

EFICIENȚA REALĂ A TRATAMENTULUI ANTIINFLAMATOR ÎN SINDROAMELE ALGO-FUNCȚIONALE LOMBOSACRATE DE ETIOLOGIE MUSCULOLIGAMENTARĂ

Elena-Luminița Sidenco*, Luminița Belu**

REZUMAT

S-au selecționat 34 pacienți prezentând sindroame musculoligamentare lombo-sacrate, al căror diagnostic s-a precizat clinic și paraclinic, excluzându-se orice altă etiologie. Studiul a integrat pacienții într-un program medical susținut fizic, etapizat, în trei faze, la intervale de o lună și respectiv 3 - 6 luni, aplicându-se medicație antiinflamatoare +/- decontracturantă, susținută termokineto-masoterapic. Rezultatele obținute atestă ameliorarea ascendentă și remanentă a parametrilor clinici, de la o etapă la alta, ajungând în faza a III-a a programului, la recuperare funcțională cvasicompletă a suferințelor (peste 90% față de stadiul inițial). Studiul propune o evaluare cuantificabilă a sindroamelor musculoligamentare lombo-sacrate și un program de recuperare etapizat; în plus, se dovedește eficiența acestui program de tratament, care previne instalarea recidivelor și/sau complicațiilor, frecvente și cu implicații funcționale adesea importante.

Cuvinte cheie: lombo-sacrat, sindrom musculoligamentar, antiinflamator, recuperare etapizată.

ABSTRACT

Lumbosacral myofascial syndromes - anti-inflammatory treatment

We selected 34 patients with lumbosacral myofascial syndromes, with clinical and paraclinical defined diagnosis, excluding any other etiology. Our study included patients into a medical program, physically sustained, in three stages: at one month and 3-6 month using anti-inflammatory +/- decontracturant drugs, sustained by thermo-kinetics and massotherapy. From a stage to the next, the results proved the ascending evolution of the clinical parameters and the remanence of the effects, and in the third stage of the program we obtained a quasi-normal functional rehabilitation (over 90% in comparison with initial valuation). Our study proposes a score of valuation for the lumbosacral myofascial syndromes and also a rehabilitation program in three stages; we prove also, the efficiency of this program of treatment, preventing the frequent recurrences and/or complications, often with important functional implications.

Key words: lumbosacral, myofascial, anti-inflammatory, rehabilitation in stages.

În condițiile vieții moderne, datorită facilităților tehnice apărute în desfășurarea diverselor activități, ponderea efortului fizic scade la maximum, acesta fiind treptat înlocuit de efortul intelectual; dacă în țările dezvoltate acest fenomen este în bună măsură contracarat prin efectuarea mișcării fizice organizate, ca fenomen de masă, în țara noastră această parțială compensare este slab reprezentată la nivel populațional. În aceste condiții, musculatura suferă treptat prin neutilizare, un proces de **deconținare la efort**. Grupele musculare antigravitaționale sunt interesate în mod deosebit, în cadrul acestui proces un loc central ocupându-l **musculatura paravertebrală**, în balanță cu cea **abdominală**, care prin deconținare perechitează echilibrul segmentelor vertebrale. Neîntreținerea unei funcționalități corespunzătoare a acestei balanțe determină la început sindroame algo-funcționale la orice solicitare, care în timp determină tulburări de statică vertebrală, care ulterior prin cronicizare, exagerează dezechilibrul muscular. Lipsa antrenamentului cotidian face ca musculatura paravertebrală slabă să nu poată face față unei solicitări, uneori chiar moderate, declanșându-se astfel suferința clinică exprimată prin sindroame algo-funcționale lombosacrate, confundate adesea cu o suferință discogenă sau vertebrală. La început aceste suferințe sunt neglijate, mai ales dacă nu sunt foarte

intense și dacă pacientul se autotratează cu un antialgic minor sau chiar cu un antiinflamator; ulterior însă el se adresează medicului de familie, care de cele mai multe ori ignoră diagnosticul real, invocând o suferință degenerativă sau traumatică (inclusiv discogenă) și-l tratează în consecință. Dar recidivele sunt tot mai frecvente și cu tablou clinic tot mai accentuat, astfel încât afectarea funcțională și absenteismul pe care îl antrenează sunt tot mai importante, tratamentele sunt tot mai costisitoare și pe perioade tot mai lungi, și în fapt nu se soluționează adevărata cauză declanșatoare a suferinței.

Ne-am propus să studiem în dinamică aceste sindroame și răspunsul lor la **tratamentul antiinflamator etapizat**, susținut prin **tratament fizic**, știut fiind că aceste suferințe au o importanță socială deosebită suferința fiind specifică mai ales pacienților aflați la vârsta activă, că au o morbiditate importantă și că pot fi ușor confundate cu alte patologii lombosacrate mult mai grave, pretând la tratamente exagerate, dar în fapt ineficiente asupra cauzei reale.

