

CALITATEA VIEȚII LA PACIENȚII CU COXARTROZĂ ȘI AFECȚIUNI CRONICE ASOCIATE

DORINA STOICĂNESCU¹, MARIANA CEVEI², RAMONA SUCIU³, CARMEN CSEPPENTO⁴

¹Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș” Timișoara, ^{2,3,4}Universitatea din Oradea

Cuvinte cheie: coxartroză, comorbidități, calitatea vieții

Rezumat: Coxartroza, o afecțiune articulară degenerativă, are o evoluție pe termen lung. Persoanele afectate sunt de multe ori mai în vârstă și suferă de un cumul de boli cronice. Studiul a avut drept scop stabilirea calității vieții la pacienții cu coxartroză, care au avut și alte boli cronice și de a stabili prevalența bolilor asociate. 144 pacienți spitalizați pentru coxartroză au fost incluși în studiu. Au fost colectate datele demografice, clinice și informații privind comorbidități. 95.83% dintre pacienți au avut cel puțin o boală asociată și aproape 78% au avut două sau mai multe comorbidități. Cele mai frecvente categorii au fost reprezentate de bolile cardiovasculare, urmate de boli musculo-scheletale și osteoporoză. Numărul morbidităților și indicele de severitate al bolilor au fost corelate semnificativ statistic cu calitatea vieții investigată cu indicele HAQ. Comorbiditățile, durerea și restricția de activități profesionale duc la afectarea calității vieții.

Keywords: hip osteoarthritis, comorbidities, quality of life

Abstract: Hip osteoarthritis, a degenerative disorder of the joint, is a condition with a long-term evolution. Affected individuals, often older, are suffering from several chronic diseases. This study aimed at establishing the quality of life in the patients with hip osteoarthritis, who also had other chronic disorders and at establishing the prevalence of associated diseases. 144 patients hospitalized for hip osteoarthritis were included in the study. Demographic, clinical data and information on comorbidities were collected. 95.83% of the patients had at least one associated disease and almost 78% had two or more comorbidities. The most common categories were represented by cardiovascular disorders, other musculoskeletal diseases and osteoporosis. The morbidity count and the severity index of the diseases were statistically significantly correlated with the quality of life investigated with HAQ index. Comorbidities, pain and restrictions of occupational activities lead to the impairment of the quality of life.

INTRODUCERE

Artrza, cea mai frecventă boală cronică articulară, este o tulburare degenerativă a articulației caracterizată prin degradarea cartilajului articular, remodelarea osului subcondral însoțită de modificări ale sinovialei, lichidului sinovial și structurilor periarticulare, conceptele actuale privind-o ca o tulburare a întregii articulații. Aceasta este o afecțiune complexă, multifactorială, cauzată de factori multipli, atât genetici cât și de mediu. Artrza, mai ales coxartroza, prezintă o agregare familială importantă, influența genetică fiind estimată la 60% în coxartroza radiologică la femeii (1), dar contribuția genetică este complexă, deoarece influențează, de asemenea, și alți factori de risc ai bolii. Studiile genetice ale persoanelor afectate au evidențiat evenimentele și mecanismele responsabile pentru modificările moleculare ale articulației, pentru nocicepție și durere cronică.(2,3) Alți factori de risc frecvenți sunt vârsta, obezitatea, leziuni, suprasolicitarea cronică, și, de asemenea, anomalii congenitale, osteonecroză, tulburări metabolice.(4)

Coxartroza este o afecțiune cu o evoluție pe termen lung, simptomele evoluează de-a lungul multor ani, devenind tot mai frecvente și cu potențial invalidant din ce în ce mai mare la indivizii în vârstă. Prevalența bolii este de așteptat să crească în țara noastră, precum și în alte țări europene, din cauza îmbătrânirii populației.(5) Indivizii afectați prezintă limitări și dizabilități funcționale și întâmpină dificultăți în desfășurarea activităților cotidiene (ADL). Adesea, persoanele mai în vârstă

suferă de mai multe boli cronice. Studiile anterioare au raportat coexistența coxartrozei cu mai multe categorii de comorbidități, între care bolile cardiace sau diabetul zaharat au fost mai frecvent întâlnite.(6,7) Unele dintre aceste boli asociate modifică scorul durerii (de exemplu, artrza altor articulații), altele cresc dizabilitatea (de exemplu, tulburările cardiovasculare), iar altele afectează ambele (de exemplu, osteoporoză, diabetul zaharat).

