

Mâna dureroasă la pacientul vârstnic

Hand pain in elderly patients

Adriana Sarah NICA¹, Gilda MOLOGHIANU¹, Roxana NARTEA², Mariana-Isabela CONSTANTINOVICI¹

¹Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București

²Spitalul Județean Buzău

REZUMAT

Subiectul, deși este frecvent întâlnit, rămâne în umbra altor manifestări clinice analizate la pacientul vârstnic. Când este semnalat, rar se ține cont de multiplele aspecte fiziopatologice și clinice ale procesului de îmbătrânire ce se regăsesc și la nivelul mâinii. Acestea, împreună cu durerea, pot determina în grade diferite aspecte disfuncționale, ce evoluează de la impotență funcțională la dizabilitate.

În acest material ne-am propus o trecere în revistă a celor mai frecvente situații legate de mâna dureroasă la pacientul vârstnic, mai ales în context reumatismal și posttraumatic. Lucrarea se dorește o reactualizare a unor situații frecvente cu care se confruntă pacientul vârstnic, dar care de multe ori își neglijează segmentul distal al membrului superior într-un context de polipatologie sau într-un context familial și social problematic. Dincolo de această analiză, sunt prezentate consecințele funcționale conexe și principalele obiective terapeutice privind aspectele fiziopatologice, clinico-simptomatice și funcționale.

Cuvinte cheie: mână dureroasă, pacient vârstnic, reumatism degenerativ, poliartrită reumatoidă, boala Dupuytren, osteoporoză, mâna dureroasă posttraumatic, neuropatii de încarcerare

ABSTRACT

Painful hand of aged people is a very common symptom but is often disregarded in comparison with other clinical signs and symptoms analyzed in these patients. When is reported, are rarely taken into account the multiple pathophysiological and clinical aspects of aging that characterize also the hand. Pain and all these other signs induce unexpected aspects of dysfunctions, from functional impairment to disability.

Our aim was to present a review of the most common situations related to painful hand in elderly patients, especially in rheumatological and posttraumatic context. This paper is an update of the most common situations in older patients, that often neglect their distal upper limb in a context of polipathology or in a problematically family and social environment. Also are presented the associated functional consequences and the main therapeutic objectives related to pathophysiological, clinical and functional outcomes.

Keywords: hand pain, elderly patients, osteoarthritis, rheumatoid arthritis, Dupuytren disease, osteoporosis, posttraumatic hand pain, entrapment neuropathy

Adresă de corespondență:

Drd. Mariana-Isabela Constantinovici, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, Str. Dionisie Lupu nr. 37, București
E-mail: mariana.isabela.moise@gmail.com

Pentru a analiza mâna dureroasă la un pacient vârstnic și a decide și selecta oferte personalizate terapeutice și de recuperare, trebuie trecute în revistă aspectele clinico-funcționale somatice, sub amprenta multiplelor experiențe patologice și fiziologice ale vârstnicului, pentru a stabili obiective pertinente și realiste și nu de „performanță”. În contextul general de aplicare a deciziilor terapeutice și de recuperare, se vor monitoriza funcțiile cardiovasculară, respiratorie și metabolică, în general modificate, dar strâns legate de nivelul de solicitare fizică și activitatea cotidiană. La aceste linii importante de evaluare se vor adăuga componentele clinice nespecifice cumulate în „elemente de stare generală”.

Modificările de vârstă în sfera somaticului se regăsesc la nivel musculo-scheletal, afectând compoziția, structura, aspectele funcționale. Prin particularitățile biomecanice modificate, țintele de durere pot fi: osul, elementele conjunctive de legătură, de protecție și conexiune (fascie, ligamente și tendoane, capsulă articulară, burse periarticulare, pachetul vasculo-nervos aferent), articulațiile mobile, mușchiul striat și conexiunile neuro-musculare. Concomitent, pot apărea manifestări neurosenzoriale, de tip degenerativ sau pe fundalul unor patologii specifice. Durerea și impotența funcțională la nivelul mâinii nu se tratează numai farmacologic sau chirurgical. În ecuația corectă a dezvoltării de activități pentru realizarea diferitelor obiective funcționale personale, sociale sau profesionale, mâna – ca actor principal, mai ales în context dureros – are nevoie de program de recuperare, care reprezintă dimensiunea terapeutică de tip funcțional cu influență majoră pentru calitatea vieții.

