

# Εισαγωγή: Μια επισκόπηση της Διάγνωσης και της Αντιμετώπισης

Οι σύγχρονες μέθοδοι στη φροντίδα στο χώρο υγείας στηρίζεται σε μια σειρά από σημαντικές φιλοσοφικές αρχές σε ό,τι αφορά τη διάγνωση και την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων από το μυοσκελετικό σύστημα.

1. Εξάρτηση από προσεγγίσεις από πρακτική σκοπιά τέτοιες, που να πραγματοποιούνται με βάση αποδοτικές από οικονομική άποψη στρατηγικές.
2. Έμφαση στις στρατηγικές αντο-αντιμετώπισης, που εμπεριέχουν την υπευθυνότητα και την υιοθέτηση των κατάλληλων ως προς την υγεία συμπεριφορών του ασθενή.
3. Εξάρτηση από τις τεχνικές, οι οποίες έχουν αποδεδειγμένη αξία (αποτελεσματικότητα), όπως φάνηκε σε ελεγχόμενες μελέτες ή εμφανίζουν ισχυρή ανέκδοτη (εμπειρική στερούμενη ερευνητικής τεκμαριώσης) υποστήριξη της αποτελεσματικότητάς τους.
4. Την ανάπτυξη μακροπρόθεσμων συνθετικών σε ό,τι αφορά υγιεινούς τρόπους ζωής που βοηθούν στην πρόληψη παθήσεων.

Η φροντίδα υγείας μετράται τώρα, τουλάχιστον κατά ένα μέρος, ανάλογα με το αποτέλεσμα που έχει ως προς την απόδοσή της σε ό,τι αφορά τη λειτουργική ικανότητα του ασθενούς μάλλον παρά από την επίδρασή της στα συμπτώματα. Οι θεματικές παθήσεις των μαλακών ιστών αποτελούν μείζονα αιτία συσχετιζόμενης με την εργασία ανικανότητα και πιθανή αιτία απώλειας της ανεξαρτησίας των ασθενών. Αυξημένο ενδιαφέρον έχει τώρα επικεντρωθεί σε διαγνώσεις όπως "διαταραχές από την αθροιστική επίδραση των κινήσεων" και άλλες διαταραχές που συσχετίζονται με άλλα καθήκοντα /

λειτουργίες. Οι ανικανότητες αυτές και η οικονομική τους επιβάρυνση αφορούν τη ζωή στο σπίτι, τις δραστηριότητες αναψυχής καθώς και δραστηριότητες στο χώρο της εργασίας / βιομηχανίας. Προηγούμενα προγράμματα αντιμετώπισης των θεματικών παθήσεων των μαλακών ιστών εντοπίζονταν στη "μείωση του πόνου" ως κύριο θεραπευτικό στόχο λόγω του γεγονότος ότι ο πόνος αποτελεί συνήθως το πρωταρχικό σύμπτωμα με το οποίο εμφανίζονται αυτά τα σύνδρομα. Σήμερα εν τούτοις πρωταρχικό στόχο της θεραπείας αποτελεί μάλλον η επιστροφή στην προηγούμενη λειτουργική ικανότητα παρά μόνο απλά η μείωση του πόνου.

Ο πόνος, ο μυικός σπασμός και η ανικανότητα αποτελούν μείζονες εκδηλώσεις των θεματικών παθήσεων των μαλακών ιστών δεν υπάρχουν όμως συνήθως αντικειμενικοί τρόποι αξιολόγησής τους. Η μέτρηση της εξέλιξης (έκβασης) συχνά βασίζεται σε κλίμακες, που εμπεριέχουν συνοπτικά τη συνολική κατάσταση που βρίσκεται το μυοσκελετικό σύστημα. Αυτές οι κλίμακες χρησιμοποιούνται ως ερευνητικό εργαλείο - καμιά όμως δεν χρησιμοποιείται ευρέως στην αντιμετώπιση στο ιατρείο των μη αθρικών θεματικών επώδυνων διαταραχών. Εν τούτοις αρκετές κλίμακες εκτίμησης της λειτουργικής ικανότητας όπως η Functional Independence Measure χρησιμοποιούνται σε περιορισμένη κλίμακα (βλέπε Κεφάλαιο 8). Για τους λόγους αυτούς κλινικές και βασικές ερευνητικές προσπάθειες βρίσκονται σε εξέλιξη, ποσοστό σημαντικό από τις οποίες είναι ανέκδοτες, ως ένα βαθύτατο αυθαίρετες και συχνά με αλληλοσυγχρούμενα μεταξύ τους αποτελέσματα.

