

Sidroamele dureroase regionale musculo- scheletale

Fibromialgia

Este o afecțiune cronică caracterizată prin durere și sensibilitate difuzată, persistând continuu de minim 3 luni.

Prezența simptomelor *simetric*

Sindrom dureros generalizat complex

Apare la toate vârstele, ambele sexe, cât și la toate culturile, dar apare mai frecvent la:

- Femei
- Cei cu vârste cuprinse între 35 și 60 de ani

- amplificare a impulsurilor senzoriale aferente



Indicatorii ABC de fibromialgie

A – algezia; hiperalgezie cuantificată algometric

B – bilateralitatea; pattern bilateral, simetric, axial de distribuție a durerii, obiectivată grafic sau la examenul clinic

C – cronicitate; manifestarea pe termen lung a suferinței

Tablou clinic

Durere cronică difuză generală:

Mai mult de 3 luni

Senzație de înțepătură, arsură, amorțeală

+/- spasme musculare

Sensibilitate la palpare/presiune - „Tender points”

Alte simptome:

Fatigabilitate, cefalee, redoare difuză

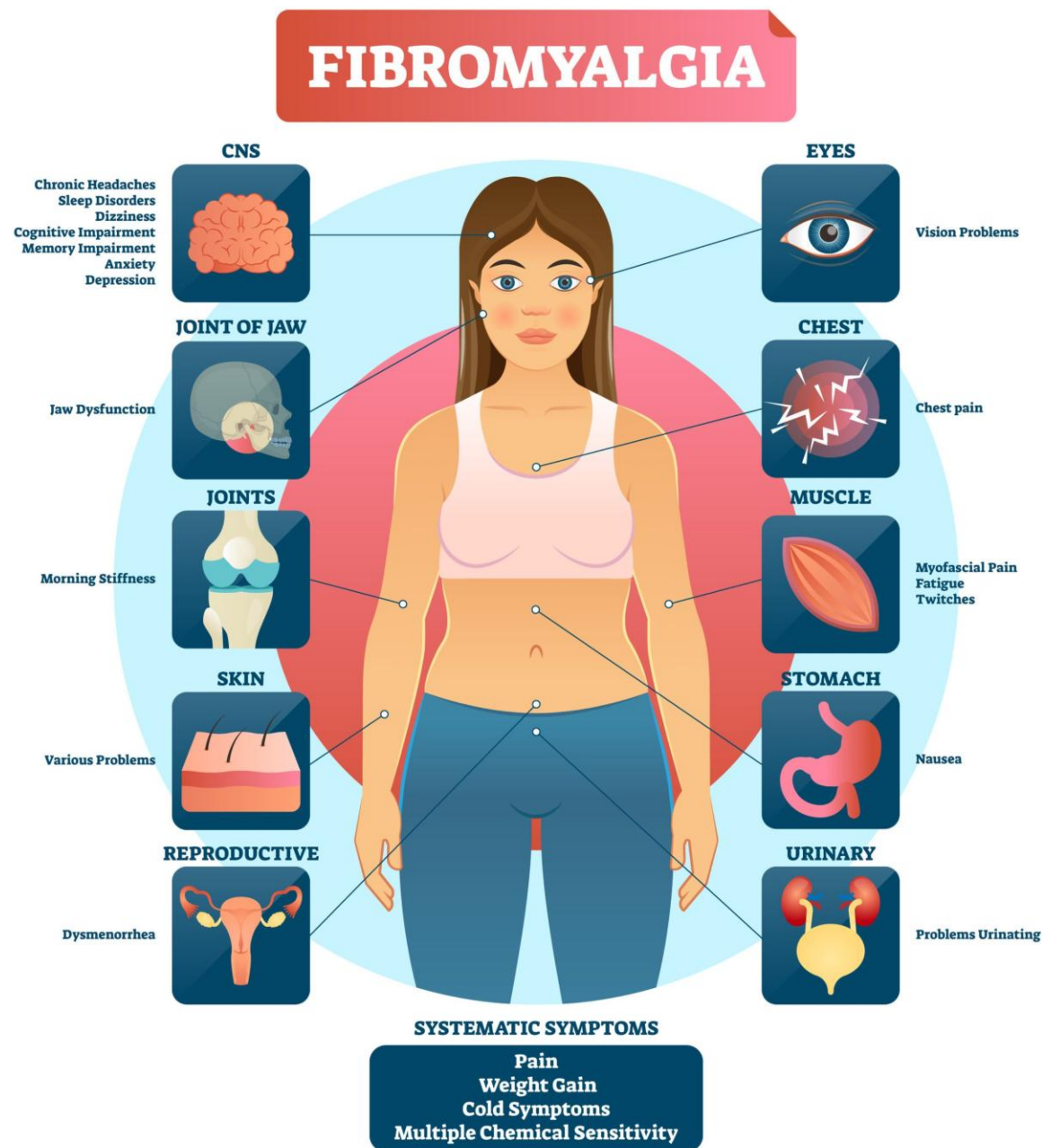
Tulburări de somn

Disfuncții cognitive – concentrare, memorie

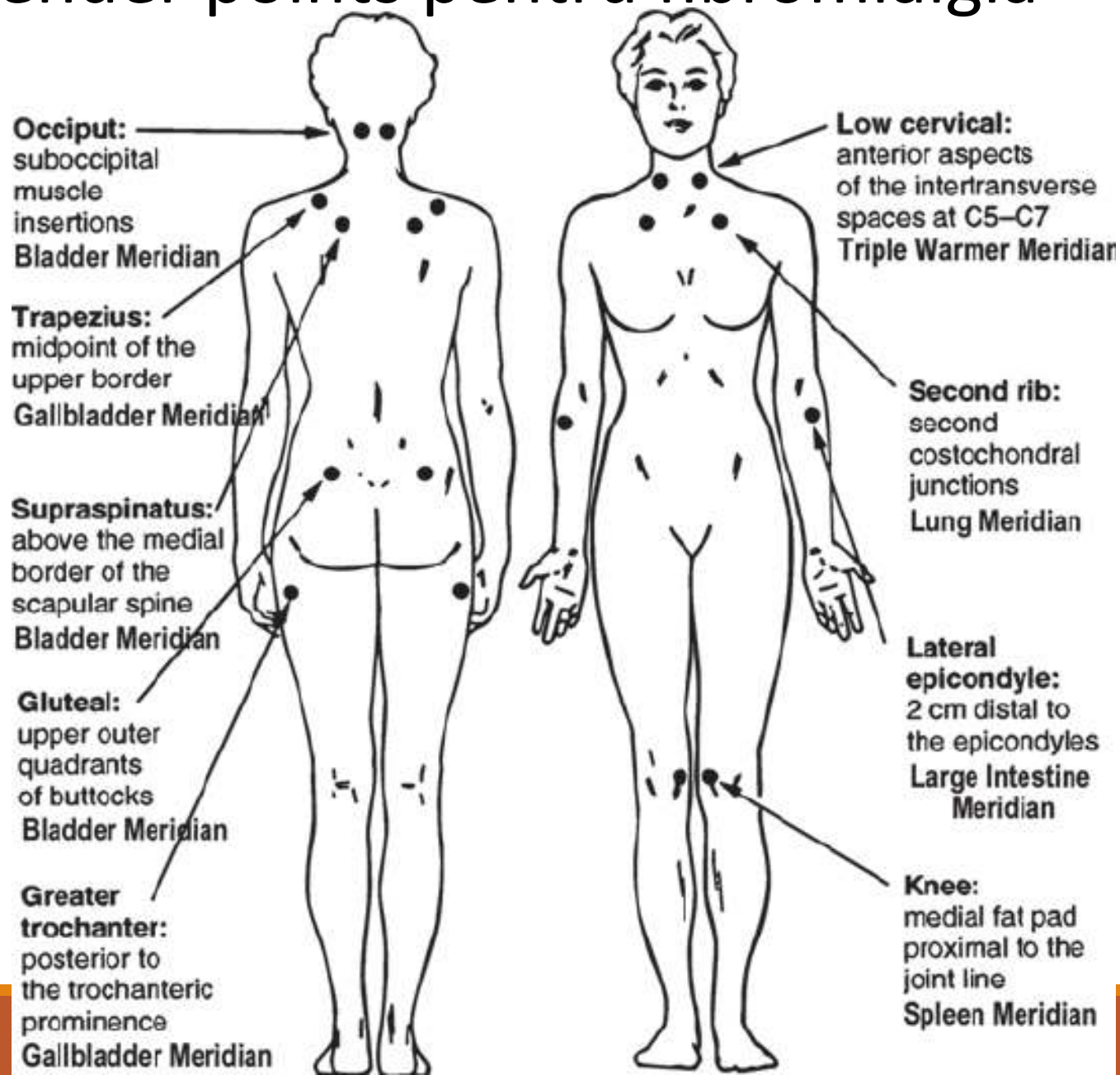
Tulburări gastro-intestinale, uro-genitale

