

LUCRAREA PRACTICA 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

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: igienodietetic, evoluția stării psihice, medicamentos, balneofizic, electroterapie, masaj, kinetoterapie, terapie ocupațională și cura balneoclimatică.

Tratamentul igienodietetic

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

Tratamentul dietetic constă 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 umărul dureros simplu ca medicație se indică aspirină, se fac infiltrații cu acetat de hidrocortizon. După cedarea durerilor, la umărul dureros acut se administrează fenilbutazonă 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, treptată.

Din procedurile de **electroterapie** sunt foarte utile în această patologie curenții diadinamici, curentul galvanic asociat, ionoterapia medicamentoasă (novocaina, calciu), bai galvanice bicelulare, ultraviolete în doză eritem.

Tot din electroterapie mai folosim bai de lumină parțială 10-15 minute, diatermia cu unde scurte în doze medii și ultrasunete.

Curentul galvanic

În raport cu localizarea proceselor patologice și de fază lor de evoluție, procedăm la felul de aplicare a curentului continuu.

În sindroamele de umăr dureros utilizăm o aplicare transversală cu doi electrozi egali, unul anterior, altul posterior, intensitatea curentului va fi mică, 15-20 minute. Această procedură este preferată față de oricare altă mai ales în PSH, unde se poate aplica și în faza acută.

Curentul diadinamic:

În mod obișnuit, se începe cu tipul de curent difazat de 100, timp de 15-20", durata necesară pentru adaptare, după care conductibilitatea electrică a tegumentului ajunge la un maxim;

Reducerea cu 1-2 mA intensitatea și trecem la un curent monofazat de 50, timp de 15-20". În acest interval de timp creștem intensitatea cât se poate de mult, până aproape de pragul senzației neplăcute. Este faza de adaptare a sensibilității.

La sfârșitul celor 30-40" se poate trece la CDD modulat cu lungă perioadă fără să mai fie nevoie să acordăm o atenție deosebită intensității curentului.

Diatermia cu unde scurte cuprinse între 40-150 W, respectiv 20-74 mA

Distanța de la față inferioară a localizatorului până la tegument va fi de cca. 2-5-10 cm în raport cu mărimea suprafeței pe care o iradiem.

Direcția localizatorului va fi de preferință perpendiculară pe suprafața tegumentului.

Durata iradierii variază în limite destul de largi, de 5-30 minute, media fiind între 10 și 15 minute.

Procedurile de hidroterapie aplicată în PSH

Procedurile care se aplică au rolul să recupereze funcționalitatea umărului și sunt:

- comprese reci – cu acțiune antiinflamatoare, la 15°, pe loc dureros,.

- băile ascendente de mâini – 35-39°C, timp de 15-20 minute;

- împachetările cu parafină sau namol;

- kinetoterapia – de 38°, timp de 20 minute;

Masaj;

Kinetoterapia:

După masajul selectiv urmează kinetoterapia, care se face la început prin mișcări pasive.

Dupa miscari pasive urmeaza miscarile active pe care bolnavul le executa singur, iar dupa acestea se mai fac miscari active cu rezistenta in care kinetoterapeutul opune rezistenta iar pacientul incearca sa execute miscarile.



Fig.1, 2, 3 Testarea mobilității și a durerii umărului



Fig. 4, 5 Caz clinic de umăr blocat, înainte de tratament

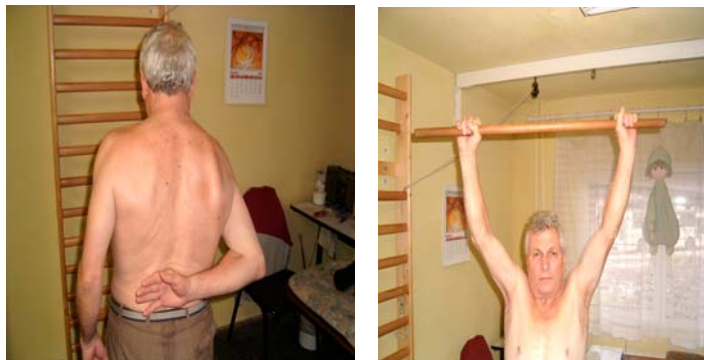


Fig. 5, 6 Caz clinic de umăr blocat, după tratament

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

Bursele ușurează alunecarea și facilitează mișcările. De fiecare parte a corpului există 80 de burse.

În bursite durere poate fi spontană sau declansată la mișcare.

Cauzele bursitelor sunt:

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

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 redoare și limitarea mișcărilor respectivelor articulații.

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

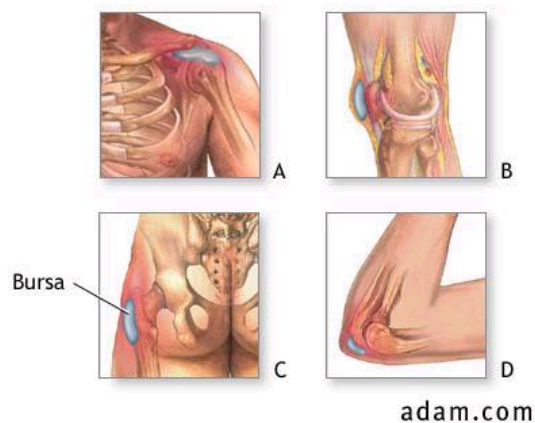


Fig. 2,3, 4, 5 Localizarile burselor

Tratament

Obiectivele tratamentului sunt:

- ameliorarea durerii
- diminuarea procesului inflamator

- evitarea factorilor de risc – traumatisme repetate, artroze
- prevenirea recurențelor

Repausul constituie o masura necesara in tratamentul bursitelor, indiferent de localizarea lor.