SCOP

Obiectivul acestui studiu a fost de a stabili atât calitatea vieții la pacienții cu coxartroză și alte boli cronice asociate, precum și de a stabili prevalența comorbidităților la pacienții noștri.

MATERIAL ȘI METODĂ DE LUCRU

În perioada ianuarie 2010-ianuarie 2011 am evaluat 144 de pacienți, caucazieni, cu coxartroză, tratați în Spitalul Clinic de Urgență „Avram Iancu”, din Oradea, România, care au îndeplinit criteriile de includere. Acestea au fost: diagnosticul de coxartroză în conformitate cu criteriile ACR (8) și criteriile radiologice, vârsta de peste 18 ani, fără tratament de recuperare medicală anterior pentru coxartroză, posibilitatea de a evalua pacientul de cel puțin două ori pe an - timp de un an, acceptul pacientului de a efectua un program kinetic la domiciliu și de a respecta regulile de igienă a șoldului și modificarea stilului de viață. Criterii de excludere: existența unei artroplastii articulare,

¹Autor corespondent: Mariana Cevei, P-ța 1 Decembrie, Nr. 10, Oradea, România, E-mail: cevei_mariana@yahoo.com, Tel: +40259 412834
Articol intrat în redacție în 09.08.2012 și acceptat spre publicare în 04.11.2012
ACTA MEDICA TRANSILVANICA Martie 2013;2(1):118-121

ASPECTE CLINICE

episod acut al bolii asociate, prezența unor tulburări care contraindică procedurile centrului nostru de recuperare (cancer, depresie, demență severă, boli autoimune, insuficiență cardiacă clasa NYHA II-IV, boli renale severe, astm bronșic care necesită oxigen continuu), pacienții care au efectuat un tratament de recuperare pentru alte boli, dar au asociat coxartroza (de exemplu, boli neurologice).

Datele au fost colectate în conformitate cu principiile de etică medicală. Toți pacienții și-au dat consimțământul scris informat pentru includerea în studiu.

Datele demografice și clinice au inclus vârsta, sexul, înălțimea, greutatea, IMC, alte articulații afectate. S-a folosit stadializarea Mitchel și Cruess.(9) Radiografiile de șold au fost evaluate cu ajutorul sistemului de clasificare Kellgren-Lawrence.(10) Informații privind comorbiditățile care însoțesc coxartroza au fost colectate de la fiecare pacient cu ajutorul scalei Cumulative Illness Rating Scale (CIRS), care constă din 14 domenii ale maladiilor, fiecare sistem evaluat de la 0 (fără depreciere) la 4 (insuficiență extrem de severă).(11) Indexul de severitate a fost calculat ca suma între scorurile CIRS împărțit la numărul de morbidități.

Pentru evaluarea statusului funcțional am folosit chestionarul de evaluare a sănătății - Health Assessment Questionnaire - (HAQ), compus din 20 de itemi, grupați în 8 categorii, cu privire la activitățile de zi cu zi. Pentru fiecare item, scorul variază de la 0 (nicio dificultate) la 3 (imposibilitatea de a face activitatea cerută).(12)

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

REZULTATE

Variabile demografice:

Lotul total a fost format din 144 pacienți cu vârsta medie de $62,61 \pm 8,48$ ani, variind între 25 și 82 de ani. Alte date demografice și clinice ale pacienților sunt prezentate în figurile nr. 1-3.

