

**CURSUL NR. 12**

**MIASTENIA GRAVIS**



Miastenia gravis este o tulburare autoimună, neurologica, caracterizată prin slăbiciune musculară episodică, produsă prin pierderea sau disfuncția receptorilor acetilcolinei.

Anticorpii se fixează pe placa motorie, ducând la scăderea numărului receptorilor postsinaptici de acetilcolină, blocând transmisia sinaptică. Se caracterizează prin slăbiciune musculară crescută la efort și scăzută în repaus. Interesează frecvent musculatura feței și cea oculară. 70% dintre pacienți prezintă hiperplazie timică, observându-se diferite afecțiuni ale timusului (anomalie, tumora).

Poate fi asociată cu alte boli autoimune: tiroidită autoimună, LES, artrită reumatoidă.

Este mai frecventă la femei cu vârste cuprinse între 20 și 40 ani, dar poate apărea la orice vârstă.

**Cauze:**

- idiopatică la majoritatea pacienților
- D-Penicilamina induce diferite afecțiuni autoimune inclusiv MG
- Medicamente ce exacerbează MG:

- Antibiotice
- Agenți beta blocați (propranolol)
- Litiu
- Magneziu
- Prednison

**Simptomatologie și Semne clinice:**

Fluctuații ale slăbiciunii musculare: ↑cu efortul și spre seara, ↓cu repausul sau injectare de Miostin (prostigmin)

Fără afectare senzitivă, fără afectare sfincteriană, psihic normal

Se descriu 2 forme:

Forma superioară (cefalică):

- Debut cu oftalmoplegie parțială extrinsecă cu ptoză palpebrală, bilaterală, inegală, alternantă
- Sprâncene ridicate pentru a compensa ptoza . Pacienții își încrețesc fruntea utilizând mușchii frontali; privirea în sus, timp îndelungat accentuează ptoza, închiderea ochilor pentru câteva minute ameliorează
- pareze de oculomotor cu strabism și diplopie
- Mușchii feței: pareză facială bilaterală, facies imobil, cu șanțuri șterse
- Extinderea la musculatura maseterină, faringo-larigo-velopalatină și linguală, ducând la tulburări de masticatie, căderea mandibulei (adesea pacienții se sprijină cu mâna pentru a nu rămâne cu gura deschisă), disfagie pentru lichide și solide
- Slăbiciune a musculaturii palatului provoacă vorbire nazală și refulare nazală a lichidelor.

Forma inferioară (spinală) este mai rară

Interesează musculatura membrelor, cefei (cap balant), dificultăți la mers, la urcarea scărilor, transport de greutate, eforturi fizice ce necesită repetarea mișcărilor.

**Manifestări clinice:**

- Slăbiciune la nivelul musculaturii flexoare gâtului (dificultate la ridicarea capului de pe perină);

- Slăbiciune musculară proximală uneori asemănătoare cu cea a miopatiilor;
- Mai frecvent afectează membrele superioare și inferioare;
- Afectarea prizelor mâinii;
- Flexorii șoldului, cvadriceps, ischiogambieri sunt mai puțin afectați;
- Pacienții progresează de la forme medii la forme severe în câteva săptămâni și luni
- Fazele avansate necesită imobilizare la pat;
- Slăbiciunea musculaturii intercostale și diafragmei duce la hipoventilație;
- Slăbiciunea musculaturii orofaringiene → obstrucție a căilor ventilatorii superioare;
- Poate produce insuficiență respiratorie acută, ceea ce necesită intubare imediată.

**Tratament:**

- Regim igienic- dietetic: se evită alimentele care pot produce disfagie (pacientul poate avea probleme de masticație sau înghițire, lichidele trebuie să fie groase pentru a nu reflua nazal)
  - Anticolinesterazice cu ½ oră înainte de mese:
  - Corticoterapie
  - Imunosupresoare
  - Timectomia duce frecvent la remisiunea bolii
- Se evită: căldura excesivă, alcoolul, antibioticele, stresul psihic, emoțional

**Tratament de recuperare:> LP**

## **PARALIZIA FACIALA PERIFERICA**

Nervul facial este a VII-a pereche de nervi cranieni și cuprinde fibre motorii, senzitive și vegetative.