Dintre numeroasele entități patologice care asociază durere la nivelul mâinii vom semnală câteva categorii de patologie.

Mâna dureroasă a vârstnicului în context reumatismal

Pentru afectarea articulară dureroasă în context reumatismal intră în discuție sindromul poli- sau oligoartralgic. El se dezvoltă mai ales la pacienta vârstnică, pe fond degenerativ (manifestări artozice clasice), dar pacientul vârstnic, mai vulnerabil decât adultul, nu este scutit și de apariția manifestărilor dureroase articulare de tip inflamator. Durerea se regăsește la nivelul încheieturii mâinii, în articulația trapezo-metacarpiană și articulațiile interfalangiene proximale și distale, predominant la mâna dominantă și primele trei degete, sau difuz, interesând toate

componentele și structurile complexului mână-degete.

Deformările articulare, prin modificările degenerative și hiperproducția osoasă de vecinătate, pot fiacompaniate de dureri articulare cu caracter mecanic și sensibilitate crescută meteorotrop.

Durerea este descrisă ca o arsură sau presiune, poate ceda la repaus, inițial componenta nocturnă lipsește, dar progresiv simptomatologia capătă și caracter inflamator, cu exacerbare nocturnă și tulburarea somnului, mai ales dacă în fundal se dezvoltă manifestări endocrine.

Manifestări algice reumatismale la nivelul complexului încheieturii mâinii și mână-degete se regăsesc și în cadrul afectării de tendon: la nivel tenosinovial, la nivelul joncțiunii musculo-tendinoase sau musculo-tendino-periostale (enteza). Manifestarea de tendinită, tenosinovită sau enteză se dezvoltă fie într-un context de suprasolicitare de tip microtraumatism repetat sau traumatism unic extrem, fie ca proces inflamator în cadrul unei boli sistemice autoimune, alte categorii de boli sistemice (hemofilia), metabolice sau secundar unei infecții.

Vârstnicul poate acuza durere cu caracter mecanic pe fața dorsală a încheieturii mâinii prin suprasolicitarea flexiei (lucrătorii mecanici) sau a extensiei (jucătorii de tenis). Caracteristicile clinice includ durerea, edemul, uneori reacție termică local și afectarea funcțională articulară. Se evaluează „arcu” durerii atât pentru mobilizarea pasivă (se întinde mai mult tendonul, care confirmă originea majoră a durerii în tendon), cât și pentru mobilizarea activă (durerea are componentă mixtă, musculară și tendinoasă) și rezistivă (dacă durerea este medie și se poate desfășura manevra, tendonul este integru, dar dureros). Se completează cu palparea tendonului, fie pe fața volară pentru tendoanele flexorilor, la nivelul încheieturii mâinii sau palmar, fie pe fața dorsală pentru tendoanele extensorilor degetelor sau tendonul extensor ulnar al carpului.

Manifestări articulare în complexul articular radiocarpian și articulațiile carpului apar frecvent la pacientul vârstnic. Sunt semnalate dureri ale mâinii în: artropatia radiocarpiană, sindromul de tunel carpian, tenosinovita de Quervain, artropatia articulațiilor carpo-metacarpene.

Artropatia radiocarpiană se dezvoltă ca manifestare reumatismală degenerativă, prin afectarea cartilajului articular progresiv, pacientul acuzând durere, reacție inflamatorie în grade variate și scăderea capacității funcționale (scăderea mobilității articulare și a forței de

prehensiune). La majoritatea pacienților, durerea are caracter mecanic și este prezentă la nivelul încheieturii mâinii, pe fond artrozic sau posttraumatic. Durerea este surdă, constantă și se exacerbează la mobilizare cu susținere de greutate, la mișcări de torsiune (deschiderea capacului de borcan sau sticlă). Asociază crepitații și, în timp, prin autoprotecție antalgică, se dezvoltă atrofiere musculară și chiar capsulită retracțilă. În faza acută, ca diagnostice diferențiale intră: PR, proces infecțios local, sinovita vilonodulară și boala Lyme, fiecare dintre aceste patologii având un fundal, dar și context clinic și biologic specific.