Τα αποτελέσματα δαπανηρών και επειμβατικών μεθόδων βρίσκονται σε αντηρό ύψη λέγοντας προς την αποτελεσματικότητά τους. Τα ευρήμα-

## 2 ΡΕΥΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ ΜΑΛΑΚΩΝ ΙΣΤΩΝ



**Εικ. 1.1** Πυραμίδα αντιμετώπισης μη αρθρικής αιτιολογίας (προελευσης) διαταραχών των μαλακών, η οποία έχει ως βάση δύ βασικά σημεία: \*Τοπική θεραπεία: τοπική έγχυση (-σεις) ή / και Φυστικά σπρέου.

τά τους δεν αλλάζουν συνήθως την κλινική στρατηγική και ως εκ τούτου αποτελούν σπατάλη ως προς τη χρησιμοποίηση των διαθεσμών οικονομικών πόρων. Ένα προσεκτικό και ευφυές ιστορικό και αντικειμενική εκτίμηση πιθανών να οδηγήσει άμεσα στη διάγνωση και την εξακρίβωση της πιθανής αιτίας χωρίς να χρειαστούν δαπανηρές και επεμβατικές διαδικασίες. Στην εικόνα Ι.1 παρουσιάζεται μια τύπου πυραμίδας προσέγγιση στην αντιμετώπιση του ρευματικού πόνου.

Η θεραπεία αν και συνήθως εμπειρική στις περισσότερες περιπτώσεις είναι ασφαλής και οικονομική. Απλή παρατήρηση της βελτίωσης της λειτουργικής ικανότητας όπως του βαθμού δυσκολίας του ασθενούς να σηκωθεί από ένα κάθισμα ή να ντυθεί αποτελεί αυτό που συνιστάται για τη μέτρηση της ανταπόκρισης στη θεραπεία. Επιστροφή του ασθενούς στην εργασία του, εφοδιασμένου με αρχές για εφαρμογή στρατηγικών που εξοικονομούν σωματική ενέργεια, προστασίας των αρθρώσεων και άλλες στρατηγικές που αφορούν αλλαγή συμπεριφοράς στο χώρο αυτό θα προλάβει υποτροπή των διαταραχών των μαλακών ιστών. Το βιβλίο αυτό ως ένα βαθμό είναι ένα βιβλίο για "το τι είναι" και "Πώς αντιμετωπίζεται". Σ' ολόκληρη την

έκταση συνιστώνται πρακτικές προσεγγίσεις με έμφαση στην έκβαση της λειτουργικής ικανότητας.

Το βιβλίο αποτελεί πηγή πληροφοριών που έχουν να κάνουν με την αξιολόγηση και θεραπεία των αυξανομένης διαρκώς συχνότητας συνήθων και δαπανηρών προβλημάτων υγείας, πηγή πληροφοριών που χρησιμοποιήθηκε ευρέως στις ΗΠΑ, τη Γερμανία, τις Σκανδιναβικές χώρες και τη Βραζιλία με μετάφραση στα Γερμανικά και τα Πορτογαλλικά.

Η προηγούμενη έκδοση επιλέχτηκε από την American College of Physicians' Core Library για γιατρούς Εσωτερικής Ιατρικής (Internists). Συνεπήμενη επίσης στα Medical Secrets, που εκδόθηκαν από το Department of Medicine, Baylor College of Medicine.

## ΟΡΟΛΟΓΙΑ

Η οριοθέτηση μιας διαταραχής περιοχικού πόνου ως τενοντίτιδας ή ως μυοπεριονάκου πόνου είναι σε συνήθη χρήση, απαιτείται όμως επιπλέον να βάλουμε τον "τύλον επί τον ίλον" με την αποκάλυψη αντικειμενικών ευημάτων. Οι ασφαλιστές όλοι ένα και συχνότερα δέχονται μια

διάγνωση, που περιγράφει συμπτώματα, όπως "αυχεναλγία" ή "πόνος άκρου χεριού". Για σκοπούς που έχουν να κάνουν με την κωδικοποίηση ο αναγνώστης στις ΗΠΑ μπορεί να χρησιμοποιήσει έναν κωδικό με βάση την ανατομική κατανομή της συμπτωματολογίας ή τα ίδια τα συμπτώματα (βλέπε Παράρτημα D).

