

POSSIBILITĂȚI ȘI LIMITE ALE TRATAMENTULUI ANTIINFLAMATOR ÎN RECUPERAREA FUNCȚIONALĂ A PICIORULUI REUMATIC AL VÂRSTNICULUI

Elena-Luminița Sidenco*

REZUMAT

Am încercat să dovedim posibilitățile reale și limitele tratamentului antiinflamator în recuperarea complexă a piciorului reumatic la pacientul vârstnic. Am studiat 40 pacienți cu suferințe reumatice ale piciorului, tratați ambulator în clinica noastră. Am evaluat **parametrii clinici** (durerea - spontană, la încărcare, la mobilizare -, inflamația, limitarea mobilității, hipotrofia musculară, tulburările de statică și mers). Am propus un **scor clinic general** de evaluare și am aplicat un tratament medical antiinflamator unitar, susținut prin proceduri fizicale, urmărindu-se evoluția clinică a pacienților. Evoluția favorabilă a tuturor parametrilor subiectivi și obiectivi s-a tradus prin ameliorarea parametrilor funcționali globali, **perimetrul de mers și tipul de mers**. Parametrii funcționali sunt ameliorați doar la nivel mediu, datorită potențialului limitat de recuperare funcțională a vârstnicului afectat degenerativ. Considerăm acest tratament asociat antiinflamator și fizical, ca fiind singurul tratament funcțional real pentru piciorul complex reumatic la pacientul vârstnic, îmbunătățind funcția globală a membrului inferior și menținând autonomia individuală.

Cuvinte cheie: antiinflamator, picior complex reumatic, recuperare funcțională a vârstnicului.

ABSTRACT

Trends and limits of anti-inflammatory treatment in the rheumatic foot of the old patients rehabilitation

We try to prove the real possibilities and limites of the anti-inflammatory treatment in the complex rehabilitation of the rheumatic foot in old patients. We studied 40 patients with complex rheumatic sufferings of foot, ambulatory treated in our clinic. We valuated the **clinical parameters** (pain - spontaneous, at charge, at motion -, swelling, limitation of motion, muscular hypotrophy, difficulties of statics and gait). We suggested a **clinical general score** of valuation and we applied a unitary medical anti-inflammatory treatment, physically sustained, following the clinical evolution. The favourable evolution of all subjective and objective parameters expressed the improvement of the global functional parameters, **distance and type of gait**. The functional parameters were medium improved, because of the limited potential of functional rehabilitation at the old degenerative affected patient.

We consider this associated anti-inflammatory and physical treatment, the only real functional treatment for the complex rheumatic foot at the old patients, improving the global function of the lower limb and maintaining the individual autonomy.

Key words: anti-inflammatory, complex rheumatic foot, old patient rehabilitation.

Piciorul complex reumatic este o patologie deosebit de răspândită la categoriile de vârstă adultă, crescând ca incidență la senectute. Modificările reumatice ale piciorului sunt complexe, presupunând coborârea bolților longitudinale, rotunjirea antepiciorului, instalarea multiplelor deformări ale degetelor. De cele mai multe ori, tulburările se asociază, generând deformări complexe ale arhitectonicii piciorului, care afectează distribuția presională asupra plantei, mai ales în condiții de încărcare, în statică și mers. Urmările acestor deformări conturează un tablou clinic complex dominat de dureri spontane, la încărcare și mobilizare, atât plantar cât și în molet, și în timp antrenează disfuncționalități multiple cu alterarea mersului. Iată de ce piciorul complex reumatic devine, la adult și vârstnic, o problemă terapeutică dificilă pentru medicii practicieni.

Material și metodă

Am studiat un grup de 40 pacienți vârstnici, tratați în clinica noastră în condiții de ambulator, pentru suferințe de tip algo-funcțional ale piciorului, pe fondul unor alterări de

statică induse degenerativ; s-au exclus din start alte etiologii - inflamatorii cronice, posttraumatice, tulburări de statică preexistente neglijate. Vârsta medie a grupului studiat a fost de 68,7 ani cu limite cuprinse între 65 - 78 ani, dintre care 67,5% au fost femei. Principalele tipuri de tulburări statico-funcționale ale piciorului apărute în lotul studiat sunt prezentate în *Tabelul I*. Dintre deformările constatate, cele mai frecvente au fost deformările complexe ale degetelor și tulburările asociate (afectarea bolților plantare și deformarea degetelor - între 35 și 45% din cazuri).

