

ROLUL EXERCIȚIILOR FIZICE ÎN REABILITAREA PACIENȚILOR CU MIOPATII INFLAMATORII IDIOPATICE

*Loghin-Oprea Natalia¹,
Vetrilă Snejana²,
Mazur-Nicorici Lucia³,
Căun Elena⁴,
Mazur Minodora⁵,*

^{1,2,3,5}Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", Chișinău, Republica Moldova

⁴Universitatea de Stat de Educație Fizică și Sport, Chișinău, Republica Moldova

Rezumat. Miopatiile inflamatorii idiopatice sunt un grup de boli autoimune în care se afectează mușchii centurii scapulare și pelviene, simptomul de bază fiind astenia musculară. Managementul contemporan al MII presupune tratamentul medicamentos, fizioterapie și kinetoterapie. Kinetoterapia a fost mult timp subestimată, studiile mai vechi comunicând posibilitatea de a agrava procesul inflamator, însă în cercetările recente s-a emis ipoteza despre necesitatea și utilitatea exercițiilor fizice ca metodă de reabilitare.

Cuvinte-cheie: miopatii inflamatorii idiopatice, exerciții fizice, kinetoterapie.

Introducere. Miopatiile inflamatorii idiopatice (MII) sunt un grup de boli autoimune în care se afectează mușchii centurii scapulare și pelviene, simptomul de bază fiind astenia musculară [7]. În literatura de specialitate sunt prezente mai multe seturi de criterii de diagnostic și clasificare, cu diferită sensibilitate și specificitate, dar criteriile Bohan și Peter rămân a fi actuale și acceptate de către cercetătorii versați în domeniu pentru diagnosticul miopatiilor [6]. Aceste criterii presupun prezența slăbiciunii musculare proximale, simetrice, progresive, valori serice crescute ale creatinfosfokinazei sau alte enzime musculare specifice, așa ca ALAT, ASAT și/sau LDH, anomalii specifice la electromiografie și rezultate din biopsia musculară. Pentru dermatomiozită este necesară prezența semnelor cutanate patologice ca rashul heliotrop și papule Gottron [4]. La debutul bolii, pacienții, cel mai frecvent, întâlnesc dificultăți în efectuarea mișcărilor de ridicare a brațelor, urcare a scărilor, ridicarea de pe scaun, având o capacitate scăzută pentru exercițiile aerobice. Menționăm că diagnosticul și tratamentul întârziat presupun apariția atrofiei musculare. Managementul contemporan al miopatiilor include tratamentul medicamentos cu glucocorticosteroizi și/sau imunosupresoare, fizioterapie și kinetoterapie. Opiniile despre kine-

toterapie, ca metodă de recuperare a pacienților cu MII, sunt controversate. Pe de o parte, exercițiile fizice ar putea fi o modalitate de a preveni sau întârzia efectele negative ale bolii și, astfel, de a reduce dizabilitatea la pacienții cu miopatii; pe de altă parte, studiile mai vechi au descurajat efortul fizic, pasibil de agravarea procesului inflamator [2, 3]. Cercetările recente reflectă date despre efectele benefice ale exercițiilor fizice la pacienții cu miopatii, preponderent în remisiune clinică [1, 2, 5]. Studiul condus de Munters a emis ideea că exercițiul de rezistență ar putea îmbunătăți puterea musculară chiar și în cele mai afectate grupe musculare și poate reduce activitatea bolii la pacienții cu miopatii [1].

Cercetările actuale confirmă necesitatea unei abordări complexe și multidisciplinare în managementul pacienților cu miopatii inflamatorii idiopatice, inclusiv reabilitarea fizică a acestora [1, 3, 8].

Scopul cercetării constă în aprecierea eficacității exercițiilor fizice în reabilitarea pacienților cu miopatii inflamatorii idiopatice.

Metode și materiale. Am efectuat un studiu transversal, în perioada mai 2016 – mai 2017, în cadrul secției de reumatologie a IMSP Institutului de Cardiologie, pe un grup de 57 pacienți cu miopatii, stabilit conform criteriilor Bohan și Peter

