

# Εισαγωγή στο μυοσκελετικό σύστημα

Πρώτη έκδοση: Σεπτέμβριος 2016

Εκδότης: ΕΛ.Ε.ΑΝ.Α. (Ελληνική Εταιρεία Αντιρευματικού Αγώνα)

Κυψέλης 2, 113 63 Αθήνα

Τηλ. Ψυχολογικής υποστήριξης: 210 8237 302

Τηλ. Γραμματειακής υποστήριξης: 210 8847 268

<http://www.arthritis.org.gr> / e-mail: [info@arthritis.org.gr](mailto:info@arthritis.org.gr)

*Την μετάφραση του αγγλικού κειμένου έκαναν οι στρατιωτικοί ιατροί Γεώργιος Τζίκος, Άννα Τσάμη. Την επιμέλεια της ελληνικής έκδοσης έκανε ο ρευματολόγος Δημήτρης Κασίμος, Γενικός Αρχίατρος στο 401 Γενικό Στρατιωτικό Νοσοκομείο Αθηνών.*

© ΕΛ.Ε.ΑΝ.Α. για την Ελληνική γλώσσα σ' όλο τον κόσμο

ISBN.: 978-960-98099-2-4

### **Ευχαριστίες**

Ευχαριστούμε το Arthritis Research UK για την άδεια μετάφρασης του εγχειριδίου.

Arthritis Research UK είναι φιλανθρωπική οργάνωση οδηγός στο Ηνωμένο Βασίλειο στη μάχη κατά της αρθρίτιδας. Εργάζεται στο να βελτιώνει τον πόνο των ατόμων με αρθρίτιδα και βοηθά στο να παραμένουν ενεργοί πολίτες χρηματοδοτώντας ερευνητικά προγράμματα.

### **Acknowledgement**

We thank Arthritis Research UK for their permission to translate the handbook for medical students "An introduction to the musculoskeletal system", edition 1991.

## Πρόλογος ελληνικής έκδοσης

Στην κλινική πράξη είναι γνωστή η διαχρονική και αναντικατάστατη αξία του ιστορικού και της κλινικής εξέτασης στη διάγνωση των ρευματικών νοσημάτων. Η αξιολόγηση του τύπου της αρθρίτιδας βασίζεται στις κλινικές δεξιότητες και τις γνώσεις ανατομίας.

Με ιδιαίτερη χαρά προλογίζουμε την ελληνική έκδοση του εγχειριδίου: **“Η εξέταση του μυοσκελετικού συστήματος σε ένα λεπτό”**.

Η μεταφορά και η προσαρμογή του αγγλικού προτύπου στην ελληνική γλώσσα έρχεται να προσθέσει έναν χρήσιμο οδηγό στη συστηματική αξιολόγηση των προβλημάτων του μυοσκελετικού. Με τον τρόπο αυτό καλύπτεται ένα κενό για την απόκτηση της δεξιότητας της κλινικής προσέγγισης ενός τόσο σημαντικού συστήματος, με τρόπο απλό και εύληπτο.

Είναι γενικά αποδεκτό, ότι η διδασκαλία του μυοσκελετικού παρουσιάζει ένα έλλειμμα σε επίπεδο προπτυχιακής εκπαίδευσης. Είμαστε σίγουροι ότι οι φοιτητές της Ιατρικής αλλά και οι ιατροί ειδικότητων με ενδιαφέρον στο μυοσκελετικό, όπως οι ορθοπαιδικοί, οι παθολόγοι και οι γενικοί ιατροί, θα αναγνωρίσουν στο παρόν εγχειρίδιο ένα εξαιρετικό βοήθημα, στην προσπάθεια της έγκαιρης διάγνωσης των ρευματικών παθήσεων και ιδιαίτερα των φλεγμονωδών αρθροπαθειών.

*Πέτρος Π. Σφηκάκης  
Καθηγητής Παθολογίας, Ρευματολογίας  
Πρόεδρος Ιατρικού Τμήματος Ε.Κ.Π.Α.*

*Αλέξανδρος Δ. Γαρυφάλως  
Καθηγητής Παθολογίας  
& Κλινικής Ανοσολογίας Α.Π.Θ.  
Πρόεδρος Ιατρικού Τμήματος Α.Π.Θ.*

## Πρόλογος καθηγητού Paul Dieppe

All of us suffer from aches and pains in our muscles and joints from time-to-time. Musculoskeletal pain is a part of human life.

But some of us get more pain than is normal, and many develop specific diseases of joints or related structures that result in severe pain and loss of function. Problems of this sort affect around 20% of the adult population.

So, it is very important that doctors can sort these problems out, recognise normal from abnormal, and detect the different patterns of the many diseases (around 100 separate conditions) that can affect the musculoskeletal system. The first principle of treatment is diagnosis.

There are some 200 different joints, and thousands of ligaments, tendons and muscles that can get damaged, so accurate detection of the problem can seem a daunting task. The remit of this booklet is to make that easier for you. It shows health care professionals how they can assess the musculoskeletal system in a fairly quick, but comprehensive manner, so that they can detect significant abnormalities, sort out those who do and do not have a joint disease as the cause of pain, and start people on the road to clear diagnosis and appropriate therapy.

*Paul Dieppe  
Professor of Health and Wellbeing  
Medical School / University of Exeter, U.K.*

# Εισαγωγή στο μυοσκελετικό σύστημα:

εγχειρίδιο για φοιτητές ιατρικής και επαγγελματίες υγείας με ενδιαφέρον για τις παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος

## Περιεχόμενα

---

Πρόλογος ελληνικής έκδοσης .....	3
A. Εισαγωγή στην αξιολόγηση του μυοσκελετικού συστήματος .....	5
B. Παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος .....	7
Γ. Διαγνωστική προσέγγιση των ρευματικών νοσημάτων .....	11
Δ. Διαφορική διάγνωση ρευματικών νοσημάτων .....	12
E. Επίπτωση ρευματικών νοσημάτων - Ανικανότητα και αναπηρία .....	12
ΣΤ. Βασικός αλγόριθμος στην προσέγγιση παθήσεων του μυοσκελετικού συστήματος	
1. Ιατρικό ιστορικό .....	14
2. Κλινική εξέταση μυοσκελετικού συστήματος σε 1 λεπτό (GALS-BAΣ) .....	18
Z. Τυποποιημένη κλινική εξέταση του μυοσκελετικού κατά ανατομικές περιοχές .....	26
♦ Άνω άκρων	
♦ Κάτω άκρων	
♦ Σπονδυλική στήλη	
H. Αδρή νευρολογική εξέταση - έλεγχος μυικής ισχύος .....	33
Θ. Διαγνωστικές εξετάσεις - Εργαστηριακός έλεγχος .....	35
1. Απεικονιστικός έλεγχος	
2. Αιματολογικές εξετάσεις	
3. Ανάλυση αρθρικού υγρού	
I. Βιβλιογραφία .....	38
ΙΑ. Παραρτήματα .....	39
Παράρτημα 1. Ρευματικές παθήσεις σύμφωνα με την ηλικία και το φύλο, Κλινική εκτίμηση - μετρολογία, Ανοσολογικές εξετάσεις	
Παράρτημα 2. Λήψη ιστορικού - κλινική εξέταση, Συνοπτική κατάσταση ελέγχου μυοσκελετικού, Φύλλο καταγραφής ιστορικού ρευματικής νόσου, ICD-10	
Παράρτημα 3. Έντυπο αξιολόγησης εγχειριδίου.	

## A. Εισαγωγή στην αξιολόγηση του μυοσκελετικού συστήματος

Οι παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος αποτελούν μια από τις βασικότερες αιτίες των προβλημάτων υγείας στο γενικό πληθυσμό. Υπολογίζεται ότι στη Μεγάλη Βρετανία περίπου το 30% των περιστατικών που βλέπει κάθε χρόνο ο οικογενειακός γιατρός (*general practitioner*) παρουσιάζουν μυοσκελετικά προβλήματα, με το 20-25% των επισκέψεων στην πρωτοβάθμια περίθαλψη να αφορούν ρευματολογικές παθήσεις.<sup>1</sup> Περίπου το 30% των ατόμων με οποιουδήποτε τύπου αναπηρία και το 60% των ηλικιωμένων με σοβαρή αναπηρία έχει ως κύριο αίτιο της πάθησής τους κάποιο ρευματολογικό νόσημα.<sup>2</sup> Στην Ελλάδα περίπου 3.000.000 άτομα πάσχουν από ρευματική πάθηση.<sup>3</sup> Το κόστος αντιμετώπισης των ρευματικών παθήσεων στην Ευρώπη επιφέρει ετησίως στους κρατικούς προϋπολογισμούς οικονομική επιβάρυνση πάνω από 240 δις ευρώ.<sup>4</sup>

Η διάγνωση και η αξιολόγηση των μυοσκελετικών παθήσεων επιτυγχάνεται με την εξοικείωση και την ανάπτυξη δίπλα στον πάσχοντα-ρευματοπαθή των παρακάτω κλινικών δεξιοτήτων.

- 1) τη λήψη λεπτομερούς ατομικού ιστορικού,
- 2) τη συστηματική-τυποποιημένη κλινική εξέταση.

Το παρόν εγχειρίδιο “Εισαγωγή στο Μυοσκελετικό Σύστημα. Η εξέταση του μυοσκελετικού σε 1 λεπτό” απευθύνεται πρωταρχικά στους φοιτητές της ιατρικής και είναι η εισαγωγή στις κλινικές δεξιότητες της ρευματολογίας. Η κλινική εξέταση του μυοσκελετικού συστήματος, του “στηρίγματος” του ανθρώπινου σώματος, αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της σωστής διάγνωσης. Η πρωτότυπη αγγλική έκδοση με τίτλο “εισαγωγή στο μυοσκελετικό σύστημα” (an introduction to the musculoskeletal system) κυκλοφόρησε το 1991 από το ARC (Arthritis and Rheumatism Council).<sup>5</sup> Το πρώτο του γράφημα έγινε το 1990 από τον καθηγητή Ρευματολογίας Paul Dieppe (τότε ARC καθηγητή ρευματολογίας στο πανεπιστήμιο του Μπρίστολ) ως οδηγός εκπαίδευσης για τους φοιτητές της ιατρικής στη συστηματική κλινική εξέταση και την εισαγωγή στις παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος. Έκτοτε καθιερώθηκε με τον συντομογραφικό, μνημονοτεχνικό όρο GALS.<sup>6</sup> Το 2011 επανεκδόθηκε με τροποποιήσεις με τον τίτλο “Κλινική αξιολόγηση του μυοσκελετικού συστήματος, ένας οδηγός για τους φοιτητές της ιατρικής και για επαγγελματίες υγείας”.<sup>7</sup>

Στην ελληνική έκδοση χρησιμοποιήθηκε ως κορμός η πρώτη έκδοση του ARC, στην προσπάθεια να καλυφθούν οι εκπαιδευτικές ανάγκες των φοιτητών της ιατρικής καθώς και των ειδικευόμενων ιατρών ανεξάρτητα από την ειδικότητα που ακολουθούν, στη διάκριση των νοσημάτων του μυοσκελετικού μη τραυματικής αιτιολογίας και στην συστηματική κλινική εξέταση του μυοσκελετικού.

Στο εγχειρίδιο περιλαμβάνονται συνοπτικά τα βασικά σημεία που πρέπει να ακολουθούνται στη λήψη του ατομικού ιστορικού και την κλινική εξέταση προκειμένου να γίνει η διάγνωση της μυοσκελετικής πάθησης μη τραυματικής αιτιολογίας. Στη διάγνωση των ρευματικών παθήσεων η συμβολή του ιστορικού (δηλαδή η φυσιολογία της νόσου) είναι το 50%, η κλινική εξέταση (αντιστοιχεί στην ανατομία της νόσου) το 30% και ο εργαστηριακός έλεγχος το 20%. Εκδίδεται σε μέγεθος τσέπης και σε ηλεκτρονική μορφή έτσι ώστε να μπορεί, ο κάθε ιατρός να έχει τη δυνατότητα της γρήγορης κι εύκολης ανασκόπησης των περιεχομένων του.

Εκ μέρους της Ελληνικής Εταιρείας Αντιρευματικού Αγώνα (ΕΛ.Ε.ΑΝ.Α.) ευχαριστούμε το Arthritis Research UK για την άδεια μετάφρασης του εγχειριδίου.

Πιστεύουμε ότι “Η εξέταση του μυοσκελετικού συστήματος σε 1 λεπτό” θα συμβάλλει στο να κατανοήσουν οι φοιτητές της ιατρικής τη **σημασία της συστηματικής (τυποποιημένης) κλινικής εξέτασης του μυοσκελετικού συστήματος** και οι νέοι ειδικευόμενοι, ανεξάρτητα από την ειδικότητα, τη σημασία της έγκαιρης διάγνωσης ιδιαίτερα των φλεγμονωδών αρθροπαθειών γεγονός που θα συμβάλλει στην στοχευμένη αντιμετώπισή τους.

*Δημήτρης Κασίμος*  
*Ρευματολόγος*  
*Μέλος Δ.Σ. ΕΛ.Ε.ΑΝ.Α.*

## B. Παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος.

Ο ρόλος των οστών είναι η στήριξη του σώματος και η προστασία των ζωτικών οργάνων. Οι αρθρώσεις μεταξύ των οστών επιτρέπουν την ομαλή και ελεγχόμενη κίνηση, ενώ οι μύες παρέχουν την απαραίτητη δύναμη για την επίτευξη της κίνησης αυτής. Αυτά τα τρία στοιχεία (οστά, μύες, αρθρώσεις) καθώς και οι σχετιζόμενοι περιαρθρικοί ιστοί αποτελούν το μυοσκελετικό σύστημα (ΜΣΣ).

Οι παθήσεις του ΜΣΣ καλύπτουν σημαντικό τμήμα των παθολογικών και χειρουργικών περιστατικών. Τα περιστατικά τραυματικής αιτιολογίας απασχολούν την ορθοπαιδική χειρουργική όπως για παράδειγμα τα κατάγματα οστών καθώς και πολλές αναπτυξιακές ανωμαλίες του ΜΣΣ. Τα προβλήματα των αρθρώσεων μη τραυματικής αιτιολογίας αντιμετωπίζονται από το ρευματολόγο. Η πλειονότητα των λιγότερο νοσηρών καταστάσεων του μυοσκελετικού συστήματος, μη τραυματικής αιτιολογίας, είναι δυνατόν να αντιμετωπισθούν, με τη συμμετοχή ή όχι ρευματολόγου, από ιατρούς γενικής ιατρικής, παθολόγους και ορθοπαιδικούς.



