

4. Reginster J.-Y.; Bruyere O.; Neuprez A., Current Role of Glucosamine in the Treatment of Osteoarthritis, metaanalysis. *Rheumatology*, 2007;46(5):731-735.
5. Woolf C.J., Pain: moving from symptom control toward mechanism specific pharmacologic management. *Ann Intern Med.*, 2004; 140:441-451.

STUDIUL COMPARATIV AL PARTICULARITĂȚILOR CLINICE ALE FIBROMIALGIEI ȘI SINDROMULUI MIOFASCIAL

Daniela Cepoi-Bulgac

Catedra Medicină Internă №1 USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

The comparative study of clinical peculiarities of fibromyalgia and myofascial syndrome

Myofascial pains have a significant incidence in general population, both among male and female patients, being one of the frequent causes of long-term disability. Fibromyalgia predominantly affects women, and is associated with a variety of general complaints, which allows its differentiation as an independent nosologic form. Although, many of the manifestations in fibromyalgia and myofascial syndrome are similar, the approach in both cases should be differentiated, but always multidisciplinary.

Rezumat

Durerile miofasciale au o răspândire semnificativă în populația generală, atât printre persoane de sex masculin, cât și de sex feminin, constituind una din cauzele frecvente ale disabilității îndelungate. FM afectează mai frecvent femeile, și este asociată cu o gamă variată de afectări de ordin general, ceea ce îi permite să se diferențieze ca și formă nozologică independentă. Deși multe din manifestările FM și SMF sunt asemănătoare, abordarea acestor pacienți trebuie să fie diferențiată, dar în ambele cazuri multidisciplinară.

Actualitate

Durerile miofasciale au o răspândire semnificativă în populația generală, atât printre persoane de sex masculin, cât și de sex feminin, constituind una din cauzele frecvente ale disabilității îndelungate. (2-4,4% până la 15% (Stoneley R., Pillemer M.O., 1993; Зборовский A.B., 1997))

Cu toate acestea, multe aspecte diagnostice, prin urmare terapeutice sunt studiate insuficient. Deseori, principiile standard de abordare terapeutică nu aduc ameliorarea așteptată și măsurile terapeutice nu au efect de durată.

Cele expuse mai sus, sunt deosebit de adevărate pentru fibromialgie (FM), care reprezintă un diagnostic relativ nou. Deși primele descrieri ale simptomelor specifice pentru FM se întâlnesc considerabil mai devreme, dezvoltarea acestei forme nozologice s-a observat în anii 90 ai secolului trecut. În acest context, pare surprinzătoare incidența acestei afecțiuni în multe din țările dezvoltate. De ex., în Canada FM este cauza a 23,4% din toate adresările în clinicile de reumatologie (White et al., 1995)¹.

Actualmente, există o polemică în ceea ce privește existența FM ca entitate nozologică. Unii dintre autorii care erau la bazele studierii FM și într-un fel au conceput criteriile diagnostice și de clasificare, reieșind din considerentul că până acum nu s-a reușit elucidarea unor modificări obiective specifice pentru FM, își pun întrebarea: Există oare FM ca entitate nozologică? (Wolfe, 2008 în *New York Times*)

Această incertitudine este susținută de o anumită «lipsă de specificitate» a criteriilor diagnostice propuse de asociațiile clinice. La fel, diagnosticul FM este din cauza absenței unor investigații paraclinice revelatoare. Actualmente, FM constituie un diagnostic de excludere.

Criteriile de recomandate de Colegiul American al Reumatologilor, în esență pot fi aplicate doar cercetărilor științifice și nu practicii clinice.

Cu toate acestea, pentru medicul la care se adresează un pacient cu acuze caracteristice pentru FM și, mai mult, pentru pacientul care se confruntă cu aceste senzații dureroase, această problemă este mai mult decât reală.

La moment, se diferențiază 2 forme majore de afectare neinflamatorie și nedegenerativă a mușchiului: fibromialgia și sindromul miofascial (SMF).^{2,3,4}

Deși ca natură și evoluție clinică aceste afecțiuni reprezintă forme nozologice diferite^{5,6}, trebuie să recunoaștem că deseori există anumite imprecizii în diagnosticul diferențial al afectărilor miofasciale.

