

Clinica de balneo-fizioterapie din Tîrgu Mureş (cond.: conf. dr. I. Birek,
doctor în medicină)

ROLUL PRIMORDIAL AL CONTRACTURII MUSCULARE DE ORIGINE NEVROTICĂ ÎN ETIOPATOGENIA UNOR ARTROZE *

dr. Z. Rákosfalvy, dr. L. Birek

Frecvenţa mereu crescîndă a durerilor poliartrozice la tineri ne-a determinat să reluăm discuţia asupra rolului ce-l joacă nevroza şi în general stările de încordare psihică în geneza lor, precum şi asupra atitudinii terapeutice balneofizicale.

*) Referat prezentat la şedinţa de comunicări a Secţiei de balneofizioterapie, U.S.S.M. Tîrgu Mureş, din 26 III 1969.

Într-o cauzistică de 600 de bolnavi poliartrózici tratați la Baile 1 Mai Oradea între anii 1961 — 1962 am găsit 24 de bolnavi (3%) sub 35 de ani, la care în evoluția bolii se conturează în mod pregnant următoarea înlănțuire în timp: — încrederea nervoasă sau nevroza astenică — tonus muscular modificat — artroza.

Prezentăm 4 cazuri caracteristice:

1. M. F. bărbat de 34 de ani, inginer mecanic (fost lăcătuș), se întornează pentru dureri cu caracter permanent în regiunea lombară și în umeri, mai accentuate dimineața și seara. Examen obiectiv: bolnavul este normal dezvoltat, musculatura în regiunile respective apare uniform contractată, mișcările provoacă durere. Radiografia nu prezintă modificări.

Anamneza detaliată relevă faptul că durerile apar după eforturi intelectuale. Debutul lor a coincis cu susținerea examenului de stat, dată la care durerile au avut un caracter foarte violent. Tratament: bolnavul a mai efectuat băi în bazin de 37°—20' după care a devenit asimptomatic pentru intervale de 3—8 luni. Refuza orice alt tratament (bineînțeles pe lângă odihnă activă și repaus psihic). În a 8-a zi de cură și de astă dată durerile cedează complet, iar contractura musculară dispăre.

2. M. L. femeie de 32 de ani, profesoară de liceu, prezintă dureri occipitale și lombare cu precădere dimineața și după orele de curs, precum și o senzație de oboseală permanentă și somnolență cu adormire retardată. Muncește relativ puțin timp dar cu maximă încordare. A observat că atunci când un elev răspunde dină „are trac” și stă tot timpul cu umerii ridicați și coloana vertebrală hiperextinsă. Trăiește astfel de 8 ani, durerile apărind insidios cu circa 5 ani în urmă. Examen obiectiv: longilină, stare de nutriție normală. La începerea examinării nu găsim decât o foarte discretă rezistență simetrică a musculaturii paralombare. În timpul examinării o întrebăm dacă este căsătorită. Răspunsul: „am fost dar nu am avut noroc” și în același moment rezistența musculară crește brusc în regiunea lombară. Radiografia: modificări artrozice tipice la nivelul C5—6 și L5—6. Tratament: după băi la 37°C și termomecano-terapie locală durerile se exacerbează. Bolnava afirmă că apa rece o calmează, dar nu a îndrăznit să facă strand din cauza „reumatismului”. Întrerupem terapia de mai sus și prescriem numai băi atermale cu valuri, la strandul din stațiune și astfel simptomele cedează după 10 zile de tratament. I-am mai explicat — cu scop psihoterapeutic — că nu este vorba de un reumatism propriu-zis. Bolnava revine după opt luni, din care timp de șapte luni a fost asimptomatică, practicând și inotul în bazin. Durerile reapar cu ocazia decesului mamei sale. Anotimpul nepermițând băi în aer liber, prescriem cură de aer, fricțiuni generale reci, galvanizare transbito-cerebrală, masaj local și gimnastică respiratorie. În a doua jumătate a curii dispăr mai întâi fenomenele neurotice, iar la citeva zile și cele locale.