Material și metodă

Am studiat un grup de 34 pacienți tineri, care s-au adresat

*Elena-Luminița Sidenco - medic primar - Clinica Recuperare Medicală - Spitalul Universitar București; șef de lucrări - Catedra Recuperare Medicală și Balneologie - UMF "C. Davila" București

**Luminița Belu - medic primar - Serviciul Ambulator Recuperare Medicală - Fizioterapie - Spitalul Universitar București

serviciului nostru pentru o suferință lombosacrată declanșată în urma unui efort fizic. Examinările clinice și paraclinice au exclus alte cauze de boală - discogene, vertebrogene sau de altă natură. S-a constatat în schimb, prezența unor tulburări de statică ale segmentelor lombosacrat, uneori și dorsal, neglijate, dezvoltate în plan sagital și/sau frontal. (tabel I).

Tabelul I. Caracteristicile lotului

Număr de cazuri studiate	34 pacienti
Vârsta	33-47 ani
Repartiția pe sexe	24 femei 10 bărbați
Tipuri de tulburări de statică:	
- cifoasă dorsală + ștergerea lordozei lombare	14 cazuri
- ștergerea cifozei dorsale + hiperlordoză lombară	8 cazuri
- hiperlordoză lombară	9 cazuri
- cifoscolioză dorso-lombară	3 cazuri

Manifestările clinice ale suferinței au fost cuantificate de la început, în funcție de intensitatea lor:

- durerea lombosacrată
- durerea referită fesier și/sau crural
- limitarea dureroasă a mobilității pe toate axele de mișcare
- durerea la palpare
- contractura musculară

Din însumarea parametrilor cuantificați s-a obținut un **scor clinic general**, urmărit pe parcursul întregului studiu. (Tabelul II)

Tabelul II. Manifestările clinice ale suferinței

Durerea lombosacrată: - împiedică activitatea - limitează activitatea - activitate normală	3 puncte 2 puncte 1 punct
Durerea referită fesier și /sau crural: - prezentă - absentă	1 punct 0 puncte
Limitarea dureroasă a mobilității:	
- flexie - prezentă	1 punct
- absentă	0 puncte
- extensie - prezentă	1 punct
- absentă	0 puncte
- inflexiuni laterale - prezentă	1 punct
- absentă	0 puncte
- rotație - prezentă	1 punct
- absentă	0 puncte
Durerea la palpare: - prezentă	1 punct
- absentă	0 puncte
Contractură: - prezentă	1 punct
- absentă	0 puncte

Scor clinic general = 0 - 10 puncte

Tratamentul inițial a constat în administrarea combinată de **Diclofenac** (1 tb x 3/zi) - antialgic - antiinflamator, asociat cu **Clorzoxazonă** (2 tb x 3/zi) - decontracturant, timp de trei săptămâni. Tratamentul medicamentos a fost susținut de un **complex recuperator fizical** constând din **termoterapie** urmată de **electroanalgezie** (CDD + curenți interferențiali), **kinetoterapie** de asuplizare paravertebrală și tonifiere abdominală, și **masaj**.

După o lună, pacienții au fost retestați pe aceeași grilă de evaluare, și s-a aplicat faza a II-a de tratament, constând din **Diclofenac** (1 tb x 3/zi) timp de două săptămâni, susținut de un **program termo-kineto-massoterapic**. Pentru a vedea remanența tratamentului aplicat în acest tip de suferințe, am reevaluat cazurile la 3 - 6 luni de la inițierea tratamentului recuperator, cu prilejul unor noi acutizări, la niveluri mai scăzute decât primele. După evaluarea de etapa a III-a s-a aplicat doar trepidul terapeutic fizical, **termo-kineto-massoterapic**, fără tratament medical, timp de două săptămâni.

Precizăm deci, că testarea pacienților s-a făcut pe baza

aceleași grile de evaluare, luând în calcul aceiași parametri clinici, a căror însumare a constituit scorul clinic general. S-a efectuat câte o evaluare inițială și finală pentru fiecare etapă de tratament - faza inițială, faza a II-a (la o lună) și faza a II-a (la 3 - 6 luni). Mai precizăm că în funcție de scorul clinic general, pentru evaluarea mai precisă a gravității cazurilor am considerat trei niveluri de gravitate:

- formele clinice grave de boală - scor clinic între 7 - 10 puncte
- forme de gravitate medie - între 4 - 6 puncte
- forme de gravitate mică (forme ușoare de boală) - între 0 - 3 puncte.

Am putut astfel evidenția, înainte și după fiecare etapă de tratament, repartiția cazurilor pe clase de gravitate și modul cum evoluează pacienții, de la clase de gravitate mai mare la cele de gravitate mai mică.

