

CURSUL NR. 11

PERIARTRITA SCAPULO-HUMERALĂ

Este o afecțiune caracterizată prin dureri provocate de o inflamație a țesuturilor din vecinătatea articulației umărului

Forme clinice:

- Tendinita rotatorilor (ruptura rotatorilor)
- Tendinita bicipitală calcifiantă
- Bursita subacromială

Clinic se manifestă prin:

- Durere
- Limitare marcată a mișcărilor
- Puncte dureroase ale umărului

Radiologic apar calcificări periarticulare

Faze evolutive:

- Umăr dureros simplu – mișcări limitate
- Umăr dureros mixt – limitare
- Umăr blocat – capsulită adezivă, „umăr blocat”
- Umăr pseudoparalitic – ruptură

1) Umărul dureros simplu

Este o formă clinică particulară, cunoscută și sub numele de periartrita dureroasă simplă neanchilozantă. Aceasta formă de periartrită este consecința leziunilor degenerative (uneori calcificate) ale tendoanelor celei de-a doua articulații, mai ales tendoanele supraspinosului și bicepsului.

Este forma clinică cea mai frecventă. Bolnavul acuză dureri moderate în umăr când se îmbracă, se piaptână, sau când solicită membrul superior

respectiv prin purtarea unor greutati. Durerile pot stânjeni bolnavul in timpul somnului, intensificandu-se in anumite pozitii.

Evoluția umărului dureros simplu este in general favorabilă trecând din stadiul acut, in stadiul subacut, urmat de un stadiu terminal. Vindecarea se produce in cateva săptămâni (cel mult câteva luni), fie spontan, fie in urma tratamentului.

Uneori insa durerea se poate agrava, umărul dureros simplu devenind umăr dureros acut hiperalgic.

2) Umarul acut hiperalgic

De obicei are ca substrat o tendinita calcifianta in puseu inflamator; sau o migrare de elemente calcifiante in bursita subacromio-deltoidiana. Umărul acut hiperalgic poate debuta in mod brutal, cu o durere atroce și o impotență totală a membrului superior, alteori această formă clinică este continuarea evoluției unui umăr dureros simplu.

Durerile sunt violente, insuportabile, ele se intensifică noaptea împiedicând bolnavul sa se odihnească. De asemenea, durerea se intensifică la orice tentativă de mobilizare a umarului, limitarea mobilitatii nefiind deci mecanică ci antalgică.

Durerea iradiază către ceafă sau către fosa supraclaviculară, dar mai ales pe marginea laterală a membrului superior, catre mână.

3)Umarul mixt

Este asocierea dintre un umăr dureros de origine tendinoasă și o limitare a mobilitatii umărului prin contractura antalgică la rotatorii, flexorii sau / si abductorii umarului.

Limitarea miscarii in umărul mixt nu se datoreaza numai durerii, ca in formele precedente, ci și unei redori reale structurale, care nu dispare nici sub anestezie totala.

4) Umarul blocat

Este o suferință frecvent întâlnită, care debutează cu dureri moderate ale umărului, exarcerbate nocturn, pretând la confuzia de umăr dureros simplu.

In timp insă, evoluând lent se instalează o limitare marcată a mobilitații umărului realizând așa numitul « umăr înghețat ».

Durera, prezentă la debut, poate să persiste cu o intensitate scazută, sau poate să dispară si să reapară periodic pe parcursul bolii.

5) Umarul pseudoparalitic

Are la bază, perforarea, de diverse grade a tendoanelor muschilor rotatori, aparută de obicei pe un fond degenerativ (la peste 60 de ani) după traumatisme minore.

Ruptura calotei rotatorilor poate apare însă și la tineri în urma unui traumatism puternic, situație în care se evidențiază o echimoză întinsă pe fața anterioară a brațului.

EVOLUTIA BOLII

Evoluția umărului dureros simplu este favorabilă, vindecarea producându-se în câteva săptămâni sau cel mai mult în câteva luni fie spontan, fie în urma tratamentului. Uneori însă durerea se poate agrava, umărul dureros simplu devenind umăr dureros acut, hiperalgic.

