

## INSUFICIENȚA RESPIRATORIE OBSTRUCTIVĂ GRAVĂ ÎN EVOLUȚIA POLIARTRITEI REUMATOIDE CRONICE

### SEVERE OBSTRUCTIVE RESPIRATORY FAILURE IN CHRONIC RHEUMATOID ARTHRITIS EVOLUTION

Șef lucr. dr. **Dorin Codarcea-Munteanu**

Facultatea de Medicină, Univ. Transilvania Brașov  
laviniacodarcea@yahoo.fr

#### Abstract

We present a clinical case, particular through the severe clinical evolution of a rheumatoid polyarthritis to severe obstructive respiratory failure, requiring an intervention of tracheostomy of necessity.

The obstruction of the superior airways represent an entity with a vital risk, which should be correctly recognized and evaluated, both by the ENT specialist and by doctor of other specialities.

**Key words:** ENT, rheumatoid polyarthritis, obstructive respiratory failure, tracheostomy

#### Introducere

Constituția anatomică a spațiului glotic (cartilajele aritenoide, ligament, mușchi, mucoasă, nervi recurenți) este adeseori afectată patologic, având consecințe negative asupra mobilității corzilor vocale putând determina tulburări respiratorii. [1, 3]

Articulația cricoaritenoidiană este de tip diartrodial sinovial, putând fi interesantă de procesele reumatice. [1, 3]

#### Caz clinic

Pacienta R.E., de gen feminin, în vârstă de 72 ani, din mediu urban, pensionară, a fost internată de urgență în clinica O.R.L. pe data de 25.03.2009.

Pacienta se află în evidența specialității de reumatologie Brașov și a centrului reumatologic București, cu diagnosticul de Poliartrită reumatoidă cronică evolutivă de 40 de ani, cu investigații periodice și terapie cu Methotrexat, Acid folic, Movalis.

În ziua internării, a fost în consult la serviciul UPU din cadrul Spitalului clinic județean de urgență Brașov cu diagnosticul de viroză respiratorie, laringită acută. În evoluția clinică în următoarele 24h, survine insuficiența respiratorie severă, motiv pentru care s-a efectuat transport asistat cu ambulanța în clinica ORL.

Semnele clinice la internare: cianoză, tuse, tiraj suprasternal, intercostal, epigastric, cornaj.

Reținem debutul relative brusc în urmă

cu 2-3 zile, cu febră, tuse, răgușeală, jenă la înghițire și treptat apariția sufocării.

**Laringoscopia indirectă**– ex O.R.L. a evidențiat imobilitatea corzilor vocale în adductive, eritem al corzilor vocale și a regiunii aritenoidiene, fără conținut tumoral, corp străin sau edem.

S-a delimitat dispneea de tip laringian de alte tipuri de dispnee: cardiacă (E.K.G.) bronhopulmonară (radiologic-emfizem, hiluri vasculare accentuate, corp verticalizat, stetacustic negativ pulmonar), neurologic fără semne clinice.

#### Evaluarea gravității dispneei

S-a concretizat apreciind vârsta înaintată, debutul relativ brusc al dispneei, prezența tirajului, cornajului, cianozei și asocierii cu poliartrita reumatoidă. [2]

Prognosticul vital și reversibilitatea obstrucției sunt dependente de restabilirea cât mai rapidă a permeabilității căilor aeriene superioare, motive pentru care am recomandat efectuarea traheotomiei de necesitate (P.O. 742/25.03.'09) asociind cortizon, antibiotic, bronhodilatator, oxigenoterapie, anestezie locală cu xilină 1% prin infiltrație a regiunii pretraheale cervicale.

Intraoperator s-a exclus prin examen direct afectarea glandulară tiroidiană de tip tumoral, inflamator cu posibila compresie recurențială.

### Evoluție clinică

Imediat postoperator s-a restabilit respirația normală. S-a continuat terapia conform protocolului terapeutic convenit pentru bolnavii traheotomizați (toaleta canulei traheale, antibiotice, microclimat adecvat, expectorant, alimentație adecvată per os și parenteral)

#### Investigații în scop diagnostic

- Se rețin modificările de tip inflamator: VSH 44/77, fibrinogen 561.0mg/dl, ASLO 60 u., PCR 5,0 mg/1.0
- Imagistic – CT cervico-pneumo-mediastinal negative.
- Stroboscopia laringiană nu s-a efectuat, considerând-o nerelevantă în cazul unui pacient cu respirație traheală canulară.
- Laringoscopia directă și indirectă repetate pe tot parcursul internării de 10 zile au arătat persistent adducția mediană a corzilor vocale și imobilitatea aritenozilor
- La 6 luni de evoluție (10.09.'09.) persistă îngustarea spațiului glotic care nu permite decanularea traheală.