Pentru evaluarea aspectelor clinice și a modului cum acestea pot fi ameliorate prin tratament am folosit **zece parametri** clinici care au fost notați, în funcție de prezență (0 puncte) - inconstanță (1 punct) - absență (2 puncte). Am realizat astfel o **fișă-test** unitară și completă, valabilă pentru pacienții cu atingeri algo-funcționale ale piciorului (*Tabel II*). Din însumarea notațiilor, s-a obținut un **scor clinic general** între 0 - 20 puncte, a cărui evoluție, alături de parametrii analizați individual, poate releva eficiența terapeutică a tratamentului aplicat. Evaluările s-au efectuat înainte și după tratamentul aplicat, urmărindu-se evoluția parametrilor clinici

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

Tabel I Caracteristicile lotului și principalele tipuri de afectări ale piciorului

Număr pacienți	40
Vârsta medie	68,7 ani
Limita de vârstă	65 - 78 ani
Repartiția pe sexe	28 femei (67,5%) 13 bărbați (32,5%)
Coborârea bolții plantare longitudinale interne (izolat)	1 caz (2,5%)
Antepicior rotund +/- degete în ciocan	7 cazuri (17,5%)
Hallux valgus +/- deformări complexe degete	14 cazuri (35%)
Tulburări asociate	18 cazuri (45%)

Tabel II Principali parametri clinici urmăriți în studiu - scala de evaluare (Fișa-test)

Durerea plantară spontană	Prezentă Inconstantă absentă	0 puncte 1 punct 2 puncte
Durerea plantară la încărcare	Prezentă Inconstantă absentă	0 puncte 1 punct 2 puncte
Durerea plantară la mobilizare	Prezentă Inconstantă absentă	0 puncte 1 punct 2 puncte
Durerea referită la molet	Prezentă Inconstantă absentă	0 puncte 1 punct 2 puncte
Inflamația (picior/gleznă)	Prezentă Inconstantă absentă	0 puncte 1 punct 2 puncte
Limitarea mobilității (complex picior-gleznă)	Prezentă Inconstantă absentă	0 puncte 1 punct 2 puncte
Hipotrofia musculară gambă (stabilizatorii gleznei)	Prezentă absentă	0 puncte 2 puncte
Scăderea forței musculare - musculatura gambei (stabilizatorii gleznei)	Prezentă absentă	0 puncte 2 puncte
Scurtarea perimetrului de mers (prin durere plantară +/- referită)	Sub 500 m Între 500 - 1000 m Peste 1000 m/absentă	0 puncte 1 punct 2 puncte
Mers cu sprijin	Prezent (constant) Inconstant Absent (mers liber, fără sprijin)	0 puncte 1 punct 2 puncte

scor general = 0 - 20 puncte

prin compararea pacienților cu ei înșiși.

Toți pacienții lotului studiat au ajuns la consultație după ce urmaseră un tratament medical antiinflamator cu/fără antialgice minore asociate, de cel puțin una-două săptămâni, tratament indicat de medicul generalist, sub care simptomatologia nu se ameliorase satisfăcător. Antiinflamatoarele administrate au fost de linia a II-a (Diclofenac - 3 tb/zi sau 2 sup/zi, sau Ibuprofen - între 600 - 1200 mg/zi).

Pentru unitatea studiului, am folosit o schemă unică constând din administrarea injectabilă a produsului **Vurdon®** - primele cinci fiole administrate zilnic, următoarele cinci la două zile. El se găsește condiționat sub trei forme, tablete, supozitoare și fiole, dintre care noi am folosit doar ultima formă. Ingredientul activ al **Vurdon®**-ului este Diclofenacul (fiola conține 75 mg Diclofenac sodic) care este, o substanță nesteroidă din grupa derivaților arilacetici, folosită ca

medicație antireumatică, datorită proprietăților antiinflamatorii, analgezice și antipiretice importante și care acționează ca inhibitor al ciclooxigenazei, întrerupând mecanismul inflamator.

