

PUBALGIA – PREMIZE ȘI PROGRAM DE RECUPERARE

PUBALGIA - PREMISES AND RECOVERY PROGRAM

Prof. univ.dr. *Adriana Sarah Nica*¹, asist. univ. dr. *Brîndușa Ilinca Mitoiu*¹,
asist. univ. *Mariana Isabela Moise*¹,
Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, București
Autor corespondent: *Adriana Sarah Nica. adisarahnica@yahoo.com*

Abstract:

Pubalgia, clinical manifestation for an etiopathogenic complex of diverse origin, often creates difficulties, both in the differential diagnosis and therapeutic program. Biomechanical peculiarities of the symphysis pubis, tissues like bone, tendon, muscle and joint provide multiple possible malfunctions and indicate the need for a clinical and functional careful assessment on all levels. The rehabilitation program aims to eliminate items related to vicious posture and function, improve symptoms and prevent relapse through a proper hygiene of the physical activity.

Key-words: pubalgia, dysfunction, rehabilitation

1. Introducere

Patologie diagnosticată rar, dezvoltată în cadrul unor modificări sau suferințe de tip local, regional sau sistemic, pubalgia apare mai frecvent în mediul sportiv sau în contextul unor solicitări fizice intense care implică zona simfizei pubiene.

2. Premizele și particularitățile biomecanice la nivelul simfizei pubiene

Pubisul este un veritabil punct de intersecție care trebuie să echilibreze ansamblul structurilor articulare, musculare și de postură. Articulația pubiană este o amfiartroză, care prezintă suprafețe articulare și sistem de susținere de tip fibrocartilaginos. Intervalul de separare este întărit de „ligamentul” interosos – structură asemănătoare cu discurul intervertebral: cu o parte periferică fibroasă, densă și rezistentă și o parte centrală moale, capabil să se deformeze și să amortizeze diferite categorii de solicitări și forțe (tracțiune, compresiune, flexie, torsione). Discul interpubian dispune de o rezistență specifică determinată de prezența a patru ligamente periferice ce formează un manșon fibros, ligamentul pubian anterior, posterior, superior și inferior (ligamentul subpubian sau triunghiular) [1, 5, 6, 7].

Din punct de vedere biomecanic bazinul împreună cu sacrul poate fi considerat cheia mișcărilor trenului inferior și suportul activ

distal al coloanei vertebrale, de tip static și dinamic în toate categoriile de activități fizice. Din punct de vedere funcțional bazinul este solicitat diferențiat în încărcarea bipodală și unipodală, în practica sportivă sau în situații cu totul particulare de suprasolicitare [2, 9, 13, 14, 27, 29].

În încărcarea bipodală, bazinul primește echilibrat greutatea supraiacentă a organismului, care se repartizează pe oasele iliace și ramurile pubiene, forța de încărcare fiind preluată de cotil și capul femural. Această angrenare și arhitectura particulară permit dezvoltarea unor modificări importante legate de componenta verticală (încărcarea trunchiului) și componentele orizontale de suport. Simfiza pubiană este supusă unei importante solicitări în tracțiune, cu atât mai mare cu cât bazinul este în anteverisie. Repetarea solicitărilor în tracțiune poate induce creșterea mobilității în simfiză și structurile moi de vecinătate, lucru manifestat prin pubalgie.

În stațiune unipodală când bazinul formează un cadru fix unilateral ce se supune unei solicitări în flexie. Cadrul nu este omogen, este format din trei piese cele două ilioane și sacru, articulate în angrenaj de semiflexie. Din punct de vedere al solicitării și punctelor de sprijin, ilionul este tracționat în spate de mușchii stabilizatori laterali, iar celălalt ilion este în rotație anterioară și anteverisie cu efect de

punct de sprijin al trunchiului și membrului inferior oscilant.

Mișcarea discordantă asupra celor două ilioane provoacă solicitarea în toate planurile. Diferite situații legate de mișcările în articulația coxa-femurală, echilibrul muscular și echilibrul postural pot deveni factori majori perturbatori pentru stațiunea bipodală sau unipodală [3,10].

