

Kiedy ruch
powoduje
ból



Oceń
Zrozum
Podejmij
działanie

OGÓLNOŚWIĄTOWY ROK NA RZECZ ULGI W BÓLU MIĘŚNIOWO - SZKIELETOWYM Październik 2009 – Październik 2010

Bóle obręczy barkowej

Wprowadzenie

Dolegliwości bólowe obręczy barkowej wynikają z patologii struktur zaangażowanych w ruchy barków – stawów, mięśni, ścięgien i torebek stawowych. Ból może pojawiać się nagle, bez uchwytnej przyczyny, lub też może być związany z urazem, przeciążeniem czy chorobami neurologicznymi (np. udar mózgu). Bóle ramion zwykle prowadzą do przejściowego ograniczenia aktywności ruchowej i rzadko przechodzą w stan przewlekły.

Epidemiologia i aspekt ekonomiczny

Bóle ramion są trzecim (po bólach krzyża i kolan) pod względem częstości występowania rodzajem bólu mięśniowo-szkieletowego [4,5].

- roczna zachorowalność waha się od 5% do 47% [2,6].
- chorobowość oceniana jest na 14% do 21% [4,5].
- 18% ubezpieczeń z powodu niepełnosprawności i bólu mięśniowo-szkieletowego wypłacanych jest właśnie pacjentom z bólami karku i ramion [3].

Patofizjologia

Etiologia jest zwykle wieloczynnikowa:

- *Miejscowy stan zapalny*: Zmiany zapalne ścięgien i torebek stawowych pojawiają się zwykle na skutek przeciążenia. Stan zapalny może się także pojawić w wyniku uszkodzenia ścięgien (np. przerwanie pierścienia rotatorów), zmian zwyrodnieniowych lub chorób autoimmunologicznych dotyczących stawów (reumatoidalne zapalenie stawów)
- *Nadmierna ruchomość*: Torebki stawowe i więzadła mogą być luźne, tym samym niekiedy ruchy wykonywane w obrębie obręczy barkowej mogą być nadmierne i mogą prowadzić do niestabilności barków. Przyczyną tego stanu mogą być czynniki wrodzone (niestabilność w wielu kierunkach) lub powtarzające się urazy (niestabilność tylko w jednym kierunku). Nadmierna ruchomość może prowadzić do podwichnięcia lub zwichnięcia barku.
- *Ograniczenie ruchomości*: Torebki stawowe i więzadła mogą być sztywne i ograniczać ruchomość obręczy barkowej, szczególnie unoszenie ramion i rotację zewnętrzną. Problem ten pojawia się zwykle na skutek unieruchomienia, ale może się pojawić także w wyniku reaktywnego stanu zapalnego stawu (np. zarostowe zapalenie torebki stawowej - PHS).
- *Oslabienie mięśni/niestabilność*: Mięśnie utrzymujące w prawidłowej pozycji głowę kości ramieniowej i łopatkę mogą ulegać osłabieniu, co skutkuje niewłaściwą ruchomością barku. Problem ten pojawia się na skutek zaburzeń postawy, przy nadmiernych lub niewłaściwie dobranych ćwiczeniach fizycznych np. u kulturystów, lub po udarze mózgu.

Objawy kliniczne

Symptomatologia bólu obręczy barkowej może się znacząco różnić. W cięższych przypadkach ból może promieniować do ramienia, łokcia (nietypowo poniżej łokcia), a także do szyi (nietypowo do górnej części kręgosłupa szyjnego i głowy). Inne objawy to osłabienie siły mięśniowej, ograniczenie ruchomości barku i kończyny górnej, kłopoty z ubieraniem się, wykonywaniem prac domowych, zaburzenia snu [1].