**Εικ. 1:** Σχετική συχνότητα των τεσσάρων κύριων τύπων ρευματικών παθήσεων (ταξινόμηση κατά Π.Ο.Υ).

Ο όρος “αρθρίτιδα” σημαίνει φλεγμονή στην άρθρωση ή στις αρθρώσεις, αλλά χρησιμοποιείται για να περιλάβει όλες τις παθήσεις των αρθρώσεων. Επίσης χρησιμοποιείται συχνά ο όρος “ρευματικά ή ρευματισμός” από άτομα που δεν ανήκουν στον ιατρικό χώρο για την περιγραφή του πόνου φλεγμονώδους αρχής, όπως στη ρευματοειδή αρθρίτιδα. Με τον όρο “αρθριτικά” περιγράφεται η εκφυλιστική πάθηση των αρθρώσεων, η οστεοαρθρίτιδα.

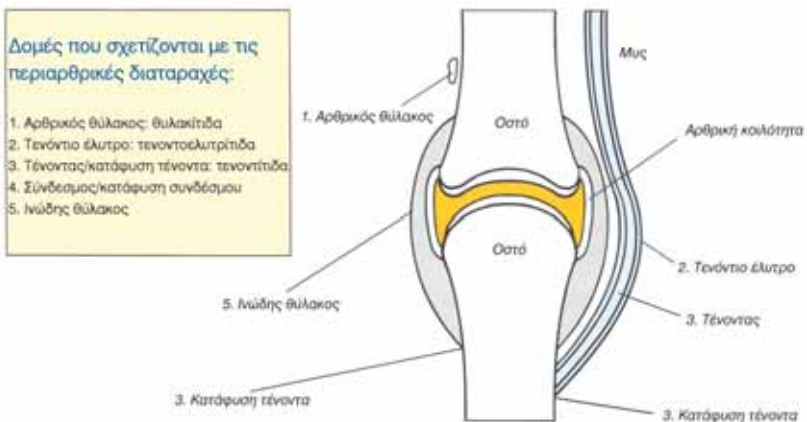
Η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (Π.Ο.Υ) [World Health Organization - WHO] έχει ταξινομήσει τις ρευματικές παθήσεις σε τέσσερις κύριες κατηγορίες (Εικ. 1/πίνακας 1).

## ΠΙΝΑΚΑΣ 1

1. Ραχιαλγία (πόνος στη σπονδυλική στήλη).
2. Παθήσεις των μαλακών μοριών ή ρευματικά σύνδρομα περιοχικού άλγους ή εξωαρθρικός ρευματισμός.
3. Οστεοαρθρίτιδα.
4. Φλεγμονώδεις αρθροπάθειες

### 1. Ραχιαλγία (πόνος στη σπονδυλική στήλη)

Στατιστικά σχεδόν όλοι μία φορά στη ζωή τους έχουν υποφέρει ή θα υποφέρουν από πόνο στη σπονδυλική στήλη. Επεισόδια σοβαρού πόνου στη ράχη ή την μέση (οσφύ) που προκαλεί ανικανότητα είναι αρκετά συχνά σε νέους ενήλικες και αποτελούν μία από τις κύριες αιτίες απουσίας από την εργασία. Τα περισσότερα περιστατικά βελτιώνονται και αυτοιώνονται άμεσα μετά από μερικές εβδομάδες, υπάρχει όμως υψηλό ποσοστό υποτροπής, που καταλήγει σε χρόνια ραχιαλγία - οσφυαλγία. Ο ακριβής προσδιορισμός της αιτίας του πόνου αυτού του είδους είναι δύσκολος και συχνά αδύνατος. Ένα μικρό ποσοστό των περιπτώσεων πρόκειται για καλά χαρακτηρισμένες καταστάσεις, όπως η πρόπτωση μεσοσπονδύλιου δίσκου, η φλεγμονώδης αρθρίτιδα της σπονδυλικής στήλης (π.χ. αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα) ή μεταβολική διαταραχή των οστών (π.χ. οστεοπόρωση). Υπάρχουν και άλλες λιγότερο συχνές αλλά σοβαρές αιτίες πόνου στη σπονδυλική στήλη όπως σε μερικές νεοπλασματικές και λοιμώδεις καταστάσεις.



Εικ. 2: Διάγραμμα (εγκάρσια τομή) φυσιολογικής άρθρωσης με τις περιαρθρικές της δομές



## **2. Παθήσεις των μαλακών μορίων ή ρευματικά σύνδρομα περιοχικού άλγους ή εξωαρθρικός ρευματισμός.**

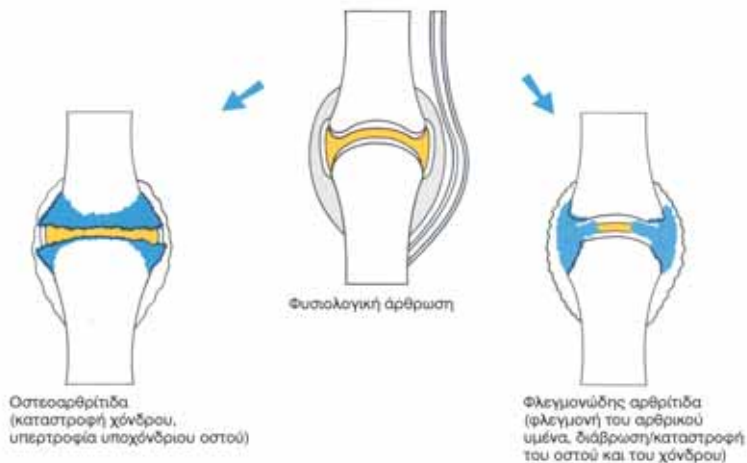
Ο όρος αυτός περιγράφει μία σειρά από σχετικά ήπιες καταστάσεις, οι οποίες περιλαμβάνουν την προσβολή των ιστών που περιβάλλουν την άρθρωση (εικ.2). Οι περισσότερες οφείλονται σε ασυνήθιστη κι επαναλαμβανόμενη καταπόνηση ή τραυματισμό της άρθρωσης. Μερικές είναι άμεσα σχετιζόμενες με ένα συγκεκριμένο τύπο δραστηριότητας, από τον οποίο συνήθως λαμβάνουν την ονομασία τους, όπως για την έξω επικονδυλίτιδα ή ‘αγκώνας του τενίστα’ (tennis elbow), την έσω επικονδυλίτιδα ή ‘αγκώνας του γκόλφερ’ (golfer elbow), την προ-επιγονατιδική θυλακίτιδα ή ‘γόνατο της νοικοκυράς’ (housemaid knee), την πελματιαία θυλακίτιδα της πτέρνας ή ‘πτέρνα αστυνομικού’ (policemen’s heel). Η φλεγμονή και η καταστροφή του αρθρικού θυλάκου, των συνδέσμων και των προσφύσεων αυτών καθώς επίσης των τενόντων και των προσφύσεων ή των θηκών αυτών προκαλεί τοπικό πόνο, ο οποίος επιδεινώνεται από συγκεκριμένες κινήσεις - δραστηριότητες και παρουσιάζει εντοπισμένη ευαισθησία. Αυτές οι καταστάσεις είναι εύκολο να διαγνωστούν και σχετικά εύκολο να θεραπευτούν.

## **3. Οστεοαρθρίτιδα (ΟΑ) και σχετιζόμενες διαταραχές.**

Η ΟΑ είναι η πιο συχνή πάθηση των αρθρώσεων. Πιστεύεται ότι πρόκειται για μία χρονοεξαρτώμενη διαδικασία που σχετίζεται με την ηλικία και η οποία χαρακτηρίζεται από εστιακή καταστροφή στην επιφάνεια του αρθρικού χόνδρου και του υποκείμενου οστού. Η οντότητα αυτή αφορά συχνότερα την άρθρωση του γόνατος, του ισχίου και της άκρας χειρός προκαλώντας πόνο και διαταραχή της λειτουργικότητας και της κινητικότητας της άρθρωσης. Σε πολλές περιπτώσεις η αιτία είναι ιδιοπαθής, αλλά σε ορισμένες η ΟΑ είναι το δευτερογενές αποτέλεσμα εξέλιξης διαφόρων άλλων παθήσεων όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα. Μερικές φορές περιγράφεται ως ‘αρθρική ανεπάρκεια’ κατ’αντιστοιχία με τους όρους ‘νεφρική’ και ‘καρδιακή ανεπάρκεια’. Η ΟΑ κλινικά προκαλεί επώδυνο περιορισμό των κινήσεων της προσβαλλόμενης άρθρωσης με συνοδό οίδημα και ήχο ‘τριξίματος’ κατά την κίνηση.

## **4. Φλεγμονώδεις αρθροπάθειες.**

Η ομάδα αυτή περιλαμβάνει συστηματικά νοσήματα, που προσβάλλουν άμεσα τις αρθρώσεις, τους μύες όπως π.χ. η ρευματοειδής αρθρίτιδα, καθώς επίσης και παθήσεις με καθαρά εντοπισμένο φλεγμονώδη χαρακτήρα όπως π.χ. η σπηκτική αρθρίτιδα. Μπορεί να εμφανίζονται ανεξάρτητα από το φύλο σε οποιαδήποτε ηλικία ακόμη και σε παιδιά. Αν δεν διαγνωστούν και δεν θεραπευτούν έγκαιρα μπορεί να καταλήξουν σε σοβαρή αναπηρία.



**Εικ. 3:** Σχηματική απεικόνιση των δύο κύριων τύπων αρθρίτιδων.

Οι φλεγμονώδεις αρθροπάθειες χαρακτηρίζονται από υμενίτιδα, (εικ. 3) δηλαδή οίδημα, τοπικό άλγος, τοπική αύξηση της θερμοκρασίας και συχνά ερυθρότητα του υπερκείμενου δέρματος (κλασικά σημεία φλεγμονής). Ο τρόπος εμφάνισης των συμπτωμάτων, ο τύπος των αρθρώσεων (μικρές-μεγάλες, σπονδυλική στήλη), η κατανομή (συμμετρική-ασύμμετρη) προσβολής πολλών (ολιγο-πολυ) αρθρώσεων διαφέρει ανάλογα με την υποκείμενη φλεγμονώδη αρθρίτιδα. Υπάρχουν και διάφορες άλλες μορφές φλεγμονωδών αρθροπαθειών λιγότερο συχνές. Η παρακάτω ταξινόμηση περιλαμβάνει αυτές οι οποίες είναι πιο συχνές στην Ελλάδα και τη Μεγάλη Βρετανία (πιν. 2).

## ΠΙΝΑΚΑΣ 2

1. Ρευματοειδής αρθρίτιδα (ΡΑ)
2. Νεανική ιδιοπαθής αρθρίτιδα (ΝΙΑ)
3. Οροαρνητική σπονδυλαρθρίτιδα (π.χ. αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα)
4. Κρυσταλλογενείς αρθρίτιδες (π.χ. ουρική αρθρίτιδα)
5. Νοσήματα συνδετικού ιστού (π.χ. Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος, σκληροδερμία, μυοσίτιδα κλπ)
6. Σηπτική αρθρίτιδα

## Γ. Διαγνωστική προσέγγιση των ρευματικών νοσημάτων

Η διαγνωστική προσέγγιση των διαταραχών του μυοσκελετικού συστήματος επιτελείται με τον ίδιο ακριβώς τρόπο όπως για κάθε άλλη πάθηση οποιουδήποτε συστήματος.

Ιατρικό ιστορικό

Κλινική εξέταση

Διαφορική διάγνωση

Διαγνωστική διερεύνηση

Η Ρευματολογία παραμένει μία από τις ειδικότητες της ιατρικής με “ασθενοκεντρικό προσανατολισμό” που βασίζεται στα κλινικά δεδομένα. **Η άσκηση της ρευματολογίας δεν είναι δύσκολη. Η πιο σημαντική διαγνωστική εξέταση είναι η ακριβής λήψη του ιστορικού. Αυτό μαζί με προσεκτική κλινική εξέταση και των ανατομικών περιοχών που έχουν προσβληθεί, παρέχουν τις πληροφορίες που απαιτούνται για τη διάγνωση.** Στις περισσότερες περιπτώσεις δεν απαιτείται η χρήση ειδικών εξετάσεων.

Στόχος δεν είναι απλά η διάγνωση της πάθησης, αλλά η έγκαιρη διάγνωση και η πρόληψη των επιπλοκών - επιπτώσεων αυτής, με σκοπό τον σχεδιασμό εξατομικευμένου σχεδίου αντιμετώπισης. Η διάγνωση είναι δυνατόν να περιγράφεται με ανατομικό προσδιορισμό (π.χ. ρήξη έσω μηνίσκου αριστερού γόνατος) ή με νοσολογικό (π.χ. ρευματοειδής αρθρίτιδα). Η αξιολόγηση των συνεπειών της πάθησης περιλαμβάνει τα συμπτώματα καθώς και την φυσική και ψυχολογική επίδραση. Σε μερικές περιπτώσεις οι επιπλοκές και οι σχετιζόμενες ανωμαλίες σε άλλα συστήματα πρέπει επίσης να λαμβάνονται υπόψη.

Οι περισσότερες ρευματικές παθήσεις παρουσιάζονται μαζί με πόνο, “πιάσιμο” ή/και αναπηρία. Τα κλινικά σημεία μπορεί να συμπεριλαμβάνουν επιπλέον διαταραχές της εμφάνισης, της αισθητικότητας, της κινητικότητας ή σταθερότητας των αρθρώσεων. Ο έλεγχος της λειτουργικότητας είναι μεγάλης σημασίας τόσο κατά τη διάρκεια λήψης του ιστορικού όσο και κατά τη διάρκεια της κλινικής εξέτασης. Ο εργαστηριακός έλεγχος περιλαμβάνει απεικονιστικές εξετάσεις των οστών και των αρθρώσεων (π.χ. απλές ακτινογραφίες), αιματολογικές εξετάσεις που αξιολογούν τη συστηματική πάθηση και κυτταρολογική ανάλυση του αρθρικού υγρού.

Η λεπτομερής και δομημένη λήψη του ιστορικού μαζί με την ολοκληρωμένη κλινική εξέταση απαιτούν άνεση χρόνου. Για το λόγο αυτό είναι πολύ σημαντικό ο ιατρός να είναι σε θέση να αναγνωρίζει αμέσως τις κύριες παθολογικές καταστάσεις του ΜΣΣ μέσα από στοχευμένες ερωτήσεις και τη γρήγορη αλλά συστηματική κλινική εξέταση. Η κλινική αυτή δεξιότητα - πρακτική μπορεί να έχει την μορφή συστηματικής και τυποποιημένης προσέγγισης σε κάθε ασθενή. Όταν με την παραπάνω διαδικασία αποκαλυφθεί κάποια ρευματική πάθηση, τότε επιβάλλεται μια πιο ενδεδειγμένη προσέγγιση και διερεύνηση. Ακολουθούν σε ξεχωριστά κεφάλαια αυτού του εγχειριδίου το ιστορικό, οι τεχνικές της τυποποιημένης κλινικής εξέτασης και ο εργαστηριακός έλεγχος.