Figura nr. 1. Distribuția pacienților în funcție de vârstă

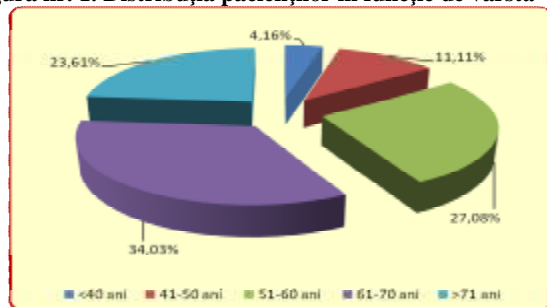


Figura nr. 2. Distribuția pacienților în funcție de stadiul coxartrozei

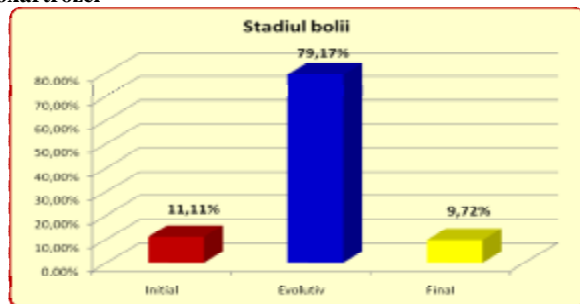


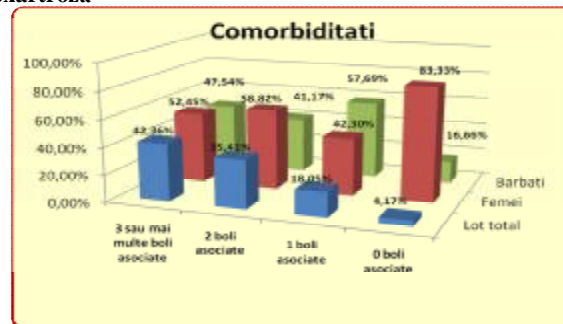
Figura nr. 3. Distribuția pacienților în funcție de etiologia coxartrozei



Comorbidități:

95,83% dintre pacienți au avut cel puțin o boală asociată (CIRS ≥ 1). 84% dintre pacienți au avut cel puțin o boală de severitate moderată sau o boală severă asociată (CIRS ≥ 2) (tabel nr. 1, figura nr. 4). Categoria cea mai frecventă a fost reprezentată de boli cardiace (51,38%). Osteoporoza a fost confirmată în 33,3% din cazuri. Obezitatea a fost diagnosticată la 27,77% dintre pacienți și diabetul zaharat la 13,1% (tabelul nr. 2). Alte articulații afectate au fost găsite la 68,75% dintre toți pacienții, dintre aceștia 52,52% au fost femei. Celelalte articulații mai frecvent afectate au fost articulațiile coloanei vertebrale (66,66%) (din care spondiloza a fost găsită la 55,55% din totalul pacienților), urmată de artroza cu localizări multiple (17,17%) și gonartroza (11,11%). 66,66% dintre femei au avut alte articulații afectate, comparabil cu 69,69% dintre bărbați. La femei, articulațiile cel mai frecvent afectate au fost articulațiile coloanei vertebrale (41,02%), genunchiului (12,82%), urmate de mai mult de 3 articulații afectate în 10,25% din cazuri. Cel mai frecvent la bărbați au fost afectate articulațiile coloanei vertebrale (51,51%), urmate de mai mult de 3 articulații afectate (13,63%) și articulația genunchiului, în 3,03% dintre ei.

Figura nr. 4. Numărul de comorbidități la pacienții cu coxartroză



Asocierea dintre bolile coexistente (care au fost întâlnite la mai mult de 5% din pacienții investigați) și limitările de activitate evaluate cu HAQ, precum și corelațiile dintre numărul de morbidități, indicele de severitate și HAQ sunt prezentate în tabelul nr. 3.

Tabelul nr. 1. Date privind bolile asociate la lotul cu artroză de șold. Valorile sunt prezentate ca medii, deviații standard, număr de pacienți

Comorbidități	Lot total N=144	Femei N=78	Bărbați N=66
Număr mediu de boli pentru CIRS ≥ 1	2.34 \pm 0.86	2.22 \pm 0.87	2.50 \pm 0.86*
Număr mediu de boli pentru CIRS ≥ 2	1.83 \pm 0.74	1.88 \pm 0.73	1.79 \pm 0.76*
Index de severitate (CIRS ≥ 1)	1.856 \pm 0.74	1.85 \pm 0.71	1.84 \pm 0.76*
Index de severitate (CIRS ≥ 2)	2.30 \pm 0.50	2.26 \pm 0.48	2.33 \pm 0.51*

ASPECTE CLINICE

Tabelul nr. 2. Boli asociate la lotul cu artroză de șold. Valorile sunt prezentate ca număr de pacienți și procente

Comorbidități	Lot total N=144	Femei N=78	Bărbați N=66
3 sau mai multe boli asociate	61 (42.36%)	32 (52.45%)	29 (47.54%)
2 boli asociate	51 (35.41%)	30 (58.82%)	21 (41.17%)
1 boală asociată	26 (18.05%)	11 (42.30%)	15 (57.69%)
0 boli asociate	6 (4.17%)	5 (83.33%)	1 (16.66%)
1. Cardiac	74 (51.38%)	28 (37.83%)	46 (62.16%)
2. Vascular	12 (8.33%)	5 (41.66%)	7 (58.33%)
3. Hematologie	0	0	0
4. Respirator	4 (2.77%)	4 (2.77%)	0
5. Oftalmologie și ORL	6 (4.16%)	1 (16.66%)	5 (83.33%)
6. Tract gastrointestinal superior	2 (1.38%)	2 (100%)	0
7. Tract gastrointestinal inferior	0	0	0
8. Hepatic și pancreatic	1 (0.69%)	4 (57.14%)	1 (100%)
9. Renal	1 (0.69%)	52 (64.22%)	3 (35.77%)
10. Urogenital	7 (4.86%)	1 (33.33%)	2 (66.66%)
11. Musculoscheletal și tegumentar†	99 (68.75%)	0	0
12. Neurologie‡	0	0	39
13. Endocrin, metabolic, sân	109 (75.69%)	0	2
14. Psihiatric	3 (2.08%)	70 (89.47%)	0