O dată cu spațierea, la două zile, a administrării antiinflamatorului a început și **tratamentul zilnic fizical de susținere** a terapiei medicale, constând din:

- electroanalgezie - cuprinzând băi galvanice 2 sau 4 celulare, asociate cu aplicații de joasă frecvență (curenți diadinamici); la unii pacienți, datorită prezenței durerii persistente în molet (mai ales la încărcare) s-a asociat și medie frecvență - curenți interferențiali genunchi-gleznă (pentru musculatura moletului);
- termoterapie - aplicații locale de parafină
- kinetoterapie - programul de tonifiere a musculaturii plantare și gambiere

- masoterapie - loco-regională.

Tratamentul fizical s-a aplicat pe parcursul a două săptămâni, câte cinci zile pe săptămână, pe tot parcursul administrării discontinue a antiinflamatorului injectabil încercând să se surprindă impactul tratamentului fizical adaptat afectărilor specifice piciorului reumatic, în ameliorarea rezultatelor tratamentului medical aplicat.

Rezultate și discuții

Administrarea injectabilă a produsului Vurdon®, susținută în faza administrării discontinue de tratamentul fizical complex prezentat mai sus, a condus la obținerea următoarelor rezultate, pe care le vom analiza mai jos.

Durerea plantară spontană, prezentă la începutul tratamentului la toți pacienții, dispare după tratament în proporție de 77,5% și rămâne inconstantă la numai 7 pacienți (17,5%). Trebuie subliniat că acest parametru este cel mai important, din punct de vedere clinico-funcțional, el determinând direct sau indirect întregul aspect clinic. Faptul că acest parametru este ameliorat în totalitate, dispărând la peste 77% dintre cazuri, evocă eficiența tratamentului antiinflamator injectabil, care a acționat semnificativ favorabil, fiind susținut corespunzător de tratamentul fizical, potențator al efectului terapiei medicale.

Durerea plantară la încărcare a fost, de asemenea, prezentă la toți pacienții la începutul tratamentului. După tratamentul aplicat, ameliorarea parametrului a fost semnificativă: dispare în 62,5% din cazuri (25 pacienți) și se menține inconstantă la 27,5%. Acest al doilea parametru evoluează paralel cu primul, atât ca reprezentare cât și ca intensitate. Impactul tratamentului antiinflamator injectabil asupra acestui parametru este de asemenea favorabil, ameliorarea înregistrându-se la majoritatea pacienților lotului de studiu, ceea ce dovedește eficiența tratamentului antiinflamator injectabil susținut fizical asupra simptomatologiei algice, sub toate aspectele ei. Nivelul de dispariție a parametrului este mai mic (62,5% față de 77,5%) față de "durerea plantară spontană" pentru că factorul mecanic de încărcare reprezintă o solicitare suplimentară, adesea importantă, care antrenează fenomene inflamatorii mai accentuate; mai mult, dacă există tulburări degenerative preexistente, ele se activează suplimentar la încărcare decompensând algo-funcțional piciorul la niveluri superioare de gravitate. Tratamentul antiinflamator injectabil acționează semnificativ și asupra acestui parametru, dar datorită elementelor suplimentare prezentate mai sus, eficiența este inferioară, ceea ce face ca răspunsul funcțional - static și dinamic - să fie mai puțin spectaculos față de cel subiectiv simptomatic.

Durerea plantară la mobilizare are o evoluție similară "durerii la încărcare", datorită acelorași considerente prezentate mai sus. Prezentă la începutul tratamentului la toți pacienții, după tratament dispare în 50% din cazuri și se menține inconstantă la 32,5%. Evoluția ultimilor doi parametri este cvasiparalelă, "durerea la mobilizare" atingând niveluri chiar mai mici de ameliorare; explicația se regăsește în tulburările degenerative de arhitectonică ale piciorului reumatic, care antrenează alterări în dinamica articulară și periarticulară, inducând limitări de mobilitate prin obstacol mecanic (fenomene artrozice) și ulterior, limitarea funcționalității globale articulare, la început pe articulații individuale, ulterior pe complexe articulare ale piciorului degenerativ. Datorită acestui fond degenerativ în permanentă

evoluție spre deteriorare, se poate ușor înțelege de ce parametru "durerea la mobilizare" răspunde mai puțin spectaculos la tratamentul antiinflamator injectabil susținut fizical; totuși, faptul că la jumătate dintre pacienți "durerea la mobilizare" dispare este semnificativ favorabil și se va regăsi în ameliorarea factorilor funcționali globali.

