

## **CURS NR.10**

### **DUREREA LOMBARĂ JOASĂ**

Durerea lombară joasă este definită ca fiind durerea și disconfortul resimțite de pacienți la nivel lombar, cu sau fără durere la nivelul membrelor inferioare (Burton și colab, 2004).

#### **Epidemiologie**

Durerea lombară joasă reprezintă o problemă de sănătate publică, fiind o cauză frecventă de incapacitate de muncă la adulții tineri și de vârstă medie, aproximativ 80-85% din populație dezvoltând cel puțin un episod de durere lombară joasă într-un moment al vieții (Hallett Whitman și colab, 2006; Bojincă, 2006; Hills, 2006; Datta și colab, 2005).

#### **Etiopatogenie**

Etiopatogenia este complexă, toate structurile de la acest nivel putând declanșa durerea lombară joasă (Tabel 1).

Tabel 1. Principalele cauze ale durerii lombare joase (Hallett Whitman și colab, 2006; Bojincă, 2006; Hills, 2006; Borenstein, 2006; Datta și colab, 2005; Speed, 2004)

<b>Degenerative și mecanice</b> (foarte frecvente)
<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Boala artrozică</li><li>▪ Alterări degenerative ale discului intervertebral (protruzie, prolaps)</li><li>▪ Anomalii posturale - cifoză, scolioză</li><li>▪ Spondiloliza, spondilolistezis</li><li>▪ Stenoză lombară</li><li>▪ Sacroileită</li><li>▪ Sindrom de hipermobilitate</li></ul>
<b>Înflamatorii</b>

<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Spondilartropatii - spondilita anchilozantă</li><li>▪ Sacroileită</li></ul>
<b>Infecțioase</b> (rare) <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Discită</li><li>▪ Osteomielită</li><li>▪ Abcese paraspinale</li></ul>
<b>Osoase</b> (frecvente) <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Fracturi vertebrale osteoporotice</li><li>▪ Boala Paget</li><li>▪ Osteomalacie</li></ul>
<b>Neoplazice</b> (rare) <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Metastaze</li><li>▪ Mielom multiplu</li></ul>
<b>Viscerale</b> (durere referită) <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Afecțiuni genito-urinare</li><li>▪ Afecțiuni retroperitoneale</li><li>▪ Aneurisme aortice</li></ul>

Pentru apariția durerii lombare joase, principalii factori de risc sunt considerați a fi:

- istoric de durere lombară joasă;
- munca fizică grea;
- acțiuni frecvente de flexie, ridicare greutăți, împingere/ tragere obiecte grele;
- acțiuni repetitive;
- vibrații;
- menținerea unei poziții timp îndelungat;
- tulburări de statică;
- sedentarismul;
- sarcina;
- obezitatea;
- fumatul;
- stress emoțional și mental;
- anxietate;
- depresia (Hallett Whitman și colab, 2006; Bojincă, 2006; Hills, 2006; Burton și colab, 2004).

### **Tablou clinic**

Durerea lombară joasă este considerată:

- acută, dacă episodul dureros durează mai puțin de 6 săptămâni,
- sub-acă, dacă episodul dureros durează între 6 și 12 săptămâni, și
- cronică, dacă durează mai mult de 12 săptămâni (Burton și colab, 2004).

O anamneză amănunțită este utilă pentru a obține informații despre debutul, localizarea, tipul și posibila iradiere a durerii, despre simptomele asociate, toate acestea orientând medicul spre posibila cauză a durerii lombare joase:

- durerea lombară joasă de cauză mecanică și degenerativă are un caracter acut la debut, fiind ameliorată de repaus și accentuată de mișcare, în timp ce durerea lombară joasă de cauză nemecanică este prezentă și în repaus;
- durerea lombară joasă de cauză inflamatorie este accentuată în timpul nopții, fiind asociată cu redoare matinală și ameliorată de mișcare;
- în cazul prezenței febrei trebuie suspiciionată o cauză infecțioasă;
- în cazul asocierii cu scădere ponderală, tuse cronică, modificări ale tranzitului intestinal, durere nocturnă, vârstă peste 55 ani fără istoric de durere lombară joasă, cauzele maligne trebuie suspectate;
- afecțiunile osoase pot determina o durere lombară joasă severă, rebelă la tratament, localizată;
- dureri lombare joase cu caracter episodic sau colicativ sugerează o durere referită de la nivel abdominal sau pelvin (Hallett Whitman și colab, 2006; Karnath, 2003).

