

TRATAMENTUL DE RECUPERARE ÎN SINDROMUL DUREROS LOMBOSACRAT DE TIP MIOFASCIAL

Recovery treatment in lumbosacral pain miofascial syndrome

Asist. Univ. Dr. Brândușa Mitoiu¹, Dr. Veronica Gușită², Prof. Dr. Adriana Sarah Nica¹,
Conf. Dr. Corina Predescu³

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

²Clinica III, INRMFB

³ANEFs, București

REZUMAT

Prezentul articol detaliază diagnosticul și tratamentul de recuperare fizico-kinetic în cadrul sindromului dureros lombar de tip miofascial. Patologia degenerativă a coloanei lombosacrate, foarte răspândită la populația adultă și vârstnică, a ajuns să fie considerată o problemă de sănătate publică. Din cadrul principalelor tipuri de suferință lombară, am prezentat sindromul lombar de tip miofascial, punând accent pe simptomatologia și diagnosticarea corectă a pacienților pentru a putea iniția ulterior tratamentul medicamentos și specific de recuperare (fizioterapie, gimnastică medicală și masaj terapeutic), necesar tratamentului corect al acestei entități nosologice.

Cuvinte cheie: miofascial, lombar, recuperare, trigger

ABSTRACT

This article describes the diagnosis and physical-kinetic recovery treatment in low back pain syndrome. Degenerative lumbosacral spine pathology, prevalent in adults and the elderly population, has come to be considered a public health problem. Of the major types of lumbar pain syndrome, we presented miofascial syndrome emphasis on symptoms and diagnose patients in order to initiate further recovery and specific drug therapy (physiotherapy, massage and medical gymnastics) required for the treatment of this nosological entity.

Key words: miofascial, lumbar, recovery, triggers

Patologia coloanei lombosacrate este caracterizată de o mare diversitate, determinată de varietatea de structuri anatomice aflate într-o arie relativ restrânsă (1). La nivelul coloanei lombare se află structuri osoase de mare finețe arhitecturală, două articulații cu funcții complexe – articulațiile interapofizare, articulația intervertebrală – foarte solicitată la nivelul segmentului lombar, conținutul sacului dural – reprezentat de rădăcinile rahidiene ce formează coada de cal. Structurile neurale pot fi traumatizate de toate elementele anatomice din jur, începând cu discul intervertebral, până la ligamentele vertebrale de la acest nivel (3). Procesele patologice implicate în declanșarea unui sindrom

dureros lombar sau lomboradicular sunt și ele foarte variate – de tip inflamator, traumatic, infecțios, metabolic, neoplazic, sau cel mai frecvent, de tip degenerativ (5).

În multe cazuri, identificarea cauzei durerilor lombare este dificilă, dar absolut necesară pentru a putea stabili un program de tratament și recuperare. Patologia coloanei lombare prezintă mai multe tipuri de suferință lombară:

- Discopatia lombară reprezentată de hernia de disc (faza III – prolapsul discului, și faza II – protruzia discală)
- Sindroamele de tip miofascial
- Sindromul fibromialgic

Adresa de corespondență:

Asist. Univ. Dr. Brândușa Mitoiu, Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila“, B-dul Eroilor Sanitari, Nr. 8, București

- Sindromul fatetal
- Stenoza de canal lombar

Debutul proceselor patologice ce vor conduce la apariția durerilor lombare se poate manifesta la nivelul tuturor structurilor anatomice constituente ale segmentului motor vertebral. Structurile vertebrale sensibile la durere sunt reprezentate de lamele superficiale ale inelului fibros al discului intervertebral, ligamentele, capsulele articulațiilor interapofizare, periostul corpilor vertebrali, mușchii și nervii (9).

Patologia pe care o reprezintă sindromul miofascial lombosacrat poate fi încadrată în grupa largă a reumatismului de părți moi. Patologia de tip miofascial nu a fost acceptată cu ușurință, cercetările din ultimii 15 ani fiind cele care au argumentat această entitate nosologică cu certe particularități etiopatogenice, fiziopatologice, clinice și, mai ales, terapeutice (2).

Pentru corelarea patologiei clasice lombosacrste cu tipul de suferință miofascială, este necesar să reținem trei ipoteze privind mecanismul declanșator al formării punctului trigger, mecanism reprezentat de:

– Contractura musculară prelungită menținută. Contractura poate fi declanșată printr-un mecanism reflex, având ca punct de plecare filetele nervoase din lamele externe ale discului intervertebral, cele din structura ligamentului longitudinal comun posterior, filetele din dura mater și filetele nervoase din capsula articulațiilor interapofizare (4). Această contractură musculară prelungită menținută declanșează local o diminuare a fluxului sanguin. Ischemia consecutivă virează metabolismul local spre unul anaerob, urmat de acumularea de metaboliți care declanșează durerea, întreținând astfel contractura inițială.

– Eliberarea din diverse motive a ionilor de calciu în sarcoplasmă (traumatism ușor al unei mase musculare locale), care declanșează o contracție musculară automată, prelungită.

– Injectarea unor substanțe cu caracter iritant.

De la nivelul acestor puncte trigger, în cazul activării lor, pleacă stimuli dureroși care vor urma traiectul fasciilor musculare, declanșând o durere de tip miogen, în lungul unei fascii musculare (6). Apare astfel o durere cu un aspect bipolar, un sediu central la nivelul punctului trigger și o durere la distanță, durerea referită, cu traseu de tip miotomal și nu cu unul de tip dermatomal (1).

