

7. Moldovanu I, Dodick David.W, Odobescu S. Cefaleele, durerile faciale si cervicale. Diagnostic și tratament. Centrul editorial poligrafic "Tipografia centrală", Chișinău, 2007.
8. Gherman D, Moldovanu I, Zapuhlîh Gr. Neurologie și neurochirurgie. Centrul Editorial Poligrafic Medicina, Chișinău, 2003.
9. Silberstein S.D. Headache in clinical practice. Medical media, 1998.
10. Е. Л. Соков, Л. Е. Корнилов: Головная боль. Первичная головная боль. Мигрень. Москва 2001: 240-256.
11. Strucky C.L., Gold M.S. Mechanical of pain, PNAS 2001, vol 98, nr.21 11.845-11.846.

ROLUL MIOGHELOZELOR ȘI SINDROMULUI MIOFASCIAL ÎN DUREREA LOMBARĂ CRONICĂ

Diomid Gherman^{1,2}, Svetlana Pleșca², Marina Sangheli¹

Catedra Neurologie USMF „Nicolae Testemițanu”¹

Laboratorul Vertebro-neurologie, IMSP Institutul de Neurologie și Neurochirurgie²

Summary

The role of myogeloses and myofascial syndrome in chronic lombar pain

The study analyzed the role of the myogeloses (focal muscular hypertonus) and myofascial syndrome in development of chronic lombar pain. The clinical variability of the lombar pain, as well as the connection between the myofascial and sacroiliac dysfunction in the onset of lombar pain syndrome was elucidated on basis of a clinical case presentation. The application of the combined treatment of the sacroiliac and myofascial dysfunction considerable decreased the period of time during which the lombar pain syndrome decreased in intensity.

Rezumat

Lucrarea este consacrată studierii rolului mioghelozelor (încordărilor musculare locale) și sindromului miofascial, în evoluția durerii lombare cronice. În baza unui caz clinic a fost elucidată variabilitatea clinică a durerii lombare, la fel legătura între disfuncția miofascială și articulară în declanșarea sindromului algic lombar. Aplicarea tratamentului combinat al disfuncției articulare și miofasciale a redus considerabil perioada de timp în care durerea lombară a cedat în intensitate.

Actualitate

Durerea în spate este o problemă răspândită, care afectează o mare parte a populației. Circa 70% din populație suferă de durere lombară periodică și la circa 15% aceasta se manifestă permanent. Riscul de durere lombară recidivantă este foarte înalt (70-80%). La 5% din pacienți se formează durere cronică în regiunea lombară cu o durată mai mult de trei luni (3).

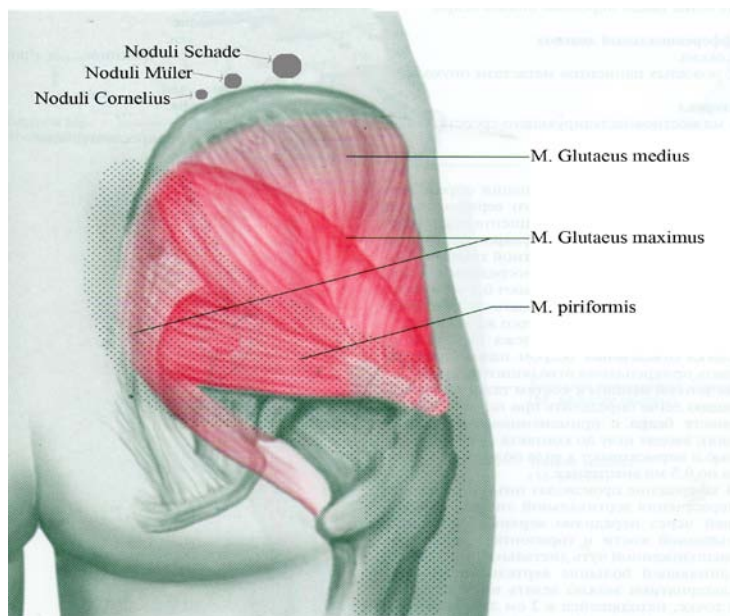
Durerea în regiunea inferioară a spatelui poate fi cauzată de diverse structuri. Deseori originea acesteia este multifactorială și necesită utilizarea diferitor metode terapeutice și de reabilitare (1). Autorii de domeniu remarcă, că circa 50 de forme patologice pot declanșa durerea lombară sau cea cervicală (3). În afară de maladiile somatice care provoacă durerea reflectată în regiunea lombară, există multiple structuri-surse de localizare propriu-zis lombară. Hernia disc, facet-sindrom, patologia articulațiilor sacro-iliace sunt cele mai frecvente cauze ale durerii lombare. În pofida frecvenței înalte ale sindroamelor algice lombare, numai într-un număr redus de cazuri poate fi stabilită o cauză anumită. Este cunoscut faptul, că la 15% pacienți cu durere cronică benignă procesul patologic care provoacă durerea nu se determină (6). Dificultatea problemei crește din motivul că patologia discului intervertebral se întâlnește în diferite grupe de vîrstă, deseori asociindu-se cu proces degenerativ-distrofic articular.

