

**UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE  
„CAROL DAVILA”, BUCUREȘTI  
ȘCOALA DOCTORALĂ  
MEDICINĂ GENERALĂ**



**MANAGEMENTUL DURERII LOMBARE ÎN SARCINĂ ȘI LĂUZIE –  
PROTOCOL DE RECUPERARE**

**REZUMATUL TEZEI DE DOCTORAT**

**CONDUCĂTOR DE DOCTORAT:**

**PROF. UNIV. DR. VLĂDĂREANU RADU**

**STUDENT DOCTORAND:**

**NICOLESCU VESELU (CĂS. FILIPESCU) IULIA**

**2024**

# Cuprins

INTRODUCERE .....	4
I. PARTEA GENERALĂ.....	7
1. Noțiuni de anatomie, biomecanică și modificări adaptative ale coloanei vertebrale	7
1.1. Anatomia coloanei vertebrale .....	7
1.2. Biomecanica coloanei vertebrale și modificările adaptative ale acesteia în sarcină .....	9
1.3. Modificările posturale ale coloanei vertebrale în sarcină .....	10
1.3.1. Curbura coloanei vertebrale .....	10
1.3.2. Gradul de înclinare pelvină .....	14
1.3.3. Limitele de mișcare ale trunchiului .....	14
1.3.4. Stabilitatea .....	15
1.3.5. Mersul .....	19
2. Durerea lombară joasă .....	22
2.1. Definiție .....	22
2.2. Epidemiologie și factori de risc .....	22
2.3. Clasificarea sindroamelor caracterizate de durere lombara joasă .....	25
2.4. Diagnostic diferențial.....	27
2.5. Tratamentul durerii lombare joase .....	28
2.5.1. Profilaxia durerii lombare joase la femeile însărcinate.....	29
2.5.2. Importanța fizioterapieii în tratamentul durerii lombare joase .....	30
2.5.3. Terapii alternative și complementare utilizate în tratamentul durerii lombare joase la pacientele însărcinate .....	30
2.5.4. Tehnici pentru menținerea corectă a posturii.....	34
2.5.5. Stimularea nervoasă electrică transcutanată.....	35
2.5.6. Injecțiile intradermice cu apă sterilă .....	35
2.5.7. Tratamentul non-chirurgical .....	36

2.5.8. Tratamentul medicamentos.....	36
2.5.9. Tratamentul chirurgical .....	37
2.5.10. Anestezia neuraxială la pacientele însărcinate cu durere lombară joasă	37
3. Evaluarea calității vieții la gravide și lăuze cu durere lombară joasă .....	39
3.1. Definiție și caracteristici generale ale calității vieții .....	39
3.2. Chestionare de evaluare a durerii și scale de evaluare a calității vieții: .....	42
II. Studiu clinic .....	47
4. Ipoteza de lucru și obiectivele studiului .....	48
5. Material și metodă.....	49
5.1. Criterii de includere .....	49
5.2. Criterii de excludere .....	49
5.3. Modul de lucru .....	50
5.4. Analiza statistică a datelor.....	51
6. Rezultate .....	54
7. Discuții.....	127
7.1. Influența vârstei materne asupra durerii lombare joase asociată sarcinii ...	127
7.2. Influența metodei de concepție relativ la lombalgia asociată sarcinii .....	128
7.3. Influența parității relativ la durerea lombară asociată sarcinii .....	129
7.4. Influența indicelui de masă corporală relativ la durerea lombară asociată sarcinii .....	130
7.5. Influența protocolului terapeutic de recuperare asupra durerii lombare asociate sarcinii .....	132
7.6. Influența sexului fetal asupra apariției durerii lombare asociate sarcinii ...	134
7.7. Recomandarea protocolului terapeutic la gravidele cu lombalgie asociată sarcinii .....	134
8. Concluzii.....	136
Bibliografie: .....	138

## **Introducere**

Durerea la nivelul coloanei lombare este una din principalele simptomatologii apărute în sarcină, ea afectând până la 70% din totalul pacientelor însărcinate. Sarcina însăși este un factor favorizant pentru durerea lombară joasă. Datorită modificărilor care apar în corpul unei paciente însărcinate, centrul gravitațional al corpului se modifică, deplasându-se spre anterior, apare hiperlaxitate la nivelul articulațiilor și împreună cu factorii de risc (istoric de durere lombară, vârstă maternă avansată, indice de masă corporală crescut, multiparitate, sedentarism) crește riscul apariției lombalgiei asociată sarcinii cu scăderea calității vieții gravidei și creșterea riscului de depresie ante și postpartum.

### **Stadiul actual al cunoașterii**

Este bine cunoscut faptul că pe întregul parcurs al sarcinii, întreaga fiziologie maternă suferă modificări adaptative pentru permiterea unei evoluții embrionare și, ulterior, fetale în parametri cât mai optimi. Pe lângă componenta fiziologică, există și modificări legate de componenta anatomică a gravidei, astfel că pe parcursul evoluției gestaționale, la nivelul aparatului osteo-articular survin o serie de modificări loco-regionale ce se află sub influența hormonilor sintetizați la nivel placentar, precum și sub influența factorilor de tip biomecanic. [1]

Pe de altă parte, frecvent a fost observată o creștere a fluxului vascular la nivelul măduvei osoase, anumite gravide prezentând un grad ușor de decalcificare explicat atât prin creșterea nivelului seric al hormonului paratiroidian care este considerat a fi un antagonist al vitaminei D2, cât și prin cerințele crescute ale fătului aflat în continuă dezvoltare. [1]