Durerea referită în molet, deci cu caracter ascendent musculotendinos, a fost prezentă la începutul studiului în 72,5% din cazuri (29 pacienți). După aplicarea tratamentului, parametru dispare în 47,5% din cazuri (19 pacienți) și devine inconstant în 30% (12 pacienți), la care apare doar la încărcări prelungite. Acest parametru este reflectarea suferinței complexului funcțional gleznă-picior la nivelul musculaturii posterioare a gambei, implicată atât static cât și dinamic, în activitatea extremității inferioare a membrului inferior. Datorită modificărilor de statică, dinamică și funcționalitate globală a piciorului, forțele transmise la nivelul complexului gleznă-picior se exercită defectuos, antrenând suprasolicitări cărora componenta musculoligamentară încearcă să le facă față printr-un efort suplimentar; acest efort suplimentar, în timp este resimțit la nivelul musculaturii posterioare a gambei, antrenând decompensarea funcțională a acesteia: "durerea referită în molet" reprezintă expresia clinică a acestei decompensări și evoluează în general, convergent cu întreaga simptomatologie subiectivă algică. Chiar dacă de la început nu este prezentă la toate cazurile, răspunsul acestui parametru la tratamentul antiinflamator injectabil susținut fizical este semnificativ.

Inflamația locală, ca aspect clinic extrem al activării fenomenelor degenerative, a fost mai puțin reprezentată de la început, la doar 13 cazuri (32,5%) fiind prezentă constant, iar în 10 cazuri (25%) fiind inconstantă. După tratamentul aplicat, parametru dispare în 55% din cazuri (22 pacienți) și rămâne inconstant la 14 pacienți (35%); parametru se menține după tratament la doar 4 pacienți (10%). Evoluția parametrului poate fi considerată semnificativ favorabilă deoarece, de la început reprezentarea a fost mai mică, fiind caracteristică formelor mai grave de boală, de regulă cu o evoluție mai lungă, la care acutizările inflamatorii reprezintă o constantă a aspectului clinic; inflamațiile repetate antrenează deteriorarea mult mai rapidă și mai importantă a restantului funcțional, determinând afectări degenerative cu atât mai importante. În acest context, ni se pare firesc ca răspunsul clinic al acestor cazuri la tratamentul antiinflamator injectabil susținut fizical să fie mai puțin spectaculos; totuși, faptul că la peste jumătate dintre pacienții cu afectări inflamatorii importante parametru dispare ni se pare un rezultat semnificativ favorabil.

Limitarea mobilității a fost prezentă la începutul tratamentului la 18 pacienți din lot (45%), inconstantă la 7 pacienți (17,5%) și nu a apărut clinic la 15 pacienți (37,5%). După aplicarea tratamentului, parametru se menține prezent la doar 4 pacienți (10%) și devine inconstant la 14 pacienți (35%); absența parametrului se înregistrează la 16 cazuri (40%), cu doar 1 pacient mai mult decât la începutul tratamentului. Parametru este influențat de fapt, mai mult sau mai puțin evident, de evoluția tuturor parametrilor analizați până acum, dar asupra sa se exercită cel mai pregnant influența tulburărilor degenerative ireversibile, evolutive, caracteristice piciorului reumatic; din această cauză, chiar dacă, în ansamblu, toți parametri clinici se ameliorează semnificativ, "limitarea mobilității" are resurse mult mai limitate de ameliorare, fiind dependentă direct de un restant funcțional limitat, în permanență deteriorat de evoluția

fenomenelor degenerative: dacă se ajunge la limitarea mecanică a mobilității (prin fenomene degenerative) restantul funcțional real se deteriorează, răspunsul la tratament fiind mult limitat. Cazurile la care tulburările degenerative sunt mari, cu limitare extremă a mobilității, răspund greu sau de loc la orice fel de terapie, indiferent de cât de bine ar fi condusă.

