

LUCRAREA PRACTICĂ NR.7

DERMATOMIOZITA ȘI POLIMIOZITA

Sunt boli sistemice ale țesutului conjunctiv, caracterizate prin modificări inflamatorii și degenerative în mușchi (polimiozita) și frecvent și în tegument (dermatomiozita), ducând la slăbiciune musculară simetrică și la un grad de atrofie musculară, în special la centurile membrelor.

Dermatomiozita și polimiozita fac parte, alături de alte afecțiuni din grupul miopatiilor inflamatorii idiopatice.

Aceste afecțiuni se caracterizează prin scăderea progresivă a forței musculare, cu afectarea musculaturii scheletice și incapacitate funcțională musculo-articulară secundară, precum și prezența unor manifestări extramusculare .

Polimiozita - Manifestări clinice

Debutul bolii poate fi acut sau insidios. De regulă, la copii debutul este acut, iar la adult insidios.

Sensibilitatea și durerea musculară sunt, de obicei, mai puțin dramatice decât slăbiciunea musculară

Slăbiciunea musculară poate evolua brusc, sau evoluează în săptămâni sau luni. Pentru ca slăbiciunea să devină manifestă este necesară o distrucție de peste 50% din fibrele musculare, ceea ce înseamnă că oboseala musculară indică o miozită avansată.

Pacienții pot avea dificultăți în ridicarea brațelor deasupra umerilor, la urcarea scărilor și la ridicarea din poziție șezândă. Flexorii gâtului pot fi sever afectați, determinând incapacitatea de ridicare a capului de pe pernă. Slăbiciunea musculară laringeană poate provoca disfonie.

Interesarea musculaturii striate a faringelui și a porțiunii superioare a esofagului duce la disfagie și regurgitații.

Pe lângă aceste manifestări mai apare atrofie musculară, poliartrită neerozivă, calcinoză.

Dermatomiozita – Manifestări clinice:

- rash cutanat – heliotrop, în V
- fotosensibilitate

Afectarea musculaturii este progresivă, simetrică, debutând la nivelul centurilor. Pot fi afectați în evoluție și mușchii flexori ai gâtului, mușchii implicați în deglutiție, mușchii limbii. Musculatura distală este rar afectată în DM, iar musculatura inervată de nervii cranieni nu este afectată.

Leziunile tegumentare din dermatomiozită sunt reprezentate de:

- rash heliotrop - liliachiu, localizat periorbital și asociat cu edemul pleoapei superioare;



Fig.1 Rash heliotrop periorbital

- rash papular, semnul lui Gottron - erupții maculo-papuloase localizate simetric pe fața dorsală a mâinii și a articulațiilor mâinii, la nivelul coatelor, genunchilor, gleznelor;



Fig. 2 Semnul lui Gottron

- rash macular la nivelul umerilor și gâtului (semnul șalului), decolteului („eritem în V”), feței;
- telangiectazii periunghiale;
- erupție de tip exfoliativ pe fața palmară a degetelor mâinii - „mâna de mecanic” .

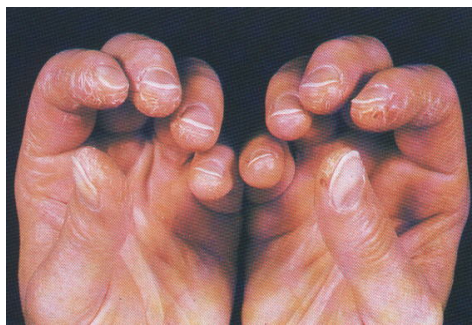


Fig.3 Erupție de tip exfoliativ pe fața palmară a degetelor mâinii - „mâna de mecanic”

Erupția cutanată precede în majoritatea cazurilor afectarea musculară din Dermatomiozită, intervalul de timp fiind variabil. Atâta timp cât pacienții prezintă doar leziuni tegumentare, fără implicare musculară, diagnosticul este de Dermatomiozită amiopatică.

Teste diagnostice

- Testarea clinică a rezistenței musculare.
- Teste de laborator:
- Rezonanța magnetică nucleară (RMN) - permite detectarea modificărilor de la nivel muscular, alegerea locului pentru biopsie.
- Ultrasonografia musculară - detectează atrofia musculară; permite alegerea locului pentru biopsie;
- Biopsie musculară
- Electromiografie (EMG) - traseu de tip miopatic.

Criteriile lui Bohan și Peter de diagnostic:

1. slăbiciune musculară proximală simetrică
2. creșterea nivelului seric al enzimelor musculaturii scheletice
3. traseu EMG modificat
4. anomalii la biopsia musculară
5. rash cutanat tipic pentru Dermatomiozită

Tratament medicamentos:

- Corticoterapia
- Imunosupresoarele
- Imunoglobuline administrate intravenos.