3. Programul de recuperare în pubalgie

1. Evaluarea etiopatogenică urmărește identificarea factorilor de risc intricati în suferința pubiană, respectiv factori intrinseci (în care se caută dezechilibrul articular, muscular și postural congenital sau secundar) și factori extrinseci, legați de paternuri incorecte de mișcare.

Factorii intrinseci de destabilizare pubiană se dezvoltă pe cele trei direcții:

- disfuncții articulare locale (instabilitate simfizară, disfuncție sacro-iliacă) și regionale (limitare la nivelul șoldului, disfuncție în joncțiunea dorso-lombară, lombo-sacrată)
- dezechilibru muscular local (hipertonie și/sau hipoextensibilitate de adductori, hipotonie de m. abdominali, orificii beante de herniere) și regional (hipertonie sau hipoextensibilitate de anteverSORI sau retroversori, hipotonie de fesieri și hipoextensibilitate de ischiogambieri)
- dezechilibru postural local (hiperanteverSIE de bazin, orizontalizarea sacrului) și regional (hipercifoză dorsală, hiperlordoză lombară, inegalitate de membre inferioare) [12, 15,16, 21]

În cazuri rare se decelează semne de iradiere în afectarea nervilor: mare și mic abdomino-genital, genitor-crural sau obturator. Durerea iradiată și manifestările asociate au caracter neurologic și se recomandă evaluarea clinică și radiologică a joncțiunii toracolumbare.

Radiografia de bazin de față cu centrare pe simfiza pubiană poate evidenția:

- semne specifice de osteoartropatie pubiană: scleroză subcondrală, pseudolărgire, osteocondensare,
- semne specifice de patologie osteotendinoasă: condensare, neregularități, calcificări în zona de inserție a

adductorilor [23, 24, 30]

Factori extrinseci de destabilizare pubiană sunt factori generali: condiția fizică generală, starea de hidratare și de nutriție, prezența unor focare de infecție, calitatea corespunzătoare a încălțăminteii [16, 21, 25, 28].

2. Bilanțul clinic și radioimagic înregistrează:

- elementele cu caracter epidemiologic (vârsta, gen, nivelul de antrenament și practica exercițiului fizic)
- elementele de tip simptomatic – clinic (durerea cu toate caracteristicile ei, redoare, inflamație, edem posttraumatic)
- elementele disfuncționale somatice (redoare articulară, hipotrofie musculară, hiperlaxitate ligamentară)
- forma anatomo-clinică: forma pură, simfizară (osteoartropatia pubiană), parietală (de perete abdominal), osteo-tendino-musculară (afectare de m.adductori) sau forme mixte
- asocierea altor anomalii de șold (displazie, coxartroză la debut), de coloană (spondiloliză, anomalie de tranziție) sau de membre (tulburări de statică plantară sau de genunchi) [2,4,18].

4. Protocolul terapeutic

În cazul unei pubalgii se recomandă ca prima intervenție terapeutică să fie de tip conservator, de-a lungul a 3-6 luni. Lipsa unui răspuns terapeutic pune în discuție reevaluarea diagnostică și decizia terapeutică de tip chirurgical [26, 28, 29, 30].

Tratamentul conservator cuprinde terapia farmacologică fiziopatologică și simptomatică (analgetice, AINS), non-farmacologică (kinetoterapie, proceduri de fizioterapie) repaus. Pacientul este monitorizat în primele 3 luni, când se repetă evaluarea și în funcție de evoluție se decide etapa următoare. În cazul ameliorării se continuă programul de kinetoterapie și se introduce progresiv efortul fizic specific. Dacă nu se constată ameliorare, apare indicație pentru tratament chirurgical [11, 20, 26].

Există situații în care se decelează leziuni parietale care impun decizia chirurgicală, apoi program de recuperare (cu proceduri fizical-kinetice) și reantrenarea la efort cu introducerea

progresiva a efortului fizic specific.