Parestezii ce nu respectă dermatomele

Sensibilitate senzorială – hipersensibilitate la zgomot/lumină



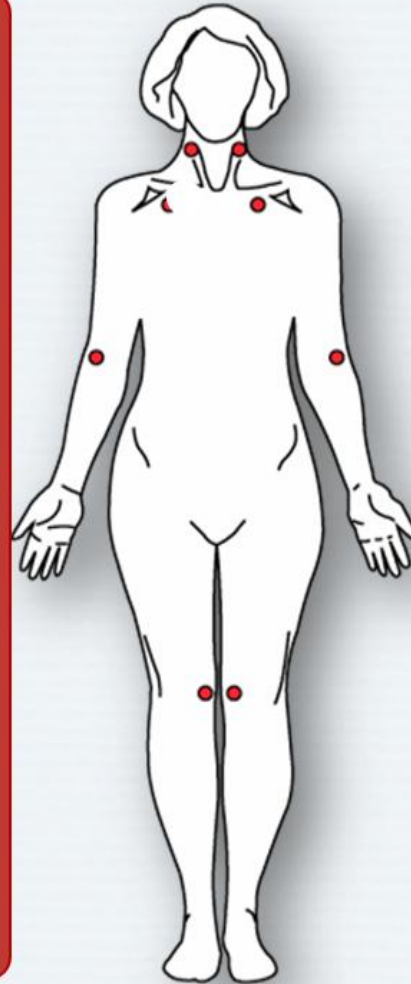
Tender points pentru fibromialgia



Examenul obiectiv

Durere răspândită

- Durerea cronică, larg răspândită este trăsătura definitorie a fibromialgiei
- Descriptorii durerii includ:
 - Acută
 - Obositor
 - Sâcăială
 - Rănitoare



Tulburări neurocognitive
(„fibro ceață”)

Tulburări de somn/oboseală

Tulburări de dispoziție

Redoare matinală

Mulți pacienți fibromialgie au plângeri cognitive: "Fibro ceață"

Comparativ cu cei fără afecțiune, pacienții cu fibromialgie se plâng mai des de:

- Confuzie mentală
- Declinul memoriei
- Dificultatea vorbirii

Performanța testelor cognitive arată că au performanțe mai slabe decât controalele adaptate vârstei asupra sarcinilor care implică:

- Memoria de lucru
- Memorie de recunoaștere
- Fluența verbală
- Cunoștințe verbale

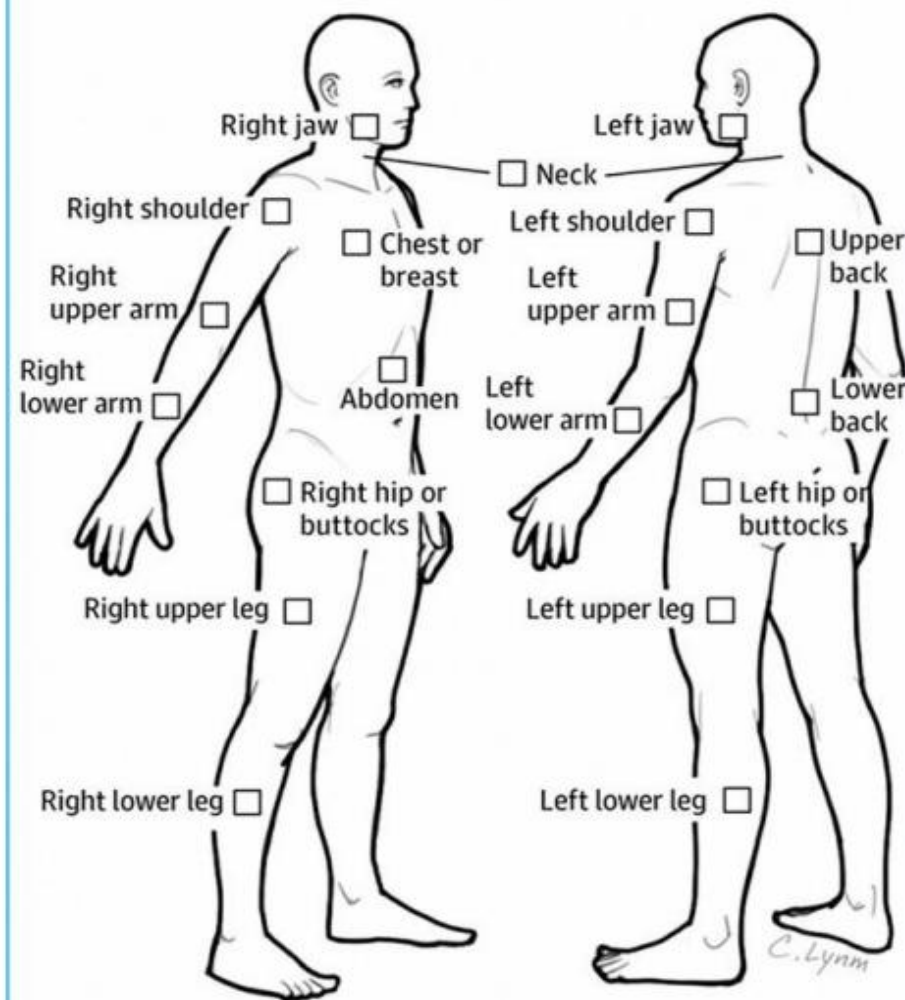
Evaluarea clinicianului:

Indexul durerii difuze:

- Solicită pacientului să precizeze prezența durerii la nivel de 19 regiuni: centura humerală, maxilar, regiunea brahială superioară, șold, coapsă, mână și picior – simetric; dorsal superior și inferior, toracic anterior, gât și abdomen – câte 1 punct.

Widespread Pain Index (1 point per check box; score range: 0-19 points)

- ① Please indicate if you have had pain or tenderness during the past 7 days in the areas shown below.
Check the boxes in the diagram for each area in which you have had pain or tenderness.



Scorul de severitate

Măsoară gravitatea simptomelor resimțite

Diagnostic cu fibromialgie:

1. Scorul durerii difuze ≥ 7 , iar scorul de severitate ≥ 5 sau scorul durerii difuze 3-6 și cel de severitate ≥ 9
2. Simptomele persistă la același nivel de minim 3 luni
3. Absența altor afecțiuni care ar putea explica simptomele dureroase.

