


Daniel GROSJEAN

physiotherapist - A.C.D.M. - Maisonville - 54700 PONT-A-MOUSSON

POSPOLITE LUMBAGO

- Sondaż wśród 300 osób cierpiących na lumbago

ABOUT COMMON LUMBAGO - A survey with 300 people suffering from lumbago

WSTĘP

Dodatek numer 38 do konkursu medycznego z dnia 16 listopada 1996 podaje wnioski grupy ekspertów dotyczących masokinezyterapii i lumbago (1).

Po zaprezentowaniu swojej metodologii pracy podzielili oni lumbago na trzy grupy:

- Ostre lumbago;
- Pospolite lumbago;
- Chroniczne lumbago.

O ile ostre oraz chroniczne lumbago są dobrze zdefiniowane (p.9), bazując na prostych pojęciach intensywności bólu lub wieku, o tyle lumbago pospolite nie jest tak naprawdę określone zarówno jeśli chodzi o jego intensywność jak i jego czas trwania. Niemniej jednak pospolite lumbago wydaje się występować najczęściej, tak jak wskazuje na to jego nazwa. Chcieliśmy dowiedzieć się więcej o tym pospolitym lumbago przeprowadzając sondaż w populacji ludzi cierpiących na lumbago.

INTRODUCTION

The supplement n° 38 to the medical competition dated November 16, 1996 reports the conclusions

of a group of experts about masso-kinesitherapy and lumbago (1).

After presenting their work methodology, they divide lumbagos into three groups :

- acute lumbagos ;
- common lumbagos ;
- chronic lumbagos.

If acute and chronic lumbagos are well defined (p. 9) and based on simple concepts of pain intensity or age, common lumbago is not really defined neither in its intensity nor in its duration. Nevertheless common lumbago seems to be the most frequent, as indicated by its name. We wished to know more about these common lumbagos by carrying out a survey with a population of people suffering from lumbago.

I - KWESTIONARIUSZ

Jest podzielony na 2 części:

Pierwsza wykorzystuje kwestionariusz Waddell'a, który jest traktowany jako dający dobre oszacowanie stanu pacjenta oraz stopnia ograniczeń czynnościowych. Kwestionariusze zadają 9 pytań na które pacjent musi odpowiedzieć Tak lub Nie.

E. VIEL sugerował dodanie pytania

dotyczącego zaniechania uprawiania sportu, więc zostało ono dołączone jako pytanie 10. Wszystkie te pytania są nakierowane na wykazanie w sposób bardziej precyzyjny jak przejawia się to lumbago.

Druga część, mająca 8 pytań, dotyczy historii choroby. Jest to kwestionariusz chronologiczny a nie dotyczący objawów. Pytania są ukierunkowane na określenie, kiedy ma miejsce lumbago, dzięki podaniu przez pacjentów jego pochodzenia, częstotliwości, okresowości, czynników je wywołujących, itp. Głównym pytaniem tutaj jest KIEDY a nie JAK. Ten kwestionariusz powinien z pewnością zostać ulepszony, szczególnie poprzez unikanie pytań na które można udzielić wielu odpowiedzi.

II - ROZPOWSZECHNIANIE

Kwestionariusz rozdano prywatnym fizjoterapeutom. Trzydziestu czterech fizjoterapeutów zgodziło się rozpowszechnić kwestionariusz wśród wszystkich osób, które przyszły do nich ze względu na ból lędźwiowo-krzyżowy. Rozpowszechnianie kwestionariusza wahało się od 8 dni do 1 miesiąca. Fizjoterapeuci mogli, w każdej chwili, zaprzestać tego rozpowszechniania.



Kwestionariusz jest wypełniany przez pacjentów bez żadnej pomocy ze strony fizjoterapeutów, przed lub po sesji, oraz jest oddawany fizjoterapeutom z powrotem. Kwestionariusz jest anonimowy, choć terapeuci mogą zidentyfikować pacjentów, którzy umieścili tam swoje inicjały. Odpowiedzi są centralnie zbierane, badane i analizowane przez komputer.

III - BADANIE DODATKOWE

Dodatkowo do tych dwóch kwestionariuszy fizjoterapeuta musiał odpowiedzieć na jedno pytanie. Dotyczy ono szczególnego badania dotykiem bolesnej strefy lędźwiowej, tak aby odkryć ograniczenie pomiędzy tą strefą a gruczołami przytarczowymi. Ta specyficzna palpacja była częścią badania przeprowadzonego w mikrokinezyterapii jako mikropalpacja, pozwala nam ona na odkrycie powiązań, na przykład pomiędzy bolesnymi strefami a organem ciała, za pomocą palpacji, badania dotykiem (3).