#### Interpretarea cazului clinic. Discuții.

Situația clinică de urgență vitală a impus aplicarea tratamentului medico-chirurgical de maxima urgență.

Uneori efectuarea traheotomiei are caracter de urgență, neexistând contextul clinic și timpul pentru alte procedee. [5]

Antecedentele patologice de tip reumatoid și recunoașterea caracterelor esențiale de dispnee laringiană au sugerat ca posibilă cauză afectarea articulară cricoaritenoidiana reumatoidă.

Considerăm ca posibilă agravarea anchiloziei prin suprapunerea unui proces infecțios acut viral al căilor respiratorii superioare (febră, tuse, răgușeală și odinofagie)

În cazul poliartritei reumatoidă se citează articulațiile mici metacarpofalangiene, interfalangiene în 91%, radiocarpene în 78%, articulației temporomandibulare. [3]

Procesele patologice recunosc manifestări de vasculită de vasa vasorum (arterită) a nervilor cranieni, cu apariția de parestezii, paralizii, amiotrofii, artrita cricoaritenoidiana mergând până la anchiloză, miozită inflamatorie.

Policondrita recidivantă cu episoade

inflamatorii de structuri cartilaginoase (nas, urechi, laringotraheale) cu distrucții consecutive ale tractului respirator poate determina asfixie, complicații respiratorii cu 10% decese. În evoluția de săptămâni de zile, pot apărea remisii spontane. [3]

Guta poate evolua cu aspect de monoartrită [3]

Artritele infecțioase bacteriene pot determina aspect pseudoflegmonos în funcție de agentul microbial (Neisseria, Staphilococcus, Aureus, Streptococ B hemolytic grupa A) afectând o singură articulație [3]

R.A.A. poate determina și artrite laringiene. [3]

Sindromul neurologic Gherardt recunoaște în 10% din cazuri AVC, infecții, traumatisme cranio-cerebrale, poliomielită, scleroză multiplă. [4]

Se recomandă în cazul disfuncției glotice, până la stabilirea cauzei determinante, să se utilizeze diagnosticul de imobilizare sau scăderea mobilității corzilor vocale. [4]

În cazuistica clinică a secției O.R.L. Brașov, am constatat că la un număr de 54 traheotomii (între 2000-2002) 42 de cazuri (78%) aveau tumori faringo-laringiene, 7 (12%) epiglotite, paralizii recurențiale 4 (7,40%), chist laringian 1 (1,86%). [2]

#### Concluzii

- În situația gravă a atingerii articulare laringiene, actul chirurgical asupra traheii s-a impus în scopul salvării pacientului.
- În situația asfixică descrisă, explorarea intempestivă în scop diagnostic poate genera prejudicii grave, astfel încât decizia terapeutică a fost luată pe baza anamnezei și a examenului clinic. [5]
- Regimul de viață a pacientului e condiționat de clinica reumatoidă și existența respirației canulare traheale.
- Este necesară continuarea terapiei specific pentru poliartrita reumatoidă și urmărirea spațiului glotic

#### Bibliografie

1. Garbea Ș. - Patologie O.R.L., Ed. Didactică și Pedagogică București, 1980, pg.316-328.

2. Gheorghe B., Codarcea-Munteanu D. – Disfuncția respiratorie obstructivă superioară, Lucrare de diploma, Universitatea Transilvania Brașov, Facultatea de Medicina 2003 pag. 29-40
3. Ionescu R. – Esențialul in reumatologie, Catedra de Medicina Interna si Reumatologie UMF „Carol Davila”, Ed. Medicala Almatea, 2006 pag. 68, 227, 228, 231, 430, 482, 492
4. Lupescu S. – Tratamentul endoscopic cu laser CO2 al paraliziei bilateral de corzi vocale in adducție (tehnica kashima), Revista Romana de O.R.L., vol XXIV, nr. 4, 2002, Ed. Medicala ALMATEA, pg 263
5. Zainea V. – Traheostomia de necesitate în unele forme de sindrom de apnee în somn, Revista Romana de O.R.L., vol XXVII, nr.3 din 2005, Ed. Conphys, pg 441