Uneori evoluția spontană spre vindecare necesită 1-2 ani. La umărul blocat evoluția este îndelungată; în lipsa unui tratament adecvat, blocajul umărului poate persista câteva luni; cu timpul însă, uneori după 6 luni, umărul începe să se elibereze și majoritatea bolnavilor își recuperează în întregime mobilitatea.

Tratament:

Tratamentul periartritei scapulo-humerale are ca obiectiv să calmeze durerea, să combată inflamația și tendința, să amelioreze mobilitatea articulară. Intensitatea și complexitatea tratamentului depind de forma clinică a bolii. Astfel, în umărul dureros simplu acut se recomandă repaus absolut al articulației (bratul este susținut într-o esarfă). La umărul pseudoparalitic tratamentul este cel chirurgical. În general în toate fazele de PSH tratamentul se împarte în: igienă-dietetic, evoluția stării psihice, medicamentos, balneofizical, electroterapie, masaj, kinetoterapie, terapie ocupațională și cura balneoclimatică.

Tratamentul igieno-dietetic:

Tratamentul igienic consta în punerea în repaus a umarului afectat. În caz de dureri acute, intense, repausul trebuie realizat prin imobilizarea membrului superior cu ajutorul unei esarfe, menținându-l în adducție.

Tratamentul dietetic consta într-un regim alimentar hiposodat ca urmare a tratamentului cu antiinflamatoare nesteroidiene.

Tratamentul medicamentos :

Acesta este util din faza acută și va consta în antalgice, vitamine, infiltrații și la nevoie antibiotice. La umarul dureros simplu ca medicație se indică aspirină, se fac infiltrații cu acetat de hidrocortizon. După cedarea durerilor, la umarul dureros acut se administrează fenilbutazona sau indometacinul. De asemenea, se fac mișcări pentru a se evita anchilooza. Deci, atât în umărul dureros simplu cât mai ales în umărul dureros acut, mobilizarea (activă și pasivă) va fi prudentă și treptată.

Tratament fizioterapeutic:> L.P.

BURSITELE



Bursita reprezintă inflamația acută sau cronică a unei burse seroase. Bursele sunt formațiuni anatomice care facilitează mișcările. Se găsesc situate în zone în care tendoanele și mușchii trec în dreptul unor proeminente osoase.



Fig. 1. Bursa
www.your-soul.com/archives/2004

Ele usurează alunecarea și facilitează mișcările. De fiecare parte a corpului există 80 de burse.

Durerea poate fi spontană sau declanșată la mișcare.

Cauzele bursitelor sunt:

- microtraumatismele,
- presiunile excesive și îndelungate,
- mișcările repetitive,
- pot fi secundare altor afecțiuni reumatologice

Un grup heterogen îl constituie bursitele septice, frecvente la bolnavii imunodeprimați (bolnavii tratați cu cortizon și alcoolicii).

Infecția bursei poate fi dată de stafilococ sau de streptococ și duce la inflamatie acută și creșterea numărului de leucocite în lichidul bursal.

Tabloul clinic

Simptomul principal este durerea în zona afectată, cu iradiere, uneori, în membrul respectiv.

Uneori se observă eritem al tegumentelor supraiacente.

Din cauza inflamației burselor apare redoarea și limitarea mișcărilor respectivelor articulații.

Durerea se accentuează la mișcare datorită presiunilor exercitate la nivelul burselor afectate.

Examine de laborator:

- Examenul hematologic și VSH sunt normale, cu excepția bursitelor acute.
- În bursitele septice crește numărul leucocitelor și VSH.
- Examenul radiologic pune în evidență calcificările burselor

Forme clinice:

Bursita acută:

În bursita acută durerea este spontană, se accentuează la mișcare și la palpare. Este însoțită de limitarea mișcărilor și tumefacția zonei afectate.