Aceste modificări pot atrage după sine afectarea curburii coloanei vertebrale, a menținerii echilibrului, precum și pattern-ul mersului printr-un efect țintit asupra unor zone cheie ale corpului omenesc, putând avea astfel un impact semnificativ asupra calității vieții prin amplificarea durerilor lombare, precum și prin creșterea riscului de pierdere a echilibrului, respectiv a căderii ce poate surveni secundar acestuia. Aceste efecte sunt considerate a fi mai degrabă rezultatele finale ale însumării modificărilor hormonale și biomecanice ce survin pe parcursul sarcinii. [1]

Durerea lombară joasă este un simptom comun întâlnit la pacientele gravide și influențează semnificativ calitatea vieții acestora. Durerea lombară joasă este cunoscută din

cele mai vechi timpuri, fiind descrisă de Hippocrate, Vesalius, Pineau, Hunter, Velpeau și mulți alții.

Estimativ, 50% din femeile gravide vor manifesta durere lombară joasă la un moment dat pe parcursul sarcinii sau în perioada postpartum. Această simptomatologie are mulți factori etiologici: mecanici, hormonal, etc. [2,3,4,5,6].

Durerea lombară din cursul sarcinii este similară durerii pacientelor negravide și este descrisă la nivelul coloanei lombare, deasupra sacrului. Aceasta poate iradia în membrul inferior, iar contractura musculaturii paravertebrale este frecvent întâlnită.

Pregnancy Mobility Index (PMI) elaborat de Van de Pol et al pentru a estima abilitatea pacientei de a face activitățile casnice obișnuite este un chestionar cu trei scale și poate evalua mobilitatea și calitatea vieții gravidelor cu durere lombară joasă. De asemenea, o altă scală utilizată frecvent este Quebec Back Pain Disability Scale.

Există numeroase studii referitoare la acest topic-durerea lombară joasă la pacienta gravidă, cu rate de prevalență de 25% până la 90 % din paciente (cu o medie de 50%). O treime din acestea vor manifesta durere severă ce afectează semnificativ calitatea vieții. Majoritatea pacientelor sunt primipare [7], fiind mai frecvent afectate între săptămânile 20-28 de gestație și se poate prelungi până la 3 luni postpartum (12.5% din cazuri pot fi afectate 12 luni) [8].

Fiziopatologia acestei patologii nu este deplin elucidată, iar bazele științifice ale ipotezelor formulate sunt departe de a fi consolidate.

- Factori mecanici

Unul dintre cele mai frecvente mecanisme sugerate este asociat cu factorii mecanici datorat câștigului în greutate în cursul sarcinii, creșterii diametrului sagital abdominal, centrul de greutate al pacientei situat anterior, stresului crescut la nivel lombar [9, 10, 11].

O consecință importantă a modificărilor mecanice asociate sarcinii este apariția tasărilor vertebrale, deshidratării discurilor intervertebrale și compresie medulară. De asemenea, este descris un proces biomecanic care sugerează existența unei acomodări la noua postură prin întinderea musculaturii abdominale, aceasta cauzând oboseală musculară și solicitarea suplimentară a coloanei vertebrale.

- Factori hormonal

Un procent semnificativ de paciente manifestă durere lombară încă din primul trimestru de sarcină. La acestea nu se pot identifica boli asociate sau traumă care ar putea iniția durerea, factorii mecanici nu sunt încă prezenți, de aceea anumiți autori pun diagnosticul de durere

lombară joasă pe seama modificărilor hormonale. Relaxina crește de zece ori în sarcină, cauzând laxitate ligamentară și discomfort, nu doar la nivelul articulației sacro-iliace, ci și la nivelul întregului spate, instabilitate a pelvisului și deformarea coloanei vertebrale. Numeroase studii referitoare la relația dintre relaxină și durerea lombară joasă în sarcină sunt în derulare și nu s-a stabilit cu certitudine o corelație semnificativă [12].

- Factori circulatori

O altă teorie sugerează faptul că durerea lombară joasă aparută în sarcină, cu accentuare nocturnă, poate fi consecința expansiunii uterului, compresiiei venei cave și congestiei venoase de la nivel pelvin și a coloanei vertebrale [9].

Cei mai comuni factori de risc asociați durerii lombare joase în sarcină descriși în literatură sunt antecedentele traumatiche pelvine, durere lombară cronică, durere lombară asociată sarcinilor anterioare și indicele de masă corporală crescut[9].

Un procent de 85% din pacientele care au manifestat durere lombară joasă în sarcini anterioare vor dezvolta aceeași simptomatologie în cursul sarcinii curente [13, 14]. De asemenea, multiparitatea a fost asociată cu frecvența crescută de durere lombară joasă la gravidă. Existența acestei simptomatologii anterior sarcinii crește riscul apariției acesteia în cursul sarcinii [15]. Durerea lombară asociată menstruației este un alt factor de risc implicat [7].

<b>Factori de risc</b>
Istoric de hipertensiune arterială
Avorturi repetate
Fumatul
Durere pe parcursul sarcinii anterioare
Multiparitate
Istoric de hipermobilitate
Perioade de amenoree
Efort fizic intens
IMC crescut
Sedentarism
Interpretarea exagerată a durerii

**Tabelul 2.1** Factorii de risc incriminați pentru durerea lombară joasă în sarcină (pagina 21)

Exercițiile fizice susținute au un rol protector, iar statusul socio-economic nu pare a fi implicat în apariția durerii lombare joase la femeia gravidă [16,17].