Compresiunea rădăcinilor nervoase de la nivel lombar determină iradierea durerii pe membrele inferioare (unilateral sau bilateral), pe traiectul nervului sciatic (L4, L5, S1) (Tabel 2) sau pe traiectul nervului femural (L1, L2, L3). La indivizii sub 50 ani, afectarea rădăcinilor nervoase de la nivel lombar se datorează cel mai frecvent hernierii nucleului pulpos, iar la indivizii peste 60 ani, cauza cea mai frecventă este stenoza lombară (Hallett Whitman și colab, 2006; Bojincă, 2006; Borenstein , 2006; Karnath, 2003).

Tabel 2. Apecte neurologice în durerea lombară joasă cu afectarea rădăcinilor nervoase (Hallett Whitman și colab, 2006; Bojincă, 2006; Hills, 2006; Karnath, 2003)

<b>Rădăcină nervoasă afectată</b>	<b>Iradierea durerii</b>	<b>Tulburări de sensibilitate</b>	<b>Tulburări motorii</b>	<b>Modificări ale reflexelor</b>
<b>L4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>fața externă a șoldului,</li> <li>fața antero-externă a coapsei</li> <li>fața anterioară a genunchiului</li> <li>fața antero-internă a gambei până la nivelul gleznei</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>fața medială a gambei</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>adductorii șoldului</li> <li>extensorii genunchiului</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>reflex rotulian</li> </ul>
<b>L5</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>fese</li> <li>fața postero-externă a coapsei</li> <li>fața externă a gambei</li> <li>fața dorsală a piciorului</li> <li>haluce</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>fața externă a gambei</li> <li>fața dorsală a piciorului</li> <li>haluce</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>abductorii șoldului</li> <li>dorsiflexia piciorului</li> <li>eversia piciorului</li> <li>extensorii halucelui</li> </ul>	
<b>S1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>fese</li> <li>fața posterioară a coapsei</li> <li>fața posterioară a gambei</li> <li>călcâi</li> <li>plantă</li> <li>marginea externă a piciorului până la degetul V</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>călcâi</li> <li>plantă</li> <li>marginea externă a piciorului până la degetul V</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>extensorii șoldului</li> <li>flexia plantară a piciorului</li> <li>flexorii halucelui</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>reflex achilian</li> </ul>

Examenul fizic al pacientului cu durere lombară joasă poate decela:

- anomalii posturale;
- contractura musculaturii paravertebrale;
- mers cu tendință la anteflexie, cu sprijin pe partea neafectată;
- dificultate la mersul pe vârfuri - în afectarea S1;
- dificultate la mersul pe călcâie - în afectarea L5;
- durere la percuția apofizelor spinoase lombare și musculaturii paravertebrale;
- limitarea flexiei anterioare a trunchiului;
- limitarea dureroasă a extensiei coloanei lombare;
- tulburări de sensibilitate;
- tulburări motorii;
- diminuarea/ abolirea reflexelor rotulian și/sau achilian (Hallett Whitman și colab, 2006; Bojincă, 2006; Hills, 2006; Datta și colab, 2005; Speed, 2004; Karnath, 2003).

### **Teste diagnostice:**

- **Radiografia de coloană lombară**

Corelația slabă dintre tabloul clinic și imaginile radiologice nu justifică efectuarea radiografiei de coloană lombară în primele 7 zile ale unui episod de durere lombară joasă, cu excepția situațiilor în care există deficite neurologice (Hallett Whitman și colab, 2006; Bojincă, 2006; Hills, 2006).

Radiografiile de coloană lombară pot evidenția modificări degenerative discale, modificări artrozice, defecte congenitale și de creștere, modificări specifice spondilartropatiilor, tumori, modificări caracteristice afecțiunilor metabolice (Hallett Whitman și colab, 2006; Bojincă, 2006; Datta și colab, 2005).

- **Scintigrafia osoasă**
- **Tomografia computerizată**
- **Rezonanța magnetică nucleară**

Este considerată metoda de primă intenție pentru decelarea modificărilor patologice de la nivelul coloanei vertebrale (Hallett Whitman și colab, 2006; Bojincă, 2006).

- **Mielografia**
- **Discografia lombară**
- **Electromiografia**
- **Infiltrarea rădăcinii nervoase, blocarea fașetară, termografia.**

**Tratamentul** durerii lombare joase constă în:

- **Educarea pacientului**
- **Repausul la pat** - maxim 1-2 zile, cu revenirea progresivă și cât mai precoce la activitățile vieții zilnice;
- **Tratamentul medicamentos :**
  - AINS;
  - analgezice;
  - miorelaxante;
  - corticosteroizi în infiltrații locale paravertebrale;
  - sedative;
  - antidepressive triciclice;
- **Tratament chirurgical** - în cazul ineficienței tratamentului conservator timp de aproximativ 2 luni sau în cazul recurențelor frecvente și îndelungate. (Hallett Whitman și colab, 2006; Bojincă, 2006; Hills, 2006; Datta și colab, 2005; Kiss, 2004).
- **Tratamentul fizioterapeutic: LP**

### **FIBROMIALGIA**

Mialgie = durere;

Fibro = fibra musculara



Fibromialgia este un sindrom caracterizat prin:

- existența mai multor zone dureroase profunde (puncte dureroase);
- dureri difuze cu durată mai mare de 3 luni;
- tulburări ale somnului.