Bursita cronică

Poate apărea după mai multe forme de bursită acută sau după traumatisme repetate. Peretele bursei se îngroașă, stratul de celule endoteliale degenerază în interiorul bursei, apar aderente, vilozități și calcificări.

Membru inferior

- *șold*: bursita ischio-gluteală; bursita ilio-pectinee; bursita trohanteriană
sindromul piriform
- *genunchi*: bursita prepatelară; bursita infrapatelară; bursita anserină chist popliteu (Baker); sindromul de plică mediană.
- *picior*: bursita retrocalcaneană ; bursita calcaneană; fasciita plantară
bursita achileană subcutană

Membru superior

- *umăr*: bursita subacromială; bursita subdeltoidiană
- *cot*: bursita olecraniană

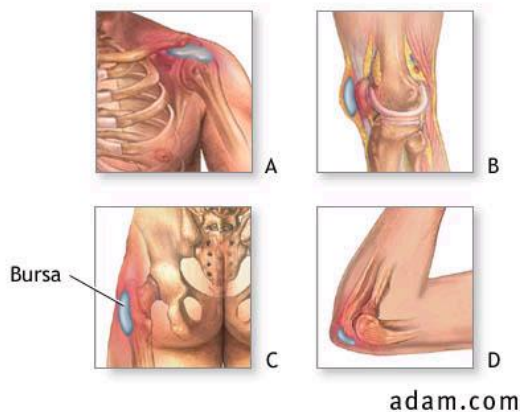


Fig. 2,3, 4, 5 Localizarile burselor

Teste diagnostice

Investigațiile imagistice nu sunt utile în stabilirea diagnosticului, ci doar pentru a exclude alte cauze de durere și tumefacție locală.

În cazul afectării burselor superficiale, se poate realiza analiza lichidului bursal extras prin puncție, pentru diferențierea unei bursite septice de una aseptică (Sarraf și Reginato, 2006; Chang, Talbot-Stern, 2006).

Tratament

Tratamentul bursitelor are ca scop:

- ameliorarea durerii,
 - reducerea procesului inflamator,
 - prevenirea recurențelor,
 - educarea pacientului în sensul evitării factorilor de risc.
- **Repaus** - imobilizarea zonei pentru 7-10 zile, cu evitarea mișcărilor care agravează simptomatologia.
 - **Tratament medicamentos antiinflamator:**
 - AINS,
 - corticosteroizi local.
 - **Tratament antibiotic** - în cazul bursitelor septice, conform antibiogramii.
 - **Aspirații repetate ale lichidului bursal** - la nevoie.
 - **Tratament chirurgical** - în cazul ineficienței tratamentului conservator. (Pellicci, McCormack, 2006; Sarraf și Reginato, 2006; Chang, Talbot-Stern, 2006).
 - **Tratament fizioterapeutic > LP**

Sinovita și capsulita articulației temporo-mandibulare

Poate fi cauzată de infecții intraarticulare, LES, poliartrita reumatoidă, disfuncții temporomandibulare, în urma unor microtraumatisme sau datorate stresului mecanic.

Capsulita și sinovita exprimă procese inflamatorii de regulă unilaterale, care afectează deopotrivă capsula articulară și sinoviala.

Simptomul de debut este reprezentat de discomfort, care apare în timpul mișcărilor de masticație și ulterior devine durere. Durerea este localizată la

nivelul articulației și este însoțită de contratura reflexă a musculaturii adiacente. Sinoviala fiind bogat inervată articulația este foarte dureroasă.

Tratament:> LP

TENDINITE – TENOSINOVITE

Tendinita este inflamația tendonului și a tecilor sinoviale

Tendonul reprezintă o prelungire a mușchiului până la os, prin care acesta se inseră și își exercită acțiunea mecanică, mobilizând articulațiile.

Tendonul posedă proprietăți elastice, care îi permit să moduleze activitatea musculară și care diminuează riscul de ruptură în caz de contracții violente rapide musculare.

Tendinita reprezintă, de fapt, ruptura parțială a unor fibre tendinoase, însoțită de edem local.