* diferența dintre sexe ne semnificativă statistic. † toți pacienții incluși în studiu au avut coxartroză, aici sunt incluși doar cei cu alte articulații afectate; ‡ pacienții cu boli neurologice nu au fost incluși în studiu deoarece ei modifică evaluarea datelor și procedurile de reabilitare.

Tabelul nr. 3. Relația dintre câteva comorbidități, numărul bolilor, indicele de severitate și indicele HAQ. Valorile sunt prezentate ca medii, deviații standard, coeficient de corelație

Boli coexistente Corelații	HAQ	P
Boli musculoscheletale*		0.05
Prezent-medie (DS)	1.78 (0.42)†	
Absent-medie (DS)	1.4 (0.69)	
Boli metabolice		0.3
<i>Diabet zaharat</i>		
Prezent-medie (DS)	1.46 (0.68)‡	
Absent-medie (DS)	1.56 (0.72)	
<i>Obezitate</i>		0.4
Prezent-medie (DS)	1.42 (0.78)‡	
Absent-medie (DS)	1.47 (0.74)	
<i>Osteoporoză</i>		0.4
Prezent-medie (DS)	1.42 (0.97)‡	
Absent-medie (DS)	1.47 (0.68)	
Boli cardiovasculare		0.02
Prezent-medie (DS)	1.88 (0.33)†	
Absent-medie (DS)	1.33 (0.76)	
Număr boli (CIRS≥1)	r=0.28†	0.0003
Număr boli (CIRS≥2)	r=0.08‡	0.17
Indice de severitate (CIRS≥1)	r=0.53†	≤0.0001

DISCUȚII

În grupul de pacienți investigați, aproape 96% din cazuri au avut cel puțin o comorbiditate, în comparație cu alte studii

care au raportat un procent de 98,6% în 2008 (6) sau 64% în 2010.(13) Noi credem că procentul ar fi fost mai mare în studiul nostru, dar după cum s-a menționat, din cauza contraindicațiilor procedurilor programelor de recuperare, cazuri cu anumite comorbidități nu au fost incluse în studiu.

La fel ca și în alte studii, bolile cardiovasculare au fost frecvente, urmate de tulburări endocrine, metabolice și musculo-scheletice.(6,7) Aproximativ un sfert din cazurile noastre au avut obezitate. Alte studii raportează mai mult de două treimi din bărbați și femei supraponderali sau obezi (13), dar și dovezi moderate pentru o asociere pozitivă între obezitate și coxartroză.(14)

Am observat că prezența unor boli asociate diferă între cele două sexe (92,30% la femei în raport cu 98,48% la bărbați), diferențe statistic ne semnificative, în concordanță cu alte date.(13) Raportat la alte studii, am constatat diferențe semnificative între sexe pentru afecțiunile cardiace, care au fost înregistrate mai frecvent la bărbați și osteoporoză, care a fost de mai mult de 5,5 ori mai frecventă la femei decât la bărbați.(13,15)

Am considerat utilă evaluarea relației dintre capacitatea funcțională și bolile asociate la acești pacienți. Comparativ cu alte studii, am remarcat că, pentru bolile musculo-scheletice și cardiace, calitatea vieții a fost semnificativ mai deteriorată decât la cazurile care nu au avut aceste boli, în timp ce bolile metabolice nu au influențat semnificativ limitarea activității.(6,7)

Impactul funcțional al comorbidităților a dus la agravarea statusului funcțional, deja redus de boala degenerativă a șoldului. Analizând rolul comorbidităților, studiile anterioare au relevat o asociere între numărul mai mare de boli asociate și prezența bolii cardiace moderate sau severe și agravarea limitării activității.(16) Noi nu am putut demonstra o asociere semnificativă între capacitatea funcțională (HAQ) și o boală moderată sau severă asociată (CIRS ≥ 2), dar capacitatea funcțională s-a corelat foarte puternic și semnificativ cu indicele de severitate al bolii.