La nivelul mâinii, cu o frecvență variabilă se descriu: degetul dureros „în resort“, afectând fie policele, fie celelalte degete, chiste sinoviale dureroase ale mâinii și degetelor, prezența algică de os sesamoid, sindromul de canal de nerv digital („paralizia sacului de plastic“), sindromul carpian stiloidian.

Elementele de afectare dureroasă articulară simetrică cu manifestări algice de tip inflamator din perioada inițială impun analiza profundă legată de prezența unui sindrom inflamator articular de tip sistemic, moment în care sunt trecute în revistă cele mai frecvente patologii: PR, LED, psoriazis artropatic, manifestări paraneoplazice, contextul endocrin (tiroidita subacută sau autoimună), metabolic (hiperuricemie) ș.a.

Mâna dureroasă din PR

În faza de debut, poate fi asociată cu diferite categorii de stres de tip mecanic (articular), termic (constant, pacientele care dezvoltă PR au o deficiență de adaptare termică distal cu manifestări exprimate – durere, parestezii, senzație neplăcută la expunerea la „rece“). Frecvent asociază manifestări psihice și modificări de stare generală (astenție, fatigabilitate, scădere ponderală, croșete subfebrile, transpirații nocturne, insomnie). Din literatură sunt semnalate formele de tip juxtaarticular, caracterizate prin tenosinovită de flexori și/sau extensori, bursită, sindromul de canal carpian sau dureri osteoarticulare fixe, trenante (manifestare prodromală în PR).

Manifestările articulare sinoviale și periarticulare caracteristice în PR la vârstnic au ca expresie clinică inițial durerea de tip inflamator sau mixt, predominanța feminină, cu afectarea precoce și frecvența înaltă (80-90% din paciente). Topografia specifică interesează predilect și simetric articulațiile IFP, MCF, asociază manifestările inflamatorii radio-carpian distal (cca 60% din cazuri), cu expresie mai „zgomotoasă“ pentru mâna dominantă. În acest sin-

drom dureros poliarticular sunt implicate reacția sinovială proliferativă inflamatorie de tip autoimun, cu edem important, leziuni periarticulare care interesează zona tendo-musculară și grupele musculare intrinseci ale mâinii (m. interosoși și lombricali) și musculatura extrinsecă. Manifestările musculo-tendinoase, alături de cele sinoviale și capsulare, sunt responsabile de deformările și deviațiile progresive, evidențiate atât radio-carpian (deviația cubitală a mâinii, „mâna în labă de cârțiță“), cât și la nivelul degetelor (deget „în ciocan“, prin distensia sau ruptura extensorului pe falanga a III-a, deget „în gât de lebădă“, deformare care afectează degetele II și III prin hiperextensia în articulația IFP și flexia în MCF și IFD; deget „în butonieră“, deformare realizată prin flexia articulației IFP cu extensia IFD, identificată mai frecvent pentru degetele IV și V; policele „în Z“, prin subluxația policelui palmar, respectiv a primei falange și hiperextensia falangei a II-a a policelui, police „adductus“ în afectarea trapezo-metacarpiană). Toate aceste manifestări asociază durerea cvasipermanentă pe zonele afectate.

O situație particulară o prezintă pacienta cu PR, care dezvoltă osteoporoză de cauză multifactorială: procesul inflamator specific, status post-menopauză cu involuția senilă sau premenilă, efectele secundare ale corticoterapiei prelungite, sindromul de decondiționare. Aceste manifestări „tăcute“ pot dezvolta, pe fragilitatea osoasă sau la solicitări minime, fracturi spontane atât la nivel costal, col femural, vertebral, dar și pe oasele mici – la nivelul mâinii. Poate fi o surpriză examenul radiologic, care evidențiază fractură parcelară de falangă la nivelul degetelor mâinii, pacienta acuzând durere local luată drept manifestare algică articulară, prin componenta sinovială.

În cazul unui sindrom poliarticular de tip inflamator cu afectare interfalangiană distală se discută de artropatia psoriazică, context în care se evaluează integritatea tegumentului sau manifestările cutanate, starea generală, manifestările sacroiliace și viscerale și tabloul biologic, imunologic și genetic.