### **Δ. Διαφορική διάγνωση ρευματικών νοσημάτων, φλεγμονώδης ή μηχανική διαταραχή.**

Υπάρχουν αρκετές μορφές αρθροπάθειας αλλά ο πόνος στην άρθρωση οφείλεται γενικά σε μία από τις δύο (παθολογικές) κατηγορίες:

1. Η φλεγμονή μέσα στην άρθρωση πιέζει και διατείνει τον υμένα και τις περιαρθρικές δομές, έχοντας ως αποτέλεσμα την απελευθέρωση μεσο-λαβητών όπως οι κυτταροκίνες και οι προσταγλανδίνες.
2. Μια μηχανική ή δομική ανωμαλία στην άρθρωση εμποδίζει την ομαλή φυσιολογική κίνηση με αποτέλεσμα την άσκηση δυνάμεων (που κανονικά δεν θα ασκούσαν) σε συγκεκριμένες αρθρικές και περιαρθρικές δομές.

Είναι πολύ σημαντική η διαφορική διάγνωση μεταξύ αυτών των δύο παθοφυσιολογικών μηχανισμών.

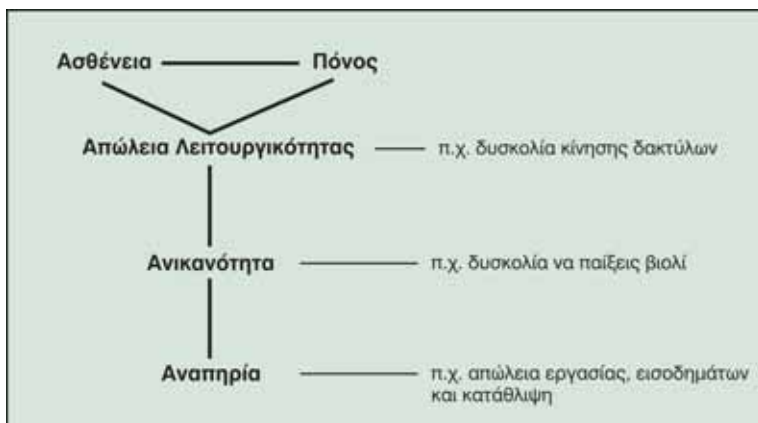
Οι φλεγμονώδεις διαταραχές σχετίζονται με οίδημα και θερμότητα πάνω από την άρθρωση καθώς και με πόνο, ευαισθησία κατά την ψηλάφηση. Αν η φλεγμονή είναι έντονη ή περιλαμβάνει πολλές αρθρώσεις, ο ασθενής υποφέρει κι από συστηματικά συμπτώματα, όπως κακουχία, καταβολή δυνάμεων, πυρετός, νυκτερινούς ιδρώτες, απώλεια βάρους.

Οι μηχανικές διαταραχές προκαλούν εντοπισμένη ευαισθησία με αναπαραγωγή του πόνου σε συγκεκριμένες κινήσεις. Συχνά συνυπάρχει κριγμός ή αίσθημα πως η άρθρωση “κλειδώνει” και κάνει “κλικ”. Στη πορεία μιας φλεγμονώδους διαταραχής αν δεν σταματήσει έγκαιρα μπορεί να παρουσιασθεί μηχανική διαταραχή.

### **Ε. Επίπτωση των ρευματικών νοσημάτων - αναπηρία και ανικανότητα**

Οι περισσότερες μυοσκελετικές παθήσεις προκαλούν πόνο που σχετίζεται με τη δραστηριότητα. Πολλές προκαλούν απώλεια της λειτουργικότητας των άκρων ή της σπονδυλικής στήλης. Ο πόνος και η απώλεια της λειτουργικότητας

(δηλ. η αδυναμία φυσιολογικής κίνησης) μπορεί να οδηγήσει σε ανικανότητα (δηλ. απώλεια της ικανότητας ολοκλήρωσης συγκεκριμένης δραστηριότητας). **Η αναπηρία (disability) μπορεί να είναι το αποτέλεσμα της ανικανότητας (handicap) δηλαδή της επίδρασης στην καθημερινότητα της ζωής.** Η συσχέτιση μεταξύ απώλειας της λειτουργικότητας, της ανικανότητας και της αναπηρίας παρουσιάζεται στην εικόνα 4. Ένα παράδειγμα αυτής της αλληλεπίδρασης φαίνεται στο περιστατικό της προσβολής από αρθρίτιδα ή κάποιον τραυματισμό της εγγύς φαλαγγοφαλαγγικής άρθρωσης του αριστερού δείκτη που αυτό θα οδηγούσε σε πόνο και δυσκαμψία της άρθρωσης και θα δυσκόλευε την κίνηση (απώλεια λειτουργικότητας). Το άτομο αυτό θα δυσκολευόταν να κουμπώσει το πουκάμισό του ή να παίξει ένα μουσικό όργανο (ανικανότητα). Για τους περισσότερους η αναπηρία θα ήταν μικρής σημασίας στην καθημερινότητα γιατί βρίσκονται άλλοι τρόποι να την αντισταθμίσουν. Όμως, δεν θα συνέβαινε το ίδιο αν επρόκειτο για έναν βιολιστή στον οποίο η επίπτωση θα ήταν τεράστια και η αναπηρία του τρομερή.



**Εικ. 4:** Η συσχέτιση μεταξύ λειτουργικότητας, ανικανότητας (handicap) κι αναπηρίας (disability).

Η επίδραση οιασδήποτε μυοσκελετικής πάθησης είναι ανάγκη να αξιολογείται κάνοντας χρήση αυτού του πλαισίου. Ο εξεταστής οφείλει να κάνει ανοιχτού τύπου ερωτήσεις σχετικά με θέματα λειτουργικότητας, δυσκολίας κατά την εκτέλεση εργασιών και τον αντίκτυπό τους στην ζωή του ρευματοπαθούς. Είναι εύκολο να καταλάβει κανείς την επίπτωση (για παράδειγμα) της χρόνιας αρθρίτιδας ζητώντας από τον/την ασθενή να περιγράψει μια τυπική ημέρα του/της, να μάθει πώς σηκώνεται από το κρεβάτι, πώς πλένεται, πώς ντύνεται, πώς ανεβαίνει τις σκάλες, πώς τα καταφέρνει στην τουαλέτα, στην κουζίνα, στα ψώνια κτλ. Ευαίσθητες - ενδεχομένως - πληροφορίες όπως ο θυμός ή απογοήτευση συνεπεία ανικανότητας, προβλημάτων στην τουαλέτα και

σεξουαλικών δυσλειτουργιών πρέπει να προσεγγίζονται με απλό κι ευθύ (ανοιχτό) τρόπο. Οι απαντήσεις μπορεί να μην δοθούν άμεσα αλλά αυτό δίνει το έρεισμα στον ασθενή να συζητήσει για αυτά τα θέματα όποτε αισθανθεί έτοιμος.

Οι ανάγκες και οι επιθυμίες του ρευματοπαθούς αποτελούν σημαντικό κομμάτι της ζωής του και σχετίζονται, εν μέρει, με την ικανότητα προσαρμογής του/της.

Ερωτήσεις που αφορούν σε αυτά που ο ασθενής θα ήθελε να πραγματοποιήσει αλλά δεν μπορεί να κάνει δείχνουν τα βασικά του προβλήματα. Τι απολαμβάνει περισσότερο ή τι τον/την εκνευρίζει πιο πολύ, είναι πλευρές της κατάστασης της οποίας ο ιατρός οφείλει να επιληφθεί για να κατανοήσει πάνω από όλα και να βοηθήσει στο κομμάτι της αποκατάστασης σε μια χρόνια πάθηση.

Μια αδρή ιδέα αντίκτυπου της ρευματικής πάθησης μπορεί κανείς να την αποκτήσει από το ιστορικό και από την προσέγγιση κατά τη γενική εκτίμηση όλων των συστημάτων. Οι εργοθεραπευτές είναι οι ειδικοί στην αξιολόγηση της λειτουργικής ικανότητας του ασθενούς να φέρει σε πέρας καθημερινές ασχολίες, όπως το ντύσιμο, το μαγείρεμα, η ατομική υγιεινή (Δ.Κ.Δ. - Δραστηριότητες Καθημερινής Διαβίωσης) και μπορεί να απαιτηθεί αρκετός χρόνος για να αποκτήσουν ολοκληρωμένη άποψη. Η κλινική εξέταση γίνεται αρτιότερη ζητώντας από τον ασθενή να κάνει απλές κινήσεις, όπως να γράψει κάτι, να κουμπώσει ένα κουμπί ή να σηκώσει ένα ποτήρι νερό, παράλληλα με την παρατήρηση του πώς περπατάει ή εκτελεί άλλες λειτουργικά σημαντικές κινήσεις. Υπάρχουν και χρησιμοποιούνται διάφορα εργαλεία αξιολόγησης της υγείας και των καθημερινών δραστηριοτήτων των ατόμων με ρευματικά νοσήματα, όπως για τη ρευματοειδή αρθρίτιδα ο δείκτης HAQ (Health Assessment Questionnaire) και ο δείκτης SF 36 (Short Form Health Survey).

## **ΣΤ. Βασικός αλγόριθμος στη προσέγγιση παθήσεων του μυοσκελετικού συστήματος.**

Όπως με κάθε άλλο σύστημα, έτσι και με το μυοσκελετικό, οι περισσότερες σημαντικές διαταραχές είναι εύκολο να εντοπισθούν όταν ακολουθείται η παρακάτω προσέγγιση του ιστορικού με απλές βασικές ερωτήσεις και η αδρή κλινική εξέταση.

### **1. Ιατρικό ιστορικό**

Η λήψη ιστορικού είναι αναμφίβολα για κάθε γιατρό η πιο σημαντική και η πιο δύσκολη να αποκτηθεί κλινική **δεξιότητα**. Ένα καλό ιστορικό, η παρουσίαση της δικής του ιστορίας (**history=his-story**), απαιτεί από τον γιατρό την ικανότητα να ακούει, ενώ οδηγεί τον ασθενή συχνά χωρίς να παρεμβαίνει λεκτικά,

στην περιοχή του ενδιαφέροντος.

Τρεις πλευρές του ιστορικού χρειάζεται να καταγράφονται:

- α. Η χρονική σειρά της εμφάνισης των ενοχλημάτων καθώς και η χρονική τους εξέλιξη.
- β. Το κύριο σύμπτωμα - ενόχλημα.
- γ. Η επίπτωση της πάθησης στην ζωή του ασθενούς συμπεριλαμβανομένων λειτουργικών και ψυχολογικών προβλημάτων.

Είναι ουσιαστικής σημασίας στην πορεία για τη διάγνωση, ο καθορισμός του χρόνου και των περιστάσεων κατά την έναρξη της νόσου, οι επακόλουθες επιπτώσεις της, τα συνοδά χαρακτηριστικά της. Οι χρόνιες ρευματικές παθήσεις παρουσιάζουν εξάρσεις και υφέσεις που επηρεάζονται από τη θεραπεία και άλλους παράγοντες.

Τόσο από ανατομικής όσο κι από λειτουργικής άποψης, το ΜΣΣ μπορεί να διαχωριστεί σε δύο τμήματα, το περιφερικό (άκρα) και το κεντρικό (κορμός, σπονδυλική στήλη, κρανίο). Σε κάθε περίπτωση **τα κύρια ενοχλήματα είναι ο πόνος και η πρωινή δυσκαμψία**. Μια ρευματική πάθηση είναι δυνατό να προκαλέσει σοβαρά λειτουργικά προβλήματα που να περιορίζουν τις καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου.

Οι ερωτήσεις κλειδιά που πρέπει να απαντηθούν είναι:

- 1) πότε ξεκίνησε το πρόβλημα (οξύ, ή χρόνια); είναι πολύ σημαντική η συσχέτιση με το χρόνο έναρξης.
- 2) πού ξεκίνησε το πρόβλημα; ο μυοσκελετικός πόνος μπορεί να είναι εντοπισμένος ή γενικευμένος.
- 3) πώς ξεκίνησε το πρόβλημα (το αίτιο φλεγμονώδες ή μηχανικό; παράγοντες που επιδεινώνουν ή ανακουφίζουν τον πόνο βοηθούν στη διαφορική διάγνωση).
- 4) ποιο το πρότυπο προσβολής των αρθρώσεων (συμμετρικότητα, αριθμός, τύπος προσβεβλημένων περιοχών ή αρθρώσεων);
- 5) ποιά η επίδραση του προβλήματος στην καθημερινότητα του ατόμου - στην απώλεια της λειτουργικότητας;

Ο πόνος μηχανικής αιτιολογίας συνήθως σχετίζεται άμεσα με την κίνηση, ενώ βελτιώνεται με την ανάπαυση. Ο πόνος φλεγμονώδους αιτιολογίας υπάρχει τόσο στην ηρεμία όσο και στην κίνηση, δεν βελτιώνεται με την ανάπαυση, ενώ εμφανίζεται και το βράδυ. Ο πόνος μπορεί να εντοπιστεί εύκολα αν είναι σωματικός και προέρχεται από το δέρμα. Τα οστά, οι μύες και οι αρθρώσεις δίνουν σπλαγχνικό πόνο που είναι πιο δύσκολο επακριβώς να εντοπιστεί. Η εντόπιση του πόνου, όπως τον περιγράφει ο άρρωστος, συνήθως οδηγεί στη σωστή περιοχή του σώματος, αλλά δεν παρέχει ανατομικά πάντα ακριβή

διάγνωση. Η αντανάκλαση του πόνου είναι συνήθης στις διαταραχές του μυοσκελετικού συστήματος. Για παράδειγμα, ο πόνος στην περιοχή του ισχίου μπορεί να αντανακλάται στην κατά γόνου άρθρωση και ο πόνος από φλεγμονή στην σπονδυλική στήλη μπορεί να αντανακλάται στους γοφούς ή στα πόδια. Τα χαρακτηριστικά του μυοσκελετικού πόνου ποικίλουν, οξύς - αμβλύς - βύθιος και δεν βοηθούν ιδιαίτερα στη διάγνωση. Όταν πιέζεται ένα νεύρο ο πόνος περιγράφεται ως διαπεραστικός σαν ηλεκτρικό ρεύμα, σε αντίθεση με τον πόνο που προκαλούν οι αγγειίτιδες που είναι “παλλόμενος” στη φύση του. Η στένωση του κατώτερου τμήματος του σπονδυλικού σωλήνα (σπονδυλική στένωση) μπορεί να προκαλέσει πόνο στους γοφούς και στα πόδια κατά το περπάτημα, που γίνεται πιο έντονος με την έκταση της σπονδυλικής στήλης (π.χ. κατεβαίνοντας μια κατηφόρα - η έκταση μειώνει το εύρος του σπονδυλικού σωλήνα) και υφίεται με την κάμψη προς τα μπροστά (διεύρυνση του εύρους σπονδυλικού σωλήνα). Αναφέρεται και καταγράφεται η φαρμακευτική αγωγή (η επίδραση στον πόνο των απλών αναλγητικών και των αντιφλεγμονωδών φαρμάκων).