Fibromialgia are strânse legături cu sindromul durerii miofasciale și cu sindromul oboseală cronică.

Este una dintre cele mai frecvente forme de reumatism justarticular, afectând populația tânără (20-50 ani), cu predominanță sexului feminin.

Punctele trigger/tender sunt de obicei zone bine circumscrise de sensibilitate și durere specifică, întinderea pasivă sau activă a mușchiului afectat crescând în mod constant durerea. Mușchiul din imediată vecinătate este încordat ca o frânghie sau având o bandă palpabilă.

**Etiopatogenie:**

Etiologia este necunoscută. În patologia bolii fiind incriminați mai mulți factori:

1. Leziunile locale;
2. Fenomenele reflexe. Durerea persistentă, indiferent de originea ei, induce unele modificări reflexe de “protecție” – spasm muscular, inhibiția mișcărilor voluntare, creșterea aportului sanguin, hiperestezie superficială și profundă. Din cauza impreciziei durerii profunde, modificările reflexe pot fi situate la distanță de sediul procesului patologic. Astfel, bolnavul cu suferințe ale coloanei cervicale poate avea, atât o durere profundă – situată în regiunea cervicală inferioară, cât și o durere referită, - situată în zonele neafectate (muschiul trapez mijlociu, mușchii spinali);
3. Factorii psihogeni. Intervenția factorilor psihici se caracterizează prin trăsăturile personalității bolnavului, care favorizează apariția simptomelor acestei boli. Acești bolnavi au tendință marcată spre perfecțiune, muncesc mult până la suprasolicitare;
4. Tulburările somnului au rol în apariția fibromialgiei. La acești bolnavi s-a observat tulburări de somn și a stării de oboseală. Prin studii electroencefalografice s-a demonstrat că apar modificări în ceea ce privește reducerea somnului profund;
5. Perturbarea mecanismelor modulatorie ale durerii. În cazul bolnavilor cu fibromialgie se produc dureri profunde, însoțite de fenomene reflexe. Aceste dureri se accentuează din cauza tulburărilor de somn, care generează diminuarea secreției de serotonină, ceea ce se reflectă printr-o diminuare a mecanismelor modulatorie ale durerii.

**Tabloul clinic:**

Fibromialgia, deși frecventă, este rar diagnosticată, din cauza confuziei cu alte suferințe reumatice (reumatismul psihogen)

Simptomele principale ale afecțiunii sunt:

- Durerea, care este difuză, rău circumscrisă, intensă și profundă, fiind referită la mușchi sau proeminențele osoase. Uneori are caracter de arsură, alteori de amorteală, însoțită de redoare și senzație de “umflătură”. Poate fi diagnosticată prin palpare.
- Redoarea se manifestă prin senzația de țesuturi sub tensiune și dificultatea de a efectua un efort muscular. Aceste simptome sunt mai supărătoare dimineața, fiind însoțite de senzația de oboseală. Durerile și



redoarea sunt accentuate de expunerile la frig, de oboseala fizică sau psihică și sunt ușurate de caldură, masaj, relaxare și mai puțin de analgetice;

- Starea de astenie este însoțită de senzația de istovire, prezentă dimineața la sculare după un somn neodihnitor. Multi pacienți afirmă că se trezesc dimineața mai obosiți decât la culcare.

#### **Simptome asociate ale fibromialgiei:**

- scăderea memoriei, cefalee, amețea
- fenomen Raynaud
- diminuarea capacității de concentrare, confuzie
- retenție lichidiană, picioare nelinistite
- iritație vezicală, colon spastic
- parestezii

#### **Evaluare:**

#### **NUMARULUI DE PUNCTE DUREROASE TRIGGER/TENDER**

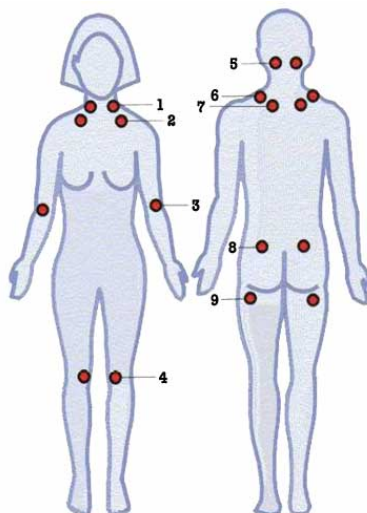


Fig. 1. Punctele sensibile la palpare în fibromialgie:  
1 - cervical inferior (2); 2 - coasta a II-a (2); 3 - epicondilul lateral (2); 4 - genunchi (2); 5 - occiput (2); 6 - trapez (2); 7 - supraspinos (2); 8 - gluteal (2); 9 - marele trohanter (2) ([www.efibro.com](http://www.efibro.com)).