[4]. Datele demografice și clinico-statutare au fost colectate conform chestionarului elaborat de noi. Instrumentele clinice aplicate au fost: evaluarea globală a activității bolii de către pacient (Patient Global Activity-PGA) prin scala VAS (0-100mm), forța musculară estimată prin Testul Muscular Manual în 8 grupe de mușchi (MMT-8) și calitatea vieții, apreciată prin chestionarul SF-8, cu componentele fizic și mintal [9, 10]. Gradul de dizabilitate a fost apreciat prin scala Rankin. În perioada aflării în spital, pacienții au urmat un program de exerciții timp de 5 zile, apoi același set de exerciții a fost efectuat la domiciliu, următoarele 3 săptămâni, durata fiecărei ședințe a fost 15 minute. Fiecare pacient a fost instruit individual de către kinetoterapeut, membru al echipei multidisciplinare, să efectueze programul de exerciții, care a inclus încălzirea prin mișcări de ridicare și așezare pe scaun, ulterior exerciții direcționate spre mobilitatea umărului și mișcări de apucare, apoi exerciții de rezistență pentru mușchii șoldului și cei cvadriceps, exerciții de tip abdomene și de întindere. Pentru realizarea scopului propus am aplicat instrumentele clinice și chestionarul la începutul programului de reabilitare, la a 5-a zi de reabilitare fizică și după 3 săptămâni de exerciții la domiciliu. Studiul a fost avizat de Comitetul de Etică a Cercetării al USMF "Nicolae Testemițanu" din 23 mai 2016.

Rezultate și discuții: Pentru realizarea cercetării au fost selectați 20 de pacienți cu miopatii care au primit tratament complex în staționar. Caracteristica generală a pacienților incluși în studiu este afișată în Tabelul 1.

Tabelul 1. Caracteristica generală a pacienților cu miopatii inflamatorii idiopatice (n=20)

Parametrii evaluați	Pacienți cu MII, nr abs	Pacienți cu MII, %
Sexul		
• femei	15	75
• bărbați	5	25
Mediul de domiciliu		
• urban	8	40
• rural	12	60
Asigurare medicală obligatorie	20	100

Statutul matrimonial		
• căsătorit	18	90
• divorțat	1	5
• celibatar	1	5
Situația profesională		
• angajat pe toată ziua	4	20
• angajat parțial	3	15
• recalificare/instruire	2	10
• casnică	1	5
• pensionar	10	50
• activitate independentă	1	5
Dizabilitatea conform scalei		
• gradul 1	6	30
• gradul 2	7	35
• gradul 3	4	20
• gradul 4	3	15

Datele prezentate în Tabelul 1 denotă că în lotul de studiu au predominat femeile în raport de 3:1 și pacienții din mediu rural.

S-a determinat statutul social al pacienților: în lotul de studiu prevalează persoanele căsătorite – 90 procente. Un alt aspect a fost situația profesională. Peste o treime (35%) de pacienți au fost angajați, 4 dintre ei cu normă întreagă, iar 3 cu timp redus. Din cei 13 pacienți neangajați, 10 erau cu dizabilitate pe motiv de boală.

Din motiv că pacienții pot avea diverse grade de dizabilitate cu scăderea progresivă a capacității de autoîngrijire, am ținut să evaluăm gradul de dizabilitate la pacienții ce au urmat programul de reabilitare fizică. La 6 pacienți am apreciat gradul 1 de dizabilitate conform scalei Rankin, alți 7 subiecți au avut gradul 2, ceea ce poate fi interpretat ca dizabilitate ușoară, iar gradul moderat de dizabilitate a fost notat cu 3 și 4 puncte.

Referitor la anii de studii, aceștia au constituit în medie 12.2 ± 2.5 ani, astfel putem deduce că pacienții au un nivel mediu de instruire (Tabelul 2). Vârsta medie, în momentul cercetării, a fost de 51.6 ± 11.1 , variind de la 25 la 67 ani. Pacienții evaluați au avut o durată medie a bolii de 75.1 ± 65.9 luni, ceea ce constituie 6.25 ani.

Tabelul 2. Statut clinico-evolutiv

Parametrii evaluați	Media
Anii de studiu, luni ($\pm$ SD)	12.2 ± 2.5 (i-v 9-17)
Vârsta medie în momentul cercetării, ani ($\pm$ SD)	51.6 ± 11.1 (i-v 25-67)
Vârsta medie la debutul bolii, ani ($\pm$ SD)	43.7 ± 14.3 (i-v 19-66)
Durata medie a bolii, luni ($\pm$ SD)	75.1 ± 65.9 (i-v 6-216)

Regimurile de tratament ale pacienților din lotul de studiu sunt prezentate pe Figura 1. Specificăm că 4 subiecți din cei ce administrează azatioprină (AZA) și încă 4 care primesc metotrexat (MTX) administrează concomitent și glucocorticosteroizi (GCS), doza medie a fost 12.9 mg de echivalent prednisolon.