Un studiu ce a utilizat chestionarul Roland a sugerat faptul că fetusul de sex masculin poate reprezenta un factor predictiv pentru durerea lombară joasă din cursul sarcinii [18].

Prevenția durerii lombare joase la gravidă este dificilă, fiind de o mare importanță informarea gravidei, în special a celor cu risc crescut și educarea acestora pentru a menține o postură corectă în timpul activităților zilnice comune, pentru a scădea solicitarea coloanei lombare și riscul de deformare a acesteia. Este un deziderat ușor de atins și amplificat de practicarea aerobicului sau exercițiilor de fizioterapie, preferabil înaintea sarcinii.

Este de asemenea important ca pacienta să învețe să ridice corect greutatea, să folosească scaune adecvate, saltea de dormit corespunzătoare, precum și tehnici corecte de așezare și ridicare din pat, astfel încât coloana vertebrală să fie protejată [19].

Scopul studiului a fost descoperirea incidenței lombalgiei joase în cadrul populației gravide și influența acesteia asupra calității vieții pacientelor. În cadrul studiului s-a încercat identificarea factorilor de risc ce au predispus la apariția lombalgiei în populația gravidă și s-au asociat cu aceasta, cât și identificarea tehnicilor de recuperare ce pot fi utilizate de gravide și care au adus evoluția cea mai bună a simptomatologiei în lotul de paciente analizat, iar ca obiectiv am stabilit crearea unui protocol terapeutic dedicat lombalgiei asociate sarcinii.

Astfel, studiul de față a examinat populația gravidă pe parcursul a 12 săptămâni, monitorizând vârsta, înălțimea, greutatea, indicele de masă corporală, câștig ponderal pe parcursul studiului, câștig ponderal total în sarcină, vârsta gestațională la care a debutat durerea, antecedentele de durere lombară, paritatea, metoda de concepție, rezultatele la scorurile de durere folosind chestionarele Roland-Morris și Oswestry, tehnicile de recuperare folosite.

Majoritatea femeilor însărcinate consideră durerea lombară joasă ca fiind inevitabilă în cursul sarcinii, astfel încât doar aproximativ jumătate dintre pacientele care suferă de dureri lombare joase solicită ajutor medical în vederea ameliorării acesteia, în special cele care își cuantifică durerea pe o scală mai mare din sistemul VAS (visual analog scale). Majorității femeilor tratate de aceasta afecțiune le-au fost recomandate mai multe tipuri de tratament [20].

Identificarea și tratamentul precoce, luând în considerare faptul că fiecare caz în parte prezintă anumite particularități, poate conduce la succes terapeutic. Durerea lombară joasă are un prognostic funcțional favorabil și majoritatea femeilor se recuperează în primele luni postpartum. Managementul conservator a durerii lombare joase este de primă intenție. Un

diagnostic corect, inclusiv cel diferențial între durerea lombară joasă și cea pelviană, este esențial, întrucât managementul celor două tipuri de durere este diferit [4, 5, 9, 20].

În ceea ce privește tipurile de tratament folosite, profilaxia durerii în timpul sarcinii pare să fie cea mai importantă metodă, întrucât instalarea tardivă a tratamentului este urmată deseori de eșec terapeutic. Este de preferat ca să fie abordat un management conservativ al durerii lombare joase în timpul sarcinii, deși aceste metode nu au o rată foarte mare de succes.

Opțiunile de tratament includ fizioterapia, yoga, acupunctura, tratamentul chiropractic și centurile elastice, stimularea nervoasă electrică transcutanată, tratamentul farmacologic, injectarea de corticoizi în spațiul epidural, injecții intradermice cu apă sterilă sau chiar tratament chirurgical în cazurile severe, însoțite de patologie la nivelul coloanei vertebrale lombare. De asemenea, pierderea în greutate în perioada postpartum și prevenirea caștigului în greutate, fac parte din profilaxia durerii lombare joase la femeile însărcinate, scăzând și intensitatea acesteia dacă s-a instalat deja simptomatologia [20].

## **Ipoteza și obiective**

Studiul clinic a fost efectuat în perioada Februarie 2022 – Noiembrie 2023 în cadrul Spitalului Universitar de Urgență Elias București, în cadrul Clinicii de Obstetrică Ginecologie și Neonatologie, și a secției de Medicină Fizică și Reabilitare (Recuperare Medicală).

Scopul acestui studiu a fost descoperirea incidenței lombalgiei joase în cadrul populației gravide și influența acesteia asupra calității vieții pacientelor. În cadrul studiului s-a încercat identificarea factorilor de risc ce au predispus la apariția lombalgiei în populația gravidă și s-au asociat cu aceasta, cât și identificarea tehnicilor de recuperare ce pot fi utilizate de gravide și care au adus evoluția cea mai bună a simptomatologiei în lotul de paciente analizat.

Obiectivul final fiind elaborarea unui protocol de management a lombalgiei joase la pacientele însărcinate astfel încât să fie crescută calitatea vieții pacientelor.

## **Metoda de lucru**

Pacientele incluse în baza de date reprezintă femei însărcinate evaluate obstetrical în cadrul Clinicii de Obstetrică-Ginecologie și Neonatologie a Spitalului Universitar de Urgență Elias ce au fost diagnosticate cu lombalgie asociată sarcinii și îndrumate către secția de Medicină Fizică și Reabilitare în vederea examinării și a stabilirii conduitei terapeutice.