Luând în considerare creșterea prevalenței manifestărilor reumatismale și a durerii cu localizare la nivelul mâinii, în special pentru populația vârstnică, trebuie să se știe că în prezent sunt semnalate peste 100 de forme de manifestări articulare, un număr important de pacienți trăiesc cu aceste simptome cronice articulare, deși nu au încă diagnosticul de boală. Clinicienii trebuie să identifice primele simptome și manifestări clinice. Ei trebuie să dezvolte

programe de prevenție, asociind educația pacienților și organizarea echipei multidisciplinare, atât pentru managementul durerii cronice (local, la nivelul mâinii și sistemic), cât și al contextului patologic.

Fibromialgia este o formă particulară de reumatism de părți moi, caracterizată prin modificări difuze musculo-fasciale, cu organizarea de trigger și tender points. Pacientul poate dezvolta dureri de tip referit la nivelul antebrățului și mâinii în afectările topografice ce se regăsesc la nivelul încheieturii mâinii, în articulația trapezo-metacarpiană, IFP și/sau IFD, predominant pe primele trei degete. Manifestările algice în acest context impun un riguros diagnostic diferențial.

O manifestare obiectivă de tip degenerativ, dezvoltată în părțile moi pe fața volară a mâinii de multe ori simptomatică prin durere, este **boala Dupuytren**. La palpare, de-a lungul tendoanelor flexorilor degetelor se identifică mici formațiuni nodulare, de consistență moale sau mai dură, cu retracția tendoanelor flexorilor și organizare retractilă progresivă, uneori dureroasă. Aceste reorganizări structurale induc progresiv atât retracția tendoanelor flexorilor degetelor, cât și modificarea raporturilor legate de țesuturile subiacente, determinând aspecte disfuncționale importante ce impun dirijarea pacientului către chirurgie plastică, apoi sectorul de recuperare a mâinii postchirurgicale, pacientul acuzând durere postoperator sau un sindrom sechelar și disfuncțional post-operator, care poate dezvolta secundar și sindrom dureros complex regional.

Osteopenia și osteoporoza sunt „dușmani tăcuți”, caracterizați prin pierderea de masă osoasă și deteriorarea microarhitecturii țesutului osos, modificări structurale urmate de creșterea fragilității osului și risc suplimentar de fractură prin riscul crescut de cădere. Osteopenia, ca preludiv al osteoporozei, reprezintă o scădere moderată a densității minerale osoase, moment în care pacienta va beneficia de aport nutritiv țintit și program de întreținere fizică. Aceste situații sunt frecvente pentru mâna vârstnicului, mai ales la femei, constatându-se apariția fie de fracturi spontane, de suprasolicitare sau de stres mecanic neglijat, sau într-un context clasic posttraumatic bine definit, asociind durere la nivelul mâinii.

O situație particulară o reprezintă **boala Paget** – osteită deformantă caracterizată prin tulburări de remodelare osoasă determinate de creșterea reabsorbției și creșterea formării osoase. Boala are risc de dezvoltare după 40 de

ani și creșterea prevalenței la 1-2%, după 60 de ani (cercetări SUA); prezintă manifestări structurale și consecințe funcționale și algice secundare, incluzând și mâna. Pacienții pot beneficia de terapia de fond și program de recuperare, scurtând perioadele de imobilizare și prevenind consecințele sindromului de decondiționare.

Mâna dureroasă posttraumatic

Mâna, segment distal vulnerabil permanent în relația cu mediul, prin toate categoriile de solicitare și pe fondul unei experiențe și antrenament extrem de diferit, poate fi supusă unor momente traumatice variate și unor consecințe funcționale dificil de anticipat în fazele precoce posttraumatic.

Sechelele posttraumatice la nivelul mâinii se regăsesc fie izolat, în contextul unor contuzii-luxații la nivelul degetelor și/sau al mâinii, fie după traumatisme complexe (tăiere, strivire, avulsie, arsuri), prin afectare extinsă de la nivelul complexului distal pumn-mână-degete, la nivelul antebrățului și în complexul articular al umărului.