Experiența clinică demonstrează, că prezența patologiei degenerative articulare poate crește probabilitatea afectării lombare sub influența suprasolicitării fizice. De altfel, prezența și

gradul modificărilor degenerative nu întotdeauna corelează cu expresia durerilor lombare. Nu există date suficiente referitoare la frecvența și rolul durerilor musculare primare de nivel lombar, care deseori sînt întâlnite în patologia lombară de diferită etiologie și pare a fi importantă în generarea sindromului algic. Într-o mare parte din pacienți cu durere cronică benignă și durere „nespecifică” în regiunea lombară, durerea miofascială rămîne a fi simptomul clinic de bază, procesul patologic declanșator fiind neelucidat (3).

Un rol important în formarea sindromului algic musculotonic se atribuie și încordărilor musculare locale - mioghelozelor, care se diagnostică prin palpate sau prin alte metode fizice. Nodulii respectivi de consistență crescută corespund de obicei zonelor de formare a punctelor trigger (PT). Se deosebesc următoarele forme ale acestor noduli: 1) noduli A. Cornelius (1913) – mici, cu mărimea pînă la un bob de mazăre, de consistență dură, dureroși la palpate, deseori cu localizare în regiunile profunde ale mușchilor; 2) noduli A. Muller (1911) – de mărime mai mare, care-și schimbă dimensiunea la influența presiunii; 3) miogheloze H. Schade (1920) și M. Lange (1931) – plate, de consistență mai dură, care nu se schimbă la palpate (5). Există puncte trigger active (PTA) și latente (PTL). Caracteristica PTA este durerea, care se produce la palpate lor. PTL pot produce alte efecte caracteristice punctului trigger, cum ar fi încordarea musculară crescută și scurtarea mușchiului, dar care nu produc durerea spontană. Atît PTA, cît și PTL pot cauza disfuncție motorie semnificativă. Se pare, că aceiași factori care sunt responsabili de dezvoltarea unui PTA, într-un grad mai mic pot cauza și PTL. Mioghelozele sau punctele trigger identifică condiții asemănătoare, fiind folosite ca sinonime (8). Cauza de bază a proceselor respective poate fi mușchiul propriu-zis sau particularitățile aparatului de inervare, inclusiv și a celui receptor.

Sindromul algic miofascial se caracterizează prin durere locală și reflectată, originea căreia este punctul trigger miofascial. Caracteristicile: 1. disfuncția musculară motorie, care se caracterizează prin prezența încordării locale a fascicolului muscular la palpate; 2. modificări senzoriale, care se caracterizează mai întîi de toate prin durere. Durerea poate fi atît locală, cît și iradiantă în alte regiuni ale corpului. Încordările musculare locale și durerea reprezintă două caracteristici variabile ale punctului trigger. Prezența și activitatea acestora variază de la o durere spontană pînă la „tăcere absolută” sau reactivitate la stimuli mecanici sau metabolici (3).



Un rol important îl au suprasolicitarea musculară, influența acizilor, factorilor toxici și hipotermiei. Nu în ultimul rînd este implicat și factorul umoral, la fel starea sistemului vegetativ simpatic.

Scopul: studierea rolului miochelozelor (încordărilor musculare locale) și sindromului miofascial în evoluția durerii lombare cronice în baza unui caz clinic.