Lotul de studiu a fost reprezentat de 353 de femei însărcinate ce s-au prezentat pentru control obstetrical în cadrul Clinicii de Obstetrică-Ginecologie și Neonatologie, unde au fost prezentat simptomatologie specifică lombalgiei joase asociată sarcinii și au fost redirecționate către Secția de Medicină Fizică și Recuperare cu scopul diagnosticării precise și a elaborării unui plan de recuperare pentru a îmbunătății simptomatologia resimțită și calitatea vieții.

Primul lot de paciente reprezentat de 196 de femei însărcinate asociind lombalgia, confirmată ulterior în cadrul secției și care au fost de acord să urmeze protocolul de recuperare și tehnicile incluse în studiu, fiind desemnat ca lot principal. Întreaga evoluție a parametrilor evaluați fiind consemnată prin măsurători biomecanice și chestionare de evaluare a durerii lombare joase și a calității vieții.

Al doilea lot de paciente a fost format din 157 de femei însărcinate asociind lombalgia, confirmată diagnostic în cadrul secției, ce nu au dorit să urmeze un protocol de recuperare, reprezentând lotul control, fiind evaluate pe perioada sarcinii cu ajutorul chestionarelor de durere lombară joasă și calitate a vieții.

Pacientele incluse în studiu s-au prezentat în cadrul Secției de Medicină Fizică și Reabilitare, unde au fost examinate cu ajutorul chestionarelor de durere Roland Morris și Oswestry și a Tecnobody Walker View Gait Analysis 3.4.2.0, urmând conform recomandărilor un program de recuperare. Evaluarea inițială a fost făcută la intrarea în studiu (23-24 de săptămâni de gestație) iar evaluarea finală după terminarea celor 12 săptămâni de protocol(35-36 de săptămâni de gestație) pentru lotul 1, respectiv la același interval de timp și vârstă gestațională pentru lotul care nu a urmat un protocol de recuperare și doar s-a evaluat durerea prin chestionare.

Aparate și scale utilizate în studiu:

- **Tecnobody Walker View Gait Analysis 3.4.2.0**
- **Chestionarul Roland – Morris** de Evaluare a Dizabilității datorate Durerii Lombare (Low Back Pain Disability Questionnaire of Roland and Morris)
- **Chestionarul Oswestry** pentru evaluarea dizabilității cauzate de durerea lombară joasă

Pentru lotul de paciente evaluate, următoarele variabile au fost incluse în baza de date:

- Vârsta
- Metoda concepției sarcinii

- Înălțime
- Greutate
- BMI
- Câștigul ponderal în sarcină
- Paritatea
- Scorul la chestionarul Roland Morris la intrarea în studiu și la finalul protocolului
- Scorul la chestionarul Oswestry la intrarea în studiu și la finalul protocolului
- Tipul nașterii
- Istoricul durerii lombare joase
- Numărul de tehnici utilizate

Metodele terapeutice folosite în cadrul studiului au fost:

- Exerciții fizice:
  - exerciții de stretching pentru extensorii gâtului și scaleni, rotatorii interni ai umărului, extensorii coloanei lombare, adductorii șoldului și ischiogambieri, flexorii piciorului;
  - exerciții de tonifiere a musculaturii abdominale;
  - antrenamentul mușchilor pelvieni;
  - exerciții pentru creșterea forței, rezistenței și pentru creșterea mobilității articulare;
  - exerciții de relaxare, stabilizare și exerciții respiratorii
- Masaj
- Yoga
- Relaxare musculară progresivă
- Tehnici pentru menținerea corectă a posturii
- Acupunctură

## Studiu clinic

În cele două loturi de studiu, am identificat un total de 353 de paciente dintre care 218 reprezentând 61,76% au avut la intrarea în studiu, vârsta mai mare de 35 de ani, în timp ce 135 de paciente reprezentând 38,24%. În urma analizei statistice a celor două eșantioane am obținut o diferență semnificativă statistic între scorurile înregistrate la chestionare de durere Roland-

Morris și Oswestry. Media rezultatelor la scorul RMQ pentru paciente cu vârstă mai mare de 35 de ani a fost 9,0222, iar pentru pacientele cu vârstă sub 35 de ani a fost 7,3853, cu o diferență de 1,6369 ce a generat un  $p < 0,001$ , înalt semnificativ statistic.

La scorul Oswestry, grupul de paciente cu vârsta peste 35 de ani a înregistrat un scor mediu de 13,644, iar grupul de paciente cu vârsta sub 35 de ani a înregistrat un scor mediu de 10,459, cu o diferență de 3,185 ce a generat un  $p < 0,001$ , înalt semnificativ din punct de vedere statistic.

În lotul de paciente care a urmat protocolul terapeutic de 12 săptămâni, pacientele din subgrupul cu vârsta peste 35 de ani a obținut un scor mediu de 6,1023 la scorul RMQ și 13,191 la scorul Oswestry, iar pacientele cu vârsta sub 35 de ani au obținut un scor mediu de 4,4259 la testul RMQ, respectiv 10,70 la testul Oswestry, cu o diferență de 1,6764 și 2,491, ce au generat o diferență semnificativă statistic.

Rezultatele statistice înregistrate pe parcursul studiului confirmă relația între vârsta maternă avansată și apariția durerii lombare joase, cât și intensitatea crescută a acesteia față de categoria de vârstă sub 35 de ani.

În cadrul studiului efectuat, din lotul de 353 de paciente examinate, 214 dintre acestea (60,62%) sunt multipare, în timp ce 139 de paciente (39,38%) sunt primipare.