Βασικός κανόνας είναι ότι ο πόνος δεν απεικονίζεται, δεν μετριέται με αιματολογικές εξετάσεις και δεν μοιράζεται. Τον αισθάνεται μόνο αυτός που τον βιώνει, γι’ αυτό πρέπει στο τέλος της συνέντευξης με τον άρρωστο να τονίζεται και να δείχνεται η συμπάθεια.

Ο όρος δυσκαμψία υποδηλώνει τη δυσκολία κατά την έναρξη της κίνησης, τη δυσκολία στη διεξαγωγή συγκεκριμένων κινήσεων ή τη δυσχέρεια στην κίνηση. Αποτελεί σημαντικό χαρακτηριστικό γνώρισμα αρκετών μορφών αρθρίτιδας και βοηθά στη διαφορική διάκριση της φλεγμονώδους από την αρθρίτιδα μηχανικής αιτιολογίας. Η φλεγμονώδης αρθρίτιδα (όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα) σχετίζεται με έντονη πρωινή δυσκαμψία, που μπορεί να διαρκεί από 30 λεπτά έως και ώρες. Τα άτομα με φλεγμονώδη αρθρίτιδα δυσκολεύονται να σηκωθούν από το κρεβάτι και να ξεκινήσουν την ημέρα τους. Η σοβαρότητα και η διάρκεια των συμπτωμάτων είναι ένας αδρός δείκτης εξέλιξης της νόσου. Αντίθετα, η οστεοαρθρίτιδα προκαλεί εντοπισμένη δυσκαμψία στις προσβεβλημένες αρθρώσεις που είναι σχετικά μικρής διάρκειας και προκαλείται λόγω έλλειψης δραστηριότητας. Το κύριο πρόβλημα φαίνεται να είναι η έναρξη της κίνησης μετά την ανάπαυση.

Οι δύο βασικές ερωτήσεις στη λήψη του ιστορικού είναι:

- α. Πονάτε ή παρατηρείτε πιάσιμο στα χέρια ή στα πόδια, στον αυχένα ή στη ράχη;
- β. Αντιμετωπίζετε πρόβλημα όταν ντύνεστε, πλένετε το πρόσωπό σας, όταν περπατάτε και όταν ανεβαίνετε ή κατεβαίνετε σκάλες;

Αν η απάντηση είναι αρνητική και στις δύο αυτές ερωτήσεις, τότε είναι σχεδόν απίθανο ο ασθενής να πάσχει από κάποια ρευματική πάθηση. Αν, από την άλλη μεριά, η απάντηση είναι καταφατική, τότε είναι απαραίτητη η λήψη λεπτομερούς



ιατρικού ιστορικού.

Σε κάθε περίπτωση, οι απαντήσεις πρέπει να καταγράφονται στο φάκελο του ασθενούς. Αυτό μπορεί να γίνει ως εξής:

- Αν 'όχι': Άκρα/Ράχη: πόνος/δυσκαμψία ΟΧΙ  
Λειτουργικότητα: κ.φ.
- Αν 'ναι': Άκρα: πόνος/δυσκαμψία ΟΧΙ  
Ράχη: ΝΑΙ πόνο στην ορθοστασία και δυσκαμψία  
Λειτουργικότητα: δυσκολία να βάλει παπούτσια/κάλτσες  
το πρωί.

Το ολοκληρωμένο ιστορικό πρέπει να περιλαμβάνει και στοιχεία εκτός του μυοσκελετικού συστήματος όπως τα παρακάτω:

- α. Άλλα συμπτώματα της μυοσκελετικής πάθησης.
- β. Η συμμετοχή άλλων συστημάτων.
- γ. Ψυχολογικά προβλήματα.

**α. Άλλα συμπτώματα της μυοσκελετικής πάθησης.** Οίδηματώδης άρθρωση, παραμόρφωση της άρθρωσης, η άρθρωση να κάνει “κρακ” ή να “κλειδώνει” και η απώλεια της κίνησής της. Το οίδημα, η παραμόρφωση υποδεικνύουν πιθανή φλεγμονώδη ή εκφυλιστική διαδικασία, ενώ τα λοιπά μας προσανατολίζουν περισσότερο σε μηχανικού τύπου πρόβλημα της άρθρωσης, όπως ρήξη μηνίσκου στη διάρθρωση του γόνατος. Η διάκριση μεταξύ τους είναι πολύ σημαντική.

**β. Η συμμετοχή άλλων συστημάτων.** Στις φλεγμονώδεις αρθροπάθειες υπάρχει συχνά εξωαρθρική συμμετοχή και άλλων συστημάτων όπως το δέρμα, τους οφθαλμούς, τους πνεύμονες, τους νεφρούς κ.α. Επιπλέον, μπορεί να εμφανίζονται με γενικά συμπτώματα όπως κακουχία, απώλεια βάρους, πυρετός, νυκτερινοί ιδρώτες. Ένα ολοκληρωμένο ιστορικό περιέχει συνήθεις ερωτήσεις για όλα τα συστήματα, όπως και ειδικού τύπου ερωτήσεις όταν γνωρίζουμε εκ των προτέρων τις επιπλοκές συγκεκριμένων παθήσεων.

**γ. Ψυχολογικά προβλήματα.** Οι ασθενείς με χρόνια πόνο και αναπηρία πολύ συχνά αντιμετωπίζουν ψυχολογικά προβλήματα που μπορεί να αλληλεπιδρούν με την υποκείμενη οργανική διαταραχή. Οι διαταραχές στον ύπνο και ο λήθαργος είναι τα πιο συχνά. Το άγχος, η κατάθλιψη συχνά συνοδεύουν την αβεβαιότητα και την ανησυχία στις ρευματοπάθειες. Μείζονες ψυχιατρικές διαταραχές συμβαίνουν είτε ως κομμάτι της ίδιας της ασθένειας όπως στον Συστηματικό Ερυθηματώδη Λύκο, είτε ως επίπτωση αυτής. Η προσωπικότητα και η προσαρμοστικότητα σε μια χρόνια νόσο παίζουν καταλυτικό ρόλο στο τελικό αποτέλεσμα.

## 2. Κλινική εξέταση μυοσκελετικού συστήματος σε 1 λεπτό.

Η λειτουργικότητα και η “ακεραιότητα” του μυοσκελετικού συστήματος είναι δυνατό να ελεγχθεί σε 1 λεπτό. Ρίχνοντας μία γρήγορη ματιά σε βασικές λειτουργικές ικανότητες όπως το βάδισμα, η κίνηση και η χρήση των χεριών, η στάση του σώματος, η καθημερινή υγιεινή κ.τ.λ. μπορούν εύκολα να αναγνωριστούν οι περισσότερες σοβαρές ανωμαλίες των οστών, μυών κι αρθρώσεων.

Η τεχνική του γρήγορου αυτού ελέγχου είναι πιο εύκολο να αποκτηθεί και να εμπεδωθεί όταν γίνεται στην πράξη. Είναι σημαντικό σε κάθε περιστατικό η καταγραφή των ευρημάτων της κλινικής εξέτασης του ΜΣΣ.

Τα κύρια κλινικά σημεία των ρευματικών παθήσεων είναι το **οίδημα**, η **παραμόρφωση**, η **δυσκολία στις κινήσεις**. Είναι επίσης σημαντικό να γίνεται έλεγχος και για άλλα λειτουργικά προβλήματα.

Πρέπει κανείς να μάθει έναν αριθμό από συγκεκριμένες δοκιμασίες για κάθε άρθρωση προκειμένου να διαγιγνώσκει πρώιμα σημεία αρθρίτιδος. Αυτό μπορεί να γίνει εφικτό με τη βοήθεια και την επίβλεψη ενός ρευματολόγου ή ορθοπαιδικού. Κάθε μία από τις μεγάλες αρθρώσεις εξετάζεται με τρόπο που περιγράφεται παρακάτω.

Οι ίδιες αρχές μπορούν να εφαρμόζονται σε κάθε περιοχή και σε κάθε άρθρωση του σώματος. Η λογική αλληλουχία επιτρέπει στον εξεταστή να καθορίσει τη φύση της διαταραχής και πιο συγκεκριμένα, να απαντήσει σε δύο πολύ βασικά ερωτήματα: (εικόνα 5)

- την ανατομική εντόπιση της διαταραχής αρθρική - περιαρθρική.
- την αιτιολογία της νόσου: φλεγμονώδης ή μηχανικής αρχής.



**Εικ. 5:** Αλγόριθμος για τη λήψη απόφασης, στον έλεγχο μιας άρθρωσης. Οι ίδιες αρχές, γενικές τεχνικές και σειρά εξέτασης (βλέπε, κίνηση, νιώσε) μπορούν να εφαρμοστούν σε όλες τις αρθρώσεις.


Η βασική κλινική εξέταση περιλαμβάνει;

1. **Την επισκόπηση.** Έλεγχος για οιδήματα μαλακών μορίων ή παραμορφώσεις στην διάπλαση και κατασκευή του σκελετού.
2. **Την κινητικότητα (ενεργητική και παθητική κίνηση των αρθρώσεων).** Παρατήρηση της κίνησης και έλεγχος για δυσκολία ή περιορισμό των κινήσεων ή/και πόνο (έλεγχος για εκδήλωση στο πρόσωπο μορφασμού πόνου κατά την κίνηση).
3. **Την ψηλάφηση.**

Η επίκρουση πραγματοποιείται σε σπάνιες περιπτώσεις όπως στην άμεση πλήξη των ακανθωδών αποφύσεων σπονδύλων είτε με το χέρι του εξετάζοντος είτε με το νευρολογικό σφυρί. Σε περίπτωση φλεγμονής σε σπόνδυλο η πλήξη προκαλεί πόνο.

Το μεγαλύτερο μέρος της εξέτασης υλοποιείται χωρίς καν να αγγίζεται ο ασθενής. Μπορεί να πραγματοποιείται ζητώντας να ακολουθεί τις κινήσεις που εκτελεί ο εξεταστής (είναι πιο εύκολο να δείξεις σε κάποιον τι εννοείς, παρά να του το περιγράψεις).

Η σειρά που ακολουθείται στην κλινική εξέταση ποικίλει, ανάλογα με την κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής (π.χ. περιπατητικός, κλινήρης κ.τ.λ.). Σε κάθε περίπτωση είναι υποχρεωτικός ο έλεγχος των παρακάτω τεσσάρων παραμέτρων:

1. Βάδιση (**G**ait)
  2. Άνω άκρα (**A**rms)
  3. Κάτω άκρα (**L**egs)
  4. Σπονδυλική στήλη (**S**pine)
- 

(Για να μην παραληφθεί κάποια παράμετρος βοηθάει ο αγγλικός μνημο-τεχνικός κανόνας GALS) ή στην ελληνική Β.Α.Σ. [Βάδιση, Άκρα (άνω και κάτω), Σπονδυλική στήλη].

Η ρευματολογική εξέταση είναι μία άσκηση που περιλαμβάνει στοιχεία ανατομίας και χρήση απλών κλινικών δοκιμασιών. Στο εγχειρίδιο δίνεται έμφαση μόνο στα σημαντικά σημεία της κλινικής εξέτασης. *Για περισσότερες λεπτομέρειες στην κλινική εξέταση συστήνεται η παραπομπή σε βιβλία όπως τα Clinical Examination in Rheumatology M Doherty. Wolfe Publishing 1992, και Musculoskeletal examination Jeffrey Gross, Joseph Fetto, Elaine Rosen. Blackwell Science 1996.*

Η ίδια προσέγγιση μπορεί να τηρηθεί για την εξέταση ξεχωριστά κάθε περιφερικής άρθρωσης. Η σειρά που πρέπει να ακολουθείται είναι: **ΒΛΕΠΕ, ΚΙΝΗΣΕ, ΝΙΩΣΕ.**

**ΒΛΕΠΕ** [Επισκόπηση]

**ΚΙΝΗΣΕ** [Παρατήρηση της ενεργητικής και παθητικής κίνησης]

**ΝΙΩΣΕ** [Ψηλάφηση]

## **ΒΛΕΠΕ** [Επισκόπηση]

### **α. Σε ηρεμία**

Η εξέταση πρέπει να γίνεται σε χώρο με επαρκή φωτισμό και πάντοτε να ξεκινάει με την επισκόπηση σε κατάσταση ηρεμίας σε όρθια ή κατακεκλιμένη θέση (αν δεν δύναται σε όρθια). Οι εξεταζόμενες περιοχές συγκρίνονται για πιθανή ασυμμετρία (εικόνα 6). Οφείλει κανείς να παρατηρήσει τα εξής:

- ▶ στάση και παραμόρφωση: κάθε φανερή παραμόρφωση ή ασυμμετρία, η εμφάνιση και θέση των αρθρώσεων και των άκρων.
- ▶ το δέρμα: ουλές, ερυθρότητα (υποδηλώνει περιαρθρική φλεγμονή) ή εξανθήματα.
- ▶ οίδημα μαλακών μοριών: εικόνα, εντόπιση, μέγεθος.
- ▶ μυϊκή μάζα: ύπαρξη μυϊκής ατροφίας.



