical treatments have valuable role in osteoarthritis. *BMJ.* 2006;332(7545):853.
6. Altman R, Alarcón G, Appelrouth D, Bloch D, Borenstein D, Brandt K, et al. The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hip. *Arthritis Rheum.* 1991;34:505-514.
7. Mitchel MS, Cruess RL. Classification of degenerative arthritis. *Can Med Assoc J.* 1977;117:763-765.
8. Kellgren JH, Lawrence JS: Radiological assessment of osteo-arthritis. *Ann Rheum Dis.* 1957;16:494-502.
9. Lequesne M. The algofunctional indices for hip and knee osteoarthritis. *J Rheumatol.* 1997;24:779-781.
10. Bruce B, Fries JF. The Stanford Health Assessment Questionnaire: a review of its history, issues, progress, and documentation. *J Rheumatol.* 2003;30:167-178. Medline: 12508408.

11. Bijsterbosch J, Scharloo M, Visser AW, Watt I, Meulenbelt I, Huizinga TW, et al. Illness Perceptions in Patients With Osteoarthritis: Change Over Time and Association With Disability. *Arthritis Rheum.* 2009;61:1054-1061.
12. Ackerman IN, Bennell KL, Osborne RH. Decline in Health-Related Quality of Life reported by more than half of those waiting for joint replacement surgery: a prospective cohort study. *BMC Musculoskelet Disord.* 2011;23:108.
13. Van Dijk GM, Dekker J, Veenhof C, van den Ende CH. Course of functional status and pain in osteoarthritis of the hip or knee: a systematic review of the literature. *Arthritis Rheum.* 2006;55:779-85.
14. Weigl M, Angst F, Stucki G, Lehmann S, Aeschlimann A. Inpatient rehabilitation for hip or knee osteoarthritis: 2 year follow up study. *Ann Rheum Dis.* 2004;63:360-368.
15. Weigl M, Angst F, Lehmann S, Stucki G. Predictors for response to rehabilitation in patients with hip or knee osteoarthritis: a comparison of logistic regression models with three different definitions of responder. *Osteoarthritis Cartilage.* 2006;14:641-651.