Hipotrofia musculară are o evoluție concordantă cu parametrul **scăderea de forță musculară a musculaturii stabilizatoare**, în sensul că ambii parametri sunt mai puțin reprezentați de la început față de ceilalți și că nu înregistrează o ameliorare spectaculară după tratamentul aplicat. Astfel, **hipotrofia musculară** a fost prezentă la începutul studiului la doar 17 cazuri (42,5%), pentru ca după tratament să rămână prezentă la 10 pacienți (25%), în timp ce **scăderea de forță musculară** a fost prezentă la început la 12 pacienți (30%) și inconstantă - apariția prematură a oboselii musculare la mers - în 20 de cazuri (50%), pentru ca după tratament parametrul să se mențină constant la 8 pacienți (20%) și inconstant la 22 pacienți (55%); numărul pacienților la care scăderea de forță musculară dispăre nu crește după tratament decât în 2 cazuri (creștere de 5%), evident fără semnificație. Explicația constă în faptul că fenomenele degenerative ale complexului funcțional gleznă-picior se instalează treptat, în decursul unor perioade lungi de timp, permițând acomodarea aparatului muscular, static (stabilizator) și dinamic, la modificările mecanice. Este nevoie de evoluții lungi pentru ca afectarea funcțională musculară, exprimată "scăderea de forță" și "hipotrofia musculară" să fie evidentă, și chiar și atunci nu afectează decât un număr relativ mic de pacienți, cei la care afectările degenerative sunt cele mai importante, compromițând mobilitatea articulară și capacitatea funcțională globală. Chiar dacă răspunsul terapeutic este mai puțin spectaculos, totuși și în aceste cazuri terapia antiinflamatorie susținută fizical și-a dovedit eficiența, dar la nivele inferioare, în primul rând datorită intervalului scurt de tratament aplicat (se știe că recuperarea capacității funcționale musculare - tonus, masă și forță musculară - presupune perioade mult mai lungi și susținute de tratament, în primul rând kinetic).

Scurtarea perimetrului de mers a fost la începutul

tratamentului severă (sub 500 m) la 21 pacienți (52,5%) și moderată (între 500 - 1000 m) la 14 pacienți (35%). După tratamentul aplicat, doar 6 pacienți (15%) rămân la nivelul de afectare severă, iar nivelul afectării moderate își crește reprezentarea la 22 pacienți (55%); numărul cazurilor la nivelul de afectare minoră (peste 1000 m/nelimitat) nu a crescut după tratament decât cu 7 cazuri (17,5%).

Mersul cu sprijin a fost la începutul tratamentului constant la 10 cazuri (25%) și inconstant la 27 pacienți (67,5%), lipsind în doar 3 cazuri (7,5%). După tratamentul aplicat, parametrul se menține constant în doar 6 cazuri (15%) și inconstant în 20 cazuri (50%); în schimb, dispăre în 14 cazuri (35%).

Așadar, evoluția favorabilă a tuturor parametrilor subiectivi și obiectivi urmăriți s-a tradus în final, prin ameliorarea parametrilor funcționali globali, **perimetrul de mers și tipul de mers**. Se remarcă faptul că parametrii funcționali nu pot fi complet ameliorați, ci doar influențați la un nivel mediu, ceea ce de fapt relevă potențialul limitat de recuperare funcțională a vârstnicului afectat degenerativ, al cărui restant funcțional permite doar o recuperare parțială, dar totuși suficientă pentru a-și menține autonomia.

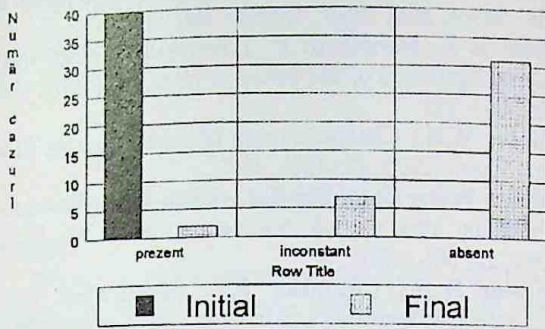
Concluziile studiului sugerează deci eficiența tratamentului antiinflamator injectabil susținut prin terapie fizicală în piciorul complex reumatic al vârstnicului, această patologie beneficiind atât subiectiv cât și obiectiv de tratamentul aplicat, fapt atestat de ameliorarea semnificativă a durerii spontane și provocate, ca și a parametrilor obiectivi. Chiar dacă nivelul funcțional atins în urma tratamentului aplicat este de regulă mediu, acest aspect nu trebuie să descurajeze fiind o evoluție firească, dacă se ține cont că pacientul vârstnic are resurse mult mai mici de recuperare funcțională. Faptul că tratamentul antiinflamator susținut de tratamentul fizical adecvat valorifică eficient aceste resurse îmbunătățind locomoția și deci autonomia vârstnicului face din tratamentul antiinflamator susținut corespunzător fizical singura modalitate de întreținere și compensare funcțională eficientă a acestei patologii atât de frecvente, și din nefericire, încă neglijată.

