

Klinika za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju Medicinskog fakulteta
Sveučilišta u nastavnoj bazi Kliničke bolnice »Sestre milosrdnice«, Zagreb

MIOFASCIJALNI SINDROMI LUMBOSAKRALNOG PODRUČJA

THE MYOFASCIAL SYNDROMES IN LUMBOSACRAL REGION

Astrid Marčić i Maja Dubravica

Stručni članak

Sažetak

U diferencijalnoj dijagnozi bola u lumbosakralnoj regiji, potrebno je uključiti i miofascijalne sindrome. Prikazana su tri miofascijalna sindroma dijagnosticirana u 23 bolesnika koji su liječeni farmako i fizikalnom terapijom kroz 3—4 tjedna.

Praćenjem jačine bola pomoću četiri parametra (ležanje, sjedenje, hodanje i spavanje kroz 24 sata), u svih bolesnika je verificirano poboljšanje.

Summary

The authors report three myofascial syndromes which are often disregarded in the clinical practice.

Owing to their topographic and clinical features, these syndromes are included in the differential diagnosis relevant to the wide range of problems involved by pain in lumbosacral region.

Uvod

U svakodnevnoj ambulantnoj praksi često susrećemo bolesnike koji imaju bolove u lumbosakralnom području, udružene sa bolnom simptomatologijom koja iradira u gubealnu regiju i donje ekstremitete. Kod ovih bolnih formi ne nalaze se pozitivni oni znakovi koji su tipični za radikulopatiju zbog diskalne patologije. Ako se isključe i bolovi u lumbalnom području zbog patologije posteriornih artikulacija ili refleksni bolovi zbog visceralne patologije, treba pomisliti na miofascijalne sindrome te regije, u prvom redu na sindrom mišića quadratus lumborum, na sindrom glutealnih mišića i na sindrom mišića piriformisa.

Bolesnici i postupak

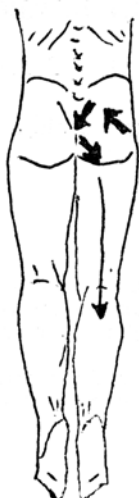
Od 180 bolesnika sa bolovima u lumbalnom području, koje smo pratili u razdoblju od 6 mjeseci, našli smo 23 slučaja (12%) sa tipičnim miofascijalnim sindromima, prosječne dobi od 40 godina (15 žena i 8 muškaraca).

ca). U 2 slučaja radilo se o sindromu m. piriformisa, u 6 slučajeva o sindromu glutealnih mišića, a u 15 slučajeva o sindromu m. quadratus lumborum.

Početak bolova bio je u vezi sa padom, naglim pokretom ili dugotrajnim radom u prignutom položaju. Trajanje tegoba iznosilo je u rasponu od 2 tjedna do 2 mjeseca. Tipična bolna mjesta i distribucija bola prikazani su na slici 1—3.



Sl. 1. Sdr. m. quadratus lumborum



Sl. 2. Sdr. m.m. glutei



Sl. 3. Sdr. m. piriformis

Kliničkim ispitivanjem kod svih bolesnika smo procijenili odsustvo Lasegueovog znaka, te uredan osjet, motoriku i reflekse. Rentgenogram LS kralježnice je bio uredan ili sa početnim znacima deformantne spondiloze.

U svakog smo bolesnika provodili individualno programirano i dozirano liječenje, koje je trajalo 3 do 4 tjedna. Program liječenja obuhvaćao je farmakoterapiju (lokalne infiltracije anestheticima, te nesteroidne antiflogistike per os) i fizikalnu terapiju (ultrazvuk, kratki val, interferentne struje i medicinska gimnastika). Za ocjenu učinka liječenja pratili smo procjenu jačine bola, na osnovi slijedećih parametara: vrijeme ležanja, hodanja, sjedenja i spavanja u 24 sata, i to na početku i na kraju liječenja (1).

Rezultati

Uspjeh liječenja, odnosno poboljšanje, bilo je definirano kriterijem smanjenja prosječnog vremena u satima za parametar ležanja, te povećanjem za ostala 3 parametra. Rezultati su prikazani na tablici 1. Statistički je nađeno značajno poboljšanje u svim parametrima ($p < 0,01$). Ni u jednog bolesnika nije utvrđeno pogoršanje.