In bursitele acute se indica o imobilizare de 7-10 zile si evitarea activitatilor solicitante timp de 1, 2 saptamani.

Aplicatiile reci (comprese reci sau pungi de gheata) in bursitele acute usureaza durerea si reduc tumefactiile.

Medicație antiinflamatoare

- AINS
- infiltrații locale cu glucocorticoizi.

In puseul acut al bursitelor, cand este prezenta durerea si redoarea se poate recomanda ortezarea articulatiei afectate.

Masajul trebuie efectuat la inceput cu gheata, urmat de un masaj usor cu geluri si creme antiinflamatoare;

Kinetoterapia este recomandata dupa retractia puseului acut si consta din miscari pasive, urmate de miscari active efectuate pe toata amplitudinea de miscare.

Evitarea menținerii aceleiași poziții, a mișcărilor repetitive.

Electroterapia antalgica este recomandata la inceputul tratametului: curentul galvanic, TENS, urmata de terapie cu ultrasunete, aplicata local pe zonele dureroase.

Acupunctura și laseroterapia au efecte benefice asupra structurilor periarticulare.

In bursitele superficiale este indicata punctia si aspiratia lichidului bursal și antibioterapie în cazul infecțiilor.

Tratamentul chirurgical este indicat doar in cazurile in care celelalte tratamente au dat gres.

Sinovita și capsulita articulației temporo-mandibulare

Poate fi cauzată de:

- infecții intraarticulare,
- LES,
- poliartrita reumatoidă
- în urma unor microtraumatisme

Sinoviala fiind bogat înervată articulația este foarte dureroasă.



Fig. 6 Articulația temporo+mandibulară
3.bp.blogspot.com

Tratament

- Repausul articulației și mișcări cât mai puține în puseele acute;
- Antiinflamatoare nesteroidiene;
- Aplicații reci, crioterapie;
- Masaj cu creme antiinflamatoare;
- În cazul microtraumatismelor – injecții intraarticulare cu corticosteroizi;
- Electroterapie cu ultrasunete în doze mici și medii între 0.05 și 0.5 W/cm² între 2 și 10 minute, sesiuni de 6-12 zile.
- Laseroterapie.

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 contractii violente rapide musculare.

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

Cauzele tendinitelor:

- 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 cicatriceală, cu stenoza tecii sinoviale, care împiedică alunecarea și mișcarea tendonului, ducând la reducerea mișcărilor.

Forme clinice:

Membru superior

- mână:

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



Fig.1 Zona afectată de compresia nervului median
www.mymed.ro

- cot: Epicondilita laterală ; Epicondilita medială ; Tendinita inserției musculo-tendinoase a bicepsului
- umăr: Tendinita manșetei rotatorilor; Ruptura manșetei rotatorilor Tendinita bicipitală; Tendinita calcifiantă; 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 antiinflamator

- AINS
- infiltrații locale cu glucocorticoizi, anesteze

Tratament de recuperare consta in:

- Imobilizare
- masaj
- kinetoterapie

In formele acute se recomanda repaus postural. Apoi se recomandă fizioterapie antalgică, contractii izometrice, mobilizari pasive lente si blande, pe amplitudinea care nu provoaca durere.

- In formele cronice:
 - Masaj local profund cu substante uleioase, masaj Cyriax, efectuandu-se frictiuni perpendiculare pe directia fibrelor musculare sau ligamentare timp de 10 minute.
 - Masajul transversal profund inlatura aderentele fibroase si reface muschiul si tendonul.
 - Tensionari, scuturaturi, tractiuni, elongatii.

Tendinita temporală

Apare ca urmare a activitatii continue si prelungite a muschiului temporal, a stresului emotional sau a unei dureri profunde.

Clinic se remarca:

- Durere in regiunea templei si la nivelul globului ocular;
- Durere la contractia m. temporal;
- Limitarea deschiderii cavitatii bucale;
- Inflamatia ligamentului stilo-mandibular, care produce durere la nivelul muschiului temporal

Tratament

In formele acute:

- AINS + anesteze;
- Evitarea pe cat posibil a miscarilor;

SUPORT DE LUCRĂRI PRACTICE/STAGII
DISCIPLINA: FIZIOTERAPIE

Pentru studenții anului V
FACULTATEA DE MEDICINĂ DENTARĂ

licențiat în Fiziokinetoterapie,
dr. Daniela-Aurora Tănase

- Masaj cu gheata
- Electroterapie antalgică (TENS, ultrasunete la nivelul m. temporal și pe zonele dureroase)
- Laseroterapie

După puseul acut se indică:

- mobilizarea articulației pe amplitudinea care nu provoacă durere
- masaj relaxant cu creme antiinflamatoare, la nivelul mușchiului temporal.