Φυσιολογική στερνοκλειδική και ακρωμοκλειδική άρθρωση

Φυσιολογικός όγκος δελτοειδούς

Ικανότητα για πλήρη έκταση του αγκώνα

Φυσιολογικός όγκος τετρακεφάλου

Φυσιολογική ευθυγράμμιση γόνατος (όχι ραιβότητα / βλαισότητα)

Φυσιολογική εμφάνιση - εικόνα οστών ταρσού, μεταταρσίων και φαλαγγικών οστών άκρου ποδός

Φυσιολογικές ποδικές καμάρες

**Εικ. 6:** Επισκόπηση ασθενούς σε όρθια στάση και από μπροστά, συγκρίνοντας παράλληλα και τις δύο πλευρές.

## β. Σε κίνηση

Η κίνηση στην άρθρωση μπορεί να είναι ενεργητική (ο ασθενής την κινεί) ή παθητική (ο εξεταστής την κινεί). Η ενεργητική κίνηση της άρθρωσης δίνει την δυνατότητα εκτίμησης του εύρους της κίνησης. Ο εξεταστής θα πρέπει να κινεί παθητικά την άρθρωση σε όλο το εύρος των κινήσεων που η άρθρωση επιτρέπει, συγκρίνοντας συμμετρικά και παρατηρώντας για τυχόν περιορισμό στην κίνηση ή έκλυση πόνου. Γενικά, ο πόνος που εκλύεται σε όλο το εύρος των κινήσεων μιας άρθρωσης είναι γνώρισμα μιας φλεγμονώδους διαταραχής, ενώ ο πόνος στο τέλος μιας περιορισμένης - ούτως ή άλλως - κίνησης συμβαίνει στην οστεοαρθρίτιδα. Ο πόνος σε συγκεκριμένες κινήσεις απλώς υποδεικνύει μηχανική ή περιαρθρική διαταραχή. Η παρουσία αστάθειας ή ανώμαλης κίνησης της άρθρωσης πρέπει να εξεταστεί.

### ΝΙΩΣΕ [Ψηλάφηση]

Πάντοτε ενημερώνεται ο ασθενής ότι θέλουμε να “αισθανθούμε” την άρθρωση και ρωτάμε αν πονάει προτού ξεκινήσουμε. Έπειτα ψηλαφούμε κι ελέγχουμε για:

**Θερμότητα:** υποδηλώνει φλεγμονή της άρθρωσης. Αυτό ανιχνεύεται καλύτερα διατρέχοντας την άρθρωση με τη ράχη του χεριού και όχι την παλάμη, συγκρίνοντας τη θερμοκρασία πάνω από την άρθρωση με αυτήν του παρακείμενου δέρματος (εικόνα 7).



**Εικ. 7:** Έλεγχος για αύξηση θερμοκρασίας στην άρθρωση του γόνατος, διατρέχοντας με τη ράχη του χεριού μας την άρθρωση.

**Ευαισθησία:** Είναι χρήσιμο να ζητάμε από τον ασθενή να τοποθετήσει το δείκτη του χεριού του εκεί όπου εντοπίζει ο ίδιος την ευαισθησία/πόνο. Οι αρθροπάθειες σχετίζονται με ευαισθησία των αρθρικών επιφανειών (εικόνα 8), η οποία μπορεί να είναι εντοπισμένη όπως στην οστεοαρθρίτιδα, αλλά και να είναι παρούσα καθ' όλο το μήκος της αρθρικής επιφάνειας όπως στις φλεγμονώδεις αρθροπάθειες. Οι περιαρθρίτιδες και άλλες παθήσεις προκαλούν εντοπισμένη εστιακή ευαισθησία πάνω από την ανατομική δομή που εμπλέκεται (εικόνα 9). Σε ορισμένες καταστάσεις, όπως η ινομυαλγία, μπορεί να υπάρχουν διάχυτη ευαισθησία κι ευαίσθητα σημεία (trigger points) που δε σχετίζονται όμως με παθολογική δομή.



**Εικ. 8:** Ψηλάφηση για τυχόν ευαισθησία πρόσθιας αρθρικής επιφάνειας του γόνατος.



**Εικ. 9:** Έλεγχος για εντοπισμένη περιαρθρική ευαισθησία στην κατάφυση του επιγονατιδικού τένοντα στο κνημιαίο κύρτωμα (νόσος Osgood-Schlatter).

**Οίδημα:** ψηλαφούμε για να διαπιστώσουμε την ύπαρξη οιδήματος μέσα ή γύρω από την άρθρωση. Πρέπει να καθοριστεί η εντόπιση, το σχήμα, το μέγεθος και η σταθερότητά του (δηλ. το πόσο ευπίεστο είναι). Οι αρθροπάθειες σχετίζονται με δύο κύριους τύπους οιδήματος: τα “σκληρά” οίδημα γύρω από τα όρια της άρθρωσης εξαιτίας της ανάπτυξης οστεοφύτων και παραμορφώσεων στην οστεοαρθρίτιδα και τα “μαλακά” που οφείλονται σε υπερτροφία του αρθρικού υμένα και εξίδρωσης υγρού στις φλεγμονώδεις αρθροπάθειες (εικόνα 10). Επιπρόσθετα, οζίδια μπορεί να είναι ψηλαφητά γύρω από τις αρθρώσεις και στον υποδόριο ιστό (εικόνα 11).



**Εικ. 10:** Έλεγχος ύπαρξης υγρού στην άρθρωση του γόνατος. Με το ένα χέρι πάνω από τον υπερεπιγονατιδικό θύλακο συμπιέζεται η επιγονατίδα και νοιώθουμε σαν να φυσκώνει ένα μπαλόνι κάτω από το άλλο μας χέρι, επιβεβαιώνοντας την παρουσία υγρού.



**Εικ. 11:** Συνήθεις θέσεις εντόπισης οζιδίων. Τα οζίδια μπορεί να είναι ρευματοειδή, κοκκιώματα, Ξανθώματα και τόφοι ουρικής αρθρίτιδας.

## Ψηλάφηση στην κίνηση

**Ενεργητική κίνηση.** Τις περισσότερες φορές, προτού ψηλαφήσουμε την άρθρωση, είναι πιο σωστό να παροτρύνουμε τον ασθενή να εφαρμόσει όλο το εύρος κινήσεων του άκρου/της άρθρωσης. Παρακολουθούμε πόσο εύκολα κινείται η άρθρωση και συγκρίνουμε το εύρος της κίνησης και στα δύο άκρα. Επιπλέον, δεν ξεχνάμε να κοιτάζουμε και την όψη του ασθενούς για να καταλάβουμε αν πονάει κατά τις κινήσεις που εκτελεί.

**Παθητική κίνηση.** Μπορούμε να νιώσουμε τον κριγμό ψηλαφώντας την άρθρωση κατά την κίνηση. Αδρός, τραχύς, ψηλαφητός κριγμός είναι χαρακτηριστικό της οστεοαρθρίτιδας. Μεμονωμένα “κρακ” και “κλικ” από μία άρθρωση είναι ενδειξη μηχανικής διαταραχής ή “εσωτερικής διαταραχής” της άρθρωσης. Ας μην ξεχνάμε, επίσης, ότι σε αρκετούς ανθρώπους οι αρθρώσεις τους κάνουν “κρακ” ενώ κινούνται χωρίς κάποιο παθολογικό υπόστρωμα.

## Ανατομία - Αρθρική ή περιαρθρική εντόπιση.

Η διαδικασία της εξέτασης όπως επισημάνθηκε επιτρέπει στον εξεταστή να καταλάβει ποιές ανατομικές δομές προκαλούν ή όχι δυσχέρεια σε έναν ασθενή που αναφέρει πόνο μέσα ή γύρω από την άρθρωση.

Οι δομές που εκλύουν πόνο μέσα ή γύρω από την άρθρωση απεικονίζονται στην εικ. 2, σελ.....

Τα ευρήματα - κλειδιά είναι:

- ▶ θυλακίτιδα: ήπιο οίδημα στη θέση του θυλάκου, συχνά ευαίσθητο.
- ▶ τενοντίτιδα: αν ο τένοντας ή το σημείο κατάφυσης του καταστραφεί ή φλεγμαίνει, το σημείο εκείνο παρουσιάζει εστιακή ευαισθησία. Επιπλέον, εφαρμόζοντας πίεση πάνω στον τένοντα προκαλείται πόνος. Αυτό το επιτυγχάνει κανείς ζητώντας από τον ασθενή να κινήσει το άκρο του ενώ ασκείται αντίσταση, ώστε ο μυς να παρασύρει τον τένοντα χωρίς να γίνεται κίνηση (εικόνες 12,13).



**Εικ. 12:** Ενεργητική κάμψη του καρπού υπό αντίσταση, που προκαλεί πόνο στον έσω επικόνδυλο (‘ο αγκώνας του γκόλφερ’).





**Εικ. 13:** Ενεργητική έξω στροφή της γληνοβραχιόνιας άρθρωσης υπό αντίσταση, που προκαλεί πόνο στον άνω βραχίονα με προβλήματα στον υποκάνθιο και στον ελάσσονα στρογγυλό μυ.

- ▶ **τενοντολυτρίτιδα:** αν φλεγμαίνει η προστατευτική θήκη (έλυτρο) του τένοντα, θα υπάρχει ευαισθησία κατά την ψηλάφηση με ήπιο κριγμό μερικές φορές σε όλο το μήκος της θήκης και η κίνηση του τένοντα θα αναπαράγει τον πόνο.
- ▶ **ενθεσίτιδα:** αν ο σύνδεσμος ή η ένθεση του συνδέσμου καταστραφεί, θα προκύψει εστιακή ευαισθησία στο σημείο του τραυματισμού και ο πόνος θα αναπαράγεται κάθε φορά που ασκούμε πίεση στην άρθρωση με κινήσεις που κανονικά περιορίζονται από το σύνδεσμο.



**Εικ. 14:** Έλεγχος για πλάγιο-πλάγια αστάθεια στο γόνατο.

- ▶ διαταραχές της άρθρωσης: χαρακτηρίζονται από ευαισθησία και πόνο κατά την κίνηση κατά το μήκος της αρθρικής γραμμής, με ή χωρίς οίδημα, κριγμό και περιορισμένη κινητικότητα (εικόνα 14).

## **Z. Τυποποιημένη κλινική εξέταση του μυοσκελετικού κατά ανατομικές περιοχές (GALS-ΒΑΣ).**

Η σειρά που ακολουθείται στην κλινική εξέταση ποικίλει, ανάλογα με την κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής (π.χ. περιπατητικός, κλινήρης κ.τ.λ.). Σε κάθε περίπτωση είναι υποχρεωτικός ο έλεγχος των παρακάτω τεσσάρων παραμέτρων:

1. Βάδιση (**G**ait)
2. Άνω άκρα (**A**rms)
3. Κάτω άκρα (**L**egs)
4. Σπονδυλική στήλη (**S**pine)

**GALS**

(Για να μην παραληφθεί κάποια παράμετρος βοηθάει ο αγγλικός μνημο-τεχνικός κανόνας GALS) ή στην ελληνική Β.Α.Σ. [Βάδιση, Άκρα (άνω και κάτω), Σπονδυλική στήλη].

### **(1). Βάδιση (Gait):**

Είναι πολύ σημαντικό να παρατηρείται ο τρόπος με τον οποίο βαδίζει ο εξεταζόμενος (αν υπάρχει φυσιολογική και συμμετρική βάδιση), είτε κατά την είσοδό του στο εξεταστήριο, είτε σε δεύτερο χρόνο κατά τη διάρκεια της εξέτασης. Διάφορες παθήσεις του ΜΣΣ είναι δυνατόν να οδηγήσουν σε ποικίλες διαταραχές της βάδισης, συμπεριλαμβανομένων της απώλειας της συμμετρίας, της δυσκαμψίας και της δυσκολίας στη βάδιση. Κάποιοι ασθενείς χρειάζονται διαφόρου είδους βοηθήματα για να περπατήσουν, ενώ άλλοι αντιμετωπίζουν δυσκολίες όταν κάθονται ή σηκώνονται από την καρέκλα, χαρακτηριστικά τα οποία δεν πρέπει να ξεφύγουν της προσοχής του εξεταστή.

### **(2). Άνω άκρα (Arms) (εικ. 15,16,17)**

#### **Ενεργητική κίνηση**

*Τεχνική.* Ζητάς από τον εξεταζόμενο να καθίσει απέναντί σου. Στη συνέχεια, δείξε και ζήτησε να προτάξει τα χέρια του. Επισκόπησε τόσο την ραχιαία όσο και από την παλαμιαία επιφάνεια (εικ. 15).



**Εικ. 15:** Παρατήρηση άκρων χεριών σε υππιασμό (παλάμη) και πρηνισμό (ράχη)

Έπειτα, δείξε και ζήτησε να σχηματίσει γροθιά-λαβή (έλεγχος δυνατότητας εκτέλεσης αδρών κινήσεων) και μετά να ακουμπήσει το δείκτη με τον αντίχειρά του σε κάθε χέρι, σχηματίζοντας το σύμβολο του 'καταδυτικού OK' (έλεγχος δυνατότητας εκτέλεσης λεπτών κινήσεων) και παρακολούθησέ τον ενώ αυτός εκτελεί. (εικ. 16 α,β)



**Εικ. 16:** (α) Σφιχτή γροθιά-λαβή. (β) Καταδυτικό σήμα 'OK'

Κατόπιν, πρόσεξε καθώς αρχικά κάμπτε κι εκτείνει πλήρως τους αγκώνες του κι έπειτα τοποθετεί τα χέρια του πίσω από το κεφάλι του κατ' αντιστοιχία με σένα, όπως του δείχνεις (δυνατότητα πλήρους έξω στροφής κι απαγωγής του ώμου) και πίσω από την πλάτη (έσω στροφή και προσαγωγή του ώμου). (εικ. 17).

Τέλος, έλεγξε για ασυμμετρία ή αδυναμία εκτέλεσης κάποιας κίνησης καθώς και για μορφασμούς προσώπου ενδεικτικούς ότι ο ασθενής πονάει κατά τη διάρκεια των εντολών - ενεργητικών κινήσεων.