Symptom Severity (score range: 0-12 points)

- ② For each symptom listed below, use the following scale to indicate the severity of the symptom during the past 7 days.
- No problem
 - Slight or mild problem: generally mild or intermittent
 - Moderate problem: considerable problems; often present and/or at a moderate level
 - Severe problem: continuous, life-disturbing problems

	No problem	Slight or mild problem	Moderate problem	Severe problem
Points	0	1	2	3
A. Fatigue	☐	☐	☐	☐
B. Trouble thinking or remembering	☐	☐	☐	☐
C. Waking up tired (unrefreshed)	☐	☐	☐	☐

- ③ During the past 6 months have you had any of the following symptoms?

Points	0	1
A. Pain or cramps in lower abdomen	☐ No	☐ Yes
B. Depression	☐ No	☐ Yes
C. Headache	☐ No	☐ Yes

Additional criteria (no score)

- ④ Have the symptoms in questions 2 and 3 and widespread pain been present at a similar level for at least 3 months?
- ☐ No ☐ Yes
- ⑤ Do you have a disorder that would otherwise explain the pain?
- ☐ No ☐ Yes

Criterii de diagnostic ACR a FM (2010)

Fibromialgia poate fi diagnosticată dacă:

1. Pacientul prezintă dureri pe scară largă și *simptome asociate*
2. Simptomele au fost prezente la același nivel timp de ≥ 3 luni
3. Nici o altă condiție nu explică durerea

simptomele asociate includ:

- Somn neîmprospătat
- Simptome cognitive
- Oboseală
- Alte simptome somatice

Tratament:



Igiena
somnului



Activități fizice



Terapia
cognitiv
comporta-
mentală



Suport auto-
management

Solicitați sprijin de la alți profesioniști din domeniul sănătății – asistenți medicali, asistenți sociali, terapeuți ocupaționali, fizioterapeuți, psihologi, psihiatri, etc.

Intervenții non-farmacologice pentru a îmbunătăți somnul în fibromialgie

1. Evitarea stimulentei
2. Culcare și trezire la ore regulate
3. Evitarea somnului de ziua
4. Efectuarea exercițiilor fizice în mod regulat, în special după-amiaza
5. Utilizarea patului numai pentru somn și sex
6. Relaxare înainte de culcare
7. Informații tipărite privind somnul pentru pacienți



Activitatea fizică și fibromialgia

Beneficii:

- Stimulează eliberarea de endorfine și enkephaline în 30 de minute
- Acestea se leagă de receptorii opioizi, **reducând durerea** printr-o acțiune atât pe căi neuronale ascendente, cât și descendente

Recomandări pentru fibromialgie

Tipuri de execuții:

- Includerea diferitor tipuri într-o singură sesiune (de exemplu, aerobic, întărire, întindere)
- Preferința și disponibilitatea pacientului ar trebui să ghideze selecția

Intensitate:

Inițial redusă

Crescând treptat pentru a ajunge la un nivel moderat de intensitate

Terapia cognitiv comportamentală în fibromialgie

Identificarea emoțiilor care influențează componentele cognitive și afective ale durerii (anxietate, neajutorare, depresie)



Utilizarea tehnicilor cognitive active, de rezolvare a problemelor și de distragere a atenției / relaxare pentru a modifica emoțiile



Dezvoltarea unor strategii active care să vizeze bunăstarea și controlul

Tratament:

NOT shown to be effective or recommended:

- Opioids
- Benzodiazepines
- NSAIDs
- Magnesium
- Vitamin B1
- Hormonal agents (thyroxine, DHEA, melatonin, calcitonin)

Pharmacological treatment

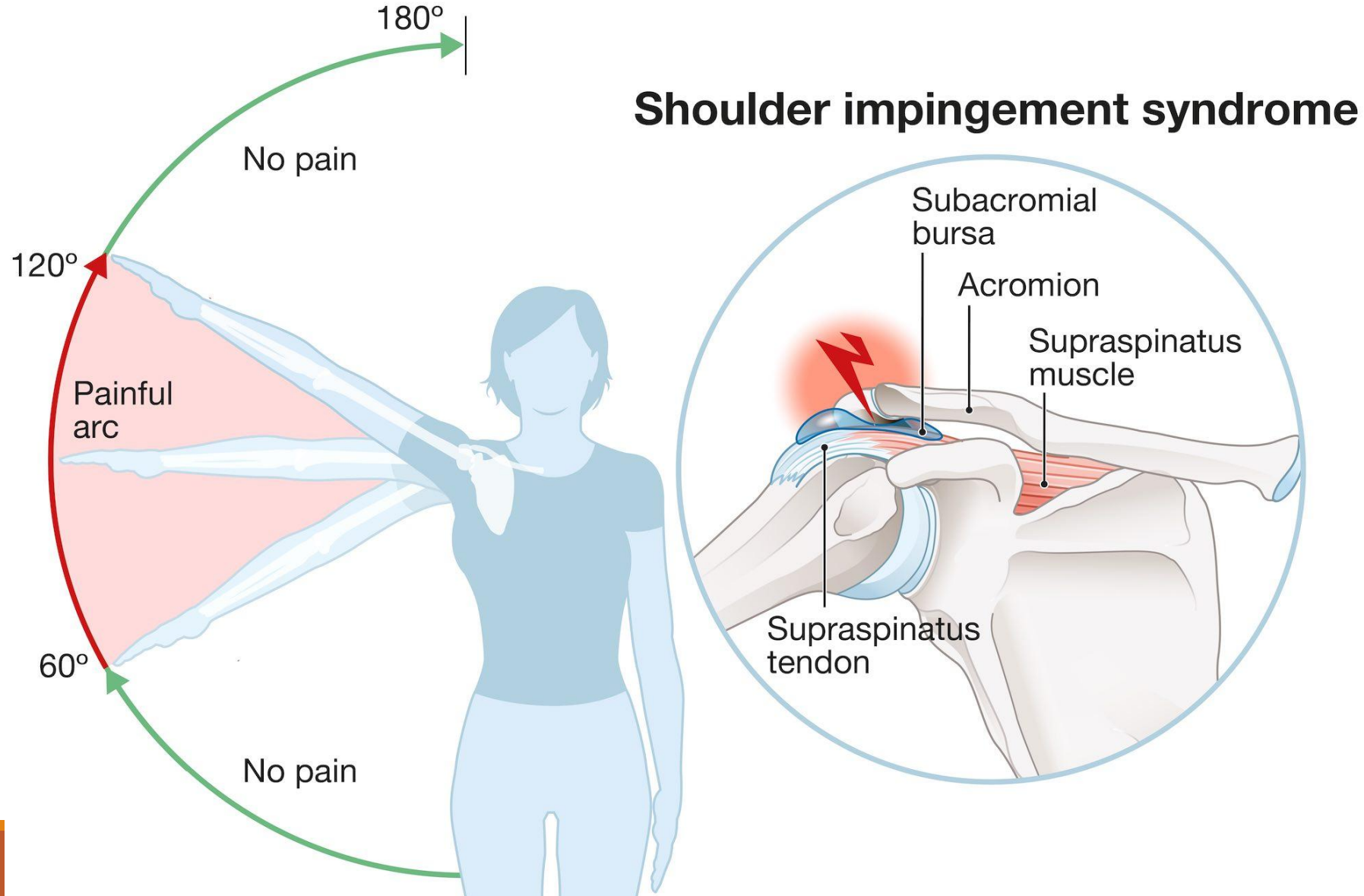
3 medications approved by the FDA:

- Pregabalin
- Duloxetine
- Milnacipran

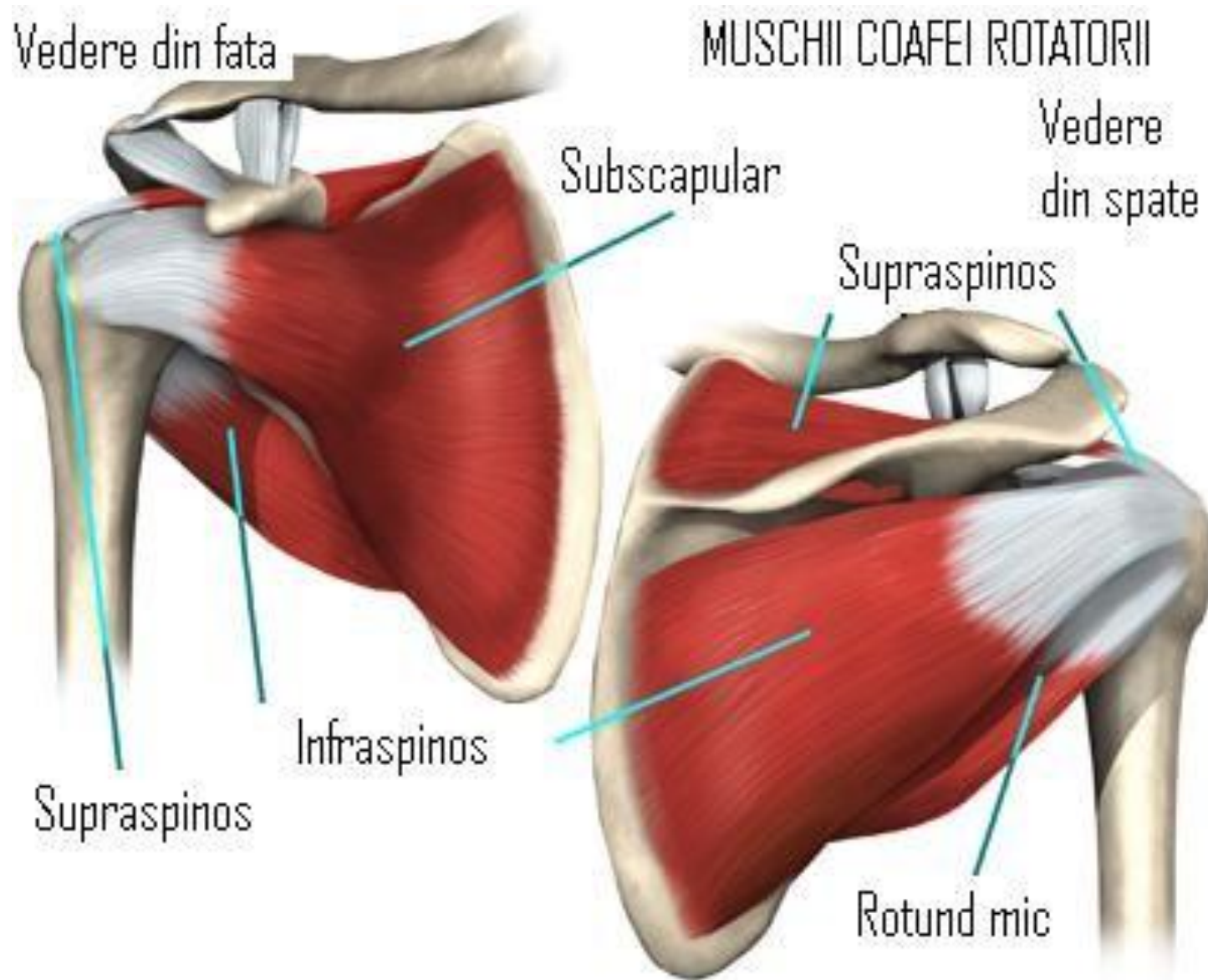
Non-pharmacological treatment

- Aerobic exercise
- Cognitive behavioral therapy
- Strength training
- Acupuncture
- Hypnotherapy
- Biofeedback
- Balneotherapy
- Massage therapy
- Behavioral therapies, such as relaxation
- Transcranial magnetic stimulation?

Sindromul de impingement



- **Sindromul de impingement al coafei rotatorilor** se observă în momentul în care se ridică brațul la înălțimea umărului. Atunci, spațiul dintre acromion și coafa rotatorilor se îngustează.
- Acromionul se freacă (sau “împinge” pe) de tendon sau bursa, cauzând iritare și durere.
- Este destul de frecventă la atleții tineri și oamenii de vârstă medie.



Tipuri de Sindrom de impingement:

Sindrom de impingement primar – iritarea se produce în porțiunea superioară a coafei rotatorilor – caracteristic persoanelor cu vârsta peste 45 ani;

Sindrom de impingement secundar – iritarea se produce datorită unor probleme de menținere a capului humeral – caracteristic persoanelor tinere;

Sindrom de impingement intern / glenoid – este afectată fața posterioară a articulației scapulo-humerale;

Sindrom de impingement subcoracoid – se caracterizează prin îngustarea spațiului subcoracoid și are ca particularitate ruperea tendonului mușchiului subscapular.

Cauze:

Traumatisme – mișcări bruște, lovituri, căzături etc;

Presiunea / tensiunea continuă la care este supusă musculatura aferentă a umărului;

Activități sportive ce presupun suprasolicitare continuă asupra articulației umărului în special cu brțele deasupra capului – baschet, volei etc;

Factorii profesionali – activități profesionale ce implică menținerea brațelor deasupra capului timp îndelungat etc;

Procese metabolice și fiziologice declanșate de înaintarea în vârstă;

Afecțiuni ce vizează grupul de coafă rotatorie;

Modificări articulare de tip degenerativ – periartroza scapulo-humerală;

Modificări osteofitice – osteofite, calcifieri etc;

Modificări articulare de tip inflamator – periartrita scapulo-humerală;

Tulburări accentuate de statica vertebrala – cifoza, scolioza.

Tabloul clinic:

Inițial este simțită atât o durere ușoară în timpul activităților fizice, cât și în timp de repaus. Această durere este resimțită începând cu partea din față a umărului și radiază înspre braț

Durerea se accentuează în timpul mișcărilor și noaptea;

Limitarea mobilității membrului superior afectat;

Senzație de slăbiciune, sensibilitate și scăderea forței mușchilor de la nivelul membrului superior afectat;

Instabilitatea articulației scapulo-humerale și rigiditatea acesteia;

Stare generală de iritabilitate;

Presiune resimțită la nivelul acromionului;

Pot apărea semne de inflamație.

Tratament:

Tratament fizio-kinetoterapeutic:

- Repaus fizic, cu inițierea exercițiilor de stretching după scăderea inflamației
- Aplicarea pungii de gheață – pentru 20 min x2ori în zi
- Tapeing medical
- Electroterapie

Tratament antiinflamator:

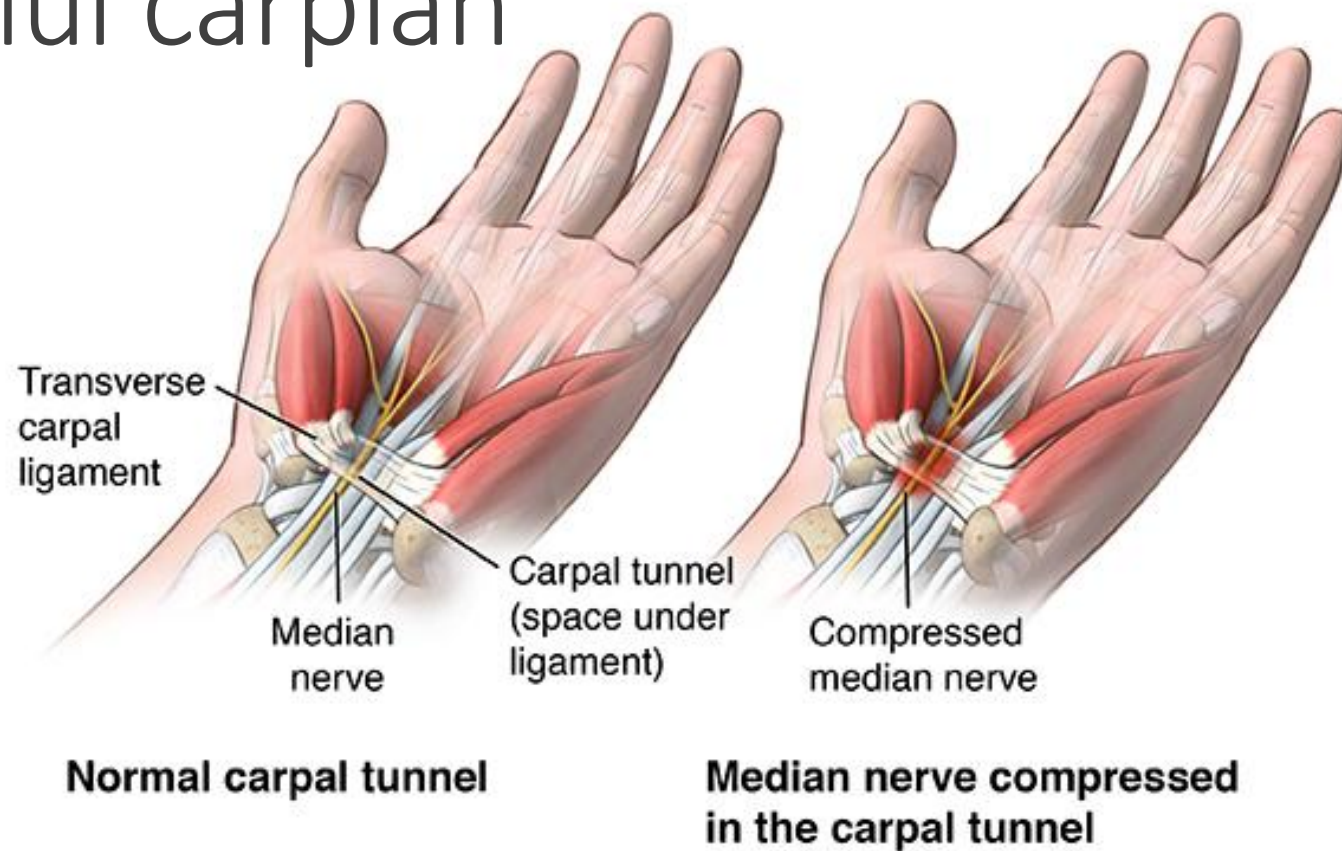
- AINS
- GCs local

Tratament chirurgical – decompresie locală

Sindromul tunelului carpian

Este o afecțiune neurologică în care are loc compresia nervului median la nivelul articulației mâinii

Canalul carpian conține 9 tendoane și nervul median

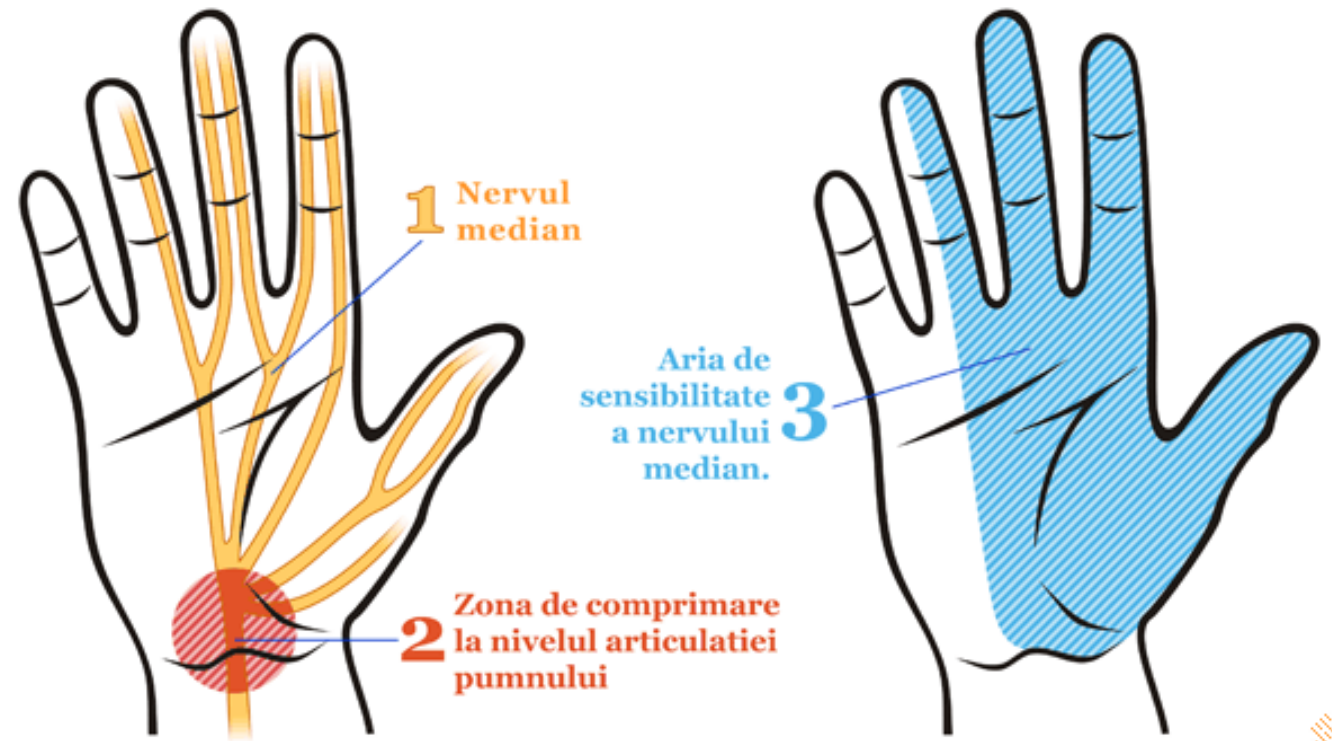


Cauze

Inflamația tendoanelor învecinate sau a articulației pumnului

Formațiuni diverse (lipoame, neurofibroame)

Asociat altor afecțiuni: diabet zaharat, hipotiroidism, amiloidoza, boala renală, poliartrita reumatoidă, alcoolism.



Tablou clinic:

Parestezii, furnicături, senzație de arsură și durere – în degetul mare și arătător, mijlociu și inelar;

Durere sau furnicături care pot iradia în sus pe antebraț spre umăr;

Slăbiciune și senzație de scădere a forței în mână – face dificilă efectuarea de mișcări fine, cum ar fi îmbrăcarea.

Adesea, simptomele încep treptat – fără un traumatism specific.

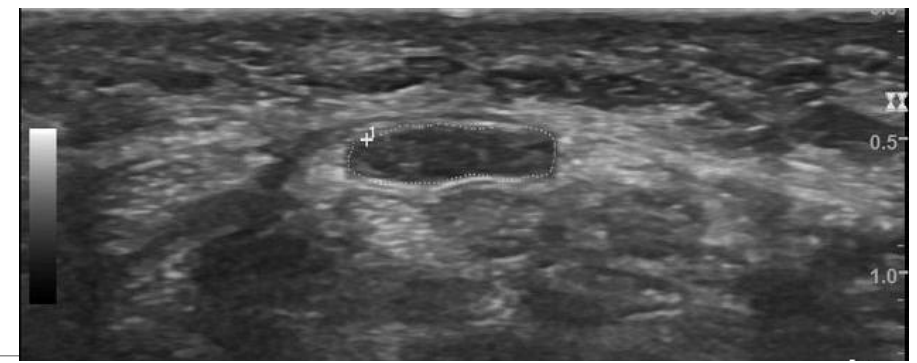
Pe măsură ce starea se agravează, simptomele pot apărea mai frecvent sau pot persista pe perioade mai lungi de timp.