Mâna dureroasă posttraumatică poate să se dezvolte pe fundalul unor sechele cutanate (plagă granulată, plagă grefată, cicatrice patologică de tip atropic, hipertrofic, cheloid, plagă ulcerată sau infectată), articulare, musculare, osoase (osteoporoza de imobilizare, pseudartroza, calusul vicios, osificarea subperiostală) și/sau vasculo-nervoase. Referitor la sechelele algice articulare post traumatisme capsule-ligamentare închise/deschise, parțiale/complex, de tip entorse sau luxații, se poate dezvolta un sindrom dureros articular și periarticular secundar, prin manifestările inflamatorii trenante de tip subacut sau cronic cu stază venoasă, edem cronic, revărsat articular sau hematom.

Agresiunea inițială articulară și periarticulară rămâne simptomatică, având la bază „supra biochimică tisulară” a procesului inflamator trenant (acidoza, creșterea histaminei și activarea proteazelor celulare).

Durerea de cauză musculară posttraumatică se dezvoltă pe fondul scurtării musculare și/sau tendinoase, prin ruptură cu cicatrizare defectuoasă, prin organizarea miozitei post-hematom muscular, în context de hipo-/atrofie musculară (de tip neurogen sau prin decondiționare) sau prezența de contractură/retractură musculară.

În abordarea mâinii posttraumatice, fie prin manifestări sechelare locale, fie la nivelul întregului membru superior, nu trebuie uitat locul algo-disfuncțional și importanța mușchilor mâinii (intrinseci sau extrinseci). Dacă nu intră în

programul de recuperare rapid (cca 3-4 săptămâni), mâna posttraumatică dezvoltă organizare fibroasă și cicatrici cheloide, aderențe ale fasciei locale, scurtări de tendoane și ligamente, modificări degenerative capsulare cu redoare articulară, toate aceste manifestări fiziopatologice fiind însoțite de durere, mai ales pe fondul altor manifestări fiziopatologice anterioare. Programul terapeutic și de recuperare impune mobilizarea progresivă pentru combaterea sindromului de decondiționare local, dar repausul articular și mobilizarea trebuie aplicate pentru a preveni și corecta atitudinile și pozițiile vicioase – disfuncționale, a întreține și promova funcțiile complexului mână-degete, dar și a evita posibilele reacții algice care semnalează un program agresiv și neadaptat asupra unor structuri vulnerabile și fragile.

Durerea se poate dezvolta și prin afectare secundară vasculară (ischemie și tulburări trofice secundare, necroză, risc vital prin sângerare neglijată) și nervoasă periferică (de tip neuropraxie, axonotmezis sau neurotmezis). Dezorganizarea morfologică determinată de traumatism impune reacții de urgență, vitale și reparative. Local, apare reacția inflamatorie protectivă, care trebuie respectată, dar monitorizată și controlată terapeutic (etiologic, fiziopatologic, clinic – simptomatic și funcțional). Edemul persistent, insuficiența unei circulații vasculare adecvate, lipsa corecției acidozei locale și prezența proteinelor exudative, într-un context de imobilizare posttraumatică, pot duce la multiplicarea și metaplasia fibroblastilor, cu organizare cicatriceală defectuoasă, într-un procent scăzut de aport lichidian local (terenul vârstnicului) și cu o circulație periferică defectuoasă. Aceste situații critice tisulare variate pot fi determinate prin leziuni primare directe ale agentului traumatic sau secundar.

Referitor la durerea apărută secundar, se iau spre analiză: tehnica incorectă de manevrare și îngrijire medicală local, tehnica improprie de imobilizare, compresii neadecvate, prezența unui hematoma sau focar instabil de fractură, într-un context posttraumatic complex multilezional („în care de prea mulți copaci se uită pădurea”). Între tehnicile compresive neadecvate care pot induce manifestări algice ce semnalează situații improprii de compresie, poate fi un aparat gipsat prea larg – cu mobilizarea focarului de fractură sau a țesuturilor moi inclusiv nervul periferic aferent, sau prea strâns, determinând stază și durere.

Anamneza completă, detaliată și repetată a pacientului posttraumatic poate sublinia și evidenția aspecte „acoperite” inițial după traumă, completând examenul clinic și explicând anumite manifestări „imprevizibile” evolutive. Du-

reera rămâne un barometru pentru evoluția pacientului posttraumatic, iar semnificația durerii la nivelul mâinii posttraumatice trebuie analizată cu grijă și responsabilitate.