Material și metode

Studiul a fost bazat pe analiza cazului clinic a pacientul D., 68 de ani, care a fost internat în secția Vertebro-neurologie, INN la 2 februarie 2009.

Pacientul prezenta următoarele acuze: dureri sâcâitoare în regiunea lombară a coloanei vertebrale preponderent din stânga, care se accentuează la mișcări active în structurile regiunii lombo-sacrale, nealterând segmentele vertebrale motorii de acest nivel. Istoricul maladiei este de 2-3 ani, maladia debutând cu dureri lombare surde periodice. Starea s-a acutizat acum o lună în urmă după un efort fizic cu intensificarea durerilor lombare și instalarea unui sindrom musculotonic în mușchii paravertebrali din stânga. Tratamentul medicamentos administrat (preparate analgetice și antiinflamatorii non-steroidiene) a avut efect minimal.

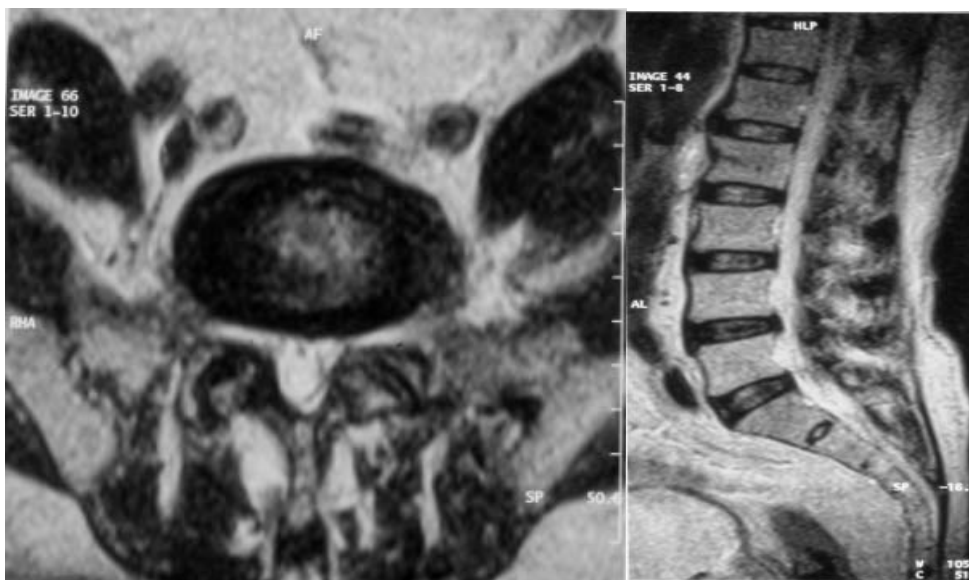
Examenul obiectiv pe sisteme relevă modificări potrivit vârstei.

Nervii cranieni – fără patologie organică. Sistemul motor: mișcările active sunt efectuate în volum deplin, normotonie în extremități, reflexele osteotendinoase la membrele superioare și inferioare – D=S, înviorate. Semne patologice absente. Sensibilitatea superficială și profundă este păstrată. Mișcările active în coloana lombară - limitate spre stânga.

Mersul este ușor antalgic, dar nu este dereglat. Cristele iliace sînt la nivel egal. Rezultatul testului de anteroflexie în ortostatism este pozitiv din stînga, ce presupune limitarea motilității a osului iliac din stînga relativ sacrumului sau încordarea m. quadratus lumborum.

Investigarea regiunii lombosacrale a coloanei vertebrale nu denotă disfuncția segmentelor vertebrale motorii, cu excepția blocului funcțional în segmentul L5-S1. Palpator se deremină scurtarea m. quadratus lumborum și mușchilor paravertebrali din stînga, la fel superior cristei iliace, se determină un nodul dur, de mărimea unui bob de mazăre, dureros la palpare; la nivelul m. gluteus superior – un fascicul muscular dur, dureros la palpare, cu dimensiuni 2x4 cm. Lateral de nodulul paravertebral se palpează alți 2 noduli cu direcție longitudinală de mărimea unui bob de fasole mai puțin duri și doli la palpare.