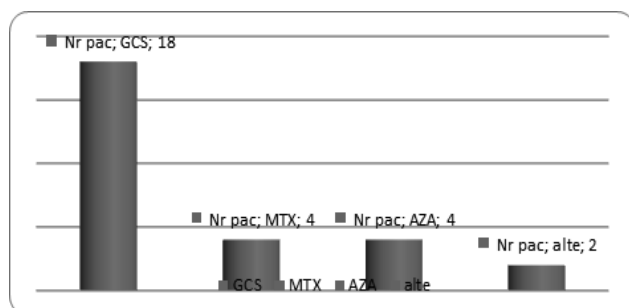


Fig. 1. Regimurile terapeutice ale pacienților cu MII

Pentru obiectivizarea stării pacienților a fost evaluată activitatea globală a bolii. Variațiile PGA-ului în funcție de etapa programului de exerciții sunt ilustrate în Figura 2. Astfel, putem observa că în prima zi a ședințelor pacienții și-au apreciat activitatea bolii de 42.2 mm, ceea ce corespunde cu un grad mediu de activitate. În ziua a 5-a de exerciții PGA-ul a crescut cu 3.3 mm, constituind 45.5mm ($P>0.05$), statistic nesemnificativ. Această majorare poate fi explicată prin mărirea durerilor musculare condiționată de efortul fizic. Menționăm că, la sfârșitul celei de-a 4 săptămâni de reabilitare kinetoterapeutică, PGA-ul a scăzut până la 32.6 mm ($P<0.05$), ceea ce demonstrează ameliorarea stării pacientului cu miopatie, statistic semnificativă.

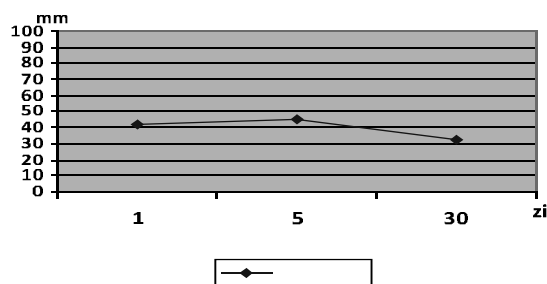


Fig. 2. Indicii PGA la pacienții cu miopatii

Ținem să precizăm că programul de exerciții fizice a fost bine tolerat de către bolnavi, nu au fost înregistrate reacții adverse sau intoleranță la programul terapeutic. Determinarea forței musculare prin testul manual muscular a servit drept un alt indicator pentru aprecierea eficacității kinetoterapiei la pacienții din lotul de studiu. Datele prezentate în Figura 3 relevă creșterea treptată a valorilor MMT-8, de la 52.4 la includerea în studiu până la 53.1 puncte în ziua a 5-a de exerciții, majorarea a fost statistic nesemnificativă ($P>0.05$). După 4 săptămâni de reabilitare fizică, forța musculară a atins cota maximă de 68.5 puncte, comparativ cu ziua a 5-a: o majorare importantă, statistic semnificativă ($P<0.05$).

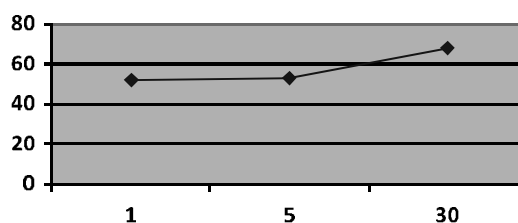


Fig. 3. Indicii MMT-8 la pacienții cu miopatii

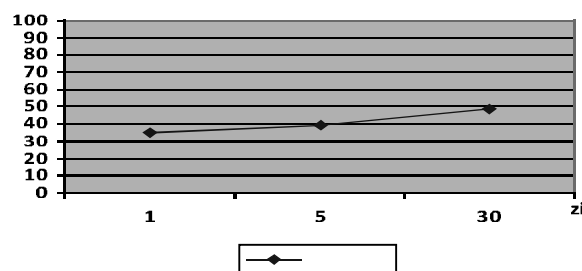


Fig. 4. Indicii SF-8 fizic la pacienții cu miopatii

În această ordine de idei, am decelat un aspect important în cercetarea miopatiilor inflamatorii idiopatice – calitatea vieții. Am evaluat calitatea vieții prin chestionarul SF-8, componentul mental și fizic. Rezultatele cercetării noastre au evidențiat o calitate joasă a vieții (Figura 4). La debutul programului de exerciții componentul fizic al SF-8 a fost 35.1, ceea ce reprezintă valori joase. La ziua a 5-a de exerciții se prezintă o ameliorare ușoară – 39.1 ($P>0.05$), tendință care se păstrează

și la a 30-a zi. Componentul fizic al SF-8 este de 48.9 (Figura 4). Consemnăm că toate cele trei rezultate sunt sub valoarea de referință – 50, apreciată la populația sănătoasă.

