

SINDROMUL RADICULAR LOMBAR LA PACIENȚII CU AMPUTAȚIA MEMBRULUI INFERIOR, PRIMAR PROTEZAȚI

Alisa TĂBÎRȚĂ,

USMF Nicolae Testemițanu, Catedra Reabilitare Medicală,
Medicina Fizică și Terapie Manuală

Summary

Lumbar radicular syndrome at the patients with lower limb amputation primary prosthesis

The purpose of this paper is evaluation of the effectiveness of associated physio-functional treatment at the patients with lower limb amputation after prosthesis and lumbar radicular syndrome. The subgroup A received traditional treatment, subgroup B performed traditional treatment associated with Pysio-functional methods. All patients were evaluated subjectively and objectively (visual pain scale, the test Laseque, Quebec scale). The principle application of complex rehabilitation proved more efficiently in the treatment of radicular syndrome at the patients with lower limb amputation primary prosthesis.

Keywords: Lumbar radicular syndrome, lower limb amputation, and medical rehabilitation

Резюме

Пояснично-корешковый синдром у пациентов с ампутацией нижних конечностей после протезирования

Общая цель исследования – определение эффективности ассоциации физио-функциональных средств при лечении пояснично-корешкового синдрома у пациентов с ампутацией нижних конечностей после протезирования. Подгруппа А принимала традиционное лечение, подгруппа В – традиционное в ассоциации с физио-функциональными средствами. Все пациенты были оценены субъективно и объективно (по визуальной аналоговой шкале боли, тесту Ласеке, шкале Квебека). Принцип применения комплексных программ по реабилитации оказался более эффективным при лечении корешкового синдрома у больных с ампутацией нижних конечностей после протезирования.

Ключевые слова: пояснично-корешковый синдром, ампутация нижних конечностей, медицинская реабилитация

Introducere

După datele literaturii, în jurul vârstei de 40 de ani, la fiecare a doua persoană se depistează modificări degenerative ale coloanei vertebrale, către 50 de ani – la 70% din populație, către 70 de ani – la 90% [6, 10]. În cazul amputării unui segment, cum este membrul inferior, se dezvoltă un dezechilibru de proporții în biomecanică și biostatică la nivelul

membrului amputat, precum și în întregul organism. Deficitul motor pe diferite grupe musculare și articulare dereglează capacitățile funcționale globale, prin dezechilibrul schemelor de mers și suprasolicitarea coloanei vertebrale [2, 7]. Acest dezechilibru patologic are un impact nefavorabil în desfășurarea funcției statice și celei de locomoție. Dereglările biomecanice asociate cu degenerarea discală servesc drept premise pentru apariția sindromului radicular lombar (SRL) mult mai frecvent la pacienții ampuțați, comparativ cu populația generală.

Reabilitarea medicală a pacienților ce au suportat o amputație a membrului inferior este determinată în mare măsură de complexitatea dizabilității prin perturbarea deficitului funcțional la nivel segmentar și la nivel global.

Există controverse cu privire la abordarea conservatoare a SRL, deoarece nu există nicio dovadă puternică a eficacității majorității tratamentelor [4, 5]. Furnizarea adecvată a informației pentru pacient cu privire la cauzele și prognosticul SRL poate fi un pas logic în gestionarea acestei probleme, dar acest lucru nu a fost încă supus studiilor clinice randomizate [8]. Utilizarea de nonsteroidiene, medicamente antiinflamatoare sau inhibitori ai ciclooxigenazei-2 pot avea un efect semnificativ asupra durerii radiculare acute, comparativ cu placebo [6]. Nu există, cu toate acestea, niciun rezultat pe termen lung cu privire la evoluția SRL [1, 3].

Terapia prin mijloace active, cum ar fi kinetoterapia asociată cu mijloace fizioterapice, poate avea, eventual, un efect benefic și la pacienții cu amputații de membre inferioare. Din acest motiv, este adesea considerat un tratament de prima linie [9, 10]. Un studiu randomizat a fost în măsură să demonstreze un rezultat mai bun după 52 de săptămâni la pacienții care au primit kinetoterapie combinată cu o terapie conservatoare, în comparație cu pacienții care au primit numai terapie conservatoare (79% față de 56%). Acest lucru nu pare însă a fi de cost-eficacitate [11].