Cauze :

- traumatisme,
- mișcări repetative, în exces,
- afecțiuni inflamatorii sistemice
- sport – înot, tenis, golf, baseball, fotbal, dans, basketball
- meserii

Tabloul clinic

- Dureri pe traiectul tendonului respectiv. Durerea se accentuează la mișcare și poate apărea un nodul sensibil la palpare;
- Redoare;
- Tumefiere, roșeață locală;

În unele cazuri tenosinovita poate evolua spre retracție cicatricială, cu stenoza tecii sinoviale, care împiedică alunecarea și mișcarea tendonului, ducând la reducerea mișcărilor.

Diagnostic:

Diagnosticul tendinitei se bazează pe:

- Caracteristicile durerii;
- Examenul clinic – durere la palparea tendonului;
- Examine complementare
- Radiografia pune în evidență îngroșarea tendonului, calcificări tendinoase
- Ecografia pune în evidență nodulul tendinitei, examen RMN.

Forme clinice:

Membru superior

- mână:

- Tenosinovita flexorilor și extensorilor mâinii
- Tenosinovita flexorilor degetelor și a degetului mare
- Sindromul de canal carpian

Sindromul de canal carpian este o afecțiune ce se manifestă la nivelul încheieturii mâinii. Este determinată de compresia nervului median la acest nivel.

Simptomatologia este reprezentată de senzația de furnicături și amorțeală la nivelul palmei și a degetelor 1, 2, și 3, mai ales în timpul nopții.

Soluția terapeutică este dată de injecții cu preparate cortizonice pentru a atenua simptomatologia.

Canalul carpian conține cea mai mare parte din tendoanele degetelor și nervul median.

Orice inflamație care apare la acest nivel poate produce compresia celorlalte structuri constitutive. Astfel se explică compresia nervului median cu apariția sindromului de canal carpian.

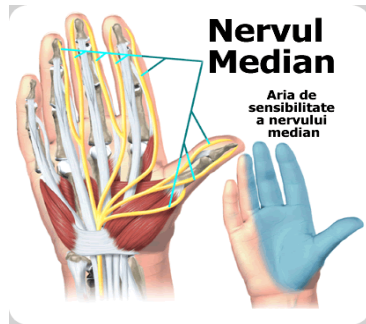


Fig.1 Aria de sensibilitate a nervului median
<http://www.carezone.ro>

Membru superior

- cot: Epicondilita laterala ; Epicondilita mediala ;Tendinita inserției musculo-tendinoase a bicepsului
- umăr:Tendinita manșetei rotatorilor; Ruptura manșetei rotatorilor Tendinita bicipitală; Tendinita calcifianta; Capsulita adezivă

Membru inferior

- picior: Tendinita achiliana; tendinita tibială posterioară; Sindromul de tunel tarsian
- genunchi: Tendinita patelara ; Tendinita anserină; Tendinita poplitee

Obiectivele tratamentului:

- ameliorarea durerii
- evitarea mișcărilor repetitive
- evitarea activităților ce provoacă durere
- prevenirea recurențelor

Tratament medicamentos antiinflamator:

- AINS,
- corticosteroizi local.

- **Tratament antibiotic** - în cazul formelor septice.

- **Tratament chirurgical** - în cazul ineficienței tratamentului conservator, precum și în formele retractile sau stenoizante. (Sarraf, Reginato, 2006; Pellicci, McCormack, 2006; Steele, Norvell, 2006).

- **Tratament de recuperare:> LP**

Tendinita temporală:

Apare ca urmare a activității continue și prelungite a mușchiului temporal, a stresului emoțional sau a unei dureri profunde.

Clinic se remarcă:

- Durere în regiunea templei și la nivelul globului ocular;
- Durere la contractia m. temporal;
- Limitarea deschiderii cavității bucale;
- Inflamația ligamentului stilo-mandibular, care produce durere la nivelul mușchiului temporal

Tratament 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 reeducation fonctionnelle. Maloine, 2010.