Rezultate și discuții

Evaluarea inițială ne-a dovedit prezența parametrilor la niveluri mari de intensitate, ceea ce a condus la un **scor clinic mediu de lot** ridicat, de 7,53 puncte. Repartiția pe clase de gravitate arată că, inițial 79,4% dintre pacienți aveau forme severe de suferință (între 7 - 10 puncte) și restul de 20,6% forme medii. (Tabelul III)

Tabelul III.

Evaluarea inițială			
Durerea lombosacrată: - împiedică activitatea	3 puncte	7 cazuri (20,6%)	
- limitează activitatea	2 puncte	21 cazuri (61,8%)	
- activitate normală	1 punct	6 cazuri (17,6%)	
Durerea referită fesier și /sau crural: - prezentă	1 punct	30 cazuri (88,2%)	
- absentă	0 puncte	4 cazuri (11,8%)	
Limitarea dureroasă a mobilității:			
- flexie - prezentă	1 punct	34 cazuri (100%)	
- absentă	0 puncte	0 cazuri	
- extensie - prezentă	1 punct	23 cazuri (67,7%)	
- absentă	0 puncte	11 cazuri (32,3%)	
- inflexiuni laterale - prezentă	1 punct	28 cazuri (82,3%)	
- absentă	0 puncte	6 cazuri (17,7%)	
- rotație - prezentă	1 punct	21 cazuri (61,8%)	
- absentă	0 puncte	13 cazuri (38,2%)	
Durerea la palpare: - prezentă	1 punct	34 cazuri (100%)	
- absentă	0 puncte	0 cazuri	
Contractură: - prezentă	1 punct	17 cazuri (50%)	
- absentă	0 puncte	17 cazuri (50%)	

Scor clinic general pe lot = 7,53 puncte

Repartiția pe clase de gravitate

forme ușoare = 0-3 puncte	0 cazuri
forme medii = 4-6 puncte	7 cazuri (20,6%)
forme severe = 7-10 puncte	27 cazuri (79,4%)

Tratamentul inițial antiinflamator și decontracturant, susținut termo-electro-kineto-massoterapic a fost aplicat zilnic timp de trei săptămâni. Rezultatele obținute după tratamentul inițial au fost bune:

- durerea lombosacrată și cea referită au dispărut în proporție de 70,6%
- durerea la palpare și contractura musculară au dispărut complet
- limitarea dureroasă a mobilității s-a ameliorat în proporție de cca. 70% pe toate axele de mișcare
- scorul clinic mediu a scăzut la doar 1,35 puncte, iar repartiția pe clase de gravitate s-a modificat semnificativ, înregistrându-se recuperare completă în 67,6% din cazuri și forme ușoare de suferință în 23,5% din cazuri. (Tabelul IV)

Tabelul IV.

Evaluarea după tratamentul inițial

Durerea lombosacrată: - împiedică activitatea	3 puncte	0 cazuri
- limitează activitatea	2 puncte	2 cazuri (5,9%)
- activitate normală	1 punct	6 cazuri (23,4%)
dispariție		
		24 cazuri (70,6%)
Durerea referită fesier și /sau crural: - prezentă	1 punct	2 cazuri (5,9%)
- absentă	0 puncte	32 cazuri (70,6%)
Limitarea dureroasă a mobilității:		
- flexie - prezentă	1 punct	11 cazuri (32,3%)
- absentă	0 puncte	23 cazuri (67,7%)
- extensie - prezentă	1 punct	8 cazuri (23,5%)
- absentă	0 puncte	26 cazuri (76,5%)
- inflexiuni laterale - prezentă	1 punct	7 cazuri (20,6%)
- absentă	0 puncte	27 cazuri (79,4%)
- rotație - prezentă	1 punct	8 cazuri (23,5%)
- absentă	0 puncte	26 cazuri (76,5%)
Durerea la palpare: - prezentă	1 punct	0 cazuri
- absentă	0 puncte	34 cazuri (100%)
Contractură: - prezentă	1 punct	0 cazuri
- absentă	0 puncte	34 cazuri (100%)

Scor clinic general pe lot = 1,35 puncte

Repartiția pe clase de gravitate

forme ușoare = 0-3 puncte	8 cazuri (23,5%)
forme medii = 4-6 puncte	3 cazuri (8,8%)
forme severe = 7-10 puncte	0 cazuri

Recuperare completă 23 cazuri (67,6%)

Am urmărit remanența în timp a acestor efecte și am constatat că la controlul de o lună fenomenele clinice recidivează la majoritatea cazurilor, dar la un nivel mai scăzut de intensitate, **scorul clinic mediu** a fost de 4,62 puncte, iar repartiția pe clase de gravitate a arătat că 52,9% din cazuri erau forme medii și doar 17,6% forme severe de suferință. (Tabelul V).

Tabelul V.