TRATAMENT FIZIOTERAPEUTIC:

Programele de recuperare includ tratamente fizicale, terapie ocupațională, ortezare, tratament logopedic și suport psihosocial.

Bineînțeles, principalul scop a fiecărui program terapeutic este de a păstra și dacă este posibil, a îmbunătății funcția musculară existentă, de a preveni atrofia care poate apărea cu inactivitatea asociată cu miozită , de a prevenii contracturile rezultate din limitarea mobilității articulare și

vindecarea fibroasă a musculaturii inflamate, de a restaura capacitatea aerobică a indivizilor cronici.

Deci cele trei deficiențe fizice cărora trebuie să se adreseze programul cuprind slăbiciune musculară, scăderea mobilității articulare și oboseala.

Anumiți pacienți prezintă slăbiciune musculară moderată care răspunde prompt la medicație cu sau fără terapie fizicală, în timp ce alții sunt imobilizați la pat și prezintă slăbiciune musculară severă, acută.

În faza acută a bolii, durerile musculo-articulare pot fi tratate cu căldură sau hidrotermoterapie, temperaturi cuprinse între 36,5 și 38 de grade celsius , timp de 20-30 de minute și masaj sedativ periarticular. Acest tratament este indicat înainte de exercițiile pentru musculatura acut inflamată.

Când tensiunea musculară sau tendinoasă limitează extensia maximă fiziokinetoterapeutul trebuie să întindă ușor mușchiul până la punctul de discomfort mediu și să mențină această poziție pentru 12-18 secunde.

Când forța musculară este 2/5 sau mai puțin (incapacitate de a se opune gravitației) trebuie realizate întinderi pe toată amplitudinea de mișcare dar pe măsură ce forța musculară se apropie de 3/5 trebuie instituit un program activ, asistat. Aceasta implică o combinație de exerciții izotonice și izometrice cu ajutorul curelelor elastice cu rezistențe diferite.

Pe măsură ce forța musculară se apropie de 4/5 (forță musculară aproape normală) trebuie utilizată o abordare mai agresivă cu greutatea sau aparate rezistive.

Mobilitatea redusă a articulațiilor poate fi cauzată de o artropatie inflamatorie sau contractură tendinoasă sau a țesuturilor moi. Căldura este contraindicată pacienților cu artrite acute și recele este indicat la acești pacienți.

Pacienții cu miopatie acută sau cronică, deseori prezintă tensiune la nivelul tendoanelor și capsulelor cât și la nivelul mușchilor din jurul

articulațiilor. În această circumstanță, căldura ar trebui aplicată pentru a crește mobilitatea, înaintea instituirii unui program de creștere a amplitudinii de mișcare și forței musculare, la pacienții cu artrite acute.

Pe măsură ce evoluția pacientului se îmbunătățește, trebuie implementat un program de condiționare, aerobic care se adresează oboselii.

La bolnavii cu tulburări respiratorii se pot iniția tehnici de drenaj postural și terapie manuală toracică.

De asemenea, trebuie făcută o evaluare și management printr-un logoped specializat în disfagie.

Un fizioterapeut și un terapeut ocupațional pot consilia pacientul asupra poziției, tehnicilor de poziționare și posturilor cât și asupra unor manevre speciale de reeducare a înghițirii pentru a preveni aspirarea.

Manifestari la nivelul articulatiei temporo-mandibulare si a cavitatii orale:

- ✎ durere și sensibilitate la palpare;
- ✎ reducerea amplitudinii si vitezei de miscare a mandibulei;
- ✎ modificari de masticatie datorate oboselii musculare accentuate;
- ✎ edem al fetei în jurul malarelor si al cavitatilor orbitare, cu eritem de “portelan”;
- ✎ pe mucoasa gingivala se pot gasi pete punctiforme sau retea orborescenta;
- ✎ edemul poate infiltra limba, faringele si laringele, provocand dispnee.

Tratament

- Antiinflamatoare nesteroidiene;
- Repaus in perioada de activare a bolii;
- Purtarea unui guler (minerve) in cazul afectiunii muschilor flexori ai gatului;
- Corticoterapie

SUPORT DE LUCRĂRI PRACTICE/STAGII
DISCIPLINA: FIZIOTERAPIE

Pentru studenții anului V
FACULTATEA DE MEDICINĂ DENTARĂ

*licențiat în Fiziokinetoterapie,
dr. Daniela-Aurora Tănase*

- Reeducarea deglutiției;
- Masaj de tonifiere a musculaturii atrofiate
- Exerciții de mimică
- Electroterapie stimulatorie.