3. C. Z. bărbat de 28 de ani, actor. Prezintă dureri în umeri, regiunea lombară și în genunchi, exacerbate în timpul repetițiilor pe scenă și mai ales după spectacole. Examen obiectiv: normal dezvoltat, înalt, musculatura în general foarte bine reprezentată. Musculatura centurii umero-scapulare și paralombare este mult mai rezistentă la palpate. Mișcările pasive ale articulațiilor scapulo-humerale și ale genunchilor sînt dureroase, fiind însoțite de crepitații. Radiografia coloanei lombare și a genunchilor evidențiază multiple modificări artrozice. Bolnavul ne relatează că a avut mult de furcă cu profesorii și cu regizorii care i-au reproșat că nu se relaxează corespunzător pe scenă. Durerile lombare au debutat încă în timpul studenției. Tratament: în prima parte a curei prescriem băi în bazin de 36—37°C, iar în a doua parte băi de aer, băi la strandul cu valuri, masaj local și termoterapie. După 14 zile tonusul muscular se normalizează, mișcările devin libere nedureroase.

4. S. L. bărbat de 35 de ani, de statură medie, șef contabil de 12 ani la o mare întreprindere. Acuză dureri cervico-dorso-lombare, cu caractere: permanent

accentuate dimineața, în timpul muncii de birou și seara. Durerile diminuează sau chiar cedează după efort fizic. Examen obiectiv: ușoară obezitate de tip abdominal, musculatura cefii și din regiunea lombară apare flască, cea dorso-lombară este hipotrofiată. Cifoză dorsală moderată. Mișcările coloanei cervicale sînt dureroase, lateroflexia limitată. Anteflexia lombară limitată la 30°. Radiografia evidențiază modificări discartrozice avansate.

Bolnavul ne relatează că de la vîrsta de 23 de ani are munci de răspundere. Din primul an de activitate apare insomnia, starea de neliniște, oboseala, iar mai tîrziu tulburări sexuale. 2—3 ani mai tîrziu spre sfîrșitul orelor de serviciu se asociază dureri cervicale posterioare apoi și lombare. Medicul îi pune diagnosticul de spondiloză, deși radiografiile repetate anual, rămîn negative. La 4 ani de la apariția primelor dureri și la circa 7 ani de la primele simptome nevrotice apar și semnele radiologice de spondiloză. Tratament: în primele zile prescriem sedare nervoasă pe cale medicamentoasă, combinată cu baie de aer, iar apoi băi cu valuri în aer liber. În a 24-a zi de cură constatăm dispariția hipotoniei musculare paracervicale și lombare și cedarea durerilor. Persistă însă hipotrofia musculară.

În cazurile de mai sus se pot urmări etapele patogenetice parcurse: durerile de tip artrozic apar în urma unor stări nervoase persistente, cu mult timp înaintea modificărilor articulare obiective. Încordarea sau dereglarea neuropsihică se însoțește mai întîi — timp îndelungat — de ridicarea tonusului muscular ce ajunge pînă la contractură, iar tardiv musculatura devine hipotonă și se atrofiază.

Este vorba deci în mod evident de o evoluție centrifugă în care etapa artrozică este ultima modificare, starea de disfuncție neuropsihică însoțită de contractura musculară, fiind o stare de preartroză. Succesul terapiei, în primul rînd a celei neuropsihosedative (medicamentoase, băi alternante și reci generale, acrot terapie, băi cu valuri) pledează de asemenea pentru această ipoteză.

Rolul sistemului nervos central în unele forme de reumatism este evidențiat de mai mulți autori. *Rotes-Querol* (4) afirmă că „există un factor psihic a cărui constanță sugerează că el poate fi cel decisiv”. *C. Gh. Dimitriu* consideră „așa-zisul reumatism psihogen ca o neuroză sistematizată pe organul locomotor, întocmai ca și neurozele cardiace și digestive”. Același autor arată că emoțiile provoacă spasme, contracturi și dureri. *I. Opreanu* și colab. (3) constată că un factor comun al spondilozelor cervicale este „contractura dureroasă a mușchilor cefii”.

I. C. Terrier (5) incriminează pentru prima oară în artroză succesiunea psihic-musculară-articulație, considerînd această cale ca singura explicație a apariției ei „boală apărută în circumstanțele vieții trepidante ale secolului nostru”. Articulațiile sînt în mîinile musculaturii și nu există tensiune psihică care să nu se traducă printr-o oarecare tensiune musculară. Nu numai repausul și mișcarea, dar și forțele de tracțiune și de compresie ce se exercită în orice moment asupra țesuturilor formațiunilor articulare, localizarea acestor forțe, raportul și ritmul lor se găsesc supuse jocului sistemului muscular. acțiunea mecanică combinîndu-se cu o influență trofică”.