Ten sam rodzaj mikropalpacji mógł być wykonany pomiędzy bolesną strefą lędźwiową a nerkami, pęcherzem, wątrobą, sercem lub każdym innym organem.

IV - WYNIKI

Koncentrują się one na pierwszych 300 kwestionariuszach otrzymanych od 34 fizjoterapeutów rozproszonych po Francji. Dla pytań typu TAK/NIE policzyliśmy ilość odpowiedzi typu "TAK", "NIE" oraz "BRAK ODPOWIEDZI".

Dla pytań na które można było udzielić wielu odpowiedzi policzyliśmy ilość każdej z możliwości. Dyskusja koncentruje się na wynikach przekraczających 50% w pytaniach TAK/NIE oraz tam gdzie występował najwyższy udział odpowiedzi w pytaniach z możliwymi wieloma odpowiedziami.

I - OBECNY STAN TWOICH MOŻLIWOŚCI	Tak	Nie	Brak odpowiedzi
1.1. Unikam pochylania się do przodu oraz podnoszenia	152	146	2
1.2. Ograniczona pozycja siedząca	98	196	6
1.3. Ograniczona pozycja wyprostowana	158	135	7
1.4. Ograniczone spacerowanie	87	205	8
1.5. Ograniczone kierowanie pojazdem	67	226	7
1.6. Ograniczone wyjścia, wycieczki	63	230	7
1.7. Zakłócony sen	153	142	5
1.8. Sprawy seksualne	90	165	45
1.9. Potrzebna pomoc przy ubieraniu	38	257	5
1.10. Ograniczenia w sporcie	144	86	70
II - HISTORIA LUMBAGO	Tak	Nie	Brak odpowiedzi
2.1. Czy to Twój pierwszy raz ?	76	222	2
2.2. Średnia data pojawienia się	około 10 lat temu (1988)	-	-
Średnia ilość ataków	8 bolesnych ataków	-	-
2.3. Zawsze w tym samym miejscu	225	72	3
2.4. Ból w innych obszarach kręgosłupa	156	132	12
2.5. Czynniki wywołujące	-	-	-
Wysiłek	134	-	-
Niezdarny ruch	86	-	-
Stres	120	-	-
Wypadek	34	-	-
Nic szczególnego	60	-	-
2.6. Kiedy jest to najbardziej bolesne ?	-	-	-
Rano	106	-	-
Wieczorem	84	-	-
W nocy	51	-	-
Przez cały czas	106	-	-
2.7. W jakim stanie ?	-	-	-
W bezruchu	180	-	-
Podczas ruchu	128	-	16
2.8. Czujesz się ... ?	-	-	-
Nerwowo	165	-	31
Niespokojny	180	-	-
III - FIZJOTERAPEUTA	Tak	Nie	Brak odpowiedzi
3.1. AH2 (Luk Gnykowy 2)	261	38	1

Ilość osób: 300. Średni wiek: 45,5 roku. Mężczyźni: 120. Kobiety: 180.

V - ANALIZA

A - Kwestionariusz Waddell'a.

Ogólnie rzecz biorąc, odpowiedzi wykazały, że lumbago może pojawiać się w wielu różnych formach, od ostrego ograniczenia czynnościowego po kilka konkretnych objawów. U osoby cierpiącej na lumbago występuje średnio od 2 do 3 symptomów (56% od 1 do 3 objawów z 10), rzadko kiedy więcej niż 5 (20%).

Objawami zgłaszanymi w więcej niż 50% przypadków są zakłócony sen (51%) oraz ograniczona pozycja wyprostowana (52%).

Wyniki te są tak naprawdę zagadkowe, ponieważ o bezruchu i przede wszystkim o odpoczynku myśli się zazwyczaj jako o łagodzących lumbago poprzez redukcję napięcia kręgosłupa. Bezruch (52%) raczej niż chodzenie (29%), kierowanie (22%) lub wyjścia, wycieczki (21%) wydaje się pogarszać tę patologię. Odkrycia te zaprzeczają także hipotezie dotyczącej



problemu z kręgosłupem twierdzącej, że, w tym przypadku, objawy powinny nasilać się wraz z aktywnością.

Zginanie kręgosłupa do przodu oraz podnoszenie lekkich ciężarów są także zgłaszane jako często bolesne (51%).

Kwestionariusz pokazuje, że lumbago jest "nietypowe" oraz ma rozmaite i zmienne następstwa dla codziennego życia, z nieznaczną przewagą objawów występujących w nocy oraz w czasie bezruchu.