Mâna dureroasă la vârstnicul cu „neuropatii de încarcerare”

O altă situație particulară la limita dintre patologia posttraumatică și cea degenerativă și/sau idiopatică o reprezintă „neuropatiile de încarcerare”. Tabloul clinico-funcțional se dezvoltă progresiv de-a lungul vieții, posibil într-un context profesional ca patologie profesională, ulterior reziduală. Se pot semnală în acest context:

- nevrita de n. median, prin comprimarea de către ligamentul carpian la nivelul tunelului carpian sau „sindromul pronator”, prin îngustarea spațiului dintre capetele celor două componente ale m. rotund pronator (ca sindrom de încarcerare/entrapment);

- nevrita de nerv cubital la nivel olecranian, cu ecou algic la nivelul cotului și iradiere distal sau la nivelul canalului Guyon, „sindromul de compresie” la nivelul osului pisiform.

Sindromul de tunel carpian a devenit subiectul de referință în contextul sindroamelor de „tunel” sau sindromului de *entrapment*. Compresia n. median prin tunelul carpian, aflat la nivelul încheieturii mâinii, se realizează progresiv după mișcări repetitive ale pumnului, cu presiuni repetate în flexie. Are etiologie diversă: tenosinovita flexorilor prin suprasolicitare, PR, în sarcină etc. Se caracterizează prin durere tributară n. median, parestezii, tulburări de sensibilitate, deficit motor care interesează mobilitatea policelui, în special mișcarea de opoziție, flexia pentru index și inelar.

Durerea prin afectare de nerv median se regăsește pe fața anterioară (volară), la nivel radio-carpian, mână și degete și datorită bogăției de reprezentare în filete vegetative, simptomatologia algică de tip neuropat asociază manifestări vegetative importante, tulburări de sensibilitate și deficit motor (m. tenari – abductor scurt police, flexor scurt police), în special prin afectarea mișcării de opozabilitate a policelui.

Diagnosticul se susține clinic prin semnele clinice din sindromul de neuron senzitiv și motor periferic (SNMP): durere pe traiect, parestezii, tulburări de sensibilitate, motorii și vegetative, semne de provocare Phalen și Tinel pozitive; se confirmă ecografic și EMG, examenul radiologic fiind un mijloc de excludere diagnostică. În contextul diagnosticului diferențial, se analizează prezența de: artrită carpo-metacarpiană a policelui, radiculopatie cervicală, polineuropatie cervicală.

Nevrita de n. cubital prin *sindrom de pisiform* prezintă durere pe marginea cubitală a mâinii și degetului V, parestezii, iar în contextul unei compresii importante, deficit motor al mușchilor intrinseci ai mâinii (m. interosoși – cu imposibilitatea de abducție-adducție a degetelor, m. hipotenari și lombricali mediali).

Variația acestor situații impune o evaluare clinico-funcțională repetată, participarea unei echipe multidisciplinare la stabilirea obiectivelor și aplicarea programelor terapeutice de etapă, permanenta comunicare în echipă, între membrii echipei și pacient. Suportul familiei este extrem de important în această luptă de câștigat independența și manualitatea, obiective ce afectează major atât activitatea cotidiană și reintegrarea în mediul social și profesional, cât și componenta psiho-comportamentală.

În programul terapeutic al „mâinii dureroase” la pacientul vârstnic se va ține cont atât de componenta algică, cât și de cea funcțională. O fractură de epifiză distală de radius, dacă este cominutivă, dacă se calusează prost și se subluxează sub aparatul gipsat prin conflictul permanent biomecanic datorat malpoziției structurilor moi și al solicitării permanente și intense, dezvoltă durere cvasipermanentă, dizabilantă, mai ales în contextul mâinii dominante. În această situație, se stabilesc prioritățile terapeutice și de recuperare, care vizează managementul durerii în context degenerativ sau inflamator articular, sechelar posttraumatic sau în alte situații patologice.