**Διαταραχές από Αθροιστική επίδραση της κίνησης:** Η μηχανική ταλαιπωρία (κατάχρηση ως προς τη χρησιμοποίηση μιας ή περισσοτέρων ανατομικών περιοχών - overuse) μπορεί να ορισθεί ως το επίπεδο επαναλαμβανομένου μικροτραυματισμού που υπερβαίνει την ικανότητα προσαρμογής των ιστών. "Τραυματισμός από έντονη προσπάθεια" ή "αθροιστική επίδραση τραυματισμού" έχουν χρησιμοποιηθεί προκειμένου να περιγραφούν τενοντίτιδες και σύνδρομο καρπιάσιου σωλήνα σε πολλές περιστάσεις "βλάβης από επαγγελματικούς λόγους". Λόγω του ότι δεν υπάρχουν ειδικά διαγνωστικά ευρήματα και ειδική παθολογοανατομική εικόνα οι όροι τραυματισμός ή βλάβη όροι χωρίς εκτίμηση για το χώρο της βιομηχανίας, ο όρος διαταραχές αθροιστικής επίδρασης της κίνησης αποτελεί τον όρο που θα χρησιμοποιηθεί στο βιβλίο αυτό.

Όταν μια διαταραχή των μαλακών ιστών μιας περιοχής προκαλείται από το μη σωστό τρόπο εργασίας ή άθλησης, η κατάσταση εξετάζεται με βάση την ανατομική κατανομή της προσθολής (π.χ. "θυλακίτιδα" ή "τενοντίτιδα") αλλά ταξινομείται με βάση της αιτιοπαθολογίας της ως διαταραχή από αθροιστική επίδραση της κίνησης.

## ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΟΥ ΡΕΥΜΑΤΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ ΤΩΝ ΜΑΛΑΚΩΝ ΙΣΤΩΝ

Οι διαταραχές που περιγράφονται σ' αυτό το βιβλίο εμπίπτουν σε 5 μείζονες ομάδες (συνοπτικά στον Πίνακα I.1)

### Περιοχικός Μυοπεριτοναϊκός πόνος

Ορίστηκε από τους Travell και Simons ως "υπερδιεγέρσημα (υπερεναίσθητα) σημεία συνήθως μέσα σε μια ταινία τεταψιμένη σκελετικού μυός ή στην περιτονία του μυός, τα οποία είναι επώδυνα κατά την πίεση και μπορούν να προκαλέ-

### ΠΙΝΑΚΑΣ I.I ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΡΕΥΜΑΤΙΚΟΥ ΠΟΝΟΥ ΤΩΝ ΜΑΛΑΚΩΝ ΙΣΤΩΝ

1. Περιοχικός μυοπεριτοναϊκός πόνος: Περιοχικός πόνος με παρουσία πυροδοτούντων σημείων (Βλέπε Εικόνες Ανατομίας XIV και XV)
2. Τενοντίτιδα και δυλακίτιδα
3. Διαταραχές ανατομικών κατασκευών: Στα παραδείγματα συμπεριλαμβάνεται η βραχυσκελία, η σκολίωση, το πλάγιο υπεξάρθρωμα επιγονατίδας, η πλατυποδία
4. Πλαγίευση αγγείων και νεύρων: Στα παραδείγματα συμπεριλαμβάνεται το σύνδρομο δωρακικής εξόδου, το σύνδρομο καρπιάσιου σωλήνα και τα σύνδρομα ταρσιάσιου σωλήνα
5. Γενικευμένες επώδυνες διαταραχές: Στα παραδείγματα συμπεριλαμβάνεται η ινομυαλγία, το καλόνδης χρόνιο σύνδρομο πόνου, η αντανακλαστική συμπαθητική δυστροφία και ο ψυχογενής ρευματισμός.

σουν πόνο που αντανακλάται, ευαισθησία καθώς και φαινόμενα από το αυτόνομο νευρικό σύστημα" (1).

Ο πόνος της διαταραχής μυοπεριτοναϊκού πόνου είναι βαθύς, συνεχής που σε ορισμένες περιπτώσεις συνοδεύεται από αίσθημα καύσου ή νυγμού. Αφορά μόνο μια περιοχή του σώματος. Συνήθως παρατηρείται περιορισμός της κινητικότητας της προσβαλλόμενης περιοχής. Ένα ή περισσότερα πυροδοτούντα σημεία (trigger points) μπορεί να αποκαλυφθούν αν ο εξεταστής εξοικειωθεί με τις περιοχές εντόπισής τους σε κάθε τμήμα του σώματος. Παρουσιάζονται στις Εικόνες XIV ως XV. Κατά την ψηλάφηση τα πυροδοτούντα σημεία εμφανίζονται υπόσκληρα, ενώ η ψηλάφηση τους αναπαράγει τον πόνο που αντανακλά στη "ζώνη στόχο", συνήθως σε κάποια απόσταση απ' αυτά. Ψηλάφηση ενός πυροδοτούντος σημείου πιθανόν να προκαλέσει τίναγμα του μυός και ηλεκτρομυογραφική απάντηση (2-4).