Intervenția chirurgicală duce la o diminuare mai rapidă a plângerilor radiculare acute în comparație cu o abordare conservatoare, dar pentru pacienții ce au suportat o amputație de membru trebuie să fie o soluție de ultima linie [2, 9]. Practica actuală presupune de a dezvolta un program de reabilitare pentru dureri de spate și de a investiga cauzele structurale, iar terapia chirurgicală să fie o opțiune numai atunci când există un deficit neurologic obiectiv sau durere care nu se îmbunătățește după tratamente conservatoare optime repetate [7, 9].

Scopul lucrării a fost evaluarea eficacității asocierii mijloacelor fiziofuncționale în tratamentul complex al SRL la pacienții cu amputația membrului inferior, primar protezați.

Materiale și metode

Din totalul de 338 de pacienți cu amputație la nivel de gambă, internați pe parcursul unui an pentru protezare primară în Centrul Republican Experimental de Protezare, Ortopedie și Reabilitare, 63 de pacienți au avut ca diagnostic concomitent SRL.

Din 63 de pacienți cu SRL, am selectat 50 de persoane, 28 (56,0%) bărbați și 22 (44,0%) femei. Conform parametrului de vârstă, 26 pacienți (52,0%) ≤ 50 ani și 24 (48,0%) > 50 ani. Vârsta minimă – 29 ani și vârsta maximă – 69 ani.

Criterii de excludere: pacienți cu vârsta până la 18 ani și după 70 de ani; cu simptome de cauda equina; hernii laterale extreme; pacienți amputați neprotezați; stări grave decompensate; refuzul pacientului.

Astfel, subplotul A a inclus 24 pacienți (48,0%), dintre care 14 (58,33%) bărbați și 10 (41,66%) femei. Subplotul B a inclus 26 pacienți (52,0%), dintre care 14 (53,84%) bărbați și 12 (46,15%) femei.

Metode de evaluare

Ambele subploturi au fost examinate subiectiv și obiectiv înainte de tratament și la externare (a 10-a zi de tratament). Din datele subiective (acuzele pacientului și anameza bolii) s-au obținut informații despre durere și caracterul ei: sediul (difuză– localizată, iradiantă), intensitatea, momentul apariției, durata, elemente declanșatoare sau de accentuare, de iradiere în regiunile limitrofe sau la distanță, gradul de impotență funcțională.

Pentru cuantificarea durerii am folosit scala vizuală analogică a durerii (VAS), prin intermediul căreia fiecare pacient s-a autoevaluat, din punct de vedere al intensității durerii, cu o cifră de la 0 la 10 (0 = durere absentă, 10 = durere maximă).

Severitatea compresiei radiculare a fost obiectivizată cu ajutorul testului de elongare Laseque (efectuat de medic), măsurat în grade prin goniometrie.

După examenul somatoscopic global și segmentar, mobilitatea globală a coloanei vertebrale, precum și testarea musculară, toți pacienții au fost chestionați cu ajutorul scalei Quebec. Aceasta este folosită pentru aprecierea statusului funcțional la pacientul cu durere vertebrală lombară, fiind alcătuită din 8 întrebări. Cotația fiecărui element se face numeric de la 0 la 5 (0 – fără dificultate, 1 – foarte puțin dificil, 2 – puțin dificil, 3 – dificil, 4 – foarte dificil, 5 – imposibil).

Calcul:

Valoarea minimă – 0 puncte (scor optim)

Valoarea maximă – 40 puncte (status funcțional minim).

Programul de tratament parțial pentru subplotul A:

- Medicamentos: antiinflamatoare aplicate local și intramuscular, miorelaxante, preparate vasculare și vitaminoterapie.