Una dintre cele mai frecvente confuzii este faptul că punctele «tender» (punctele dureroase/sensibile) și cele «trigger» reprezintă unul și același fenomen.⁷

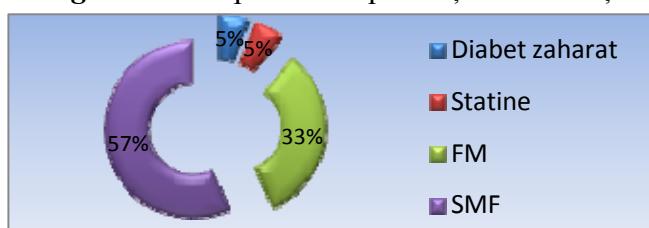
Scop

Studiu comparativ al unor particularități clinice ale fibromialgiei și sindromului miofascial în baza adresărilor la SCM „Sf. Treime”, m.Chișinău.

Material și metode

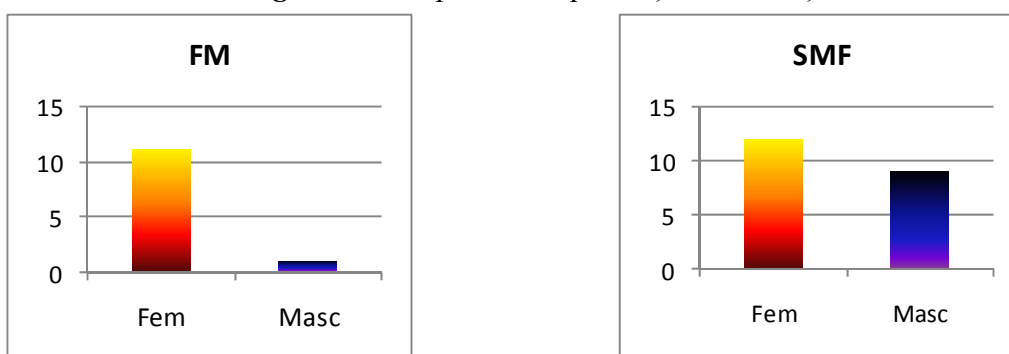
Au fost examinați 37 pacienți cu dureri musculare cronice (mai mult de 3 luni). Pacienții au fost cercetați: clinic, radiologic (pentru corelare cu alterările degenerative ale rahisului). La fel, s-a efectuat scintigrafia (pentru excluderea afectării inflamatorii și afecțiunilor oncologice), electromiografia și analize de laborator (pentru excluderea cauzelor inflamatorii și infecțioase)

Diagrama 1. Repartizarea pacienților în funcție de diagnostic



Pacienții cu diabet zaharat primar depistat și cei la care s-a constatat o legătură de cauzalitate cu administrarea preparatelor hipolipeminate din grupul statinelor au fost excluși din studiu (după sistarea tratamentului hipolipeminat, simptomele fibromialgiei au cedat treptat).

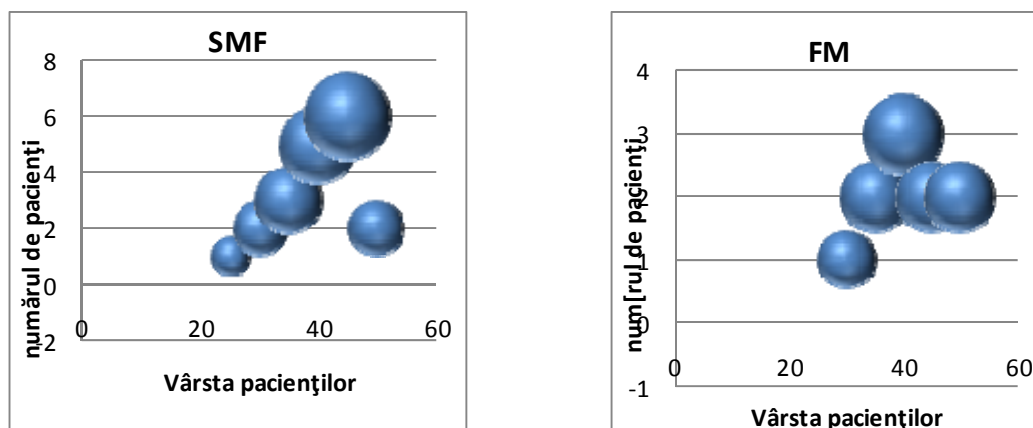
Diagrama 2. Repartizarea pacienților în funcție de sex



În grupul cu FM, s-a constatat o predominare certă a persoanelor de sex feminin, cu raportul de 10:1. Ceea ce corespunde relațiilor din literatura de specialitate.