Evaluarea la a doua consultație (o lună)

Durerea lombosacrată: - împiedică activitatea	3 puncte	2 cazuri (5,9%)
- limitează activitatea	2 puncte	14 cazuri (41,2%)
- activitate normală	1 punct	12 cazuri (35,3%)
Dispariție		
		27 cazuri (79,4%)
Durerea referită fesier și /sau crural: - prezentă	1 punct	7 cazuri (20,6%)
- absentă	0 puncte	27 cazuri (79,4%)
Limitarea dureroasă a mobilității:		
- flexie - prezentă	1 punct	28 cazuri (82,4%)
- absentă	0 puncte	6 cazuri (17,6%)
- extensie - prezentă	1 punct	17 cazuri (50%)
- absentă	0 puncte	17 cazuri (50%)
- inflexiuni laterale - prezentă	1 punct	8 cazuri (23,5%)
- absentă	0 puncte	26 cazuri (76,5%)
- rotație - prezentă	1 punct	10 cazuri (29,4%)
- absentă	0 puncte	24 cazuri (70,6%)
Durerea la palpare: - prezentă	1 punct	17 cazuri (50%)
- absentă	0 puncte	17 cazuri (50%)
Contractură: - prezentă	1 punct	4 cazuri (11,8%)
- absentă	0 puncte	30 cazuri (88,2%)

Scor clinic general pe lot = 4,62 puncte

Repartiția pe clase de gravitate

forme ușoare = 0-3 puncte	10 cazuri (29,4%)
forme medii = 4-6 puncte	18 cazuri (52,9%)
forme severe = 7-10 puncte	6 cazuri (17,6%)

Am considerat necesară aplicarea etapei a doua de tratament, constând din tratament antiinflamator-antialgic unic, susținut de un complex termo-kineto-masoterapic, aplicat zilnic, timp de două săptămâni.

Rezultatele obținute au fost superioare primei etape de tratament:

- durerea lombosacrată a dispărut în 85,3% din cazuri
- durerea iradiată/referită a dispărut la 94,1% dintre pacienți
- ameliorarea mobilității s-a înregistrat în proporție de peste 88% pentru toate axele de mișcare
- scorul mediu clinic de lot a scăzut la 0,62 puncte, iar repartiția pe clase de gravitate ne-a arătat că doar 14,7% dintre pacienți mai prezentau forme ușoare

de suferință, restul de 85,3% beneficiind de recuperare completă. (Tabelul VI)

Tabelul VI.

Evaluarea după tratamentul fazei a doua

Durerea lombosacrată: - împiedică activitatea	3 puncte	0 cazuri
- limitează activitatea	2 puncte	1 caz (2,9%)
- activitate normală	1 punct	4 cazuri (11,8%)
dispariție		
		29 cazuri (85,3%)
Durerea referită fesier și /sau crural: - prezentă	1 punct	2 cazuri (5,9%)
- absentă	0 puncte	32 cazuri (94,1%)
Limitarea dureroasă a mobilității:		
- flexie - prezentă	1 punct	4 cazuri (11,8%)
- absentă	0 puncte	30 cazuri (88,2%)
- extensie - prezentă	1 punct	4 cazuri (11,8%)
- absentă	0 puncte	30 cazuri (88,2%)
- inflexiuni laterale - prezentă	1 punct	2 cazuri (5,9%)
- absentă	0 puncte	32 cazuri (94,1%)
- rotație - prezentă	1 punct	3 cazuri (8,9%)
- absentă	0 puncte	31 cazuri (91,1%)
dispariție		
		29 cazuri (85,3%)
Durerea la palpare: - prezentă	1 punct	0 cazuri
- absentă	0 puncte	34 cazuri (100%)
Contractură: - prezentă	1 punct	0 cazuri
- absentă	0 puncte	34 cazuri (100%)

Scor clinic general pe lot = 0,62 puncte

Repartiția pe clase de gravitate

forme ușoare = 0-3 puncte	5 cazuri (14,7%)
forme medii = 4-6 puncte	0 cazuri
forme severe = 7-10 puncte	0 cazuri

Recuperare completă 29 cazuri (85,3%)

Remarcăm deci, remanența limitată în timp a efectelor primei faze terapeutice și necesitatea consolidării lor printr-o a doua etapă, la circa o lună interval, în urma căreia rezultatele clinice sunt superioare.

Bolnavii studiați au revenit la consultație după un interval variind între 3 - 6 luni, pentru acuze similare primelor consultații, dar de intensitate moderată la majoritatea cazurilor. Scorul clinic mediu al celei de-a treia consultații a fost de 5,44 puncte, iar repartiția pe clase de gravitate ne-a relevat în proporție de 88,2% forme medii și ușoare de boală. (Tabelul VII).