Examenul suplimentar prin IRM lombar din 6.II.2009 vizualizează modificări degenerativ-distrofice, destructurizarea texturală și pensarea înălțimii discului intervertebral L3-L4, L4-L5, L5-S1. Lordoza lombară estompată, concreșteri osoase marginale. Protruzie anulară a discului intervertebral L3-L4 (0,3 cm), stenozare moderată a canalelor radiculare bilateral. Canalul rahidian normal dimensionat și configurat.



Diagnosticul stabilit: Lombalgie cronică persistentă, moderat pronunțată, sindrom miofascial în m. gluteus din stînga și mm. paravertebrali lombari cu miogeloze Cornelius și Schade pe fondal de proces degenerativ-distrofic difuz lombo-sacral.

Așadar, examenul clinic n-a relevat o patologie neurologică organică. A fost diagnosticată o disfuncție izolată în segmentul motor vertebral L5-S1, disfuncție somatică a articulației sacro-iliace din stînga și dereglări miofasciale sub formă de mioghelozel: nodul Cornelius în m. quadratus lumborum, noduli Cornelius și Schade în mușchii paravertebrali și m. gluteus din stînga.

Tratament. Luînd în considerație rezistența sindromului algic la administrarea remediilor analgetice și antiinflamatoare, s-a recurs la infiltrația locale cu anesthetic și corticosteroizi în zonele trigger diagnosticate, cu relaxarea postizometrică ulterioară a mușchiului încordat. Durerea s-a micșorat în intensitate parțial (circa 25-30%). După a doua manipulație care a fost direcționată atît asupra disfuncției articulare cu infiltrația articulației sacro-iliace, cît și factorului musculotonic prin injectarea punctelor trigger sindromul algic a dispărut complet.

Discuții și concluzii

Metodele de tratament ale patologiei discurilor intervertebrale, afectării articulațiilor zigo-apofizare, structurilor nervoase și ale altor maladii sînt într-o evoluție continuă. Însă cea mai discutabilă problemă în reabilitarea patologiei lombare rămîne durerea lombară nespecifică, care conform definiției reprezintă un sindrom algic persistent, în care sursa durerii nu este definită în pofida efectuării unor investigații paraclinice cum ar fi radiografia și electromiografia (2). În tratamentul contemporan al durerii lombare cronice accent se pune pe conceptul reabilitării funcționale, care include exerciții fizice cu creșterea treptată a efortului. În cazul în care nu sînt luate în considerație prezența mioghelozelor (punctelor trigger) și sindromului miofascial, acestea duc la intensificarea durerii.

Așa dar, pîna la inițierea tratamentului este necesară investigarea pacientului cu scopul elucidării originii durerii. Investigațiile obiective, metodele de laborator și neuro-imagistice, se efectuează pentru a depista cauza durerii, inclusiv patologia oncologică. De remarcat importanța modificărilor bio-mecanice în durerile lombare, provocate de mioghelozel și sindrom miofascial. Spre exemplu, rotirea bazinului, care este provocată de scurtarea asimetrică a mușchilor lombari, a bazinului și a femurului, la fel disfuncția articulațiilor sacro-iliace, care modifică mecanica fiziologică a regiunii inferioare a coloanei vertebrale, a bazinului și a coapselor, astfel provocînd formarea punctelor trigger miofasciale (7). Depistarea și corecția acestor forme de patologii reprezintă componente importante în tratamentul durerilor lombare. La fel este necesară verificarea rolului mioghelozelor și sindromului algic miofascial în geneza, susținerea și formarea pattern-ului clinic în aceste modificări ale biomecanicii.

Astfel, rezultatul tratamentului va depinde de cunoașterea și depistarea corectă a tuturor surselor miofasciale posibile, care declanșază durerea iradiantă. Lipsa efectului pozitiv poate fi cauzată de aplicarea metodelor curative asupra zonelor de durere iradiantă și nu asupra punctelor trigger, care provoacă durerea. După elucidarea cauzelor durerii miofasciale, se elaborează abordul terapeutic, care trebuie să fie direcționat atît asupra punctelor trigger, cît și asupra disfuncției articulare. Planul de tratament, astfel, va cuprinde factorii declanșatori, incluzînd mersul, postura și poziția în timpul somnului, cît și factorii alimentari, metabolici, ai echilibrului hormonal, altor maladii și factorii psihologici, care pot influența procesele de reabilitare. Disfuncția articulară nu numai că aduce aportul în formarea sindromului algic lombar, dar și creează condiții pentru dereglări miofasciale (4).