**Εικ. 17:** Τα χέρια πίσω από την κεφαλή (έξω στροφή και απαγωγή του ώμου)

*“Λειτουργική” εξέταση.* Τα χέρια συχνά περιγράφονται ως η ‘ταυτότητα’ του ρευματολογικού ασθενή. Η ύπαρξη προβλημάτων που σχετίζονται με αυτά αποτελεί σημαντικό δείκτη παρουσίας ρευματικής νόσου, καθώς και διαταραχών από άλλα συστήματα. Η προσεκτική παρατήρηση τόσο της παλαμιαίας όσο και της ραχιαίας επιφάνειας των χεριών αποκαλύπτει πολλά κλινικά σημεία ιδιαίτερα σε έναν έμπειρο ιατρό. Το οίδημα, οι παραμορφώσεις των αρθρώσεων, η ατροφία των μυών, οι δερματικές αλλοιώσεις είναι εμφανή σημεία. Η καταγραφή αυτών των χαρακτηριστικών είναι χρήσιμα στοιχεία στη διάγνωση. Τα χέρια του εξεταζόμενου πρέπει να είναι σε θέση να μπορούν να εκτελούν αδρές (γροθιά) και λεπτές κινήσεις (τσιμπήμα). Τα άνω άκρα υπάρχουν με σκοπό να επιτρέπουν σε όλους μας να τοποθετούμε τα χέρια μας όπου χρειάζεται (λαιμό, στόμα, περίνεο κ.τ.λ.) έτσι ώστε να εξυπηρετούμαστε στις καθημερινές μας ανάγκες όπως της ένδυσης, λήψη τροφής και ατομικής υγιεινής. Σημαντικό σημείο είναι η σημασία του ελέγχου της δύναμης και της συλληπτικής ικανότητας των χεριών, καθώς ακόμη και της κινητικότητας των άνω άκρων στις διάφορες θέσεις. Η εξέταση των άνω άκρων ολοκληρώνεται ζητώντας από τον ασθενή να εκτελέσει μία πιο σύνθετη κίνηση, όπως αυτή της ανύψωσης, απαγωγής και έξω στροφής του ώμου. Σε περίπτωση παρουσίας κάποιας πάθησης του ώμου, η έξω στροφή κι η απαγωγή του ώμου είναι οι κινήσεις που επηρεάζονται πρώτες. Γενικά πάντως, πρέπει να θυμάσαι ότι αν το άτομο μπορεί να φτάσει με το χέρι του πίσω από το κεφάλι του, τότε σίγουρα είναι ικανό να φάει και να εκτελέσει πράξεις καθημερινής ατομικής υγιεινής (πλύσιμο προσώπου, βούρτσισμα δοντιών, τουαλέτα).

### (3). Κάτω άκρα - πόδια (Legs) (εικ. 18)

*Τεχνική.* Η εξέταση των κάτω άκρων προϋποθέτει ο εξεταζόμενος να κάθεται άνετα στο εξεταστικό κρεβάτι. Ξεκίνα, επισκοπώντας τα πόδια για να ελέγξεις για οιδήματα, παραμορφώσεις, ασυμμετρία και μυϊκή ατροφία. Δες τα κάτω άκρα, παρατήρησε για την παρουσία τύλων (κάλλων) στα πέλματα. Στη συνέχεια, ζήτησε να λυγίσει κάθε γόνατο ξεχωριστά και πρόσεξε, πόσο εύκολα μπορεί να το κάνει, το εύρος της κίνησης καθώς και για οποιαδήποτε ένδειξη πόνου στην εκτέλεση της κίνησης. Με το γόνατο σε κάμψη 90° σε σχέση με το μηρό, κάνε έσω στροφή του μηρού διαδοχικά και για τα δύο πόδια, συγκρίνοντας τα μεταξύ τους ως προς τη συμμετρία της κίνησης (μην ξεχνάς να προσέχεις το πρόσωπο του αρρώστου για την παρουσία μορφασμών που υποδεικνύουν πόνο κατά την εκτέλεση των κινήσεων). Στη συνέχεια, τοποθέτησε το χέρι σου πάνω από κάθε γόνατο εναλλάξ και κάνε παθητική έκταση του γόνατος, αναζητώντας για την παρουσία ‘τριξίματος’ στην άρθρωση. Τέλος, ψηλάφησε το γόνατο για οίδημα ή τοπική αύξηση της θερμοκρασίας.



**Εικ. 18:** Έσω στροφή ισχίου με κάμψη του γόνατος σε 90°.

*“Λειτουργική” εξέταση.* Τα κάτω άκρα μας επιτρέπουν να βαδίζουμε και μετακινούμαστε στο χώρο (σήκωμα και κάθισμα σε καρέκλα, κρεβάτι κλπ): για το λόγο αυτό έχει νόημα να παρατηρούμε τον ασθενή όταν κάνει αυτές τις κινήσεις. Η έσω στροφή του ισχίου είναι η πρώτη κίνηση που επηρεάζεται/περιορίζεται σε παθήσεις του ισχίου. Οι παθήσεις του γόνατος έχουν ως αποτέλεσμα την πρώιμη ατροφία του τετρακέφαλου μύος, ενώ συχνά συνυπάρχει κάποιου βαθμού οίδημα που φαίνεται με το γέμισμα των κοιλοτήτων σε κάθε πλευρά της επιγονατίδος ή και ψηλαφητό ‘τριξιμο’ της άρθρωσης. Εξάλλου, όπως σε κάθε άλλη πάσχουσα άρθρωση, έτσι και στην κατά γόνυ άρθρωση, η κίνηση μπορεί να είναι περιορισμένη και επώδυνη. Οι διαταραχές

του άκρου ποδός είναι πολύπλοκες, αλλά η εμφανής παραμόρφωση και ανισοκατανομή του βάρους οδηγεί συχνά στην δημιουργία τύλων.

#### **(4). Σπονδυλική στήλη (Spine) (εικ. 19,20)**

*Τεχνική.* Με τον εξεταζόμενο να κάθεται ακόμη μπροστά σου, ζήτησε και δείξε του να κάνει πλάγια κάμψη του κεφαλιού του δεξιά και αριστερά. Παρατήρησε για παρουσία πόνου (μορφασμό ενόχλησης) ή περιορισμό της κίνησης. Έπειτα ζήτησέ του να καθίσει όρθιος, αρχικά με πλάτη προς το μέρος σου και μετά στο πλάι, με σκοπό να επισκοπήσεις ολόκληρη την σπονδυλική του στήλη, παρατηρώντας για τυχόν παραμορφώσεις (κύφωση, σκολίωση κ.τ.λ.).



**Εικ. 19:** Δεξιά πλάγια κάμψη αυχένα

Στη συνέχεια, παράγγειλέ του να σκύψει προς τα εμπρός και να ακουμπήσει τα δάκτυλα των ποδιών του. Πρόσεξε το βαθμό ευκολίας, ελαστικότητας και συμμετρίας της κίνησης στην κάμψη και έκταση. Ψηλάφησε τους οσφυϊκούς σπονδύλους για τον έλεγχο της φυσιολογικής τους κινητικότητας. (εικ. 20)



**Εικ. 20:** Ο εξεταστής ζητά από τον εξεταζόμενο να ακουμπήσει τα δάκτυλα των ποδιών του σκύβοντας, ενώ ψηλαφεί την ΟΜΣΣ για κινητικότητα μεταξύ των σπονδύλων.

*“Λειτουργική” εξέταση.* Η πλάγια κάμψη του κεφαλιού είναι ένας ευαίσθητος δείκτης για την ανάδειξη παθήσεων της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης. Η κύρια κίνηση της θωρακικής μοίρας είναι η περιστροφή και μπορεί να ελεγχθεί με τον ασθενή καθισμένο μπροστά από τον εξεταστή και κρατώντας από τους ώμους περιστρέφοντάς τον γύρω από τον κατακόρυφο άξονα του σώματος. Η κίνηση αυτή σε περίπτωση ύπαρξης προβλήματος στη θωρακική μοίρα προκαλεί άλγος στην πλάτη ή στο στήθος. Οι περισσότερες διαταραχές της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης έχουν να κάνουν με την ύπαρξη παραμορφώσεων (π.χ. σκολίωση) ή/και με επώδυνο περιορισμό των κινήσεων, ιδίως της πρόσθιας κάμψης. Το άγγιγμα των δακτύλων των ποδιών με την κάμψη οσφυϊκής μοίρας και ισχίων είναι μεγάλης λειτουργικής σημασίας στις καθημερινές δραστηριότητες όπως το να βάζουμε τα παπούτσια/κάλτσες, κόψιμο νυχιών ποδιών. Υπάρχει όμως η δυνατότητα, μέσω καλής κινητικότητας της κατ’ ισχίον άρθρωσης, να ακουμπά κανείς τα δάκτυλα των ποδιών αποφεύγοντας την κάμψη της σπονδυλικής του στήλης. Για το λόγο αυτό χρειάζεται ιδιαίτερη προσοχή στον έλεγχο της πραγματικής κάμψης της σπονδυλικής στήλης κατά τη διάρκεια της κλινικής εξέτασης.

#### **(5). Καταγραφή των πληροφοριών από την κλινική εξέταση με μορφή σημειώσεων (GALS).**

Είναι σημαντικό η καταγραφή των αποτελεσμάτων της κλινικής εξέτασης σε μορφή σημειώσεων με απλό και συστηματικό τρόπο. Τα αρνητικά αποτελέ-

σηματα ενώ είναι προφανές ότι μπορούν να καταγραφούν εύκολα, είναι εξαιρετικά ουσιώδεις να μην παραληφθούν, διότι ίσως υπάρξει ανάγκη στο μέλλον να αναζητηθούν αν κάποια συγκεκριμένη διαταραχή υπήρχε ή όχι στο παρελθόν.

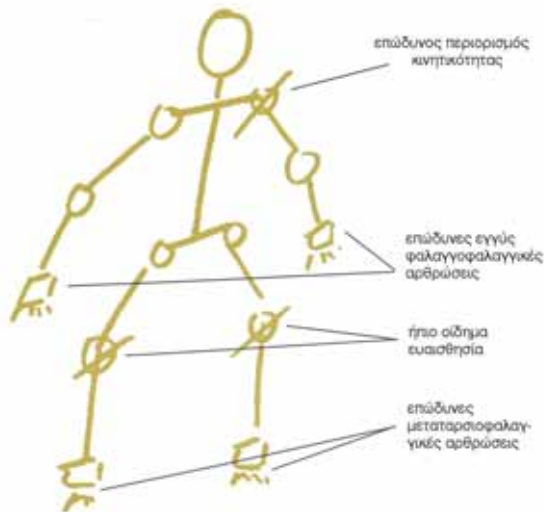
Για παράδειγμα μια απλή καταγραφή των αποτελεσμάτων μπορεί να γίνει με τον παρακάτω τρόπο:

## GALS (ΒΑΣ)

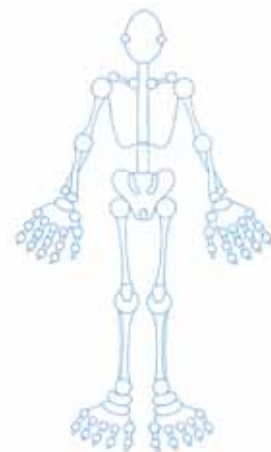
Αν τα ευρήματα είναι αρνητικά:			
	Βάδιση (G): Κ Φ	<b>Εμφάνιση</b>	<b>Κινητικότητα</b>
	Χέρια (A):	Κ Φ	Κ Φ
	Πόδια (L):	Κ Φ	Κ Φ
	Σπονδ. στήλη (S):	Κ Φ	Κ Φ
Παραδείγματα επί θετικών ευρημάτων:			
1) Επώδυνος περιορισμός της έσω στροφής του (ΑΡ) ισχίου και ανταλγικό βάδισμα ΟΑ του ισχίου;	G: <input checked="" type="checkbox"/> ανταλγικό A L S	Κ Φ Κ Φ Κ Φ	Κ Φ <input checked="" type="checkbox"/> Κ Φ
2) Οίδημα σε πηχεοκαρπική και κατά γόνυ (άμφω), διόγκωση πρόσθιου κνημιαίου ογκώματος πρώιμη ΡΑ;	G: Κ Φ A L S	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Κ Φ	<input checked="" type="checkbox"/> Κ Φ Κ Φ

Σε περιπτώσεις προσβολής περισσότερων των δύο αρθρώσεων, η καταγραφή των αποτελεσμάτων μπορεί να είναι πιο δύσκολη με αυτόν τον τρόπο. Γι' αυτό, προτείνεται ο σχεδιασμός ενός ανθρωπόμορφου σχήματος πάνω στο οποίο μπορεί να σημειωθούν ποιές αρθρώσεις είναι προσβεβλημένες (εικόνα 21) ή αν διατίθενται έτοιμα εκτυπωμένα 'ανθρωπάκια', πάνω στα οποία θα τοποθετούνται τα σχόλια (εικόνα 22).





**Εικ. 21:** Χρησιμοποίηση ανθρωπόμορφου σχήματος με σκοπό την σημείωση των αρθρώσεων που εμπλέκονται σε πολυαρθρίτιδες.



**Εικ. 22:** 'ανθρωπάριο' για σημειώσεις

## **Η. Άλλα τμήματα της κλινικής εξέτασης - Αδρή νευρολογική εξέταση - Έλεγχος μυϊκής ισχύος.**

Η πλήρης κι ολοκληρωμένη εξέταση και των άλλων συστημάτων είναι αναγκαία για τον αποκλεισμό της συμμετοχής τους στη ρευματική νόσο.

Υπάρχουν τρία τμήματα της εξέτασης που πρέπει να λαμβάνονται υπόψη ξεχωριστά σε κάθε ασθενή:

1. το νευρομυϊκό σύστημα: οι μύες και η νεύρωσή τους
2. τα άλλα συστήματα ή όργανα
3. η λειτουργικότητα: αξιολόγηση της ανικανότητας και της αναπηρίας

Οι μύες και τα νεύρα μπορεί να προσβληθούν πρώιμα ή ως επιπλοκή της ρευματικής νόσου. Η μυϊκή ισχύς πρέπει να αξιολογείται, αν και αυτό αποδεικνύεται δύσκολο μερικές φορές σε ασθενείς που περιορίζουν τις δραστηριότητές τους εξαιτίας του χρόνιου πόνου στις αρθρώσεις. Η προσεκτική νευρολογική εξέταση συχνά είναι απαραίτητη καθώς ο ριζιτικός πόνος και αυτός της περιφερικής νευροπάθειας μπορεί να προκαλέσει τοπικά άλγος που μιμείται τον πόνο της αρθρίτιδας ή της περιαρθρίτιδας.