Stawy obręczy barkowej utworzone są przez struktury, z których każda może stanowić potencjalne źródło bólu. Stawy tworzące obręcz barkową to staw ramienny, staw łopatkowo-żebrowy, staw mostkowo-obojczykowy oraz

staw barkowo-obojczykowy. Grupy mięśni stanowiące potencjalne źródło bólu to mięśnie pierścienia rotatorów (odpowiedzialne za prawidłowe ułożenie stawu ramiennego), mięśnie odpowiedzialne za prawidłowe ułożenie łopatki, mięśnie odpowiedzialne za nasilone ruchy ramienia. Torebki stawowe także mogą stanowić potencjalne źródło bólu, najbardziej charakterystyczna lokalizacja dolegliwości to okolica kaletki podbarkowej.

Kryteria diagnostyczne

Stosowane kryteria diagnostyczne powinny przede wszystkim potwierdzić, iż źródłem bólu są struktury obręczy barkowej, gdyż bóle ramion mogą być także rzutowane z szyi i narządów odległych jak np. serce. Badania diagnostyczne powinny również pomóc w identyfikacji określonych struktur anatomicznych jako źródła bólu, tak by leczenie mogło być ukierunkowane na daną strukturę anatomiczną.

Rozpoznanie i leczenie

Schorzenia obręczy barkowej są częstą przyczyną wizyt u lekarza, rocznie około 12 na 1000 wizyt w ramach podstawowej opieki zdrowotnej [8]. Bóle obręczy barkowej nie stanowią zagrożenia życia, oczywiście wykluczając bóle rzutowane z odległych narządów ciała. Jednakże dolegliwości bólowe są niekiedy trudne do leczenia, jedynie u 50% pacjentów obserwuje się całkowite ustąpienie objawów w ciągu 6 miesięcy, a po roku odsetek ten sięga tylko 60% [1,7,9]. W leczeniu stosowane są zwykle wstrzyknięcia kortykosteroidów, terapia manualna, fizykoterapia lub zabiegi chirurgiczne, brak jednak oczywistej przewagi jednej metody leczenia nad pozostałymi [1,8,9].

Piśmiennictwo

1. Croft P, Pope D, Silman A. The clinical course of shoulder pain: prospective cohort study in primary care. Primary Care Rheumatology Society Shoulder Study Group. *BMJ* 1996;313:601–2.
2. Kuijpers T, van der Windt DA, van der Heijden GJ, Bouter LM. Systematic review of prognostic cohort studies on shoulder disorders. *Pain* 2004;109:420–31.
3. Nygren A, Berglund A, von Koch M. Neck-and-shoulder pain, an increasing problem. Strategies for using insurance material to follow trends. *Scand J Rehabil Med Suppl* 1995;32:107–12.
4. Picavet HS, Schouten JS. Musculoskeletal pain in the Netherlands: prevalences, consequences and risk groups, the DMC(3)-study. *Pain* 2003;102:167–78.
5. Urwin M, Symmons D, Allison T, Brammah T, Busby H, Roxby M, Simmons A, Williams G. Estimating the burden of musculoskeletal disorders in the community: the comparative prevalence of symptoms at different anatomical sites, and the relation to social deprivation. *Ann Rheum Dis* 1998;57:649–55.
6. van der Heijden GJ. Shoulder disorders: a state-of-the-art review. *Baillieres Clin Rheumatol* 1999;13:287–309.
7. van der Windt DA, Koes BW, Boeke AJ, Deville W, De Jong BA, Bouter LM. Shoulder disorders in general practice: prognostic indicators of outcome. *Br J Gen Pract* 1996;46:519–23.
8. van der Windt DA, Koes BW, De Jong BA, Bouter LM. Shoulder disorders in general practice: incidence, patient characteristics, and management. *Ann Rheum Dis* 1995;54:959–64.
9. Winters JC, Sobel JS, Groenier KH, Arendzen HJ, Meyboom-de Jong B. Comparison of physiotherapy, manipulation, and corticosteroid injection for treating shoulder complaints in general practice: randomised, single blind study. *BMJ* 1997;314:1320–5.