- Posturi delordozante: adaptarea unor posturiantalgice în decubit dorsal (cel mai frecvent cu genunchii flectați), decubit lateral (“cocoș de pușcă”) sau în orice altă poziție relaxantă.

- Masaj manual de relaxare a regiunii lombosacrate și membrului inferior, zilnic, 8 ședințe.

- Kinetoterapia activă pentru mobilizarea coloanei vertebrale, mușchilor psoas iliac și extensor al porțiunii vertebrale lombare, cuprinse în Programul Williams, faza II și faza III.

Programul de tratament complex pentru subplotul B a fost completat cu:

- Electroterapie: magnetoterapie + curenți sinusoidali modulați în regiunea lombară, paravertebral și membrul afectat, 20 minute, zilnic, 8 ședințe.

- Hidrotermoterapie: Băi curative cu sare de mare, 38°, 15 minute, zilnic, 8 ședințe, aplicație lombară de parafină + ozokerită, 20 minute, zilnic, 8 ședințe.

Rezultate și discuții

Metodele de bază ale tratamentului funcțional au fost kinetoterapia și masajul, susținute de terapia medicamentoasă antalgică și antiinflamatoare. Programul de reabilitare complex indicat pacienților din subplotul B a fost completat cu metodele fizioterapice și de hidrotermoterapie.

Ambele subploturi au fost evaluate în 1-a zi și a 10-a zi a tratamentului. Pentru a elucida eficacitatea tratamentului, am obiectivizat prin indicii parametrilor sugestivi pentru SRL.

Aprecierea efectului antalgic al reabilitării complexe obiectivizate prin scala VAS este prezentată în figura 1.

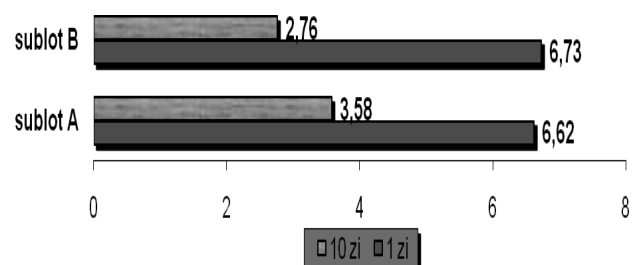


Figura 1. Media scorului VAS pentru ambele subploturi

Pentru subplotul B, înainte de tratament nivelul de durere atinge pragul de 6,73 puncte și scade până în ultima zi de tratament la 2,76 puncte pe VAS, fără însă a atinge 100% de eficiență a acestui

tratament. La subplotul A, în prima zi de tratament, media nivelului durerii atinge pragul de 6,62 puncte pe scala analogică vizuală a durerii și ajunge în ultima zi de tratament la 3,58 puncte, ameliorându-se considerabil.

Sindromul de elongare măsurat în grade prin manevra Laseque determină o creștere de 31.25 grade în cea de-a 10-a zi de tratament pentru subplotul A de studiu. În ziua a 10-a, media pentru subplotul B este de 83.26 grade. S-a observat o ameliorare de 33.84 grade în ultima zi de tratament față de prima zi (figura 2).

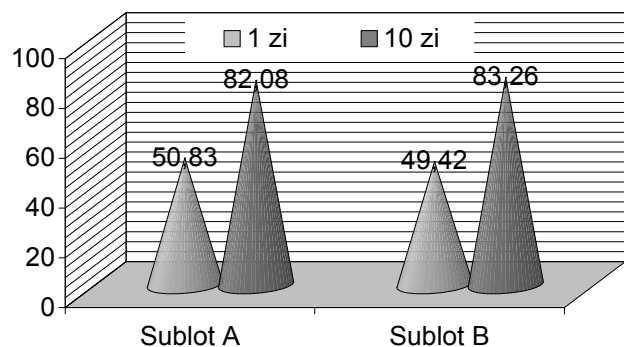


Figura 2. Media pentru testul de elongație Laseque

Evaluarea statutului funcțional demonstrează că toți pacienții au avut o ameliorare, conform chestionarului Quebec, ce vizează activitățile zilnice, indicată de media indicelui din ziua a 10-a de tratament. Totuși, o ameliorare mai mare a calității activităților zilnice o au pacienții tratați complex – medicamentos și fiziofuncțional (figura 3).