Η κάθε νευρική ρίζα νευρώνει περισσότερους από έναν μύες και οι περισσότεροι μύες νευρώνονται από περισσότερες από μία νευρικές ρίζες (συνήθως δύο). Για λόγους απλότητας όμως, ορισμένοι μύες ή ομάδες μυών θεωρούνται αντιπροσωπευτικοί ενός συγκεκριμένου μυελοτομίου (νωτιαίου νεύρου). Οι σημαντικότεροι μύες-κλειδιά είναι:

- ♦ A5 - Δελτοειδής μυς.
- ♦ A6 - Εκτείνοντες καρπού (δικέφαλος, μακρός και βραχύς εκτείνων καρπού)
- ♦ A7 - Εκτείνοντες αγκώνα (τρικέφαλος)
- ♦ A8 - Καμπήρες μεσαίου δακτύλου (εν τω βάθει καμπήρας)
- ♦ Θ1 - Απαγωγός μικρού δακτύλου
- ♦ O2 - Καμπήρες ισχίου (λαγονοψοϊτής)
- ♦ O3,O4 - Εκτείνοντες γόνατος (τετρακέφαλος)
- ♦ O4,O5,11 - Καμπήρες γόνατος (ιγνυακί)
- ♦ O5 - Κάμπτοντες ραχιαία την ποδοκνημική και το μεγάλο δάκτυλο (πρόσθιος κνημιαίος και μακρός εκτείνων το μεγάλου δακτύλου)
- ♦ 11 - Καμπήρες ποδοκνημικής (γαστροκνήμιος, υποκνημίδιος)

Οι μύες αυτοί πρέπει συμμετρικά να ελέγχονται για την ισχύ τους. Η μυϊκή ισχύς αναφέρεται στην ένταση με την οποία ένας μυς συσπάται εκούσια ώστε να πραγματοποιηθεί μια δραστηριότητα. Κάθε μυς βαθμολογείται σε κλίμακα έξι βαθμών (0-5) από την φυσιολογική ισχύ στην παράλυση. Ο καθορισμός της ισχύος στους μύες-κλειδιά με επαναλαμβανόμενες εξετάσεις συμβάλει στην εκτίμηση της νευρολογικής κατάστασης του ασθενούς (Ταξινόμηση Medical Research Council).

Κλίμακα μυϊκής ισχύος /αδυναμίας (MRC ταξινόμηση)	
Βαθμός 0	Καμία συστολή μυός
Βαθμός 1	Μικρή σύσπαση (ινιδική, χωρίς κίνηση)
Βαθμός 2	Κάποια κίνηση
Βαθμός 3	Κίνηση ενάντια στη βαρύτητα
Βαθμός 4	Κίνηση ενάντια στην αντίσταση
Βαθμός 5	Φυσιολογική δύναμη (σύμφωνα με την ηλικία)

Σημείωση: Ο βαθμός 4 καλύπτει ένα ευρύ φάσμα: τα 4-,4 και 4+ υποδηλώνουν κίνηση ενάντια μικρής, μέτριας και μεγάλης αντίστασης. Θα πρέπει να αποφεύγονται οι ασαφείς περιγραφές “δύναμη 4/5 εξ ολοκλήρου” υποδηλώνει ήπια τετραπάρεση ή μυοπάθεια. Είναι καλύτερο να αναφέρεται “ελλιπής προσπάθεια” και ο μέγιστος βαθμός για κάθε μυ που εξετάζεται.

### Άλλα συστήματα ή όργανα

Πολλές από τις φλεγμονώδεις ρευματικές νόσους προσβάλλουν κι άλλα συστήματα πέραν του μυοσκελετικού όπως το δέρμα, το πεπτικό, το αναπνευστικό, το καρδιαγγειακό, το ουροποιητικό και όργανα όπως ο οφθαλμός.

### Θ. Εργαστηριακός έλεγχος - Διαγνωστικές εξετάσεις

**Παραγγέλοντας τυφλά εξετάσεις όταν η ρευματική νόσος δεν είναι κλινικά εμφανής είναι άχρηστο και άσκοπο. Αυτός ο τρόπος ελέγχου αυξάνει το κόστος, καθυστερεί τη διάγνωση και οδηγεί σε άσκοπες παραπομπές για νόσους που οι ασθενείς δεν έχουν.<sup>8</sup>**

Υπάρχουν τρεις κύριες κατηγορίες εργαστηριακών εξετάσεων που χρησιμοποιούνται στη διάγνωση και αξιολόγηση των ρευματικών νόσων.

1. ΑΠΕΙΚΟΝΙΣΤΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ. Απεικόνιση των οστών και αρθρώσεων με ακτινογραφίες και άλλες απεικονιστικές μεθόδους.
2. ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ. Εξετάσεις αίματος - αξιολόγηση αιματολογικών, βιοχημικών και ανοσολογικών δεικτών.
3. ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΡΘΡΙΚΟΥ ΥΓΡΟΥ. Μικροβιολογική - κυτταρολογική. Καλλιέργεια.

## 1. Απεικόνιση των οστών και των αρθρώσεων.

Η απλή ακτινογραφία είναι μια από τις πιο χρήσιμες και σημαντικές εξετάσεις ρουτίνας στη ρευματολογία και την ορθοπεδική. Παρέχει καταγραφή του ιστορικού των μεταβολών που συνέβησαν στο οστό. Πολλές ρευματοπάθειες (ακτινογραφικά) δίνουν πολύ χαρακτηριστικές εικόνες τόσο της άρθρωσης αλλά και γύρω από αυτήν, (εικόνα 23). Μεγάλος αριθμός ακτινογραφιών δεν είναι απαραίτητος καθώς οι ακτινολογικές αλλαγές στα οστά συμβαίνουν πολύ αργά. Η συχνή επανάληψη ακτινογραφιών δεν αποδεικνύεται χρήσιμη και εκθέτει τον ασθενή σε περιττή ακτινοβολία. Αρκεί να δούμε μία μόνο προσβεβλημένη άρθρωση/οστό, με ή χωρίς ετερόπλευρη λήψη. Σε πολυαρθρίτιδες, οι λήψεις των άκρων χειρών (οπισθοπρόσθια) και των άκρων ποδών (προσθιοπίσθια) είναι οι πλέον χρήσιμες.



**Εικ. 23:** Σχηματική αναπαράσταση των ακτινολογικών αλλαγών που παρατηρούνται στη χρόνια ρευματοπάθεια.

Υπάρχουν διαθέσιμες και άλλες απεικονιστικές μέθοδοι όπως η αξονική τομογραφία (CT), η αρθρογραφία (ακτινογραφία με σκιαστικό), το σπινθηρογράφημα οστών με  $^{99m}Tc$ , η μαγνητική τομογραφία (MRI), το υπερηχογράφημα και η μέτρηση οστικής πυκνότητας με DEXA. Κάθε μία έχει θέση και διευκολύνει στη διερεύνηση ειδικών, πολύπλοκων περιπτώσεων, ειδικά σε δύσκολες παθήσεις της σπονδυλικής στήλης.

## 2. Εξετάσεις αίματος

Το φάσμα των αιματολογικών εξετάσεων που μας βοηθούν στη διάγνωση και την αξιολόγηση είναι ευρύ. Χωρίζονται στις εξής κατηγορίες:

- ▶ εξετάσεις που αξιολογούν τη συστηματική φλεγμονή: η παρουσία φλεγμονής και οι επιπτώσεις της στον οργανισμό είναι σημαντική στις φλεγμονώδεις αρθροπάθειες και στην παρακολούθηση της θεραπείας. Η Ταχύτητα Καθιζήσεως Ερυθρών (ΤΚΕ) και το ιξώδες του πλάσματος (Plasma Viscosity) είναι οι πιο απλοί δείκτες. Στην Ελλάδα χρησιμοποιείται η ΤΚΕ. Η μέτρηση του επιπέδου πρωτεϊνών οξείας φάσης, όπως η C - reactive protein (C-RP),

παρέχει πιο ειδικές πληροφορίες. Η χρόνια φλεγμονή μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα ορθόχρωμη, ορθοκυτταρική αναιμία και θρομβοκυττάρωση.

- ▶ βιοχημικές εξετάσεις: η πιο σημαντική από αυτές είναι η μέτρηση του επιπέδου ουρικού οξέος στον ορό. Η υπερουριχαιμία μπορεί να οδηγήσει σε κρίση ουρικής αρθρίτιδας και θα χρειαστεί πλήρης βιοχημικός έλεγχος, προκειμένου να καθοριστεί η έκταση και η αιτιολογία της.
- ▶ ανοσολογικές εξετάσεις αντισωμάτων: πολλές φλεγμονώδεις αρθροπάθειες σχετίζονται με αυξημένους τίτλους αυτοαντισωμάτων. Η συμμετοχή αυτών των αντισωμάτων στην ασθένεια παραμένει ασαφής, αν και κάποια έχουν μεγάλη ειδικότητα ή ο τίτλος άλλων έχει προγνωστική σημασία, οπότε έχει σημασία να γίνεται μέτρηση αυτών περιοδικά. Τέτοια παραδείγματα είναι ο ρευματοειδής παράγων RF (Ra-test) (ένα αντίσωμα εναντίον της ανοσοσφαιρίνης IgG, το οποίο μπορεί να είναι παρόν και σε υγιείς, αλλά υπάρχει συχνά σε υψηλούς τίτλους στη ρευματοειδή αρθρίτιδα), τα αντισώματα έναντι κυτρουλίνης (anti-CCP) και τα αντιπυρηνικά αντισώματα (A.N.A) (μια ομάδα αντισωμάτων που στρέφονται εναντίον πρωτεϊνών του πυρήνα, συχνά παρόντα σε υψηλούς τίτλους σε νοσήματα του συνδετικού ιστού και κάποια από αυτά με μεγάλη ειδικότητα).

### 3. Ανάλυση του αρθρικού υγρού

Αν μια οξεία αρθρίτιδα είναι άγνωστης αιτιολογίας, τότε πρέπει να γίνει παρακέντηση και αναρρόφηση ποσότητας του αρθρικού υγρού από την προσβεβλημένη άρθρωση. Το αρθρικό υγρό αποστέλλεται στο εργαστήριο για μικροσκοπηση, ανάλυση (κυτταρολογική) και καλλιέργεια προκειμένου να αποκλειστεί η λοίμωξη. Το δείγμα εξετάζεται σε πολωμένο μικροσκόπιο, για ταυτοποίηση κρυστάλλων ουρικού οξέος (διαγνωστικοί της ουρικής αρθρίτιδας) ή πυροφωσφορικού οξέος (διαγνωστικοί της ψευδοουρικής αρθρίτιδας) (εικόνα 24). Η ανάλυση του αρθρικού υγρού είναι μερικές φορές χρήσιμη διαγνωστικά και σε άλλες αρθροπάθειες. Η παρουσία κρυστάλλων δεν αποκλείει την παρουσία μικροβίου.



**Εικ. 24:** Εμφάνιση κρυστάλλων ουρικού οξέος και πυροφωσφορικού, χρησιμοποιώντας πολωμένο μικροσκόπιο.

## I. Βιβλιογραφία

1. Jordan K, Clarke A.M, Symmons D.P, Fleming D, Porcheret M, Kadam U.T, Croft P. Measuring disease prevalence: a comparison of musculoskeletal disease using four general practice consultation databases. *Br J Gen Pract* 2007, 57:7-14.
2. Woolf A.D, Akesson K. Understanding the burden of musculoskeletal conditions. The burden is huge and not reflected in national health priorities. *BMJ* 2001;322:1079-80.
3. Andrianakos A, Trontzas P, Christoyannis F, Dantis P, Voudouris C et al. Prevalence of rheumatic diseases in Greece: a cross-sectional population based epidemiological study. The ESORDIC study. *J Rheumatol.* 2003;30(7):1589-601.
4. Dunlop et al. The cost of arthritis. *Arthritis Care Research* 2003;49(1):101-113.
5. An Introduction to the Musculoskeletal System. A handbook for medical students. Arthritis and Rheumatism Council. December 1991.
6. Doherty M, Dacre J, Dieppe P, Snaith M. The “GALS” locomotor screen. *Annals of the Rheumatic Diseases* 1992;51(10):1165-9.
7. Coady D, Walker D, Kay L. Regional examination of the musculoskeletal system (REMS): a core set of clinical skills for medical students. *Rheumatology* 2004;43(5):633-9.
8. Cassel C.K, Guest J.A. Choosing wisely: helping physicians and patients make smart decisions about their care. *JAMA* 2012;307:1801-1802.
9. Tan E.M, Feltkamp W, Smolen J et al. Range of antinuclear antibodies in “healthy” individuals. *Arthritis Rheumatism* 1997;40:1601-1611.

## ΙΑ. Παραρτήματα

### Παράρτημα 1.

#### Α. Ρευματικές παθήσεις σύμφωνα με την ηλικία και το φύλο

ΗΛΙΚΙΑ	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	ΑΝΔΡΕΣ
Παιδιά		Αιμορροφιλία
	Νεανική χρόνια αρθρίτιδα	Νεανική χρόνια αρθρίτιδα
	Ιογενείς και μεταϊογενείς αρθροπάθειες	Ιογενείς και μεταϊογενείς αρθροπάθειες
Νεαροί ενήλικες	Ρευματοειδής αρθρίτιδα	Αντιδραστική αρθρίτιδα
	ΣΕΛ	Αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα
	Γονοκοκκική ουρηθρίτιδα	
	Ψωριασική αρθρίτιδα	Ψωριασική αρθρίτιδα
Μεσήλικες	Ρευματοειδής αρθρίτιδα	Ρευματοειδής αρθρίτιδα
	Οστεοαρθρίτιδα	Ουρική αρθρίτιδα
Ηλικιωμένοι	Οστεοαρθρίτιδα	Οστεοαρθρίτιδα
	Ψευδοουρική αρθρίτιδα	Ψευδοουρική αρθρίτιδα
	Ρευματική πολυμυαλγία	Ρευματική πολυμυαλγία

#### Β. Κλινική εκτίμηση - μετρολογία

Για την αξιολόγηση της σοβαρότητας και της εξέλιξης της νόσου σε έναν ασθενή χρησιμοποιούνται αρκετές, μερικώς αντικειμενικές δοκιμασίες εκτίμησης της αρθροπάθειας. Αυτές οι ενδείξεις είναι εν μέρει χρήσιμες στο να καταλάβουμε την ανταπόκριση των ασθενών στη θεραπεία σε μία χρόνια νόσο.

Παραδείγματα περιλαμβάνουν:

**Πόνος:** αξιολογείται με περιγραφική κλίμακα (καθόλου, ήπιος, μέτριος, σοβαρός) ή με τη χρησιμοποίηση οπτικής αναλογικής κλίμακας (εικόνα 25).



**Εικ. 25:** Οπτικό αναλογο της κλιμακας του πονου.

**Δυσκαμψία:** η διάρκεια της πρωϊνής δυσκαμψίας ή εκείνης λόγω αχρησίας καταγράφεται σε λεπτά. Δυσκαμψία για περισσότερο από μία ώρα είναι ενδεικτικό φλεγμονώδους αρθρίτιδας όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα και η αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα.

**Δείκτες δραστηριότητας της αρθρίτιδας:** Υπάρχουν διαθέσιμα αρκετά συστήματα καταγραφής, τα περισσότερα από τα οποία χρησιμοποιούν ένα προσεκτικά βαθμολογημένο σύστημα για τον πόνο και την ευαισθησία σε διαφορετικές αρθρώσεις. Ο αριθμός των διογκωμένων και ευαίσθητων στην πίεση αρθρώσεων μπορεί να καταγραφεί. Για την ρευματοειδή αρθρίτιδα χρησιμοποιείται ο δείκτης ενεργότητας νόσου (DAS28) που λαμβάνει υπόψη τον αριθμό των διογκωμένων, των ευαίσθητων αρθρώσεων, την γενική κατάσταση της υγείας από την πλευρά του ασθενή και την ΤΚΕ.