Funcția cea mai importantă a nervului facial este cea motorie, prin fibrele sale asigurând tonusul muscular și mișcările active care realizează mimica feței.

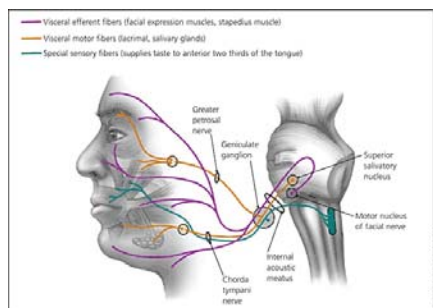


Fig. 1 – Anatomia nervului facial  
[www.aafp.org/afp/20071001/997.html](http://www.aafp.org/afp/20071001/997.html)

### **Etiologie:**

Sunt incriminate mai multe cauze:

- ✍ Infecțioase – bacteriene, virusuri gripale, virusul herpes zoster, meningoencefalite
- ✍ Traumatische și chirurgicale – fractura de bază de craniu, fracturi ale osului temporal, ale procesului mastoidian
- ✍ Tumorale – benigne – meningioame, tumori parotidiene
- ✍ maligne – carcinoame, metastaze
- ✍ Boli sistemice – diabet zaharat, HTA, ateroscleroza, arterioscleroza, leucemii

### **Clinic se remarcă:**

- Paralizia facială periferică este de aceeași parte cu leziunea;
- Asimetrie facială, cu modificări pe hemifata afectată;
- Dispariția ridurilor frunții;
- Coborarea sprâncenei;

- Abolirea clipitului;
- Hipotonia musculaturii obrazului, cu umflarea lui la fiecare expir;
- Caderea aripioarei nasului;
- Coborarea comisurii bucale;
- Reflexul cornean, optico-palpebral, nazo-palpebral sunt diminuate sau abolite;

La deschiderea gurii ovalul bucal este deformat, la scoaterea limbii aceasta apare deviata spre partea bolnava;

La aratarea dinților hemiarcadele dentare pe partea afectată rămân mult acoperite;

Vorbirea și răsul accentuează asimetria feței;

Pacientul nu poate sufla și fluiera din cauza paraliziei mușchilor orbicular al buzelor;

Pot apărea hipo/anestezie pe hemifata afectată, tulburări de gust, mai ales pe cele două treimi ale limbii, hiposecreție salivară.

Netratată la timp, duce la instalarea spasmului facial, iar recuperarea este îndelungată și incompletă.

## **PARALIZIA FACIALA DE TIP CENTRAL**

Sediul leziunii este fasciculul geniculat corticofacial.

Paralizia este situata pe partea opusa leziunii, interesand portiunea inferioara a hemifetei.

Deficitul motor care ar fi trebuit sa existe in portiunea superioara a hemifetei este compensat de catre fasciculul geniculat de aceeași parte și care corectează doar portiunea superioara a nucleului facialului.

### **Clinic se remarcă:**

- Stergerea santului nasogenian;
- Comisura bucala este cazuta;
- Imposibilitatea efectuării abductiei comisurii bucale;
- Pacientul poate încrêti fruntea și poate face ocluzie palpebrala bilateral;
- Asimetria faciala dispare in timpul mimicii emotionale – plans, ras, datorita formatiunilor extrapiramidale , care conecteaza nucleul facial, fascicul geniculat nefiind o cale motorie unica;
- Cand pacientul vorbeste asimetria se accentueaza (motilitate voluntara).

**Etiologie:** leziuni geniculate variate: vasculare, tumorale, infectioase, paralitice

### **DIAGNOSTIC:**

**Examenul clinic** oferă informații asupra topografiei leziunii. Se va examina dacă au fost afectate sensibilitățile gustativă și auditivă, dacă există tulburări de salivatie sau dureri auriculare. Toate aceste examene ne vor duce către un diagnostic de certitudine;

### **Investigații paraclinice:**

- *Teste elctrodiagnostice*

- **RMN**
- **Teste de audiometrie** - pentru a determina dacă sensibilitatea auditivă a fost afectată;
- **Teste de laborator** - pentru a elimina un eventual proces inflamator sau boli precum boala Lyme, HIV.

**Tratament fizioterapeutic:>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.