În grupul cu SMF nu s-a observat o predominare a unuia din sexe.

Diagrama 3. Repartizarea pacienților în funcție de vârstă



În grupul cu SMF pacienții erau relativ uniform repartizați în funcție de vârstă, cu o concentrație ceva mai marcată în grupul de la 40 de ani.

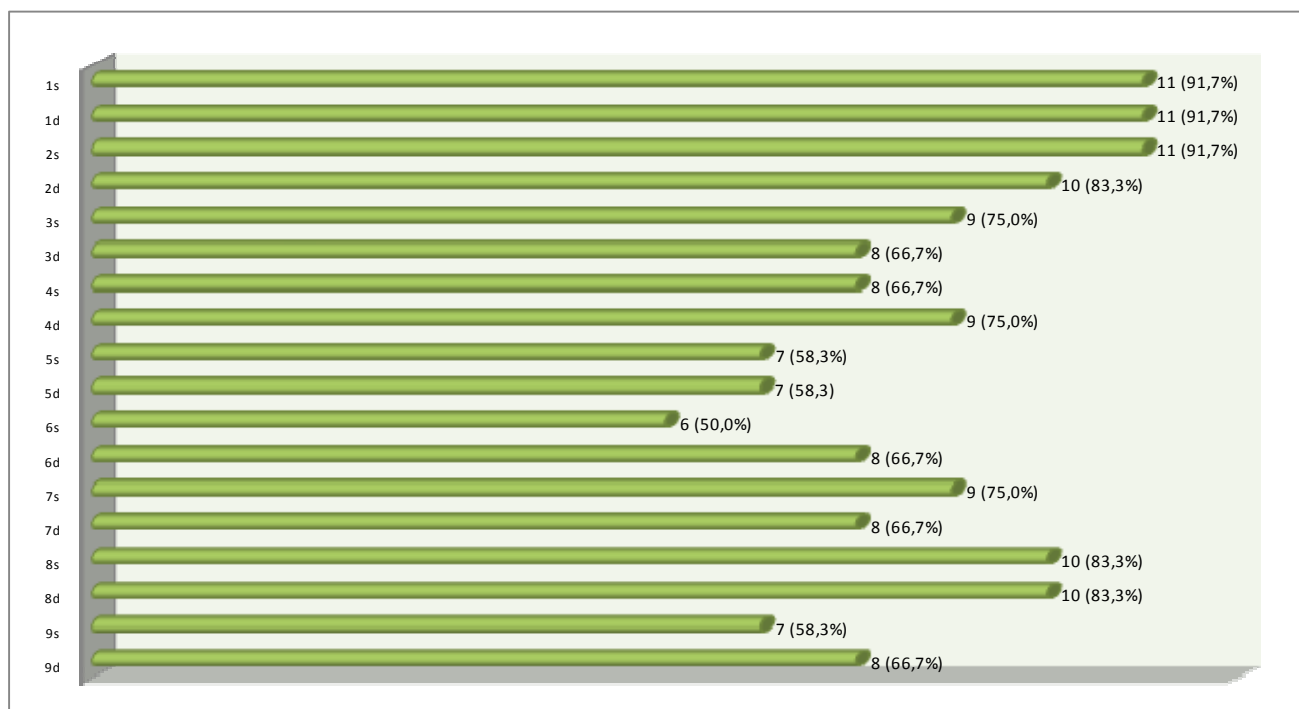
Pacienții cu FM au fost mai compact grupați în intervalul de vârstă de la 35 până la 50 ani, și grupele de vârstă aveau mărimi similare, ceea ce denotă o repartizare relativ uniformă în diferite categorii de vârstă.

Diagnosticul de FM a fost elaborat reieșind din criteriile ACR, 1990:

- Prezența durerilor musculare mai mult de 3 luni
- Dureri musculare cu localizare superior și inferior de talie, și în jumătatea dreapta și stângă a corpului
- Prezența a 11 din punctele dureroase specifice 18 (punctele sunt considerate dureroase, dacă se aplică o presiune de 4 kg – până la «înălbirea lojei unghiale a policelui»)⁸

Aceste puncte reprezintă 9 perechi de puncte dispuse simetric din partea dreapta și stângă a corpului, 5 dintre care se palpează din aspect posterior și 4 din aspect anterior.