Optimizarea managementului persoanelor afectate, stabilirea celui mai eficient tratament pentru fiecare caz, necesită cunoașterea limitărilor de activitate.(17)

CONCLUZII

1. Studiul folosind evaluarea clinică cu ajutorul chestionarului Health Assessment Questionnaire (HAQ) and Cumulative Illness Rating Scale (CIRS) atrage atenția asupra impactului artrozei de șold și a comorbidităților acestora asupra capacității funcționale și implicit asupra calității vieții, obligând la diagnostic precoce și terapie de recuperare medicală de lungă durată.
2. Aproape toți pacienții cu coxartroză au avut cel puțin o boală asociată.
3. Comorbiditățile, durerea și restricția de activitate duc la afectarea calității vieții.
4. Beneficiile terapiei de recuperare medicală în artroza de șold sunt umbrite de coexistența bolilor asociate.
5. Studiul subliniază necesitatea alcătuirii planului terapeutic de reabilitare medicală individualizat, adaptat particularităților și comorbidităților fiecărui caz în parte.

REFERINȚE

1. Zhai G, Ding C, Stankovich J, Cicuttini F, Jones G. The genetic contribution to longitudinal changes in knee structure and muscle strength: a sibpair study. *Arthritis Rheum.* 2005;52:2830-2834.

2. Cornelis FM, Luyten FP, Lories RJ. Functional effects of susceptibility genes in osteoarthritis. *Discov Med*. 2011;12:129-139.
3. Valdes AM, Spector TD. Genetic epidemiology of hip and knee osteoarthritis. *Nat Rev Rheumatol*. 2011;7:23-32.
4. Lane NE. Clinical practice. Osteoarthritis of the hip. *N Engl J Med*. 2007;357:1413-1421.
5. Bączyk G, Samborski P, Pieścikowska J, Kmiecik M, Walkowiak I. Comparison functioning and quality of life of patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis. *Adv Med Sci*. 2007;52 Suppl 1:55-59.
6. Van Dijk GM, Veenhof C, Schellevis F, Hulsmans H, Bakker JP, Arwert H, et al. Comorbidity, limitations in activities and pain in patients with osteoarthritis of the hip or knee. *BMC Musculoskelet Disord*. 2008;9:95.
7. Reeuwijk KG, de Rooij M, van Dijk GM, Veenhof C, Steultjens MP, Dekker J. Osteoarthritis of the hip or knee: which coexisting disorders are disabling? *Clin Rheumatol*. 2010;29:739-747.
8. Altman R, Alarcón G, Appelrouth D, Bloch D, Borenstein D, Brandt K, et al. The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hip. *Arthritis Rheum*. 1991;34:505-514.
9. Mitchel MS, Cruess RL. Classification of degenerative arthritis. *Can Med Assoc J*. 1977;117:763-765.
10. Kellgren JH, Lawrence JS. Radiological assessment of osteo-arthrosis. *Ann Rheum Dis*. 1957;16:494-502.
11. Fortin M, Hudon C, Dubois M, Almirall J, Lapointe L, Soubhi H. Comparative assessment of three different indices of multimorbidity for studies on health-related quality of life. *Health Qual Life Outcomes*. 2005;3:74.
12. Bruce B, Fries JF. The Stanford Health Assessment Questionnaire: a review of its history, issues, progress, and documentation. *J Rheumatol*. 2003;30:167-178.
13. Marks R. Disabling hip osteoarthritis: gender, body mass, health and functional status correlates. *Health*. 2010;2:696-704.
14. Lievense AM, Bierma-Zeinstra SMA, Verhagen AP, van Baar ME, Verhaar JAN, Koes BW. Influence of obesity on the development of osteoarthritis of the hip: a systematic review. *Rheumatology*. 2002;41:1155-1162.
15. Rosemann T, Laux G, Szecsenyi J. Osteoarthritis: quality of life, comorbidities, medication and health service utilization assessed in a large sample of primary care patients. *J Orthop Surg Res*. 2007;30:12.
16. Van Dijk GM, Veenhof C, Spreuwenberg P, Coene N, Burger BJ, van Schaardenburg D, et al. Prognosis of limitations in activities in osteoarthritis of the hip or knee: a 3-year cohort study. *Arch Phys Med Rehabil*. 2010;91:58-66.
17. Van Dijk GM, Dekker J, Veenhof C, Van den Ende CH. Course of functional status and pain in osteoarthritis of the hip or knee: a systematic review of the literature. *Arthritis Rheum*. 2006;55:779-785.