B - Kwestionariusz chronologiczny.

Pytania dotyczące czasu i okresu występowania lumbago dały nam dużo więcej informacji. Pytanie 2.1 wykazało, że 74% przypadków lumbago ma charakter nawracający. Nie oznacza to, że wszystkie te przypadki lumbago są chroniczne, to jest z bardzo starymi, ciągłymi bólami lecz raczej są typu cyklicznego, nawiązując do powszechnych komentarzy pacjentów - z ostrymi atakami o zmiennych okresach czasu trwania. W samej rzeczy, będzie interesujące wykonanie sondażu dotyczącego powodów, dzięki którym minął ich ostatni atak, jak również okresu jego trwania, intensywności, leczenia, itp.

Dzięki pytaniu 2.2 dowiedzieliśmy się o ilości ataków, które mieli pacjenci (około 8) oraz o czasie trwania tego problemu (średnio 10 lat). Odkrycia te podkreślają jego lędźwiowy charakter a nie wypadek związany z lędźwiami na przykład skręcenie kostki.

Pytania 2.3 i 2.4 pokazują, że lokalizacja bólu jest bardzo często taka sama (75%) lecz 52% z tych ludzi ma inne bolesne punkty na kręgosłupie.

Bardziej interesujący jest czynnik wyzwalający. W 44% przypadków jest to wysiłek. Jednakże, w prawie takiej samej ilości przypadków, jest to stres (40%) oraz w 29% przypad-

ków niezadany ruch, który nie jest ukrytym sposobem mówienia o zwykłym poruszaniu się, oraz w 20% przypadków jest to nic specjalnego!

Wypadek powoduje jedynie 11% przypadków lumbago. Powinniśmy zastanowić się nad psychologicznym pochodzeniem (stres) lub łagodzeniem czynnika wyzwalającego: nic specjalnego lub zwykłe poruszanie się. Dla czego taki trywialny czynnik, tak długo jak rozważana jest fizjologia stawów, ma tak silne objawowe następstwa?

Pytanie 2.6 wykazało, że dla 35% ludzi cierpiących na lumbago ma ciągły ból w czasie kuracji, 65% cierpi tylko od czasu do czasu.

Wśród tej drugiej grupy, z przewagą 44% bólów porannych i 51% bólów nocnych, to jest po odpoczynku i bezruchu (65%), 35% występuje wieczorem dnia roboczego. Jeżeli ból zmienia się w taki sposób w trakcie dnia, możemy zastanowić się nad wartością oceny kinezyterapii, która na przykład, polegałaby na pomiarze odległości palce-podłoga? Jeżeli wynosi to 50cm o 7 rano i 10cm o 7 wieczorem, czy możemy wnioskować, że leczenie zostało uwiecznione sukcesem czy też vice versa?

Odpowiedź na pytanie 2.7 jest szczególnie istotna. W samej rzeczy nie określa czy dana osoba ma niespokojny lub nerwowy temperament jak i czy obawa powstała niedawno i jest wciąż obecna i z tego powodu prowadzi do lumbago. Odpowiedzi zostały w większości zrozumiane jako wskazanie temperamentu i podkreślają charakterystykę często spotykaną u ludzi cierpiących na lumbago: ich nerwowy i niespokojny temperament (nerwowy lub niespokojny: 90% przy 10% bez odpowiedzi).

VI - HIPOTEZA.

Analiza wyników prowadzi nas do

wniosku, że najczęściej występujące lumbago (lumbago pospolite):

- jest cyklicznym, nawracającym lumbago,
- występuje u nerwowych lub niespokojnych osób,
- ma zmienny, czasami trywialny, czynnik wyzwalający,
- nasila się przy braku ruchu, łagodnieje przy poruszaniu się.

W przeciwieństwie do powszechnej opinii ten opis prowadzi nas do myślenia o nim raczej jako o problemie mięśniowym niż stawowym (4). W rzeczy samej jest to potwierdzone przez badania radiologiczne, które nie wykazują żadnego oczywistego związku pomiędzy atakami bólu stawowego i dyskowego a symptomatologią odczuwaną przez te osoby.

To zaburzenie mięśniowe wydaje się niejasno zdefiniowane w obecnej literaturze. W literaturze francuskiej może być nazywane "spazmami mięśniowymi", w literaturze anglojęzycznej "fibromyalgią". Sugerujemy określenie "spazmatyczne lumbago" w odniesieniu do tego syndromu.