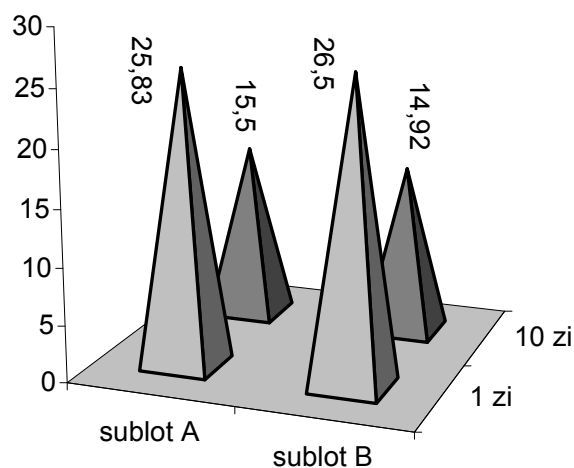


Figura 3. Media indicelui capacității funcționale după chestionarul Quebec

Diferența nesemnificativă a indicilor se datorează prezenței amputației, cu efect dizabilitant sever și cu impact asupra capacităților funcționale ale acestor pacienți.

Concluzii

1. Sindromul radicular lombar reprezintă o formă de patologie relativ frecvent întâlnită la pacienții ce au suportat o amputație.

2. Incluse în programul de reabilitare funcțională, procedurile fizioterapice și hidrotermoterapia au demonstrat ameliorarea tuturor indicilor selectivi: durerea, mobilitatea coloanei lombare, starea neurologică, activitățile zilnice.

3. Programul de reabilitare, medicamentos și fiziofuncțional adevărește unul din principiile reabilitării complexe, dovedind o eficiență mai mare în aprecierea rezultatului final comparativ la ambele subploturi.

4. Gradul de dizabilitate globală a pacientului ce a suportat o amputație poate fi diminuat prin reducerea complicațiilor la nivel de coloană, cum este SRL.

Bibliografie

1. Charriere L., Roy L. *La kinesitherapie dans le traitement des algies vertebrales*. Paris: Masson, 1970.
2. Codrina Ancuța. *Clinica și tratamentul complex al principalelor boli reumatismale*. Iași, 2009.
3. Andreia Ileana Murgu. *Coloana vertebrală la sportivii de performanță*. București: Ars Academica, 2009.
4. Cordon M. *Kinetologie medicală*. București: Editura Axa, 1999.
5. Cordon M. *Masajul. Tehnici și aplicații în sport*. București: Editura Tehnică, 1995.
6. Hagen K.B., Jamtvedt G., Hilde G., Winnem M.F. *The updated cochrane review of bed rest for low back pain and sciatica*. In: Spine, 2005; nr. 30, p. 542–546.
7. Roxana Popescu. *Recuperarea membrului inferior ortezat și protezat*. Craiova, 2007.
8. Koes B.W., van Tulder M.W., Peul W.C. *Diagnosis and treatment of sciatica*. In: BMJ, 2007; nr. 334, p. 1313–1317.
9. Vroomen P.C., de Krom M.C., Knottnerus J.A. *Diagnostic value of history and physical examination in patients suspected of sciatica due to disc herniation: a systematic review*. In: J. Neurol., 1999; nr. 246, p. 899–906.
10. Weinstein J.N., Tosteson T.D., Lurie J.D. et al. *Surgical vs nonoperativetreatment for lumbar disk herniation: the Spine Patient Outcomes Research Trial (SPORT): a randomized trial*. In: JAMA, 2006; nr. 296, p. 2441–2450.
11. Younes M., Bejia I., Aguir Z. et al. *Prevalence and risk factors of disk-related sciatica in an urban population in Tunisia*. In: Joint Bone Spine, 2006; nr. 73, p. 538–542.

Alisa Tăbîrță,

e-mail: tbalisa@gmail.com
tel. 079549280