Tabel III

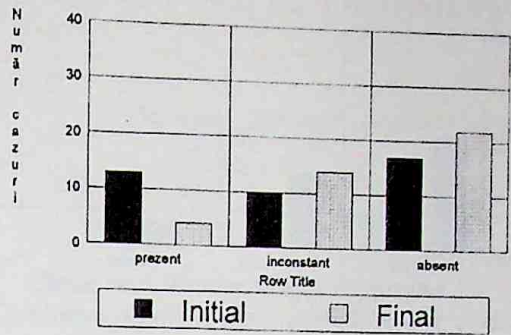
Rezultate

	Inițial (nr. cazuri)			Final (nr. cazuri)		
	0	1	2	0	1	2
Durerea spontană plantară	40	-	-	2	7	31
Durerea plantară la încărcare	40	-	-	4	11	25
Durerea plantară la mobilizare	40	-	-	7	13	20
Durerea referită în molet	29	11	-	9	12	19
Inflamația	13	10	17	4	14	22
Limitarea mobilității	18	7	15	8	16	16
Hipotrofia musculară	17	-	23	10	-	30
Forța musculară stabilizatori	12	20	8	8	22	10
Scurtarea perimetrului de mers	21	14	5	6	22	12
Tipul de mers (sprijin)	10	27	3	6	20	14