Prin urmare, concepția noastră asupra patogenicii acestor forme de artroză ar fi următoarea: starea neurotică sau încordarea psihică îndelungată modifică prin impulsuri interoceptive tonusul muscular. Ca urmare se modifică și poziția articulațiilor adiacente. Ori *Hackenbroch* (2), inițiatorul noțiunii de preartroză, a stabilit că orice schimbare în poziția sau funcționalitatea unei articulații duce la artroză. Contractura musculară acționează și asupra formațiunilor periarticulare tracționînd ligamentele și tendoanele, de asemenea modifică tensiunea lichidului intraarticular.

Subliniînd importanța acestui lanț patogenetic nu trebuie neglijate repercusiunile stărilor neurotice și asupra factorilor vasculari, hormonal și metabolici care împreună cu unii factori constituționali locali și generali formează complexul etiopatogenetic al artrozelor.

Localizarea de predilecție a modificării tonusului muscular în încordările psihice este ceafa și lombele. Terrier consideră că acestea constituie „zonele afective tipice corpului uman”. Noi credem că aceste regiuni sînt mai degrabă relativ slab dezvoltate față de solicitările mecanice la care sînt expuse, fapt explicabil prin modificarea tardivă a funcției și a poziției lor în filogeneză. Datorită acestor suprasolicitări excitabilitatea și tonusul neuro-muscular al acestor regiuni sînt „da capo” crescute față de restul musculaturii. Astfel, impulsurile centrale vor face să crească — în mod relativ — și mai mult acest tonus pînă la contractură.

Prin urmare preartroza și artroza de origine psiho-neuromusculară teoretic nu constituie o noutate. Contribuția noastră se referă mai ales la diagnosticul precoce și tratamentul lor balneo-fizical.

Diagnostic

Anamneza și reconstituirea cazului pe baza simptomelor subiective și obiective (radiografii repetate) este hotărîtoare. Cu ocazia luării anamnezei trebuie puse în întrebări țintite asupra factorilor emoționali și nevrozantîi, acești factori precedînd cu mult înainte constituirea artrozei. Puțini dintre bolnavi remarcă contractura musculară, de aceea în timpul examinării trebuie puse și întrebări ad hoc referitoare la factorii emoționali (familiali, de muncă etc.) care de cele mai multe ori provoacă instantaneu contractură sau hipotonie musculară.

Tratamentul balneo-fizical

Ca principiu terapeutic ne vom adresa în toate cazurile stării psiho-neurotice, iar tratamentul local se va efectua în raport cu stadiile și fazele bolii. În cazurile noastre, chiar și în artroza constituită durerile au cedat sau au diminuat printr-un tratament antinevrotic. Propunem următorul tratament adaptat la stadii:

I. Stadiul preartrozic

a) — faza psiho-neuro-musculară: proceduri generale sedative (aeroterapie, hidroterapie).

b) — faza dureroasă fără modificări artrozice. Începem tratamentul ca mai sus, apoi în cazul persistenței contracturii musculare aplicăm și proceduri locale de decontracturare (masaj, hidroterapie, electroterapie).

II. Stadiul artrozei constituite. Și aici începem cu proceduri generale sedative urmate de proceduri de decontracturare musculară și termoterapie locală.

Pe lângă terapia balneo-fizicală recomandăm în toate fazele gimnastica medicală relaxantă și gimnastica respiratorie.

Menționăm rezultatele excelente obținute prin băile în bazin cu valuri și în general prin băile termale de tip Felix Oradea.

Sosit la redacție: 17 ianuarie 1970.

Bibliografie

1. DIMITRIU C. GH.: Reumatologie clinică, Ed. Med. Buc., 1960; 2. HACKENBROCH: cit. KÁROLYI M.: Rheum. Baln. Allerg. (1962), 10, 1, 32; 3. OPREANU I., CONSTANTINESCU D., GHENȚU E.: Lucrări de balneologie și fizioterapie Ed. Med., București, 1963, 126; 4. ROTES-QUEROL I., BERNAT-CRESPI P.: Rev. Rhum. (1960), I, 1; 5. TERRIER I. C.: Rev. Med. Suisse. Rom (1955), 3, 177; 6. DE SÈZE S., RYCKEWAERT A.: Maladies des Os et des Articulations, Ed. Médicale Flammarion, II. Paris.