Pacientele secundipare (157 de cazuri reprezentând 44,8%) au prezentat un scor mediu la chestionarul Roland Morris 8,04, pacientele terțipare (49 de cazuri reprezentând 13,88%) au avut un scor mediu la chestionarul Roland Morris de 8,61, iar pacientele aflate la a 4-a sarcină (8 cazuri reprezentând 2,27%) au avut un scor mediu de durere Roland Morris de 8,5, în timp ce pacientele primipare (139 de cazuri reprezentând 39,38%) au avut un scor mediu de 7,73, cu obținerea unui  $p = 0,034$ , semnificativ statistic. Se constată astfel prin chestionarul Roland Morris că pacientele multipare au fost mai predispuse la scoruri de durere mai mari cu cât gradul de paritate crește.

În cadrul grupului de paciente care au urmat protocolul terapeutic, pacientele primipare (75 de cazuri) au prezentat o medie de 11,253, iar pacientele multipare (121 de cazuri) au prezentat o medie de 12,628, cu o diferență de 1,375, ce a generat un  $p = 0,049$ , semnificativ din punct de vedere statistic.

La momentul T0 al înrolării în studiu, pe lotul de 353 de paciente am avut o valoare medie a IMC-ului de 27,18 kg/m<sup>2</sup>, în timp ce la momentul T1 al finalizării urmăririi și ieșirii din studiu, pe lotul de 353 de paciente am avut o valoare medie a IMC-ului de 28,47 kg/m<sup>2</sup>.

<b>IMC T0 Grup T</b>	<b>Număr paciente</b>	<b>Procent</b>	<b>Scor mediu RMQ T0 Grup T</b>	<b>Scor mediu Oswestry T0 grup T</b>
Normoponderal	64	32.65%	6.76	9.12
Supraponderal	81	41.33%	8.35	12.18
Obezitate gr. I	46	23.47%	10.17	15.60
Obezitate gr. II	5	2.55%	10.40	16.60
<b>IMC T1 Grup T</b>	<b>Număr paciente</b>	<b>Procent</b>	<b>Scor mediu RMQ T0 Grup T</b>	<b>Scor mediu Oswestry T0 grup T</b>
Normoponderal	46	23.59%	4.00	5.36
Supraponderal	73	37.44%	4.80	6.73
Obezitate gr. I	64	32.82%	6.21	9.28
Obezitate gr. II	12	6.15%	6.30	8.83
Obezitate gr. III	1	0.51%	12.00	19.00

**Tabelul 7.1.** Distribuția scorurilor de evaluare dorsalgiei la gravidele din grupul terapeutic în funcție de clasa IMC a pacientelor (pagina 91)

Deși în cazul prezenței lombalgiei, se recomandă de cele mai multe ori scăderea în greutate sau menținerea la aceeași greutate, acest lucru nu a fost posibil în cazul studiului datorită modificărilor fiziologice de sarcină, cu o creștere în greutate normală prin creșterea și dezvoltarea fătului și a anexelor fetale. Astfel din cele 353 de participante la studiu 349 dintre acestea au înregistrat creștere în greutate în cele 12 săptămâni de participare la studiu (cu o medie de 3,771 kg, un minim de 1 kilogram și un maxim de 8 kilograme, cele mai multe paciente, 115, înregistrând un câștig ponderal de 4 kilograme pe parcursul studiului), 2 paciente au înregistrat aceeași greutate, iar 2 paciente au pierdut în greutate 1 kilogram.

Pacientele din grupul terapeutic ce au fost încadrate în clasa normoponderală la începutul studiului au avut o medie a punctajelor la chestionarul RMQ de 6,76 respectiv de

9,12 la chestionarul Oswestry. La 12 săptămâni pacientele din clasa normoponderală au avut o medie a punctajelor la chestionarul RMQ de 4,00 respectiv de 5,36 la chestionarul Oswestry, cu o diferență de 2,26 la scorul RMQ respectiv 3,76 la scorul Oswestry.

Pacientele încadrate în clasa supraponderală au avut o medie a punctajelor la chestionarul RMQ de 8,35 respectiv 12,18 la chestionarul Oswestry, în timp ce după 12 săptămâni, pacientele încadrate în clasa supraponderală au avut o medie a punctajelor la chestionarul RMQ de 4,80 respectiv 6,73 la chestionarul Oswestry, cu o diferență de 3,55 pentru scorul RMQ, respectiv 5,45 la scorul Oswestry.

Pacientele încadrate în clasa de obezitate gradul I au avut o medie a punctajelor la chestionarul RMQ de 10,17 respectiv 15,60 la chestionarul Oswestry, ulterior obținând o medie a punctajelor la chestionarul RMQ de 6,21 respectiv 9,28 la chestionarul Oswestry, cu o diferență de 3,96 pentru scorul RMQ, respectiv 6,32 pentru scorul Oswestry.

Pacientele încadrate în clasa de obezitate gradul II au avut o medie a punctajelor la chestionarul RMQ de 10,40 respectiv 16,60 la chestionarul Oswestry. La finalul studiului pacientele încadrate în clasa de obezitate gradul II au avut o medie a punctajelor la chestionarul RMQ de 6,30 respectiv 8,83 la chestionarul Oswestry, cu o diferență de 4,10 pentru scorul RMQ respectiv 7,77 pentru scorul Oswestry.