Tabelul VII

Evaluarea la a treia consultație (3-6 luni)

Durerea lombosacrată: - împiedică activitatea	3 puncte	7 cazuri (20,6%)
- limitează activitatea	2 puncte	23 cazuri (67,6%)
- activitate normală	1 punct	4 cazuri (11,8%)
Dispariție		
		25 cazuri (73,5%)
Durerea referită fesier și /sau crural: - prezentă	1 punct	9 cazuri (26,5%)
- absentă	0 puncte	25 cazuri (73,5%)
Limitarea dureroasă a mobilității:		
- flexie - prezentă	1 punct	24 cazuri (70,6%)
- absentă	0 puncte	10 cazuri (29,4%)
- extensie - prezentă	1 punct	20 cazuri (58,8%)
- absentă	0 puncte	14 cazuri (41,1%)
- inflexiuni laterale - prezentă	1 punct	12 cazuri (35,3%)
- absentă	0 puncte	22 cazuri (64,7%)
- rotație - prezentă	1 punct	8 cazuri (23,5%)
- absentă	0 puncte	26 cazuri (76,5%)
Durerea la palpare: - prezentă	1 punct	20 cazuri (58,8%)
- absentă	0 puncte	14 cazuri (41,1%)
Contractură: - prezentă	1 punct	5 cazuri (14,7%)
- absentă	0 puncte	29 cazuri (85,3%)

Scor clinic general pe lot = 5,44 puncte

Repartiția pe clase de gravitate

forme ușoare = 0-3 puncte	13 cazuri (38,2%)
forme medii = 4-6 puncte	17 cazuri (50%)
forme severe = 7-10 puncte	4 cazuri (11,8%)

Tratamentul fazei a treia a constat din același program termo-kineto-masoterapic, timp de două săptămâni, în urma căreia toți parametrii clinici s-au ameliorat între 90 - 100%, atingându-se cel mai scăzut scor clinic mediu, de numai 0,41 puncte. Recuperarea completă s-a obținut în proporție de

91,1%, restul cazurilor încadrându-se în forme ușoare de suferință.

Se constată deci, un răspuns mult mai bun în faza a treia de tratament.

Durerea lombosacrată dispăre în proporție ascendentă, de la 70 la 80% și apoi la peste 90% din cazuri, de la o etapă la alta de tratament. Explicația acestei evoluții constă în impactul ascendent al tratamentului medical antiinflamator, susținut corespunzător fizical: de la o etapă la alta tratamentul medical se simplifică (etapa întâi - dublă terapie, antiinflamatoare și decontracturantă, etapa a doua - tratament antiinflamator, etapa a treia - nu mai este necesară medicația), și o dată cu el, tratamentul fizical asociat se modifică, concentrându-se pe programul kinetic adecvat, care trebuie să devină o constantă a noului stil de viață pentru pacienții cu această patologie: dacă prima fază recunoaște un tratament fizical complex, următoarele faze se concentrează pe kinetoterapie, pregătită și susținută de termo- și masoterapie. Concluzia asupra evoluției simptomului-cardinal al acestor sindroame, **durerea lombosacrată** este că ea, și prin ea întregul tablou clinic derivat, sunt eficiente "monitorizate" prin tratament antiinflamator de necesitate susținut de kinetoterapie; schimbarea stilului de viață și introducerea programului kinetic, ca și constantă a activităților zilnice, exclude chiar și folosirea antiinflamatorului.

Durerea referită dispăre la început la peste 70% dintre cazuri și în final aproape complet. Nu trebuie să uităm că acest parametru, atunci când există, urmează îndeaproape evoluția "durerii lombosacrate", evoluând relativ paralel cu aceasta: îmbunătățirea parametrului "durerea referită" este de cele mai multe ori rapidă și superioară "durerii lombosacrate", fapt care apare evident și în rezultatele studiului nostru.

Durerea la palpare dispăre integral de la început și răspunde la fel în fiecare fază terapeutică, dar importanță este remanenta efectelor la controalele de o lună și 3 - 6 luni, când parametrul apare doar între 50 - 60% din cazuri, ameliorându-se complet după tratament. Acest parametru este, de fapt, expresia directă a solicitării musculoligamentare și ameliorarea sa traduce eficiența directă a tratamentului aplicat pe componenta musculoligamentară; faptul că evoluția este semnificativ favorabilă de la o etapă la alta, evocă o dată în plus eficiența schemei terapeutice aplicate, în care tratamentul antiinflamator se combină inițial cu decontracturantul pentru a asigura o potențare eficientă a efectelor ambelor droguri, pentru ca ulterior să asigure singur ameliorarea simptomatologiei; rolul tratamentului fizical de adjuvant al terapiei medicale este poate cel mai activ pe acest parametru, programul kinetic influențând în primul rând simptomatologia la acest nivel, musculoligamentară.

Limitarea dureroasă a mobilității are o evoluție ascendent pozitivă pentru toate mișcărilor:

- flexia - ameliorare de la 67 la 88% și apoi peste 90%
- extensia - ameliorare de la 76 la 85% și apoi peste 94%
- inflexiunile laterale încă din faza a doua de tratament, și continuând și în faza a treia, ameliorare de peste 94%
- rotația - ameliorare ascendentă de până la peste 90%.