Simptomele pot apărea noaptea și trezi pacientul din somn

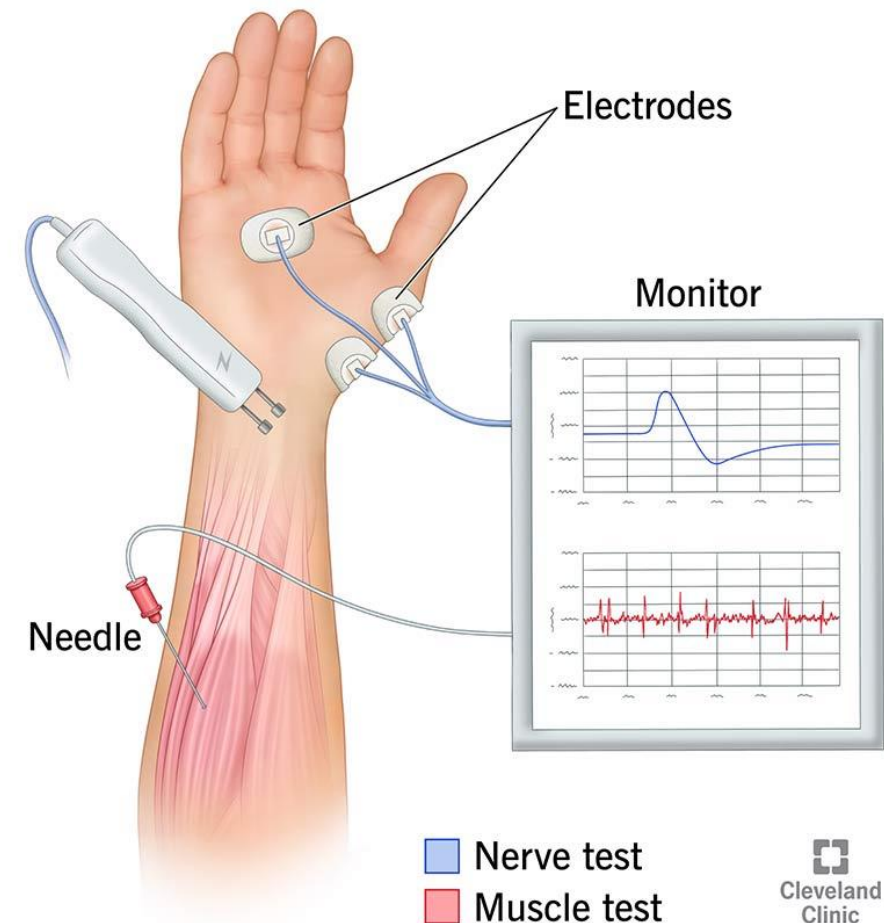
Diagnostic:

Electromiografia (EMG) măsoară cât de bine funcționează nervul median și ajută determinarea unei presiuni asupra acestuia.

USG – determină creșterea în dimensiune a nervului inflammat – d=14mm



EMG (Electromyography)



Tratament:

Non-chirurgical:

Purtarea unei orteze în timpul nopții cu menținerea articulației radiocarpiane într-o poziție dreaptă sau neutră reduce presiunea asupra nervului din tunelul carpian;

AINS - pot ajuta la ameliorarea durerii și a inflamației;

Schimbări de activitate;

Exerciții specifice pot fi recomandate de medic sau de kinetoterapeut;

Corticosteroizi local injectabil

Chirurgical

Decompresia tunelului carpian



Sindromul tunelului tarsian

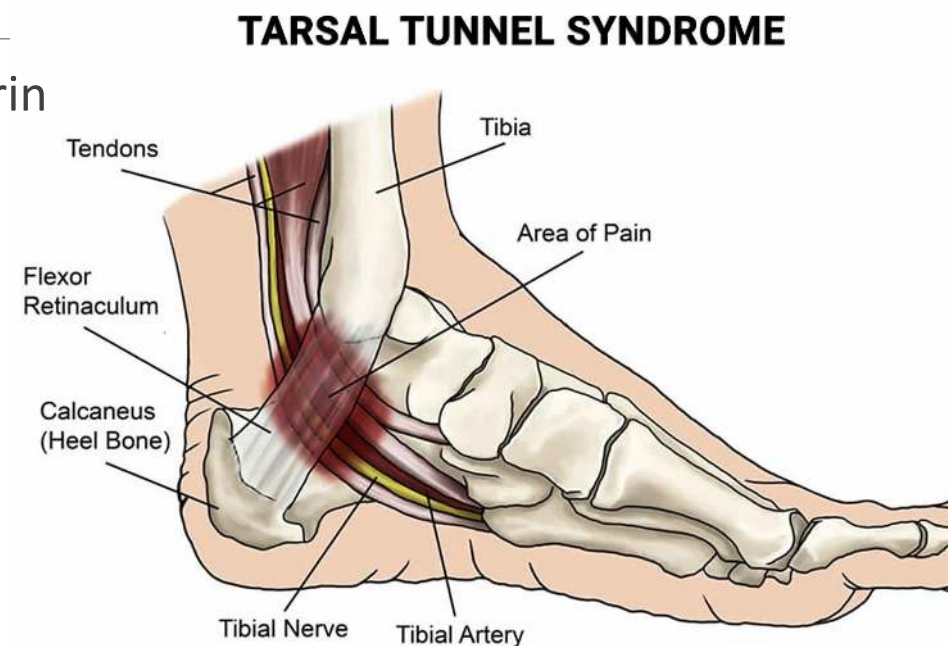
Sindromul de tunel tarsian – o neuropatie compresivă, tradusă prin comprimarea nervului tibial sau a unui ram emergent în cadrul tunelului tarsian la nivelul feței interne a gleznei

Comprimarea nervului tibial la nivelul maleolei interne

Afectează mai frecvent femeile decât bărbații și poate apărea la orice vârstă

Tunelul tarsian - un spațiu fibroos situat pe fața medială a gleznei, delimitat de retinaculul flexorilor, maleola internă și calcaneu.

Conținutul tunelului este reprezentat de nervul tibial, artera tibială posterioară și vena omonimă, tendoanele mușchilor tibial posterior, flexor lung de degete și flexor lung de haluce



Cauze

Cauze extrinseci - anomaliiile biomecanice ale spatelui piciorului (valg, var), anomaliiile anatomice, cicatricele postchirurgicale sau postraumatice, patologiiile inflamatorii sistemice (artropatii, tendinopatii), edemul generalizat al membrului inferior, guta, hiperlipidemia, hipotirodismul și diabetul zaharat.

Cauze intrinseci - formațiuni tumorale precum chisturile sinoviale, lipoamele, venele varicoase, tenosinovitele.