În urma analizei statistice a datelor prezentate, folosind testul ANOVA, am obținut un  $p=0,015<0,05$ , semnificativ statistic, pentru scorurile obținute la chestionarele de durere lombară joasă Roland Morris și Oswestry pe toate clasele de masă corporală (normoponderal, supraponderal, obezitate gradul I și obezitate gradul II).

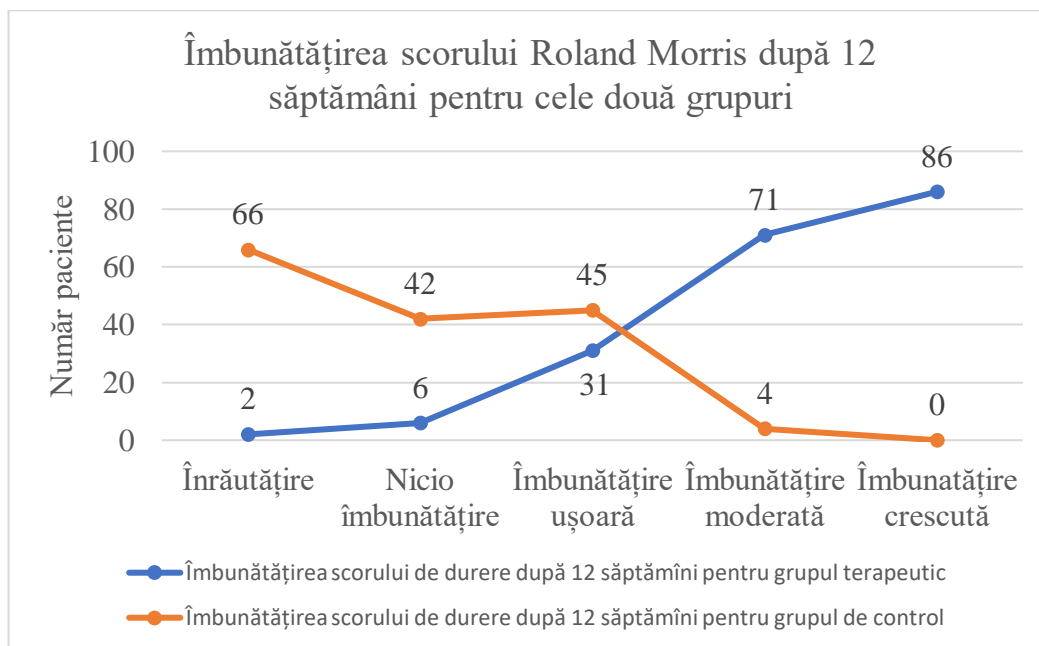
La momentul înrolării în studiu, pacientele din grupul terapeutic (196 de paciente) au obținut o medie a scorului Roland-Morris de 8,3163, în timp ce după urmărirea celor 12 săptămâni de terapie media scorului Roland-Morris a fost de 5,1786, generând un  $p<0,001$ , înalt semnificativ statistic.

În cazul grupului care nu a urmat protocol terapeutic, cele 157 de paciente au fost evaluate prin chestionarul de durere Roland Morris, și au obținut la intrarea în studiu o medie a scorului de 7,6306 iar după cele 12 săptămâni de urmărire au obținut o medie de 7,8404 care în urma analizei statistice a datelor înregistrate am obținut un  $p=0,353$ , nesemnificativ din puncte de vedere statistic.

Prin interpretarea scorurilor chestionarului Roland Morris a fost observată o îmbunătățire a durerii lombare asociate sarcinii la 188 de paciente din totalul de 196, cu 6 paciente care nu au înregistrat nicio îmbunătățire și 2 paciente care au înregistrat înrăutățirea

scorului. Din pacientele ce au înregistrat îmbunătățirea simptomatologiei, 31 au înregistrat îmbunătățire ușoară, 71 îmbunătățire moderată, iar 86 îmbunătățire crescută.

În cazul grupului care nu a urmat protocolul terapeutic propus, 66 de paciente din totalul de 157 au înregistrat înrăutățirea simptomatologiei, 42 de paciente nu au înregistrat nicio îmbunătățire, 45 au înregistrat o îmbunătățire ușoară și 4 au înregistrat o îmbunătățire moderată.



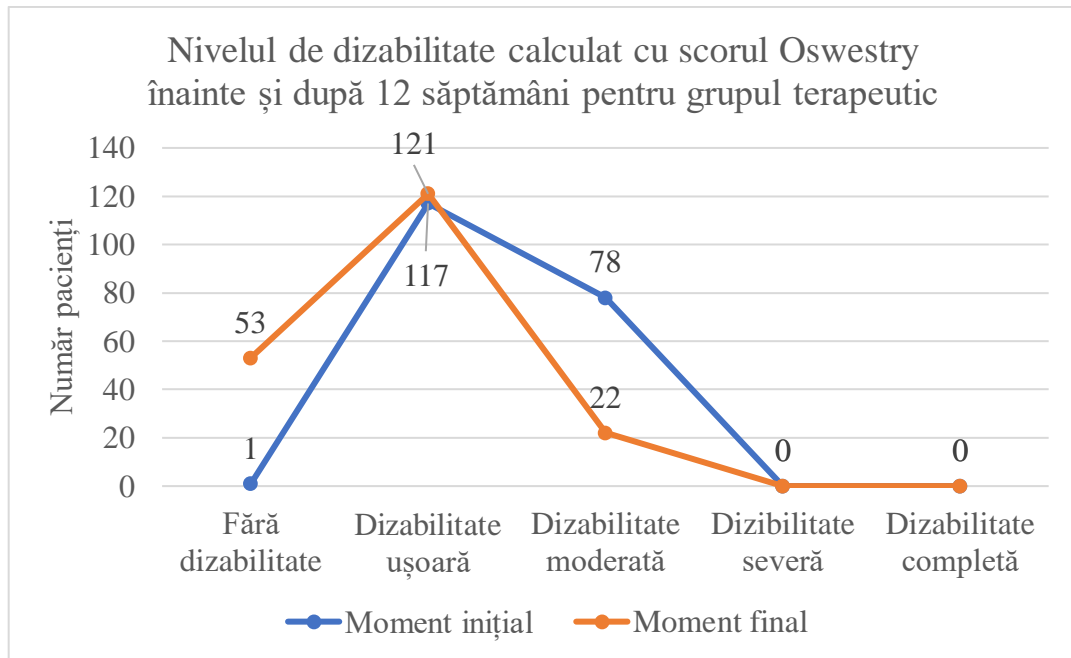
**Figura 6.58.** Îmbunătățirea scorului Roland Morris după 12 săptămâni pentru cele două grupuri (pagina 102)