Tablica 1 — Procjena boli pomoću četiri parametra na početku i na kraju liječenja u 23 bolesnika

Parametri	Prosječno vrijeme u satima	
	Na početku liječenja	Na kraju liječenja
1. Ležanje	12,4	5,3
2. Hodanje	2,8	4,1
3. Sjedenje	3,1	7,8
4. Spavanje	5,7	6,8

Rasprava

Postoje mnogi, dijelom još nepoznati, faktori koji mogu aktivirati i podražavati miofascijalne »trigger points« i dovesti do bolne simptomatologije, kao npr. prolongirana fleksija trupa, refleksni spazam mišića na polazištu ili hvatištu, bilo zbog promjena na zglobovima ili upale sluzne vreće i sl., te upalno-degenerativne promjene mišića i njihove fascije. Početna trauma generira nekontroliranu metaboličku aktivnost. Ova podražava senzorne živčane završetke, uzrokujući lokalnu hiperiritabilnost, napetost i bol, što sve stimulira refleksnu, lokaliziranu vazokonstrikciju, a time i energetski deficit (3). Kontraktura mišića (sa mogućom kompresijom živca i popratnih vaskularnih struktura, kao npr. kod m. piriformisa) može provocirati iradirajuću bol u lumbalnoj i sakroilijakalnoj regiji, kuku, stražnjoj strani noge, sve do plante stopala.

Objektivni znakovi su bolno napete mišićne strukture. Lasagueov znak nije pozitivan ili varira u svom pozitivitetu od jednog do drugog dana (što nije slučaj kod ishijalgije uzrokovane disko-radikalnim konfliktom). U slučaju da je pozitivan, bol nestaje ili se smanji nakon pasivne vanjske rotacije noge (karakteristično za sindrom m. piriformisa). Uz to, karakterističan je za taj sindrom i bolno ograničen pokret unutarne rotacije kuka (RTG kuka uredan) koji može biti izoliran ili udružen sa ograničenjem adbukcije. Ostali znakovi su: disestezije, te varijabilnost bolova na promjenu položaja (bolovi se često pojačavaju pri prolongiranom sjedećem položaju) (2).

Da bi se oslobodili boli i normalizirala funkcija, primarno je rješavanje kontrakture mišića. Lokalna primjena anestetika je tretman izbora zbog velike efikasnosti i praktičnosti, jer brzo ublažava bolnu simptomatologiju, najvjerojatnije kombinacijom mehaničkog i kemijskog djelovanja na mjestu fokusa iritacije kontrahiranog mišića. Injicira se direktno na mjesto bola ili tehnikom pluridirekcionalno, poput zvijezde. Mi smo davali infiltracije Impletolom ili 2% Xylocainom 2—5 ml, u 3 do 5 navrata. Uz to smo primjenjivali IF struje, KV i UZ, te aktivne vježbe mišića kroz 3 do 4 tjedna.

Analiza rezultata mjerenja navedenih parametara pokazala je da je u svih bolesnika došlo do poboljšanja, odnosno smanjenja prosječnog vremena ležanja, te do produljenja prosječnog vremena hodanja, sjedenja i spavanja, što ukazuje na objektivno smanjenje boli u tih bolesnika.

Zaključak

Bol u području lumbalne i glutealne regije, te stražnje strane noge, može biti uzrokovan disko-radikularnim, odnosno vertebro-radikularnim konfliktom, ali i miofascijalnim sindromima.

Kako bi liječenje bilo efikasno i primjenjeno na mjesto patologije važno je obratiti pažnju i na ove sindrome u diferencijalnoj dijagnozi bolova u tim regijama. Naše iskustvo je potvrdilo da miofascijalni sindromi općenito bolje reagiraju na mjere liječenja ako su prepoznati odmah, odnosno dok su još akutni, prije nego prijeđu u kroničnu bol.

Literatura

1. Malec J. et al: Pain Management: Long Term Follow Up of an Inpatient Program, Arch Phys Med Rehab 62:369, 1981.
2. Pećina M., Krmpotić-Nemanić J.: Kanalikularni sindromi, Zagreb 1987, 69—74.
3. Simons DG: Myofascial Trigger Points: A Need for Understanding. Arch Phys Med Reahab 97:99, 1981.