**Γωνιομετρία:** το εύρος της κίνησης της άρθρωσης καταγράφεται με ένα γωνιόμετρο (εικόνα 26).



**Εικ. 26:** Μέτρηση εύρους κάμψης της άρθρωσης του αγκώνα με γωνιόμετρο.



**Οίδημα:** ο βαθμός της διογκωμένης άρθρωσης μπορεί να εκτιμηθεί - αυτό είναι μερικές φορές χρήσιμο για τις φαλαγγοφαλαγγικές αρθρώσεις των άκρων χειρών κι ως εκ τούτου υπάρχουν διαθέσιμα πολλά απλά βοηθήματα (χρησιμοποιούνται σε κλινικές μελέτες και όχι στην κλινική πράξη).

**Η δύναμη της λαβής:** η αρθρίτιδα προκαλεί αδυναμία δημιουργίας λαβής, που αξιολογείται κλινικά (εικόνα 27). Μπορεί επίσης να εκτιμηθεί με συσκευή του δυναμομέτρου μετρώντας τη μέγιστη δύναμη σφιξίματος που καταβάλλει ο ασθενής.



**Εικ. 27:** Κλινική εκτίμηση της δύναμης της λαβής.

## Γ. Ανοσολογικές εξετάσεις

ΑΝΤΙΣΩΜΑ	ΕΞΕΤΑΣΗ	ΜΕΘΟΔΟΣ	ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΜΕ ΝΟΣΗΜΑ
Ρευματοειδής παράγων (RF)	Ra-test RF-ultra sensitive	Latex Ευαισθησία ++ Ειδικότητα + Νεφελομετρική	Ρευματοειδής αρθρίτιδα
Αντισώματα έναντι κιτρουλίνης	Anti-CCP	Ευαισθησία +++ Ειδικότητα +++	

ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΚΥΤΤΑΡΙΚΩΝ ΑΝΤΙΓΟΝΩΝ			
<b>Αντιπυρηνικά αντισώματα (ANA)</b>	Μορφολογία - Χαρακτηρισμός - Τίτλος	Ανοσοενζυμική (E.I.A.) Ανίσχευση με έμμεσο ανοσοφθορισμό επί κυττάρων HEP-2 - Διάχυτος - Στικτός - Κατά κεντρομεριδίου (ACA) - Πυρηνισκικός ΦΤ < 1/80 αραίωση	Συστηματικός Ερυθηματώδης Λύκος (ΣΕΛ) και νοσήματα συνδετικού ιστού π.χ. Sjogren, κλπ.
	<b>ANA-Screening</b>	ELISA	
<b>Αντικυτταροπλασματικά αντισώματα</b>	Αντιμιτοχονδριακά (AMA) Κατά λείων μυϊκών ιών (ASMA)	Ανίχνευση με έμμεσο ανοσοφθορισμό σε στομάχι, νεφρό ποντικού Ευαισθησία +++ Ειδικότητα +	Αυτοάνοση ηπατίτιδα Πρωτοπαθής χολική κίρρωση
<b>Antids DNA</b>		Ανίχνευση με έμμεσο ανοσοφθορισμό με Crithidia Luciliae. Ευαισθησία ++ Ειδικότητα +++	ΣΕΛ

<b>ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ ΕΝΑΝΤΙ ΕΚΧΥΛΙΣΙΜΩΝ ΠΥΡΗΝΙΚΩΝ ΑΝΤΙΓΟΝΩΝ</b>	ENA	Ανίχνευση με αντίθετη ανοσοηλεκτροφόρηση (ΦΤ Αρνητικό) ELISA	
	UIRNP		ΣΕΛ, Μικτή Νόσο Συνδετικού Ιστού
	Sm		ΣΕΛ
	Ro (SSA)		ΣΕΛ, Sjogren's
	La (SSB)		Sjogren's
	Jo-1		Πολυμυοσίτιδα
	Sci-70		Σκληρόδερμα

<b>ΕΙΔΙΚΑ ΑΥΤΟΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ ΑΝΙΧΝΕΥΟΝΤΑΙ ΜΕ ΑΝΟΣΟΕΝΖΥΜΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΥΣ</b>			
	Αντισώματα κατά καρδιολιπίνης (ACA) anti-cardiolipin IgG, anti-cardiolipin IgM, IgA.	ELISA ή E.I.A.	ΣΕΛ** Θρομβοπενία, επαναλαμβανόμενες αποβολές, αντιφωσfolιπιδικό σύνδρομο
	Αντισώματα κατά β2GPI		αντιφωσfolιπιδικό σύνδρομο
	Αντισώματα κατά διπλής έλικας DNA (anti-dsDNA)	Ευαισθησία +++ Ειδικότητα +	

<b>ΑΝΤΙΣΩΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΚΥΤΤΑΡΟΠΛΑΣΜΑΤΟΣ ΟΥΔΕΤΕΡΟΦΙΛΩΝ (ANCA)</b>	p-ANCA c-ANCA	Ανίχνευση με έμμεσο ανοσοφθορισμό (ΦΤ < 1/20)	Αγγειίτιδα (Wegener, πολυοζώδης αρτηρίτιδα)
--	------------------	---	---

**Σημείωση:** Δεν υπάρχει αιματολογική-ανοσολογική εξέταση ειδική για τη ρευματοειδή αρθρίτιδα! Παρόλο που ο ρευματοειδής παράγοντας (RF) είναι ισχυρά θετικός στους περισσότερους ασθενείς με εγκαταστημένη ρευματοειδή αρθρίτιδα, συχνά είναι θετικός και σε άλλα νοσήματα του συνδετικού ιστού (π.χ. ΣΕΛ). Μπορεί να είναι απών σε πρώιμο στάδιο της ρευματοειδούς αρθρίτιδας ενώ μπορεί να ανευρίσκεται σε άλλες νοσηρές καταστάσεις (ειδικά σε χρόνιες λοιμώξεις) καθώς και σε υγιείς. Το 75% των ασθενών με ΡΑ έχουν θετικό RF (οροθετική ΡΑ).

Τα ANA είναι θετικά και σε φυσιολογικά άτομα με τον τίτλο να ποικίλει. 10-12% υγιών ατόμων έχουν θετικά ANA σε τίτλο 1/80 και 5% σε τίτλο >1/160. Το γυναικείο φύλο και η μεγάλη ηλικία του ασθενούς τείνουν να σχετίζονται περισσότερο με θετικά ANA. Η δοκιμασία ANA απαιτεί προσεκτική κλινικοπαθολογική συσχέτιση.<sup>9</sup>

## Παράρτημα 2

### Λήψη ιστορικού - κλινική εξέταση

#### Συμμετοχή συστημάτων

- Συμπτώματα δέρματος, των οφθαλμών, των πνευμόνων ή των νεφρών;
- Κακουχία, απώλεια βάρους, πυρετό, νυχτερινοί ιδρώτες;

#### Επιπτώσεις στον τρόπο ζωής

- Ανάγκες / προσδοκίες του ασθενούς
- Δυνατότητα προσαρμογής σε λειτουργική απώλεια

#### Άνω και κάτω άκρα

- Αξιολόγηση πλήρους κάμψης και έκτασης
- Αξιολόγηση έσω στροφής των ισχίων
- Έλεγχος σημείου επιπλέοντος πάγου-χορού επιγονατίδος-bulge sign
- Έλεγχος ποδιών
- Πιέστε τις μεταταρσοφαλαγγικές αρθρώσεις

#### Σπονδυλική στήλη

- Παρατηρήστε τη σπονδυλική στήλη
- Αξιολόγηση πρόσθιας - οπίσθιας - πλάγιας κάμψης του αυχένα
- Αξιολόγηση κινήσεων της οσφυϊκής μοίρας της σπονδυλικής στήλης.

### Συνοπτική κατάσταση ελέγχου μυοσκελετικού συστήματος.

Για την πλήρη περιγραφή των διαδικασιών εξέτασης, ανατρέξτε στις σχετικές ενότητες του κειμένου.

#### Τρέχοντα συμπτώματα

- Πόνος

- Δυσκαμψία
- Οίδημα
- Πρότυπο προσβολής αρθρώσεων

### **Εξέλιξη**

- Οξεία ή χρόνια;
- Σχετιζόμενες εκδηλώσεις
- Ανταπόκριση στη θεραπεία

### **Ερωτήσεις Διαλογής**

- Έχετε οποιοδήποτε πόνο ή δυσκαμψία στους μύες, τις αρθρώσεις ή την σπονδυλική στήλη;
- Μπορείτε να ντυθείς μόνος/η χωρίς καμία δυσκολία και καμία βοήθεια;

### **Εξέταση κατά “GALS”**

#### **βάδιση**

- Παρατήρηση βαδίσματος
- Παρατήρηση του ασθενή σε ανατομικές θέσεις

#### **άκρα**

- Έλεγχος της κίνησης - χέρια πίσω από το κεφάλι
- Παρατήρηση της ράχης των χεριών και των καρπών
- Παρατήρηση των παλαμών
- Αξιολόγηση της δύναμης της λαβής (αξιολόγηση αδρών κινήσεων δακτύλων)
- Αξιολόγηση της εκτέλεσης του καταδυτικού OK (αξιολόγηση λεπτών κινήσεων δακτύλων)
- Πίεσε τα μετακάρπια (MCP's)

## Φύλλο καταγραφής ιστορικού ρευματολογικής νόσου

**ICD-10. Παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού.  
(M00-M99)**

**M00-M03 Λοιμώδεις αρθρίτιδες**

**M05-M14 Φλεγμονώδεις πολυαρθρίτιδες**

**M15-M19 Οστεοαρθρίτιδα (εκφυλιστική αρθρίτιδα)**

**M20-M25 Άλλες παθήσεις των αρθρώσεων**

**M30-M36 Συστηματικά νοσήματα του συνδετικού ιστού**

M30.0 Οζώδης πολυαρθρίτιδα

M31.3 Κοκκιωμάτωση του Wegener

M31.4 Σύνδρομο του αορτικού τόξου [Takayasu]

M31.5 Γιγαντοκυτταρική αρθρίτιδα με ρευματική πολυμυαλγία

M30.3 Βλεννογονοδερματικό λεμφαδενικό σύνδρομο [Kawasaki]

M31.0 Αγγειίτιδα υπερευαισθησίας

M32 Συστηματικός ερυθματώδης λύκος

M32.0 Φαρμακευτικός συστηματικός ερυθματώδης λύκος

M32.1 Συστηματικός ερυθματώδης λύκος με προσβολή οργάνων ή συστημάτων

M32.8 Άλλες μορφές συστηματικού ερυθματώδους λύκου

M33 Δερματοπολυμυοσίτιδα

M33.2 Πολυμυοσίτιδα

M34 Συστηματική σκλήρωση

M35.0 Σύνδρομο Sjögren:

M35.1 Άλλα αλληλοκαλυπτόμενα σύνδρομα

M35.2 Νόσος του Behcet

M35.3 Ρευματική πολυμυαλγία

**M40-M43 Παραμορφωτικές παθήσεις σπονδυλικής στήλης**

**M45-M49 Παθήσεις σπονδύλων**

M45.0 Αγκυλοποιητική σπονδυλαρθρίτιδα

**M50-M54 Άλλες παθήσεις της σπονδυλικής στήλης**

**M60-M63 Παθήσεις των μυών**

**M65-M68 Παθήσεις του αρθρικού υμένα και των τενόντων**

**M70-M79 Άλλες παθήσεις των μαλακών ιστών**

**M80-M85 Διαταραχές οστικής πυκνότητας και δομής**

M81.0 Μετεμνηνοπαυσιακή οστεοπόρωση

M89 Αλγονευροδυστροφία

**M86-M90 Άλλες παθήσεις των οστών**

M88.8 Νόσος Paget άλλων οστών

M89 Αλγονευροδυστροφία

**M91-M94 Παθήσεις αρθρικού χόνδρου**

M95-M99 Άλλες παθήσεις του μυοσκελετικού συστήματος και του συνδετικού ιστού.

### Παράρτημα 3

### Έντυπο αξιολόγησης του εγχειριδίου

Θα έδινε αξία η γνώμη σας σχετικά με αυτό το εγχειρίδιο.  
(Παρακαλούμε σημειώστε με Χ το κατάλληλο κουτί)

Πώς αξιολογείτε τις πληροφορίες του εγχειριδίου;

Χρήσιμες;

Ναι

Όχι

Εύκολα κατανοητές;

Καλά εικονογραφημένες;

Έρχεται σε αντίθεση με όσα έχετε διδαχθεί μέχρι σήμερα;

Τι σας αρέσει περισσότερο στο εγχειρίδιο;

Τι σας αρέσει λιγότερο στο εγχειρίδιο;

Άλλες ειδικές παρατηρήσεις / υποδείξεις

Είχατε εσείς ή συμφοιτητές σας κάποια

δυσκολία να λάβετε το εγχειρίδιο;

Ακαδημαϊκό ίδρυμα

Ακαδημαϊκό ίδρυμα

Ακαδημαϊκό ίδρυμα

Πόσες εβδομάδες διδασκαλίας περιμένετε να έχετε σε:

ρευματολογία

ορθοπεδική

Έχετε χρησιμοποιήσει άλλο εκπαιδευτικό υλικό της ΕΛΕΑΝΑ;  
(σημειώστε όλες τις πηγές που χρησιμοποιήσατε)

Ιστοσελίδα [www.arthritis.org.gr](http://www.arthritis.org.gr)

Ενημερωτικά φυλλάδια

Ναι\*

Όχι

Θα θέλατε να λάβετε περισσότερες πληροφορίες  
σχετικά με την ΕΛΕΑΝΑ;

\*Εάν Ναι, παρακαλούμε να δώσετε το όνομά σας και το email σας παρακάτω:

Παρακαλούμε επιστρέψτε αυτή τη σελίδα: ΕΛΕΑΝΑ, Κυψέλης 2 - Αθήνα, 113 62.

Ελληνική Εταιρεία Αντιρευματικού Αγώνα: ΕΛΕΑΝΑ

Ιδρύθηκε το 1978 με σκοπό την ενημέρωση του κοινού και των ρευματοπαθών για τις ρευματικές παθήσεις, την βελτίωση της ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης και την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας προς όφελος των ρευματοπαθών.