Dintre procedurile de fizioterapie indicate și utilizate cu frecvență crescută:

- aplicații de crioterapie (aplicație de gheață local ½ h de patru ori /zi pe mușchii adductori sau inserția tendinoasă, pe simfiză și inserția mușchilor dreپți abdominali; masaj local cu gheață, 10 minute, pe tendonul de inserție a adductorilor și marele drept abdominal
- masajul terapeutic apelând la tehnicile clasice și cele specifice de tip transversal profund; tehnicile de tip antalgic se vor efectua la nivel pubian sau la distanță (complexul lombo-pelvin, zona subpelvină, segmentul suprapelvin anterior și posterior) prin tehnici de întindere musculară și aponevrotică, pe tendonul proximal al adductorilor, asocierea unor mobilizări specifice (în articulațiile coxo-femorale, sacro-iliace, joncțiunea dorso-lombară și lombo-sacrată)
- proceduri de electroterapie cu efect antalgic pentru dureri simfizare și abdominale joase, în masa m. adductori cu forme de curent de joasă frecvență
- aplicații de tip ultrasunet (la nivelul simfizei, pe inserția tendoanelor m. adductori și marele drept abdominal, pe m. adductori, drept intern, pectineu, spinali lombari) și diatermie [11,22,28].

Programul de kinetoterapie pentru pubalgie impune analiza sistematică a factorilor biomecanici din lanțul cinematic cuprinzând și ramul pubian. Concomitent se realizează și evaluarea clinico-funcțională privind integritatea simfizei pubiene, m. adductori, mușchii peretelui abdominal, articulațiile sacro-iliace, joncțiunea dorso-lombară și lombo-sacrată. Prin diferitele programe de kinetoterapie se urmărește:

- a) Corecția dezechilibrului intrinsec prin:
 - creșterea extensibilității lanțurilor musculo-aponevrotice pentru mușchiul marele dorsal, paravertebrali spinali lombari, flexori ai șoldului, mușchii adductori și ischiogambieri
 - ameliorarea mobilității articulare sacroiliace, la nivelul coloanei vertebrale (joncțiunea D12-L1 și L5-S1, cifoza dorsală)
 - refacerea forței grupelor musculare

deficitare prin refacerea musculaturii peretelui abdominal, a musculaturii de retroversie a bazinului, antrenarea musculaturii paravertebrale

- corecția posturală, gestuală și de adaptare la efortul fizic prin: exerciții cu încărcare, antrenamentul pentru retroversia bazinului, delordozarea lombară și ameliorarea cifozei dorsale, reintegrarea gesturilor sportive [17,18,22].

b) Corecția dezechilibrului extrinsec prin corecția factorilor generali vizând pregătirea fizică generală individuală, dieta echilibrată, hidratarea suficientă

Se apelează la:

- tehnici de mobilizare în flexie-adducție- rotație internă de șold și rotație posterioară de aripă iliacă
- tehnici de decompresie a simfizei pubiene
- tehnici de întindere manuală a adductorilor
- tehnici active de tip stretching, izokinezie și tonifiere
- tehnici neuro-musculare

Programul de kinetoterapie are două direcții de acțiune: profilactică și de recuperare.

5. Concluzii

Valoarea profilactică de tip primar se regăsește în antrenamentul fizic general, specific fiecărei grupe de vârstă, iar prin programele profilactice secundare se urmărește prevenirea recidivelor și corectarea abaterilor de tip igienodietetic și psiho-comportamental [3, 19, 20].

Programul de recuperare se desfășoară urmărind armonizarea dezechilibrelor posturale și gestuale proprii fiecărui individ.

Bibliografie:

- [1] Andrews J., Harrelson G., Wilk K. - Physical Rehabilitation of the Injured Athlete, ISBN 978-1-4377-2411-0,, 4th edition, Elsevier Saunders, 2012
- [2] Barnes M.P., Ward A.B. - Oxford Handbook of Rehabilitation Medicine, ISBN 0 19 852896 5, Oxford University Press, 2005
- [3] Braddom R. L. - Handbook of Physical Medicine & Rehabilitation, ISBN 0721694489, Saunders, 2004
- [4] Choi H et al. - Physical Medicine & Rehabilitation Pocketpedia, ISBN 0-7817-4433—