Tabloul clinic:

Poate fi foarte ușor nediagnosticată/subdiagnosticată sau confundată

Debut insidios

Senzația de arsură, parestezii sau chiar anestezie, dureri, toate la nivel plantar și/sau al degetelor, în special după ortostatism prelungit sau mers

simptomele pot apărea mai ales în timpul exercițiilor fizice, dar și noaptea, când pacientul se odihnește

Diagnostic:

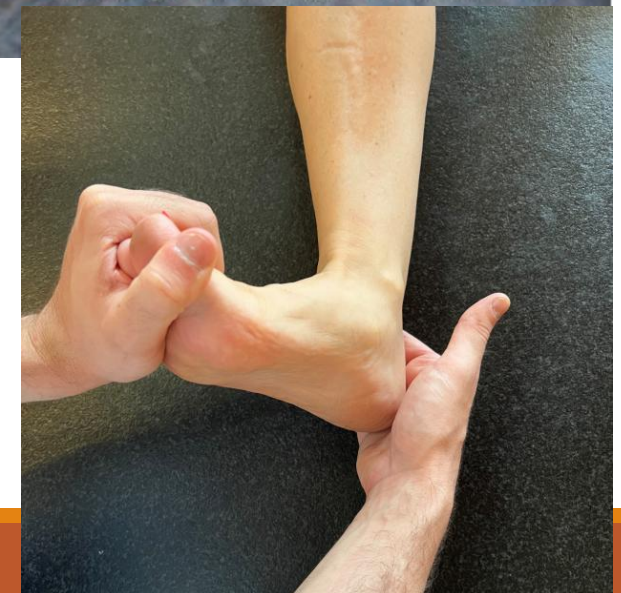
Semnul Tinel pozitiv

Dorsiflexia plantară împreună cu eversia sau flexia plantară plus inversia piciorului timp de 10 secunde sunt manevre de provocare și recrează simptomatologia

Radiografiile ajută la diagnosticul diferențial

Ecografia face atât diagnosticul diferențial al formațiunilor expansive de la nivelul tunelului tarsian, cât și al particularităților anatomice

Electromiografia - diferențierea radiculopatiei lombosacrate de neuropatia periferică. O latență a conducerii motorii mai mare de 7 milisecunde plus scăderea amplitudinii potențialelor de acțiune motorii ale abductorului halucelui sau degetului 5 sunt indicatori ai leziunii nervoase în cadrul STT.



Tratament:

Medicamentos: AINS, gabapentina, pregabalina și complex de vitamine B.

Kinetoterapia centrată pe stretchingul și antrenarea mușchilor gastrocnemieni, solear, tibal anterior și posterior, peronier scurt și flexorii scurți ai degetelor.

Tehnicile minim invazive precum radiofrecvența pulsată, crioterapia și neuromodulările pot fi și ele utile la anumiți pacienți.

Repausul și purtarea ortezelor

Dacă timp de 12-24 de luni nu se ameliorează, urmează **intervenția chirurgicală**

Patologia discală a coloanei vertebrale

Boala discală degenerativă este o cauză comună a durerii cronice de spate

Discul are două componente:

- Inelul fibros : porțiunea exterioară, rezistentă
- Nucleul pulpos: porțiunea centrală, de consistență gelatinoasă

Hernia de disc este o afecțiune degenerativă care afectează coloana vertebrală. Apare atunci când inelul fibros este deteriorat, permițând nucleului pulpos (care este situat în mod normal în centrul discului) să hernieze în canalul spinal. Acest lucru poate comprima nervii sau măduva spinării provocând durere și disfuncție a măduvei spinării.

Etiopatologie

Pe măsura înaintării în vârstă, discul începe să se deterioreze, adesea prin deshidratare, rezultând în reducerea înălțimii și a flexibilității acestuia.

Ca urmare, discul afectat nu poate menține vertebrele unite așa cum ar face în mod normal.

Spre deosebire de mușchi sau orice alt țesut, discul intervertebral nu are capacitatea de a se autoreface.

Degenerarea discului poate duce la instabilitatea coloanei vertebrale, situație în care coloana nu mai poate tolera greutatea corporală și nu permite desfășurarea activităților uzuale fără dureri.

Ca urmare a colapsului discului intervertebral, foramenele (locurile pe unde rădăcinile nervoase părăsesc canalul spinal) devin secundar înguste, determinând apariția durerilor pe membrele inferioare (radiculopatia).

Cauze:

Riscul crește proporțional cu vârsta

La naștere, apa reprezintă 80% din compoziția discului intervertebral. Pe măsura trecerii anilor, structura coloanei se deshidratează și pierde din elasticitate. O dată apărut acest proces, discurile își pierd din capacitatea de amortizare și absorbție a mișcărilor.

Boala poate să apară și ca rezultat al unei suprasolicitări prin mișcare de răsucire intensă.

fumatul

predispoziția către sedentarism, statul prelungit pe scaun

efort fizic exagerat după repaos îndelungat

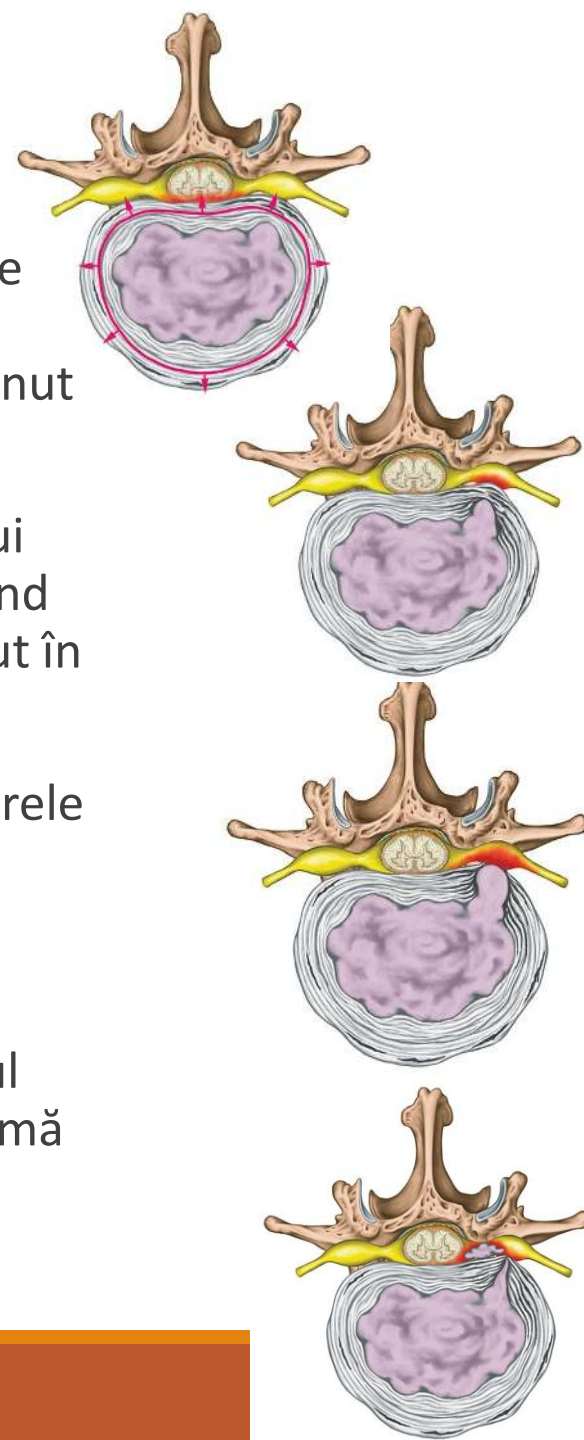
ridicarea greutăților în mod greșit

încălețirea în vârstă

traumatismele coloanei vertebrale

Fazele herniei de disc

1. **Compresia de disc:** Încordarea excesivă și repetitivă, traumatismele sau modificările degenerative comprimă sau strivește discul care, la rândul său, provoacă ruperea fibrelor inelare care țin discul pe loc. Nucleul pulpos este agravat, dar rămâne conținut în structura discului.
2. **Bombarea discului:** Încărcarea și încordarea continuă asupra acestei părți a corpului determină nucleul să împingă fibrele inelare mai departe într-o umflătură, provocând inflamație care poate irita nervul spinal. În acest moment, nucleul este încă conținut în inel, dar numai pentru că fibrele cele mai exterioare îl rețin.
3. **Protruzia de disc:** Nucleul pulpos scapă din structură prin rupturile mai mari din fibrele inelare, dar este încă conectat. Proeminența discului, apăsarea nervului spinal care iese, ceea ce provoacă, în cele mai multe cazuri, o creștere a durerii și senzații de amorțeală, arsuri sau furnicături.
4. **Hernierea discului:** fragmente atât din inel cât și din nucleu au spart prin ligamentul longitudinal posterior în spațiul epidural, ele sunt în afara segmentului care comprimă cea mai mare parte a nervului spinal. Este cea mai gravă etapă în care nivelurile de durere sunt severe și poate fi necesară o intervenție chirurgicală.