Pacientele din grupul ce a urmat protocolul terapeutic au fost evaluate la intrarea în studiu prin chestionarul de durere Oswestry. După finalizarea protocolului terapeutic de 12 săptămâni, acestea au fost reevaluate folosind același scor. În urma analizei statistice folosind testul T Student a scorurilor înregistrate am obținut un  $p < 0,001$ , relevant pentru o înaltă semnificație statistică vizând îmbunătățirea scorului de durere în urma efectuării protocolului terapeutic.

La intrarea în studiu, pacientele din grupul terapeutic (196 de paciente) au obținut o medie de 12,102, iar la reevaluarea finală la 12 săptămâni, media obținută a fost 7,4388, cu o diferență de 6,2286, semnificativă din punct de vedere statistic.

De asemenea, în cazul grupului care nu a urmat protocol terapeutic, acesta a fost evaluat prin chestionarul de durere Oswestry, astfel cele 157 de paciente din grup, au obținut la intrarea

în studiu o medie a scorului de 11,146, iar după cele 12 săptămâni de urmărire au obținut o medie de 11,446, cu o diferență de 0,300, ce a generat un  $p=0,521$ , nesemnificativ din punct de vedere statistic.



**Figura 6.60.** Nivelul de dizabilitate calculat cu scorul Oswestry înainte și după 12 săptămâni pentru grupul terapeutic (pagina 106)

Prin interpretarea scorurilor chestionarului Oswestry a fost observată o îmbunătățire a durerii lombare asociate sarcinii la 190 de paciente din totalul de 196, cu 5 paciente care nu au înregistrat nicio îmbunătățire și 1 pacientă care a înregistrat înrăutățirea scorului. Prin calcularea nivelului de dizabilitate al scorului de durere Oswestry, la momentul înrolării în studiu, 1 pacientă se încadrează în afara ariei de dizabilitate cauzată de durere (scor 0-4), 117 în clasa de dizabilitate ușoară (scor 5-14) cauzată de durere și 78 în clasa moderată (15-24). În urma urmăririi protocolului terapeutic produs, la reevaluarea de la finalul acestuia, 53 de paciente se află în afara clasei de dizabilitate, 121 se află în clasa de dizabilitate ușoară și 22 în clasa de dizabilitate moderată.

## Concluzii

Ghidurile naționale de obstetrică-ginecologie, dar și cele de medicină fizică și recuperare sunt deficitare în acest din punctul de vedere al indicațiilor pentru terapia de recuperare în sarcină, durerea lombară asociată sarcinii fiind de multe ori trecută cu vederea sau fiind încadrată ca parte a unui „normal”, ceea ce duce la o calitate a vieții gravidei scăzută, o reticență a pacientei de a încerca nașterea naturală datorită fricii de durere și la un risc crescut pentru depresie ante și postpartum.

Scopul studiului a fost descoperirea incidenței lombalgiei joase în cadrul populației gravide și influența acesteia asupra calității vieții pacientelor. În cadrul studiului s-a încercat identificarea factorilor de risc ce au predispus la apariția lombalgiei în populația gravidă și s-au asociat cu aceasta, cât și identificarea tehnicilor de recuperare ce pot fi utilizate de gravide și care au adus evoluția cea mai bună a simptomatologiei în lotul de paciente analizat.

Astfel, identificând grupul de paciente aflate la risc pentru a dezvolta lombalgie asociată sarcinii (paciente cu vârstă maternă avansată, paciente cu indice de masă corporală crescut, multipare, sarcini obținute prin fertilizare in vitro, cu lombalgie în sarcinile anterioare, hiperlaxitate și sedentarism) acestea pot fi consiliate din timp și îndrumate în vederea înrolării într-un protocol terapeutic.

În lucrarea efectuată, am încercat să expun beneficiile și avantajele pe care un protocol simplu, facil, ce poate fi executat de către practicieni în toate clinicile din România, cât și de paciente în confortul propriei case, îl are asupra calității vieții gravidei, îmbunătățind toleranța la durere, tonusul musculaturii pelvine, abdominale și spinale, precum și un mai bun control al emoțiilor generate de durere.

Prin efectuarea de exerciții fizice de stretching, exerciții de tonifiere, antrenamentul mușchilor pelvieni, exerciții pentru creșterea forței, rezistenței și pentru creșterea mobilității articulare, exerciții de relaxare, stabilizare și exerciții respiratorii, masaj și tehnici pentru menținerea corectă a posturii aceste dezirate pot fi atinse.