Πολλοί επαγγελματίες υγείας δεν αποδέχονται την έννοια των πυροδοτούντων σημείων λόγω του ότι παρατηρούνται σε φυσιολογικά άτομα χωρίς πόνο ή ανικανότητα από το μυοσκελετικό οφειλόμενη σε πόνο. Παραπέρα σε συγκεκριμένες περιοχές του σώματος ή ειδικότητα και αξιοποιητικά μεταξύ των εξεταστών δεν

#### 4 ΡΕΥΜΑΤΙΚΟΣ ΠΟΝΟΣ ΜΑΛΑΚΩΝ ΙΣΤΩΝ

έχει βρεθεί ικανοποιητική. Τα ευαίσθητα σημεία της ινομωλαγίας (συζητούνται παρακάτω) προσθέτουν παραπέρα σύγχυση. Στο Κεφάλαιο 1 συζητούνται μερικές τρέχουσες ερευνητικές προσπάθειες, που αφορούν τα πυροδοτούντα και τα ευαίσθητα σημεία καθώς και τις ομοιότητες και διαφορές μεταξύ της διαταραχής του μυοπεριτοναϊκού πόνου και της ινομωλαγίας.

Σημεία υπόσκληρων ταινιών ιστού στα οποία κατά την αντικειμενική εξέταση προκαλείται πόνος αλλά όχι ευαισθησία βρίσκονται συνήθως σε περιπτώσεις περιοχικής κατανομής πόνο και βοηθούν στη διάρκυση μιας τοπικής διαταραχής του μυοσκελετικού από πόνο που αντανακλά στην περιοχή αυτή και παραπέμπουν σε θεραπεύσιμη διαταραχή του μυοσκελετικού συστήματος.

Εμείς χρησιμοποιούμε συχνά τον όρο "ευαίσθητα (πυροδοτούντα) σημεία" για να υποδηλώσουμε τα σημεία αυτά· ο αναγνώστης αυτού του βιβλίου δεν χρειάζεται λοιπόν να ανησυχεί σχετικά με τον τρόπο που σημαίνονται.

Πρώτα διαπιστώθηκαν από Σουνδούς μασ-σέρς και περιγράφηκαν στη βιβλιογραφία στις αρχές του δεκάτου εννάτου αιώνα, έγιναν δημο-φιλή ως πυροδοτούντα σημεία από τον Travell μετά το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο (6, 7), ο οποίος απέδωσε ένα σημαντικό ποσοστό ενοχλημάτων στο μυοπεριτοναϊκό πόνο. Για παράδειγμα αποτέλεσε το κύριο ενόχλημα του 30% ασθενών που εμφανίστηκαν με πρόβλημα πόνου σε μια UCLA κλινική (5). Οι ασθενείς αυτοί συνήθως εμφάνιζαν χρόνια, περιοχική, πε-ριπεπλεγμένη επώδυνη διαταραχή.

Τα ευαίσθητα σημεία της ινομωλαγίας (βλέπε παρακάτω) αφορούν περισσότερο εκτεταμ-μένες περιοχές και πιθανόν να συνυπάρχουν με πόνο μυοπεριτοναϊκό. Μια διαταραχή μυοπερι-τοναϊκού πόνου οδηγεί τον ασθενή στο γιατρό αλλά μετά το ιστορικό και την αντικειμενική εξέταση γίνεται ειμφανές ότι πρόκειται πιθανόν για ινομωλαγία. Ψηλαφώντας απλώς το αντίθε-το απρόσβλητο πλάγιο η αποκάλυψη σ' αυτό αντίστοιχων επώδυνων σημείων θα οδηγήσει τον εξεταστή να ερευνήσει μήπως ο ασθενής με το μυοπεριτοναϊκό πόνο πάσχει από περισσότερο γενικευμένη ινομωλαγία. Αν όμως η παραπάνω ψηλαφηση του αντιθέτου πλαγίου βρεθεί φυσιο-λογική πρόκειται μόνο για μυοπεριτοναϊκό πόνο.

Τα πυροδοτούντα σημεία πιθανόν να προ-κληθούν από οξύ τραυματισμό ή επαναλαμβα-νόμενο μικροτραυματισμό κατά τις δραστηριό-τητες της καθημερινής ζωής ή από μια χρόνια καταπόνηση μιας καθιστικής εργασίας ή από συνήθειες του τρόπου ζωής.