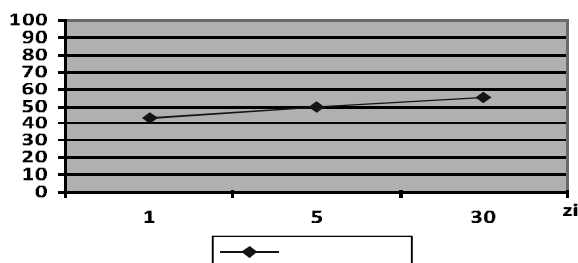


Fig. 5. Indicii SF-8 mental la pacienții cu miopatii

Ulterior s-a analizat calitatea vieții prin componentul mental al SF-8. Astfel, la începutul exercițiilor pacienții au avut o valoare de 42.8, fiind mai joasă ca valoarea de referință. După 5 zile de exerciții, componentul mental s-a mărit nesemnificativ – până la 49.8 ($P > 0.05$), la a treia apreciere, după 30 de zile, calitatea vieții s-a majorat semnificativ, având valori de 55.2 ($P < 0.05$).

Concluzie. Rezultatele cercetării au consemnat eficacitatea exercițiilor la pacienții cu miopatii inflamatorii idiopatice prin scăderea activității bolii, evaluată prin Evaluarea Globală de către Pacienți, de la 42,2 mm la 32,6 mm ($p < 0,05$) și creșterea puterii musculare de la 52,4 la studiu includerea la 68,5 puncte în ziua a 30-a a exercițiilor, creș

Referințe bibliografice:

1. Alemo Munters, L. et al. (2013). *Improvement in health and possible reduction in disease activity using endurance exercise in patients with established polymyositis and dermatomyositis: a multicenter randomized controlled trial with a 1-year open extension followup*. Arthritis Care Res (Hoboken). Dec;65(12):1959-68. doi: 10.1002/acr.22068. PubMed PMID: 23861241.
2. Alexanderson, H. (2012). *Exercise in inflammatory myopathies, including inclusion body myositis*. Curr Rheumatol Rep. Jun;14(3):244-51. doi: 10.1007/s11926-012-0248-4.
3. Bachasson, D. et al. (2017). *Physical activity monitoring: A promising outcome measure in idiopathic inflammatory myopathies*. Neurology. Jul 4;89(1):101-103. doi: 10.1212/WNL.0000000000004061.
4. Bohan, A., Peter, J B. *Polymyositis and dermatomyositis*. N Engl J Med 1975.292344–177, 4037.177, 4037
5. Habers, GA., Takken, T. (2011). *Safety and efficacy of exercise training in patients with an idiopathic inflammatory myopathy- a systematic review*. Rheumatology (Oxford). 50:2113–24.
6. Linklater, H. et al. (2013). *Classifying idiopathic inflammatory myopathies: comparing the performance of six existing criteria*. Clin Exp Rheumatol. 2013 Jun 14.
7. Lundberg, IE., Cooper, RG., Chinoy, H. (2012). *Polymyositis and Dermatomyositis in EULAR Textbook on Rheumatic Diseases*, p. 568-593.
8. Ponyi, A. et al. (2015). *Functional outcome and quality of life in adult patients with idiopathic inflammatory myositis*. Rheumatology (Oxford). 44:83–8.
9. Regardt, M. et al. (2015). *Patients' Experience of Myositis and Further Validation of a Myositis-specific Patient Reported Outcome Measure - Establishing Core Domains and Expanding Patient Input on Clinical Assessment in Myositis. Report from OMERACT 12*. J Rheumatol. Dec;42(12):2492-5. doi: 10.3899/jrheum.141243.
10. Van der Stap, DK. et al. (2016). *Proposal for a Candidate Core Set of Fitness and Strength Tests for Patients with Childhood or Adult Idiopathic Inflammatory Myopathies*. J Rheumatol. Jan;43(1):169-76. doi: 10.3899/jrheum.150270. Epub 2015 Nov 15. Review.