Limitarea dureroasă a mobilității este, în fapt, expresia clinico-funcțională cuantificabilă a durerii, sub toate aspectele ei, și a contracturii musculare paravertebrale reflexe, pe care o vom analiza ulterior. Este deci firesc, ca evoluția favorabilă a parametrului să urmeze de fapt, evoluția parametrilor clinici

Tabelul VIII

Evaluarea după tratamentul fazei a treia			
Durerea lombosacrată:	- împiedică activitatea	3 puncte	0 cazuri
	- limitează activitatea	2 puncte	0 cazuri
	- activitate normală	1 punct	3 cazuri (8,9%)
dispariție			31 cazuri (91,1%)
Durerea referită fesier și /sau crural:	- prezentă	1 punct	2 cazuri (5,9%)
	- absentă	0 puncte	32 cazuri (94,1%)
Limitarea dureroasă a mobilității:			
- flexie	- prezentă	1 punct	3 cazuri (8,9%)
	- absentă	0 puncte	31 cazuri (91,1%)
- extensie	- prezentă	1 punct	2 cazuri (5,9%)
	- absentă	0 puncte	32 cazuri (94,1%)
- inflexiuni laterale	- prezentă	1 punct	2 cazuri (5,9%)
	- absentă	0 puncte	32 cazuri (94,1%)
- rotație	- prezentă	1 punct	2 cazuri (5,9%)
	- absentă	0 puncte	32 cazuri (94,1%)
dispariție			31 cazuri (91,1%)
Durerea la palpare:	- prezentă	1 punct	0 cazuri
	- absentă	0 puncte	34 cazuri (100%)
Contractură:	- prezentă	1 punct	0 cazuri
	- absentă	0 puncte	34 cazuri (100%)

Scor clinic general pe lot = 0,41 puncte

Repartiția pe clase de gravitate

forme ușoare = 0-3 puncte	3 cazuri (8,9%)
forme medii = 4-6 puncte	0 cazuri
forme severe = 7-10 puncte	0 cazuri
Recuperare completă	31 cazuri (91,1%)

cu care se corelează: și în cazul "limitării dureroase a mobilității" impactul tratamentului medical este evident, rolul medicației antiinflamatoare fiind semnificativ și puternic susținut de tratamentul fizical, mai ales de kinetoterapie care acționează direct pe componenta musculoligamentară implicată activ în mobilitate. Atunci când programul kinetic de întreținere devine o constantă a activităților cotidiene, parametrul "limitarea dureroasă a mobilității" nu mai apare decât inconstant și poate fi ușor compensat, fără tratament medical.

Contractura musculară paravertebrală dispăre după fiecare serie de tratament, dar ceea ce este important, la controalele de o lună și de 3 - 6 luni se menține doar în jur de 14% din cazuri, răspunzând favorabil terapiei antiinflamatorii susținută fizical. Explicația este similară celei oferite de parametrul anterior, "limitarea dureroasă a mobilității": contractura musculară paravertebrală apare reflex, atunci când solicitările se exprimă prin durere, prin toate aspectele ei, și se va ameliora o dată cu acestea, evoluând convergent cu limitarea dureroasă a mobilității, pe care o condiționează și ea. Dacă la început nivelul simptomatologiei algice este înalt, contractura paravertebrală reflexă atingând și ea niveluri importante de intensitate și durată, pe măsură ce tratamentul aplicat ameliorează tot mai mult simptomatologia subiectivă și contractura musculară va reacționa paralel, spre niveluri tot mai scăzute de intensitate, pe durate tot mai scurte și la un număr tot mai redus de pacienți.

Repartiția pe clase de gravitate arată scăderea drastică a ponderii cazurilor severe de la un control la altul (de la 79 la 17% și apoi la 11%) și creșterea după fiecare etapă terapeutică a ponderii recuperării clinico-funcționale complete în grupul studiat (de la 67 la 85% și apoi la peste 90%). Acest aspect concordă cu evoluția **scorului clinic mediu**, a cărui scădere este evidentă de la o etapă la alta, și evocă eficiența schemei terapeutice alese în care tratamentul antiinflamator - ca medicație de bază, și-a dovedit eficiența clinico-funcțională, fiind semnificativ potențat de tratamentul kinetic adecvat, susținut termo-masoterapic.

Concluzii

În concluzie, știut fiind că sindroamele algofuncționale musculoligamentare lombosacrate sunt afecțiuni care recidivează frecvent, considerăm necesară urmărirea și compensarea lor prin recuperare periodică, fără să se aștepte recidivele sau instalarea eventualelor complicații, mult mai greu de tratat și de rezolvat.

Acest studiu propune o scală simplă de evaluare și urmărire a eficienței terapiei recuperatorii aplicate, dar mai ales propune încadrarea pacienților cu suferințe musculoligamentare lobosacrofesiene într-un program etapizat de recuperare medicală susținută fizical.