- 4, Lippincott Williams & Wilkins, 2003
- [5] Cooper G. - Essential Physical Medicine and Rehabilitation, ISBN: 1-58829-618-0 Humana Press Inc., 2006
- [6] Cooper G., Herrera J. - Essential Sports Medicine, ISBN 9781597454148, Springer, 2008
- [7] Davis S. - Rehabilitation: The Use of Theories and Models in Practice, ISBN 0 443 10024 1, Elsevier, 2006
- [8] DeLisa et coll. - Physical Medicine & Rehabilitation: Principles and Practice, 4th Edition, Lippincott Williams & Wilkins, 2005
- [9] Diduch D., Brunt L.M. - Sports Hernia and Athletic Pubalgia – Diagnosis and Treatment, ISBN 978-1-4899-7421-1, Springer Ed., 2014
- [10] Dreeben O. - Patient Education in Rehabilitation, ISBN 978-0-7637-5544-7, Jones and Bartlett Publishers, LLC, 2010
- [11] Drez Jr., Bach Jr., Nofsinger C. - Sports Medicine, ISBN 9780511415616, Cambridge University Press; 2008
- [12] Ellenbecker T.S., De Carlo M., DeRosa C., Effective Functional Progressions in Sport Rehabilitation, ISBN-13: 978-0-7360-6381-4, Human Kinetics, 2009
- [13] Frontera W.R. - Clinical Sports Medicine, ISBN-13: 978-1-4160-2443-9, Elsevier Inc, 2007
- [14] Frontera W.R., Slovik D., Dawson D. - Exercise in Rehabilitation Medicine, ISBN 0-7360-5541-X, second edition, 2006
- [15] Garrison S.J. - Handbook of Physical Medicine and Rehabilitation, ISBN 0-7817-4434-2, second edition, Lippincott Williams & Wilkins, 2003
- [16] Gersh M.R. - Electrotherapy in Rehabilitation, ISBN 0803640250, Davis 1992
- [17] Goldstein G., Beers S.R. - Rehabilitation, ISBN 0306456621, Springer US, 1998
- [18] Kiss J. - Fizio-kinetoterapia și recuperarea medicală în afecțiunile aparatului locomotor, Ed. Medicală, 2002, ISBN : 973-39-0338-8
- [19] Kolar P. et al. - Clinical Rehabilitation, ISBN 978-80-905438-1-2, English edition – Alena Kobesova, 2013
- [20] Law M., MacDermid J. - Evidence-Based Rehabilitation A Guide to Practice, ISBN 978-1-55642-768-8, second edition, SLACK Inc, 2008
- [21] Magee D., Zachazewski J.E., Quillen W.S. - Pathology and Intervention in Musculoskeletal Rehabilitation, ISBN 978-1-4160-0251-2, Saunders Elsevier, 2009
- [22] O’Sullivan S.B., Schmitz T.J., Fulk G.D. - Physical Rehabilitation, ISBN 978-0-8036-2579-2, sixth edition, F.A. Davis Company, 2014
- [23] Puddu G., Giombini A., Selvanetti A. - Rehabilitation of Sports Injuries, ISBN 3-540-67475-6, Springer, 2001
- [24] Sbenghe T. - Kinetologie profilactică, terapeutică și de recuperare, Ed. Medicală, București, 1987
- [25] Taylor J., Taylor S. - Psychological Approaches to Sports Injury Rehabilitation, ISBN 0-8342-0973-X, Aspen Publishers Inc, 1997
- [26] Voigt M., Hoogenboom B., Prentice W. - Musculoskeletal Interventions: Techniques for Therapeutic Exercise, ISBN 9780071709293, McGraw-Hill Education, 2006
- [27] Woude L.H.V. et al - Rehabilitation: Mobility, Exercise and Sports, ISBN 978-1-60750-080-3, IOS Press BV, 2010
- [28] Wyss J.F., Patel A. - Therapeutic Programs for Musculoskeletal Disorders, ISBN 9781617050794, Demos Medical Publishing, 2012
- [29] Xhardez Y. et collaborateurs - Vademecum de kinesitherapie et de reeducation fonctionelle, ISBN-13: 978-2-224-02726-1, 5e edition, Ed. Maloine, 2007
- [30] Zachazewski J.E., Magee D.J., Quillen W.S. - Athletic Injuries and Rehabilitation, ISBN 0721649467, Saunders, 1996