Manifestări clinice

Durere de spate

Durerea poate crește treptat, iradiind de-a lungul fibrelor nervoase, de la moderată la foarte intensă

Durerea este continuă, nu are caracter pulsatil

Adesea așezarea pe un scaun accentuează durerea, dat fiind faptul că discul intervertebral suportă forțe de 3 ori mai mari în această poziție, comparativ cu ortostatismul.

Pacienții acuză de asemenea amplificarea durerii la mișcări ce implică aplecare, rotire ori ridicare.

Stadiile herniei lombare

Faza I: faza de instabilitate discala

- Dureri lombare cronice intermitente de tip postural. Adesea dispare la încetarea efortului fizic. Poate reaparea în condiții variate de efort.
- durere în zona lombo-sacrată; durerea iradiază pe membrul de pe partea afecțiunii; durerea are cauze mecanice și se calmează în repaus;

Faza a II-a de leziune discala

- Se rupe inelul fibros și permite protuzia centro-laterală a nucleului pulpos, rezultatul este un lumbago acut de tip discogen.
- durerea debutează brusc; dureri lombosacrate unilaterale/ bilaterale; durerea are cauze mecanice; fără iradiere sau cu iradiere până la deasupra genunchilor;

Faza a III-a: faza radiculară

- Această fază a herniei de disc are trei stadii de afectare și anume:
- Stadiul iritativ - discul herniat ajunge la rădăcina, pe care o comprimă fără a o compromite.
 - Stadiul compresiv - materialul herniat ajunge la rădăcina nervoasă, pe care, deși nu o lezează, o comprimă.
 - Stadiul de întrerupere - în acest stadiu se manifestă, pe lângă semnele și simptomele prezente la stadiul 1 și 2, semnele rezultate din secționarea unor axoni din rădăcina sau a întregii rădăcinii prin conflictul cu discul herniat. Se constată că bolnavul nu poate sta pe varfuri în cazul paraliziei rădăcinii S1 sau că nu poate sta pe călcâie în cazul paraliziei rădăcinii L5.

Faza a IV-a: discopatia lombară

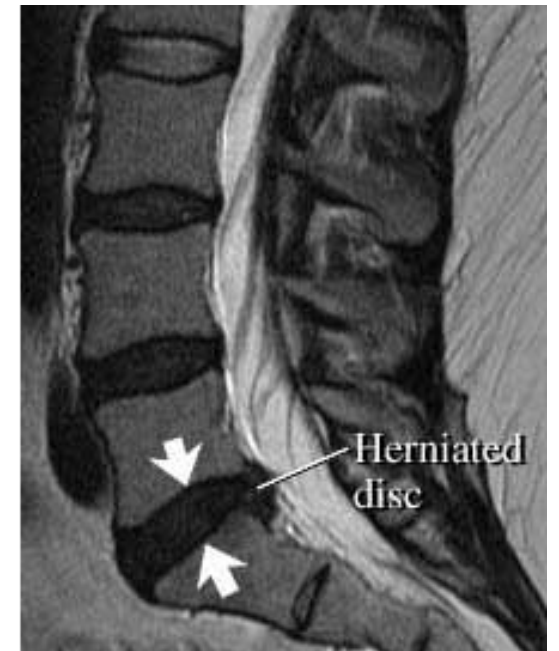
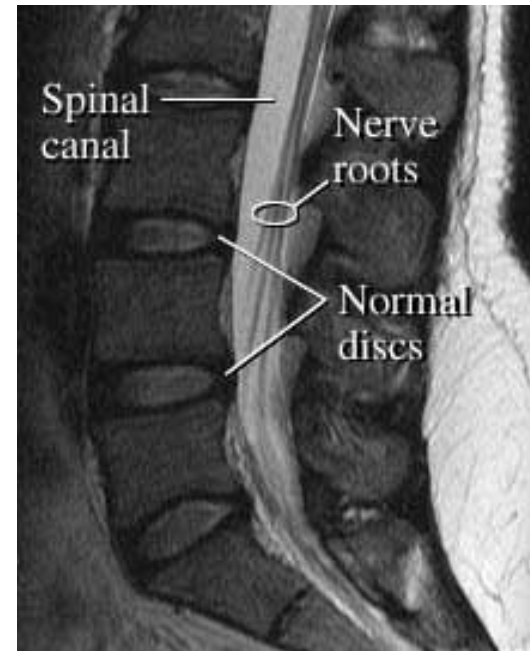
Apare discartroza și artroza interapofizară (după 40 de ani). Inelul fibros care îmbracă discul suferă modificări majore datorită uzurii mecanice la care este supusă coloana vertebrală.

Diagnosticul:

Anamneza și istoricul boli

Examen fizic complet și neurologic

Efectuarea de radiografiei, computer tomograf (CT), rezonanta magnetica nucleara (IRM).



Tratament nemedicamentos:

Kinetoterapia: Scăderea presiunii exercitate la nivelul discului și nervului afectat e unul din principalele obiective în tratamentul herniei de disc. Scopul lor e să tonifice mușchii spatelui. Astfel, se va obține o poziție corectă a spatelui.

Fizioterapie: Este benefică în calmarea durerilor și presupune proceduri de electroterapie, hidroterapie, balneoterapie. Principalele efecte ale acestei forme de tratament sunt cele antiinflamatorii, decontracturante și hiperemiante. Electroterapie în tratarea herniei de disc - curenți interferențiali, curent galvanic, etc

Masajul: Relaxează musculatura și stimulează secreția de lichid sinovial intraarticular - lichid prin intermediul căruia se hrănesc structurile moi din interiorul articulațiilor, inclusiv discul intravertebral - fiind benefic în contracturile musculare. Astfel, calmează durerea și îmbunătățește circulația sanguină locală. Masajul este o procedură foarte apreciată de către pacienții cu hernie de disc datorită efectului analgezic puternic și rapid.

Elongatiile: Sunt extrem de eficiente și deloc invazive. Este vorba despre o decompresie tridimensională a vertebrelor. Practic, vertebrele vor fi repositionate în mod corect printr-o tracțiune tehnologicată executată în parametrii perfecți.

Kinesiotaping: Tehnica de bandajare adezivă, concepută pentru facilitarea procesului de vindecare. Proprietățile adezivului sunt activate de căldura corpului, iar banda este rezistentă la apă, putând fi purtată chiar mai multe zile și astfel accelerând procesul de recuperare. Efectele benzii kinesiologice vizează ameliorarea durerii, îmbunătățirea funcțiilor musculare, direcției mișcării și poziției articulațiilor, drenajul limfatic.

Tratament:

Medicamentos:

- AINS, Analgezice opioide/neopioide
- Gabapentină

Chirurgical:

- Înlăturarea chirurgicală a fragmentelor din disc sau chiar a întregului disc herniat care apasă pe rădăcinile nervoase