Factorii favorizanți pentru declanșarea mecanismelor de formare a punctelor trigger în zona lombosacrată sunt cel mai adesea reprezentați de:

- Tensionarea inelului fibros al discului intervertebral, prin deformări discale protruzive sau leziuni ale acestuia – hernia de disc

- Iritarea ligamentelor vertebrale și a durei mater
- Deformări ale capsulei interapofizare, prin procese artrozice, artritice
- Inegalitatea lungimii membrelor inferioare, care produce tulburări de statică și dinamică la nivelul joncțiunii lombosacrate
- Tulburări staticoposturale cronice ale coloanei vertebrale (scolioze, cifoze)
- Microtraumatismele vieții cotidiene, asociate activităților cu o solicitare prelungită a unor contracții musculare izometrice.

Simptomatologia

Durerile lombosacrate de natură miofascială, spre deosebire de alte situații clinice lombare, au un debut insidios. Durerea este localizată la nivelul coloanei lombosacrate, pe o zonă destul de întinsă, imprecis descrisă de bolnav, cu un caracter bipolar (durere iradiată la distanță) (10). Durerea cu sediul la nivelul coloanei lombare prezintă caracter mecanic, este zilnică și de intensitate moderată, fiind descrisă ca o durere-arsură care se poate ameliora în repaus și la efectuarea unor minime exerciții fizice. Durerile la distanță nu au o topografie de iradiere de tip dermatomal și nu sunt accentuate de mobilizările coloanei lombare; din contră, pot fi calmate de unele exerciții lombare sau de exerciții ale membrului inferior (8).

Tulburările funcționale lombare pot apărea clinic ca o limitare a amplitudinilor de mișcare a coloanei lombare, afectând de cele mai multe ori toate sensurile de mișcare (7).

Evoluția acestui sindrom este caracterizată prin potențialul său autolimitativ și prin potențialul său recidivant.

Obiectivele tratamentului sindromului miofascial vizează inactivarea punctelor trigger și tratamentul și recuperarea afecțiunii de fond. Aceste două obiective sunt abordate simultan, multe proceduri terapeutice fiind convergente, cu efecte benefice pentru ambele obiective (9). Prin acestea se urmărește:

- Combaterea durerii
- Combaterea ischemiei musculare
- Combaterea contracturii musculare

Metodologia de tratament

1. Combaterea durerii prin:

- Infiltrația punctului trigger cu o soluție de Hidrocortizon și Xilină 2%
- Ultrasunete sau ultrasonoforeză cu unguent (amestec Xilină cu Hidrocortizon), în punct

fix 0,6-0,8 W/cm², 4-6 minute (acțiune simultană antialgică și hiperemiantă prin efectul său termic și decontracturant) (11).

2. Combaterea ischemiei musculare
 - Hiperemie produsă prin crioterapie locală (masaj local cu gheață)
 - Hiperemie generată de aplicații locale de Laser
 - Parafină pe mușchiul gazdă al punctului trigger, la temperatura maxim tolerată, timp de 20-30 minute (6).
3. Combaterea contracturii musculare
 - Electroterapie locală antialgică, decontracturantă, hiperemiantă, cu ajutorul curenților de

joasă frecvență (tens, diadinamici, galvanic, trabert) sau de medie frecvență (curenți interferențiali) (10).

- Masaj local clasic tonifiant și masaj profund muscular transversal
- Kinetoterapie pentru mușchiul contractat – exerciții de stretching, întindere musculară manuală, contracții musculare cu rezistență.
- Hidrokinetoterapia – abordează simultan ischemia și contractura musculară, având și efecte antialgice.

BIBLIOGRAFIE

1. **Lee Febiger** – American College of Sports Medicine: Guidelines for Graded Exercises Testing and Exercise Prescription. Philadelphia, 1986
2. **Nicolescu M., Ojoga F., Raveica S.** – Tratatamentul ortopedico-chirurgical și kinetoterapeutic în afecțiunile aparatului locomotor – partea I. Editura Alma Mater, Bacău, 2000.
3. **Nicolescu M., Ojoga L., Radulescu L., Huszar C., Ojoga F., Cârstoiu C., Isac I., Mihaiță I., Berceanu M.** – Semiologia aparatului locomotor. Editura Universitara Carol Davila, București, 2003.
4. **Ojoga F.** – Scolioza idiopatică – Factori de progresie și managementul individualizat – Medical Update, volumul VI, nr. 36, martie 2007
5. **Ojoga F.** – Tratatamentul de recuperare medicală în scolioza idiopatică. Editura Morosan, București, 2009.
6. **Popescu E., Ionescu R.** – Compendiu de reumatologie, Ediția a III-a, actualizată și adăugată, Editura Tehnică, București, 2001
7. **Rădulescu A.** – Electroterapie, Editura Medicală, București, 2005
8. **Raveica G., Nicolescu M., Ojoga F., Berceanu M.** – Tratatamentul ortopedico-chirurgical și kinetoterapia în afecțiunile aparatului locomotor – partea a II-a. Editura Alma Mater, Bacău, 2008.
9. **Robinson J.A., Snyder-Mackler L.** – Clinical Electrofiiziologie, third edition, Lippincot Williams and Wilkins, New York, 2008
10. **Sbenghe T.** – Bazele teoretice și practice ale kinetoterapiei, Editura Medicală, București, 1999.
11. **Suciu V., Ojoga F.** – Aspecte de etiopatogenie, biomecanică și fiziopatologie în scolioza idiopatică. Revista de Medicină Sportivă, nr. 6, București, 2006