În opinia noastră, acest program trebuie să cuprindă o **primă fază** mai complexă de tratament inițial, urmată la o lună de **un tratament de consolidare** fără de care riscul recidivelor imediate este destul de important. După aceste două faze, considerăm utile **curele de întreținere** periodice, la intervale de cca. 3 luni, care să prevină reacutizările, să crească capacitatea de efort a pacienților și să introducă treptat programul kinetic de întreținere între activitățile cotidiene.

Nu trebuie uitat nici un moment că neglijarea acestor suferințe, la prima vedere banale, poate antrena în timp apariția unor complicații vertebrogen-discogene, mai greu compensabile, care implică tratamente recuperatorii prelungite, cu eficiență și remanență limitată asupra funcționalității segmentului lombosacrat.

Programul etapizat propus de noi se dorește un mijloc de recuperare funcțională eficientă care să ajute reinscrierea totală a pacienților în activitățile cotidiene și scăderea absenteismului, și evident, să îmbunătățească condițiile de viață ale persoanelor de vârstă activă, crescându-le concret capacitatea de a răspunde la solicitările fizice.

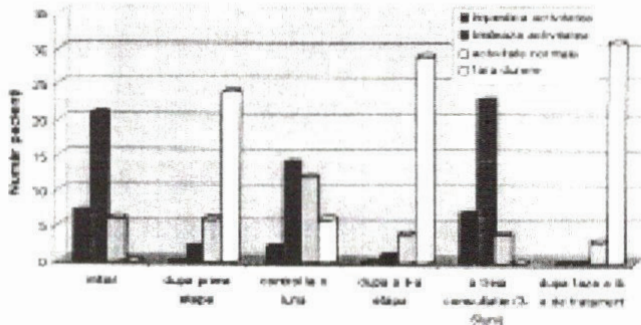


Fig. 1 - Evoluția durerii lombosacrate

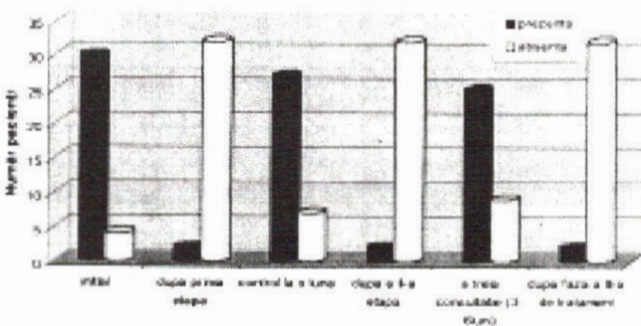


Fig. 2 - Evoluția durerii referite fesier/crural

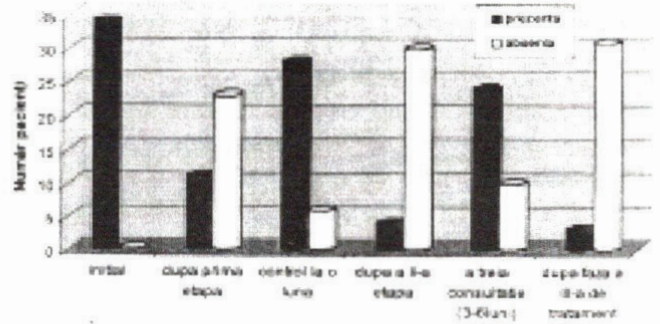


Fig. 3 - Limitarea dureroasă a mobilității - Flexia

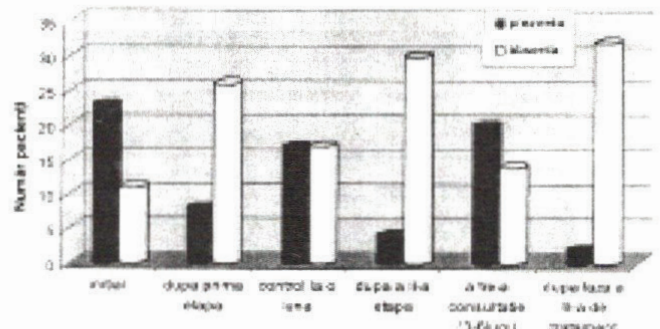


Fig. 4 - Limitarea dureroasă a mobilității - Extensia

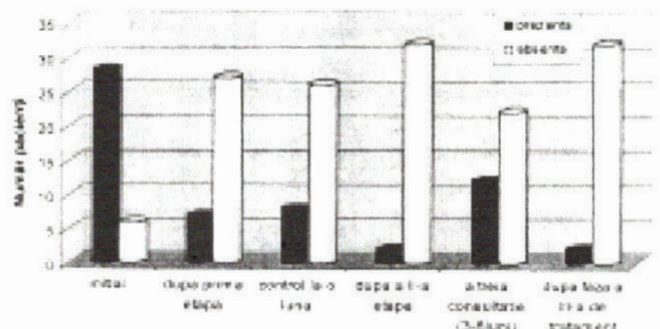