Prioritățile programului funcțional pentru mâna dureroasă la vârstnic sunt întreținerea mobilității articulare, controlând durerea și în-

treținerea și creșterea forței musculaturii extrinseci și intrinseci a mâinii – care sunt dependente atât de manifestările ortopedico-traumatice inițiale, dar și de manifestările neurologice (senzitive, motorii și vegetative). În aplicarea programelor funcționale de recuperare în contextul „mâinii dureroase”, la pacientul vârstnic vom ține cont atât de tulburările legate de termoreglare și deficiențele de adaptare vasculară periferică, dar și de prezența unor suferințe de tip digestiv (în special gastro-intestinale), renale, endocrine ș.a. Primele obiective cu caracter funcțional sunt acoperite de programe terapeutice de tip farmacologic și non-farmacologic.

Pe acest fundal algic parțial sau total controlat, se continuă terapia antialgică și funcțională, cu o nouă secvență de recuperare care vizează abilitățile și manualitatea uni- și bimanuală, pentru păstrarea cât mai bună a disponibilităților funcționale (prin kinetoterapie, terapie ocupațională, psihoterapie), dar și componenta psiho-comportamentală (somnul, teama, starea de anxietate, depresia, frica de a nu fi dependent, modificarea de personalitate în contextul post-traumatic).

O mână funcțională și nedureroasă este însoțită de o privire liniștită și de o stare de spirit satisfăcătoare.

Această lucrare a beneficiat de suport financiar prin proiectul „Program de excelență în cercetare doctorală și postdoctorală multidisciplinară în bolile cronice”, Contract nr. POSDRU/159/1.5/S/133377, proiect cofinanțat din Fondul Social European prin Programul Operațional Sectorial Dezvoltarea Resurselor Umane 2007-2013.

BIBLIOGRAFIE

1. **Arokoski J.P.** Physical therapy and rehabilitation programs in the management of hip osteoarthritis. *Eura Medicophys.* 2005 Jun. 41(2):155-61
2. **Bijlsma J.W., Dekker J.** A step forward for exercise in the management of osteoarthritis. *Rheumatology (Oxford).* 2005 Jan. 44(1):5-6
3. **Ciobanu V., Boloșiu H.D.** „Poliartrita reumatoidă”, Editura Academiei, 1983
4. **Barr J.O.** „Conservative Pain Management for the Older Patient”, 2nd edition, chapter 23, Geriatric Physical Therapy, edited by Andrew A. Guccione, Ed. Mosby, 2000
5. **Hanks J.E., Levine D.** „Rheumatic Conditions”, chap. 20, Geriatric Rehabilitation Manual sec. ed., Ed. Churchill Livingstone Elsevier, 2007
6. **Kaandorp C.J., Van Schaardenburg D., Krijnen P., et al.** Risk factors or septic arthritis in patients with joint disease. A prospective study. *Arthritis Rheum.* 1995; 38:1819
7. **Klinkhoff A.** Rheumatology: 5. Diagnosis and management of inflammatory polyarthritis. *CMAJ* 2000; 162:1833-1838
8. **Kuritzky L., Weaver A.** Advances in rheumatology: coxibs and beyond. *J Pain Symptom Manage* 2003; 25(2 Suppl):S6-S20
9. **Longo D.L., et al.** Harrison's Principles of Internal Medicine, 18th ed. United States: McGraw-Hill Professional, 2011
10. **Chang R.C., Kamani A., Brar A., Bressler D.N.** „Rehab Clinical Pocket Guide”, chap. 14 – Rheumatology, Ed. Kimberly A. Sackheim – Springer, 2013
11. **Sbenghe T.** „Recuperarea medicală a sechelelor posttraumatice ale membrilor”, Ed. Medicală 1981
12. **Sharff K.A., et al.** Clinical management of sepsis arthritis. *Current Rheumatology Reports* doi: 10.1007/s11926-013-0332-4, 2013
13. **Spinner M., Spencer P.S.** Nerve compression lesions of the upper extremity. A clinical and experimental review. *Clin Orthop Relat Res.* 1974 Oct. 46-67
14. **Waldman S.D.** „Syndromes douloureux courants”, 2nd edition 249-310, Julie Cosserat (ed.), Ed. Elsevier Masson, 2008
15. **Zizic T.M., Hoffman K.C., Holt P.A., Hungerford D.S., O'Dell J.R., Jacobs M.A., et al.** The treatment of osteoarthritis of the knee with pulsed electrical stimulation. *J Rheumatol.* 1995 Sep. 22(9):1757-61.