Diagrama 4. Repartizarea punctelor specifice dureroase la pacienți cu FM



În caz de prezență a unui număr impar de puncte s-a constatat o predominare netă în raport de 1:2 a unei afectări monolaterale la 7 pacienți (2/3). Astfel, la 11 pacienți au fost

depistate toate 18 puncte; la 2 – 17; 15 puncte au fost depistate la 3 bolnavi. Câte un pacient au avut 14 și 13 puncte. Și la 3 pacienți a fost înregistrat numărul minim necesar pentru elaborarea diagnosticului – 11 puncte.

Diagnosticul SMF a fost elaborat reieșind din următoarele criterii

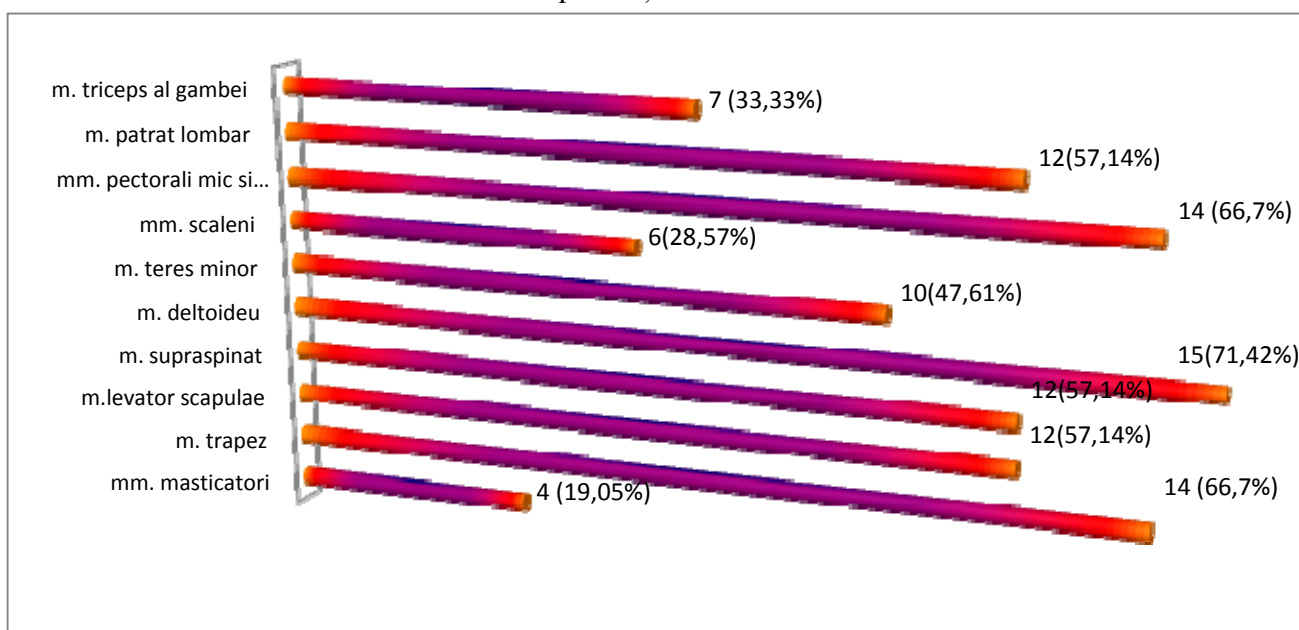
Criterii majore

- Acuze la dureri regionale
- Palparea unui «fus» tensionat în mușchi
- Tiparul caracteristic al durerii referite sau dereglărilor senzoriale (parestezii)
- Limitarea volumului de mișcări

Criterii minore (prezența 1 din:)

- Reproducerea durerii sau a dereglărilor senzoriale la palparea PTR
- Contractia locală la palparea PTR sau la injectare în PTR
- Ameliorarea durerii la extinderea mușchiului sau în caz de blocadă, sau la introducerea un ac «uscat»

Diagrama 5. Repartizarea punctelor trigger în funcție de nivelul de afectare musculară la pacienții cu SMF



În grupul cu SMF, a fost constată o afectare mai frecventă a mușchilor situați superior de talie. Amplasarea în vecinătatea rahisului atât a punctelor trigger, cât și a punctelor tender posibil este condiționată de un rol al acestuia în manifestări miofasciale de o natură sau alta.