Fig. 5 - Limitarea mobilității - inflexiunile laterale

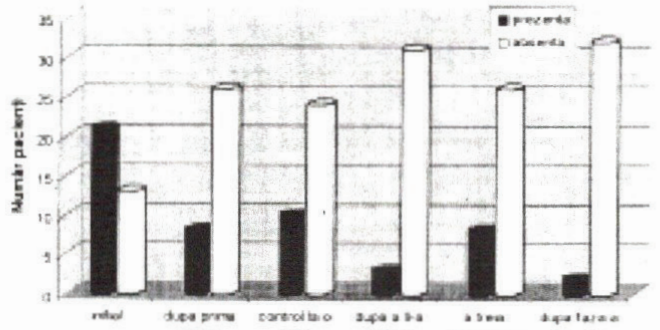


Fig. 6 - Limitarea dureroasă a mobilității - Rotația

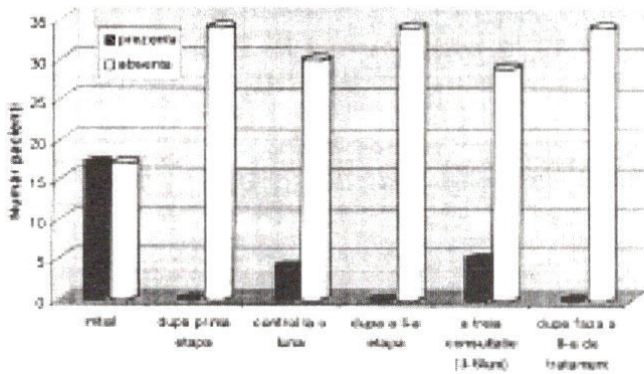


Fig. 7 - Evoluția durerii la palpare

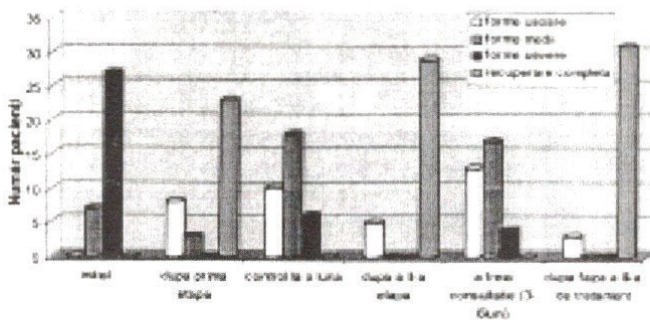


Fig. 8 - Evoluția contracturii musculare paravertebrale

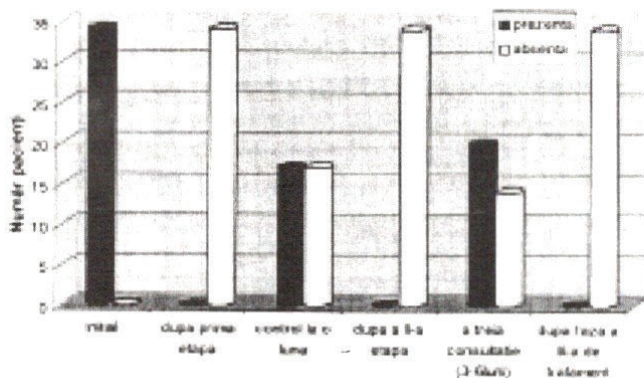


Fig. 9 - Evoluția repartiției pe clase de gravitate

BIBLIOGRAFIE

1. Masi A.T.: An intuitive persone-centered perspective on fibromyalgia syndrome and management. In Masi AT (ed): *Bailliere's Clinical Rheumatology: Fibromyalgia and Myofascial Pain Syndromes*. London, WB Saunders, 1994, pp. 957 - 995
2. McCain G.A.: Treatment of fibromyalgia and myofascial pain syndrome. In Rachlin ES (ed): *Myofascial Pain and Dysfunction: Trigger Point Management*. St. Louis, Mosby 1994, pp. 31 - 44
3. Mokri B., Sinaki M.: Painful disorders of the spine and back pain syndromes. In Sinaki M (ed): *Basic Clinical Rehabilitation Medicine, ed. 2*, St. Louis, Mosby-Year Book, 1993, pp. 489 - 502
4. Rudins A., Sinaki M., Miller J.L., et al.: Significance of back extensors versus back flexors in trunkal support (abstract). *Arch Phys. Med. Rehabil.* 1991; 72: 824
5. Simons D.G.: Muscular pain syndromes. In Friction JR, Awad EA (eds): *Advances in pain research and therapy*. New York, Raven Press, 1990, pp. 1 - 41
6. Sinaki M. (ed): *Basic Clinical Rehabilitation Medicine, ed. 2*. St Louis, Mosby-Year Book, 1993, pp. 209 - 36
7. Travel J.G., Simons D.G.: *Myofascial Pain and Dysfunction: The Trigger Point Manual*. Baltimore, Williams & Wilkins, 1993