Nie trzeba nawet o tym wspominać, że musimy iść dalej w badaniach nad jego etiologią i dzięki temu proponować leczenie.

VII - POCHODZENIE SPAZMATYCZNEGO LUMBAGO.

Ostatnie pytanie, zarezerwowane dla fizjoterapeutów, znalazło się tam aby sprawdzić słuszność następującej hipotezy: lumbago pospolite jest spazmatycznym lumbago, wynikiem zaburzenia mięśniowego powiązanego z atakiem na gruczoły przytarczowe. W każdym przypadku, jest to obserwowane z wykorzystaniem mikropalpacji pomiędzy bolesną strefą lędźwiową oraz gruczołami przytarczowymi, które

są odczuwane jako ograniczone, w przeciwieństwie do sąsiednich obszarów.

To ograniczenie jest odczuwalne w 87% przypadków. Problem polega na tym, że gruczoły przytarczowe pełnią zasadniczą rolę w utrzymaniu funkcji mięśniowych. Ich usunięcie powoduje tężyzkę. Gdy praca tych gruczołów jest zaburzona, wywołuje to, jak nazywamy to we Francji, ataki spazmofilii ze wszystkimi typowymi oznakami mięśniowymi. Proponowana hipoteza polega na tym, że to nie cały organizm jest zaatakowany przy spazmatycznym lumbago, lecz tylko jeden poziom ciała, obszar lędźwiowy, tak jak byłoby to w przypadku spazmatycznej okrężnicy, gdzie tylko okrężnica wykazuje typowe objawy.

Ten odczyt za pomocą mikropalpacji jest bardzo łatwy do przeprowadzenia. Osoba praktykująca umieszcza jedną ze swoich rąk dokładnie na tym miejscu, na którym osoba cierpiąca na lumbago położyła ją aby wskazać miejsce bólu. Ta bolesna strefa jest często wskazywana za pomocą całej ręki, co w tym przypadku jest typowym znakiem ogólnomięśniowego ataku, podczas gdy wskazany ból został spontanicznie wyeliminowany poprzez ucisk niedługo po ataku. W przypadku lumbago pourazowych lub występujących po wysiłku ta etiologia bardzo często utrzymuje się. W takim wypadku jest to mięśniowe zaburzenie spowodowane nadmiernym rozciąganiem, z utratą podstawowego rytmu tej struktury. Mięsień stracił swoją elastyczność, co może być ukazane poprzez ruch rozciągający oraz występują bolesne miejsca na jego wstawkach kostnych.

Fizjoterapeuta kładzie następnie palce swojej drugiej ręki na gruczołach przytarczowych umieszczonych po tej samej stronie co źródło bólu. Gruczoły

przytarczowe są ulokowane po obu stronach tarczycy, powyżej i poniżej. Dzięki znajomości teorii anatomii, obmacujemy je na zewnętrznej stronie tchawicy, w obrębie mięśnia mostkowo-obojęczykowo-sutkowego. Osoba praktykująca przesuwając następnie obie ręce bliżej siebie oraz odczuwa sposób w jaki ciało obiektu przyjmuje lub odrzuca to pobudzenie. W przypadku spazmatycznego lumbago pojawia się silne ograniczenie pomiędzy jego dwoma rękami. Znika ono gdy jedna z rąk opuszcza bolesny obszar lędźwiowy lub gruczoły przytarczowe.

VIII - PROPOZYCJA LECZENIA.

A - w kinezyterapii, celem, który należy uzyskać jest próba maksymalnego relaksu tej "spazmatycznej" strefy. Może to zostać osiągnięte za pomocą masażu przynoszącego ulgę, fizjoterapii, wolnych lub łagodnych ćwiczeń muskulatury lub nadzorowanego rozciągania tego obszaru. Ta "ulga" może być także uzyskana poprzez mobilizację lub relaksację. Wszystko zależy od terapeutów i pacjentów cierpiących na lumbago. Ufna i relaksacyjna atmosfera także ma duże znaczenie dla osiągnięcia wyniku.

B - w mikrokinetyterapii, leczenie jest także przeprowadzane w kolejnym kierunku. Polega na poszukiwaniu przyczyny lub raczej wielu przyczyn odpowiedzialnych za lumbago.

W rzeczy samej, ta technika polega na mechanizmach immunologicznych. Terapeuta próbuje znaleźć odpowiedzialne przyczyny (antygeny) aby rozpocząć właściwą odpowiedź organizmu (antyciała).

Poszukiwanie przyczyn wykonywane jest na dwóch poziomach:

1. poszukiwanie przyczyn powodujących zaburzenie gruczołów

przytarczowych.