La aprecierea stării generale au fost luate în considerație starea de oboseală la momentul examinării care a fost relatată de mai mult de 80% pacienți, ceea ce a fost de 5 mai frecvent decât în grupul cu SMF. Fatigabilitatea la efort fizic, precum și, la unii pacienți agravarea durerilor musculare au fost constatate la 90% pacienți cu FM și aproximativ 30% pacienți cu SMF. În ceea ce privește dereglările somnului (care au inclus forme diverse, dar comună era senzația de «oboseală maximă» după somn), ele au fost de 2 mai frecvente în caz de FM.

Diagrama 7a. Acuzele de ordin general

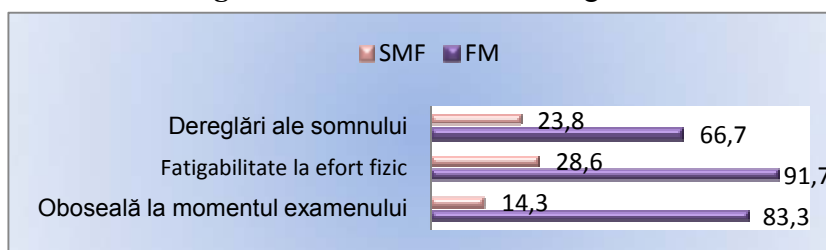
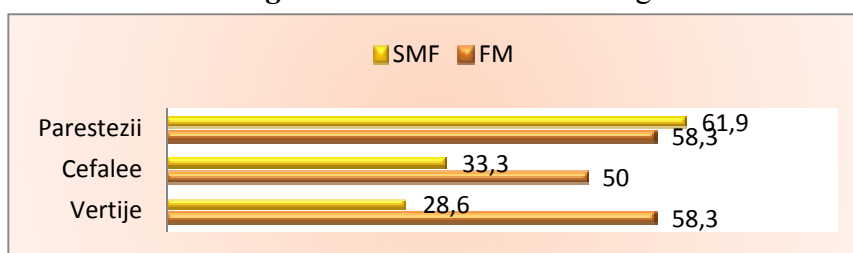


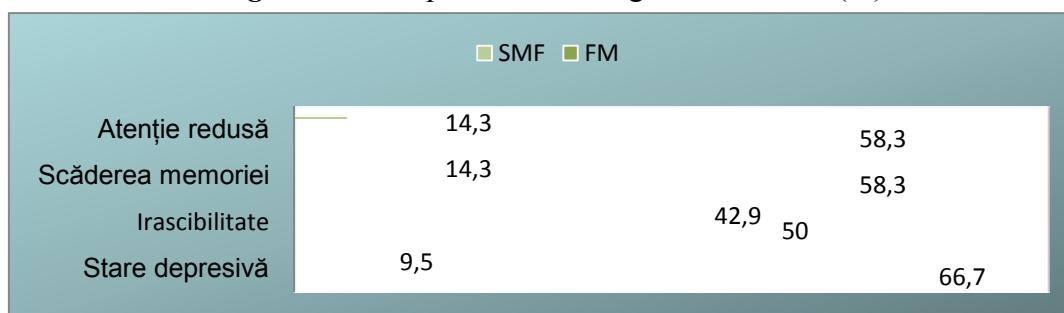
Diagrama 7b. Acuzele de ordin general



Incidența paresteziilor era aproximativ similară în ambele grupuri. Dar, în SMF paresteziile aveau caracter localizat corespunzând nivelului de afectare musculară.

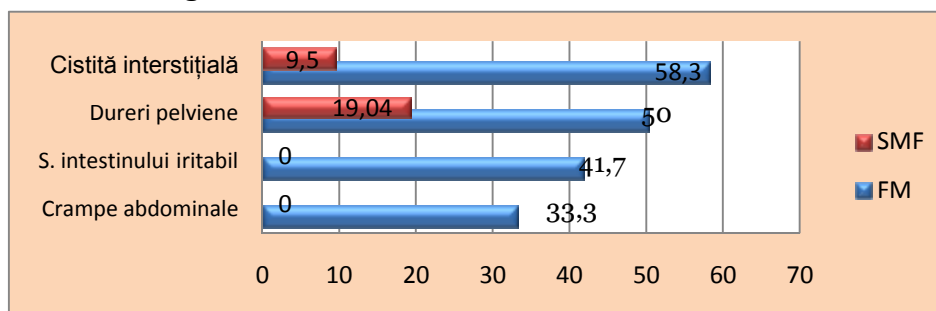
Paresteziile au fost înregistrate la mai mult de jumătate de pacienți din ambele grupuri, însă la pacienții cu SMF paresteziile aveau caracter mai localizat corespunzând nivelului de afectare musculară, pe când în grupul cu FM s-a depistat vreo corelare cu punctele dureroase.