### CRITERIILE DE DIAGNOSTIC ALE FIBROMIALGIEI

Diagnosticul fibromialgiei se stabilește pe baza criteriilor ACR din 1990:

1. Istoric de durere generalizată de cel puțin 3 luni, cu durere axială scheletală asociată.
  2. Durere la palparea digitală (cu o forță de aproximativ 4 kg) în 11 din cele 18 puncte sensibile (Fig 1) (Clauw, Beary, 2006; Bojincă, 2006; www.nfra.net).
- II MINORE:
  - modificari ale simptomelor in functie de activitate;
  - modificari ale simptomelor in functie de vreme;
  - modificari ale simptomelor in functie de anxietate si stres;
  - somn neodihnitor, oboseala generala;
  - anxietate, cefalee;
  - colon iritabil;
  - paretezii neradiculare.

Diagnosticul pozitiv se pune prin prezenta criteriului major (5 puncte dureroase tipice) si cel puțin 3 criterii minore.

Examen de laborator:

- In faza primara toate investigatiile curente de laborator sunt normale.

### **Tratamentul punctelor dureroase trigger/tender:**

#### I. Metode ce intrerup ciclul durerii

Agenti farmacologici;

1. Analgezice nonopioide pentru durerea usoara si moderata
2. Analgezice opioide pentru durerea moderata: codeine, meperidine
3. Analgezice opioide pentru durerea severa: hydromorphone, morphine, oxymorphone
4. Analgezice adjuvante
  - ☞ Antidepresive triciclice: amitriptyline,
  - ☞ Anticonvulsivante: carbamazepine
  - ☞ Neuroleptice: haloperidol
  - ☞ Antihistaminice: hydroxyzin

#### II. Metode de refacere a lungimii normale de repaus a muschiului:

1. miorelaxante cu actiune complexa

2. terapie de relaxare și tehnici de presopunctură urmate de un program regulat și de lungă durată de stretching
3. corectarea biomecanicii corporale, a stresului și rutinei zilnice
  - Infiltrații sau stimularea cu ace a punctelor hipersensibile trigger/tender (diprophos – 0.5-1 ml în amestec cu xilina 1% 5-10 ml)
  - Injecții cu toxina botulinică tip A
  - Spray-uri criogene

### **Sindromul fibromialgic în medicina dentară**

Zonele trigger miofasciale creează durere referită la nivel dentar

- La nivelul m. temporal -> dinții maxilari, frontali sau laterali
- La nivelul maseterului -> dinții laterali, maxilari și mandibulari
- La nivelul digastricului -> frontali inferiori



Fig. 1 și 2 – mușchiul pterigoidian, buccinator și temporal  
[www.monografias.com/trabajos904/fibromialgia](http://www.monografias.com/trabajos904/fibromialgia)

Examenul clinic se face prin palparea punctelor dureroase intrabucale de la nivelul musculaturii pterigoidiene și compresia m. buccinator și maseter. Multi bolnavi prezintă durere la palpare la nivelul musculaturii maseterului și temporalului, senzația de iritabilitate în regiunea aponevrozei de la nivelul m. temporal.

Diagnosticul diferențial se face cu:

- Sindrome ale disfuncției articulației temporomandibulare
- Bruxism

Se impune diagnosticul și tratamentul funcțiilor masticatorii pentru a preveni malocluziile și malpozițiile dentare, precum alterarea funcției masticatorii.

### **Tratamente de recuperare > LP**

#### **Bibliografie:**

1. Dan Nemeș, Roxana Onofrei, Fizioterapia în afecțiunile musculo-scheletale - curs. LITO, Timișoara, 2010.
2. Ionescu Ruxandra, Esențialul în reumatologie, Editura Amaltea, București, 2006
3. Kraus SL. Clinics in physical therapy: Temporomandibular disorders, second edition. Churchill Livingstone, 1988
4. Frontera W.R. Essentials of physical medicine and rehabilitation. Lippincott Williams-Wilkins Publisher, 2001
5. DeLisa JA et al. Physical medicine and rehabilitation: principles and practice, 4th edition. Lippincott Williams-Wilkins Publisher, 2005
6. Klippel JH, Primer on the rheumatic diseases, thirteenth edition. Springer, New York, 2008
7. Xhardez Yves. Vade-mecum de kinesithérapie et de rééducation fonctionnelle. Maloine, 2010.