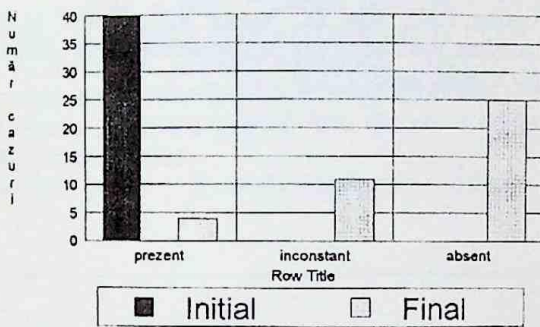
DUREREA PLANTARĂ SPONTANĂ



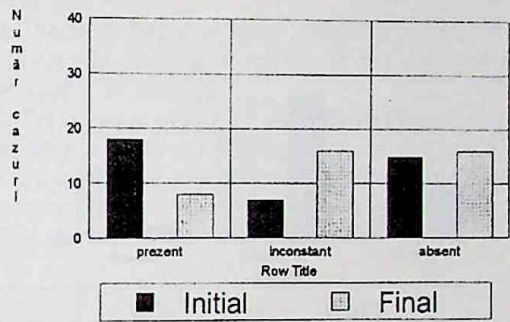
INFLAMAȚIA



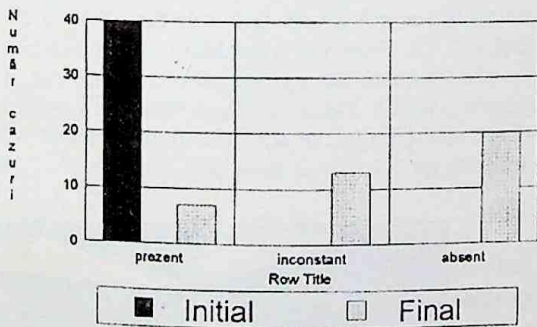
DUREREA PLANTARĂ LA ÎNCĂRCARE



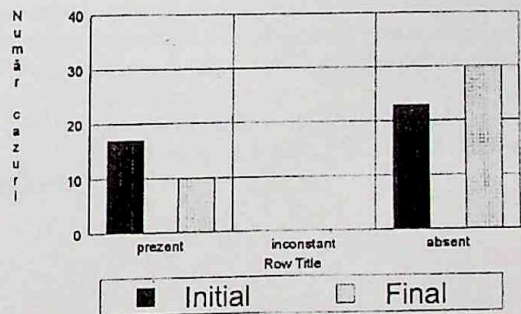
LIMITAREA MOBILITĂȚII



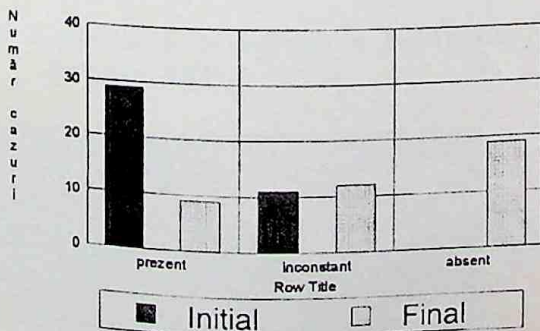
DUREREA PLANTARĂ LA MOBILIZARE



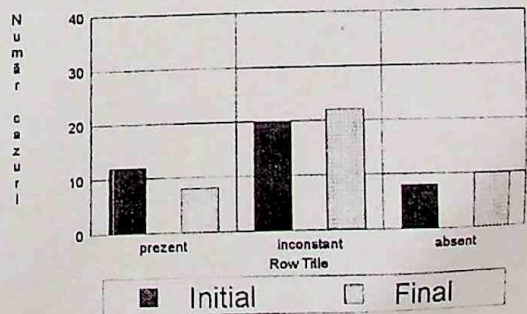
HIPOTROFIA MUSCULARĂ



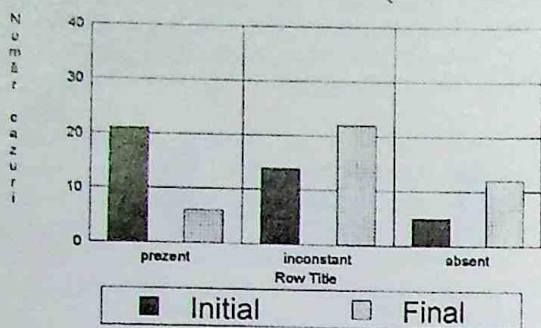
DUREREA REFERITĂ ÎN MOLET



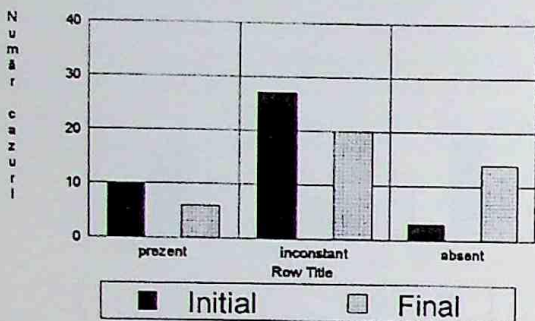
FORȚĂ MUSCULARĂ STABILIZATORI



SCURTAREA PERIMETRULUI DE MERS



TIPUL DE MERS (SPRIJIN)



BIBLIOGRAFIE

1. Balduni F.C., Vegso J.J., Torg J.S. et al.: Management and rehabilitation of ligamentous injuries to the ankle. *Sports Med.* 1987; 4: 364 - 380
2. Kannus P., Renstrom P.: Treatment for acute tears of the lateral ligaments of the ankle. *J. Bone Joint Surg. Am.* 1991; 73: 305 - 312
3. Kibler W.B.: Clinical aspects of muscle injury. *Med. Sci Sports Exerc.* 1990; 22: 450 - 452
4. Kibler W.B., Chandler T.J., Pace B.K.: Principles of rehabilitation after chronic tendon injuries. *Clin. Sports Med.* 1992; 11: 661 - 671
5. Kibler W.B., Chandler T.J., Strancener E.S.: Musculoskeletal adaptations and injuries due to overtraining. *Exerc. Sports Sci Rev.* 1992; 20: 99 - 126
6. Kibler W.B., Goldberg C., Chandler T.J.: Functional biomechanical deficits in running athletes with plantar fasciitis. *Am. J. Sports Med.* 1991; 19: 66 - 71
7. Kwong P.K., Kay D., Voner R.T., White M.W.: Plantar fasciitis: Mechanics and pathomechanics of treatment. *Clin. Sports Med.* 1988; 7: 119 - 127