Diagrama 8. Simptome neuro-cognitive asociate (%)



Legătura dintre depresie durere cronică este recunoscută de mai mult timp. Însă în cazul FM, în urma unor corelații considerabile psiho-somatice, deseori apare întrebarea care din ele a fost prima, care este direcția legăturii de cauzalitate, dacă acesta există.

Diagrama 9. Sindroame dureroase asociate



La nici-unul din pacienții cu SMF nu s-a înregistrat sindromul de intestin iritabil sau crampe abdominale de origine neclară, stări recunoscute satelit ale fibromialgiei.

Concluzii

FM afectează mai frecvent femeile, și este asociată cu o gamă variată de afectări de ordin general, ceea ce îi permite să se diferențieze ca și formă nozologică independentă, nu neapărat primară, dar în mod cert cu trăsături specifice clinice care fiind adunate alcătuiesc acest tablou unic. Deși multe din manifestările FM și SMF sunt asemănătoare, abordarea acestor pacienți trebuie să fie diferențiată, dar în ambele cazuri multidisciplinară.

Bibliografie

1. White Kp, Speechley M, Harth M, Ostbye T. Fibromyalgia in rheumatology practice: A Survey of Canadian rheumatologists. *J Rheumatol* 1995;22:722-726.
2. Starlanyl D, Copeland ME. *Fibromyalgia and Chronic Myofascial Pain Syndrome: a Survival Manual*. Oakland, Calif: New Harbinger Pubs; 1996:7-264.
3. Chaitow L. *Fibromyalgia and Muscle Pain*. Thorsons Pub; 1995:1-205.
4. Clauw DJ. Fibromyalgia: more than just a musculoskeletal disease. *Am Fam Physician*. Sep 1 1995;52(3):843-51, 853-4. [[Medline](#)]
5. Arnold LM, Crofford LJ, Mease PJ, et al. Patient perspectives on the impact of fibromyalgia. *Patient Educ Couns*. Oct 2008;73(1):114-20. [[Medline](#)].
6. Yunus MB. Fibromyalgia syndrome: clinical features and spectrum. *J Musculoskelet Pain*. 1994;2:5-21.
7. Bennett Robert. Myofascial pain syndromes and their evaluation. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2007; 21,3:427-445.
8. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee. *Arthritis Rheum* 1990;33:160-72.

ENDOCARDITA INFECȚIOASĂ LA UTILIZATORII DE DROGURI INTRAVENOS, CAZ CLINIC

Valentina Burduja, Alexandra Grejdieru, Minodora Mazur, Ana Știrbul, T. Felecico, Lucia Mazur-Nicorici

Catedra Medicină Internă nr.3 USMF „Nicolae Testemițanu”, IMSP Institutul de Cardiologie

Summary

Infective endocarditis of drug users

Infective endocarditis (IE) represents a severe pathology with a high incidence 1,9-6,2 cases per 100000 persons/year and mortality (20-25%). It affects the left heart in 85-90% cases and only in 5-10% the right side. Infective endocarditis of right heart mostly occurs in intravenous drug users (more than 80%). It evaluates with fever, pulmonary and tricuspid syndroms. Recurrent pulmonary embolism represents a major complication of this disease. *Staphylococcus aureus* is the pathogen agent in the majority of cases. The prognosis of IE in the young intravenous drug users is favorable and the mortality rate represents 5%.

Rezumat

Endocardita infecțioasă este o maladie gravă cu mortalitate înaltă (20 – 25%) și incidență de 1,9 – 6,2 cazuri la 100000 persoane/an. În 85 – 90% cazuri, EI afectează cordul stâng, și numai în 5 – 10% cordul drept. Mai mult de 80 % din cazuri de EI a cordului drept se declanșează la utilizatorii de droguri intravenos (UDIV). Tabloul clinic la acești pacienți include sindromul febril, pulmonar și “tricuspid”, embolismul pulmonar recurent fiind complicația majoră a maladii. Agenții patogeni predominanți – stafilococii (preponderent stafilococul auriu). Pronosticul EI la UDIV tineri, fără maladii asociate este favorabil și rata mortalității constituie 5%.

Introducere

Endocardita infecțioasă (EI) este o maladie gravă cu formarea și fixarea grefelor septice pe endoteliul valvular, care poate cuprinde în proces una sau mai multe valve, endocardul mural