Obiectivul lucrării a fost elaborarea unui protocol de management a lombalgiei joase la pacientele însărcinate astfel încât să fie crescută calitatea vieții pacientelor. În acest context, consider că obiectivul a fost atins, lucrarea prezentată și studiul efectuat pot reprezenta o piatră de temelie, un punct de plecare pentru abordarea corectă a lombalgiei asociate sarcinii, astfel încât să fie studiată exhaustiv în viitor, cu elaborarea unui plan de management eficient și a



unor ghiduri clinice standardizate, adaptate și personalizate, care să servească în primul rând creșterii calității vieții femeii gravide și suportul pe care femeile îl merită în cea mai importantă etapă a vieții, sarcina.

## Bibliografie

1. Franklin, M.E.; Conner-Kerr, T. An analysis of posture and back pain in the first and third trimesters of pregnancy. *J. Orthop. Sports Phys. Ther.* 1998, 28, 133–138
2. Sihvonen T, Huttunen M, Makkonen M, Airaksinen O. Functional changes in back muscle activity correlate with pain intensity and prediction of low back pain during pregnancy. *Arch Phys Med Rehabil.* 1998 Oct; 79(10):1210-2.
3. Bastiaanssen JM, de Bie RA, Bastiaenen CH, Essed GG, van den Brandt PA. A historical perspective on pregnancy-related low back and/or pelvic girdle pain. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2005; 120:3–14
4. Vleeming A, Albert HB, Ostgaard HC, Sturesson B, Stuge B. European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain. *Eur Spine J.* 2008; 17:794–819.
5. Perkins J, Hammer RL, Loubert PV. Identification and management of pregnancy-related low back pain. *J Nurse Midwifery.* 1998; 43:331–340
6. Bewyer KJ, Bewyer DC, Messenger D, Kennedy CM. Pilot data: association between gluteus medius weakness and low back pain during pregnancy. *Iowa Orthop J.* 2009; 29:97–99.
7. Wang SM, Dezinno P, Maranets I, Berman MR, Caldwell-Andrews AA, Kain ZN. Low back pain during pregnancy: prevalence, risk factors, and outcomes. *Obstet Gynecol.* 2004;104:65–70.
8. Van De Pol G, Van Brummen HJ, Bruinse HW, Heintz AP, Van Der Vaart CH. Pregnancy-related pelvic girdle pain in the Netherlands. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007;86:416–422.
9. Sabino J, Grauer JN. Pregnancy and low back pain. *Curr Rev Musculoskelet Med.* 2008; 1:137–141.
10. Wong MW. Factors associated with back pain symptoms in pregnancy and the persistence of pain 2 years after pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003; 82:1086–1091.
11. Ostgaard HC, Andersson GB, Schultz AB, Miller JA. Influence of some biomechanical factors on low-back pain in pregnancy. *Spine (Phila Pa 1976)* 1993;18:61–65.
12. Wedenberg K, Moen B, Norling A. A prospective randomized study comparing acupuncture with physiotherapy for low-back and pelvic pain in pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2000;79:331–335.

13. Stapleton DB, MacLennan AH, Kristiansson P. The prevalence of recalled low back pain during and after pregnancy: a South Australian population survey. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2002; 42:482–485.
14. Mens JM, Damen L, Snijders CJ, Stam HJ. The mechanical effect of a pelvic belt in patients with pregnancy-related pelvic pain. *Clin Biomech (Bristol, Avon)* 2006;21:122–127.
15. Ostgaard HC, Andersson GB, Karlsson K. Prevalence of back pain in pregnancy. *Spine (Phila Pa 1976)* 1991;16:549–552.
16. Mogren IM. Physical activity and persistent low back pain and pelvic pain post partum. *BMC Public Health.* 2008;8:417.
17. Larsen EC, Wilken-Jensen C, Hansen A, Jensen DV, Johansen S, Minck H, et al. Symptom-giving pelvic girdle relaxation in pregnancy. I: Prevalence and risk factors. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1999;78:105–110.
18. Padua L, Padua R, Bondi R, Ceccarelli E, Caliandro P, D'Amico P, et al. Patient-oriented assessment of back pain in pregnancy. *Eur Spine J.* 2002;11:272–275.
19. Morkved S, Salvesen KA, Schei B, Lydersen S, Bo K. Does group training during pregnancy prevent lumbopelvic pain? A randomized clinical trial. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007;86:276–282
20. Mogren IM. Previous physical activity decreases the risk of low back pain and pelvic pain during pregnancy. *Scand J Public Health* 2005;33(4):300–6.

## Listă lucrări publicate:

1. **Iulia Filipescu**, Mihai Berteanu, George Alexandru Filipescu, Radu Vlădăreanu, 2018. Dorsalgia joasă la gravide și lăuze. Principii de reabilitare medicală. Editorial Group: MEDICHUB MEDIA. DOI: 10.26416/Gine.19.1.2018.1512

<https://www.revistaginecologia.ro/index.php/arhiv/238>

2. **Iulia Filipescu**, Dragoș Tudorache, Radu Vlădăreanu, 2024. Pregnancy-related low back pain – the benefits and results of rehabilitation medicine techniques. Editorial Group: MEDICHUB MEDIA. DOI: 10.26416/Gine.44.2.2024.9667

<https://www.revistaginecologia.ro/index.php/arhiv/494>