Cazul clinic prezentat demonstrează variabilitatea tipurilor durerii lombare și complexitatea problemei date. A fost elucidată legătura între disfuncția miofascială în asociere cu mioghelozel și articulară sacroiliacă la un pacient cu sindrom duror lombar relativ acut și simplu, fiind atrasă atenția la perioada scurtă de timp necesară pentru ameliorarea acestuia în caz de aplicare a tratamentului combinat al disfuncției articulare și miofasciale. La fel a fost confirmată ipoteza modelului punctului trigger miofascial, care se dezvoltă treptat pe fondal de

modificări degenerativ-distrofice ale regiunii lombosacrale sub forma disfuncției musculare locale fără manifestări algice inițiale. În cazul prezentat mioghelozele inițial se prezentau ca puncte trigger latente, așa numită faza „mută” care se caracterizează prin lipsa durerii. Manifestările senzoriale ale mioghelozelor – durerea – au fost provocate de factorii declanșatori mecanici și termici.

Așadar, numai abordul terapeutic complex asupra componentului miofascial, mioghelozelor și disfuncției articulare duce la ameliorarea durerii lombare mecanice și nespecifice.

Bibliografie

1. Datta S, Everett CR, Trescot AM, Schultz DM et al. An updated systematic review of the diagnostic utility of selective nerve root blocks, *Pain Physician*, 2007;113-128.
2. Guzman J, Esmail R, Karjalainen K, Malmivaara A et al. Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low back pain, *Cochrane Database Syst rev*, 2002: 963.
3. Ferguson L, Gervin RD. *Clinical Mastery in the treatment of myofascial pain*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 2004:227-268.
4. Fisher A. New injection techniques for treatment of musculoskeletal pain. In: Rachihlin E., Rachihlin I., eds. *Myofascial pain and fibromyalgia*, 2nd Ed. St. Louis: Mosby, 2002:403-419.
5. Giles LGF, Muller R. Chronic spinal pain: a randomized clinical trial comparing medication, acupuncture, and spinal manipulation. *Spine* 2003;28:1490-1503.
6. Schwartzer AC., Aprill C.N., Bogduc N. The sacroiliac joint in low back pain. *Spine* 1995; 20:31-37.
7. Nachemson A, Jonsson E, eds. *Neck and low back pain: The scientific Evidence of Causes, Diagnosis, and Treatment*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 2000:165-187.
8. Simons DG, Travell JG, Simons LS. *Myofascial pain and dysfunction: The trigger point manual*, 2nd Ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins, 1999;1038 p.

CEFALEEA CERVICOGENĂ (CC) ȘI UNELE ASPECTE ETIOPATOGENICE

Diomid Gherman, Rodica Vașchevici

Catedra Neurologie USMF „Nicolae Testemițanu”

Institutul de Neurologie și Neurochirurgie

Summary

Cervicogenic headache and some ethiopathogenic aspects

Researching a study group including 70 persons aged from 18 to 61 years suffering from cervicogenic headache, with the age average of 38 years, the prevalence male/female has been determined to be 1:7. CC is seldom unilaterally, starts in the occipital-cervical region and irradiates to the temporal, parietal and frontal areas. CC may be associated with radicular, muscular, the third sympathetic-cervical ganglion and with vertebrobasilar insufficiency syndromes as a result of dystrophic and degenerative processes of the vertebral cervical column that excites radicular and sympathetic structures, that enervate the vertebra-basilar system.

Rezumat

A fost efectuat un studiu care a inclus 70 de persoane cu cefalee cervicogenă având vârsta cuprinsă între 8 și 61 de ani, vârsta medie 38 de ani, raportul bărbați/femei a fost de 1:7. CC mai frecvent este unilaterală, debutează în regiunea occipito-cervicală și iradiază spre regiunile temporo-parieto-frontale. CC se poate asocia cu sindroamele radiculo-musculare cervicale, a ganglionului stellat și cu insuficiența vertebro-bazilară ca consecință ale proceselor distrofico-