Te przyczyny są czasami toksyczne, lecz głównie psychologiczne, natury egzystencjalnej lub związanej z wzajemnymi stosunkami. Wszystkie te przyczyny pozostawiają swoje "odbicie", swój specyficzny "znak" na tkankach obiektu. Ten "znak" jest tym co mikrokinetyterapia próbuje ponownie odnaleźć i wyizolować tak aby użyć go jako przypomnienie "antygeny" przy rozpoczęciu samokorygującej się reakcji organizmu: "antyciała". Na tym poziomie jest to często dziedziczna lub wrodzona predyspozycja (3).

2. poszukiwanie czynnika wyzwalającego.

Bardzo często ten czynnik wyzwalający ma trywialną etiologię, która nie jest nawet wykrywalna przez ocenę mikropalpacyjną ponieważ została spontanicznie wyeliminowana przez obiekt niedługo po ataku. W przypadku lumbago pourazowych lub występujących po wysiłku ta etiologia bardzo często utrzymuje się. W takim wypadku jest to mięśniowe zaburzenie spowodowane nadmiernym rozciąganiem, z utratą podstawowego rytmu tej struktury. Mięsień stracił swoją elastyczność, co może być ukazane poprzez ruch rozciągający oraz występują bolesne miejsca na jego wstawkach kostnych.

W zależności od tego, na którym poziomie nastąpił atak, mięśniem najczęściej dotkniętym w przypadku ostrego lumbago jest mięsień poprzeczno-kolcowy L3, L4 lub L5, najczęściej atakowane mięśnie odpowiedzialne za lumbago to, w kolejności, mięsień lędźwiowo-udowy, pośladowy wielki, biodrowy, piramidalny, czworoboczny lędźwiowy oraz mięsień skośny wewnętrzny brzucha jak również między poprzeczny obszaru lędźwiowego. Korekta polega na



“powtórzeniu” etiologii poprzez ponowne rozciąganie zaatakowanego mięśnia, tak aby poinformować go o odpowiedzialnej przyczynie, aż do chwili gdy terapeuta poczuje odpowiedź mięśnia na swoich palcach, odnajdując znów jego normalną elastyczność. Ta mięśniowa “normalizacja” uwalnia także od ograniczeń stawowo-kręgowych ujawnionych przez mobilizację lub palpację kręgosłupa. Na tym poziomie, jest czasami niezbędne zakończenie tej pracy dokładną normalizacją torebki stawowej lub więzadeł.

Niniejsze podejście terapeutyczne musi zostać sprawdzone poważnie przeprowadzonymi badaniami idącymi dalej niż proste, korzystne wrażenia zebrane od tych, którzy odczuli dobroczynny efekt leczenia.

Niestety, ostatnia ustawa Huriet’a dotycząca eksperymentów terapeutycznych została napisana w taki sposób oraz ustala takie warunki, że jest prawie niemożliwe dla prywatnych fizjoterapeutów wykonanie takiego zadania, jako, że jesteśmy umieszczeni na tym samym poziomie jak nowa medycyna, z wszelkim ryzykiem jakie może z tego wynikać.

Dlatego też należy wymyślić nowe formy oceny, tak jak było to sugerowane przez E. VIEL (5), czekamy też na twoje sugestie i propozycje, które pozwolą pójść dalej.

BIBLIOGRAFIA

Zalecenia i źródłowe materiały medyczne na temat masokinezyterapii.

1. Kinezyterapia w lumbago pospolitym. Konkurs medyczny, dodatek do nr 38 z 16 listopada 1996, str. 3-15

oraz Annales de kinesitherapie nr 5, tom 24, wrzesień 1997, str. 221-224.

2. VOINEAU S., VIEL E.: Przedstawienie obserwacji klinicznych umożliwiających wsparcie diagnostyki z użyciem kinezyterapii. Annales de kinesitherapie nr 2, tom 24, marzec 1997, str. 68-69.

3. GROSJEAN D., BENINI P.: Praktyczne zastosowanie mikrokinetyterapii: - Tom 1: Grupy mięśniowe - C.F.M. Pont-a-Mousson 1996;

- Tom 2: Bliźny patogenowe - C.F.M. Pont-a-Mousson 1998.

4. LE GILL (grupa interdyscyplinarna zwalczająca lumbago) Patrz strona internetowa, definicja, klasyfikacja lumbago.

5. VIEL E.: Ocena działań i procesów rehabilitacyjnych.

Annales de kinesitherapie, nr 6, tom 25, październik 1998, str. 227-286.