#### Τενοντίτιδα και δυλακίτιδα

Η τενοντίτιδα αποτελεί μια κλινική και παθολο-γοανατομική διαταραχή που εμφανίζεται συνή-θως με τοπικό πόνο και δυσλειτουργία, φλεγμο-νή και εκφύλιση που οφείλονται συνήθως σε μηχανική ταλαιπωρία, καταπόνηση. Μια στιγ-μαία ως σκανδάλη όπλου εμπλοκή δακτύλων, η οποία υποχωρεί έλκοντας (ανοίγοντας) παθητι-κά το δάκτυλο αποτελεί τη χαρακτηριστική και μοναδική διαταραχή, η οποία συνοδεύει την τε-νοντίτιδα. Κατά την απεμπλοκή του δακτύλου παρατηρείται ένα τίναγμα του. Η εμπλοκή αυτή εμφανίζεται στο 20% των επεισοδίων τενοντίτι-δας των άνω άκρων.

Η τενοντίτιδα πιθανόν να οφείλεται σε φλεγμονώδη θευματοπάθεια ή μεταβολική δια-ταραχή όπως εναπόθεση απατίτη (αυτό αποκα-λύπτεται συνήθως με το προσεκτικό ιστορικό). Τενοντίτιδα του Αχιλλέα τένοντα πιθανόν να προέλθει από τη χοήση αντιβιοτικών fluoroquinolone (8). Η παθολογοανατομική εικόνα της τενοντίτιδας περιγράφεται στο Κεφάλαιο 1.

Η κλινική διάγνωση θα στηριχθεί στις υπο-κειμενικές εκδηλώσεις του τοπικού πόνου, της ευαισθησίας και της δυσλειτουργίας. Συνήθως είναι ειμφανές τοπικό οίδημα και μερικές φορές τενοντίτιδα με κριγμό ως ένα αίσθητα καου-τσούκ που τοίβεται κατά την ψηλαφηση στη διάρκεια της οποίας ο ασθενής κινεί τα δάκτυ-λά του οδηγώντας έτοι σε κίνηση των μυών και των τενόντων τους.

Η θυλακίτιδα αποτελεί μια φλεγμονή μιας σακοειδούς ανατομικής κατασκευής που δημιουρ-γείται στη διάρκεια της ενδομήτριας ζωής για την προστασία των μαλακών ιστών από υποκείμενες οστικές προεξοχές. Η προέλευση της λέξης "θυλα-κίτιδα", όπως αποκαλείται από τον Bywaters εμ-φανίζει ενδιαφέρον (9). Ο Μοντρ ή περισσότερες με τον πρώτο άτλαντα που περιείχε 40 θυλάκους. Την περίοδο (1788) η κοινωνία που ακολούθησε

τη δεύτερη αστική επανάσταση αποτελούνταν από πρόγκηπες και την πολιτική τους εξουσία, από εργάτες και βιοτέχνες που ζούσαν από την εργασία τους και από τα νέα στρώματα τους επιχειρηματίες και τους τραπεζίτες που εγγυώνταν ότι η λίπανση ("λάδωμα") του πορτοφολιού (la bourse - το βαλάντιο) γίνεται για μια χωρίς τριβές ομαλά εξελισσόμενη ταχέως κοινωνία. Από εκεί και η ευφυής εφαρμογή του όρου - ο θύλακας (bursa).

Κλινικά η διάγνωση της θυλακίτιδας θα σημανθεί στην έντονη τοπική ευαισθησία στην περιοχή που εντοπίζονται συνήθως οι θύλακοι, στον πόνο κατά την ανάπαυση και την κίνηση και αν αφορά θυλάκους ιδιαίτερα κοντά στο δέρμα (π.χ. στη μεταταρσοφαλαγγική άρθρωση του μεγάλου δακτύλου του άκρου ποδιού, προεπιγονατιδικός θύλακας) με ορατό οίδημα.

### Διαταραχή Ανατομικής Κατασκευής

Σε μια μελέτη σε ομάδα υγιών, φυσιολογικών φοιτητών Ιατρικής στο 69% από αυτούς διαπιστώθηκε η παρουσία ως 7 διαφορετικών ανωμαλιών της κατασκευής του μυοσκελετικού συστήματος με πρώτη τη χαλαρότητα και δεύτερη τον περιορισμό της κινητικότητας (τάση μυών) των αρθρώσεων (10).

Στις υπόλοιπες συμπεριλαμβάνεται η σκολίωση, η βραχυσκελία και το υπεξάρθρωμα προς τα έξω της επιγονατίδας. Η ασυμμετρία του σώματος αποτελεί μια συνήθη αιτία πολλών περιοχικών επώδυνων διαταραχών. Όταν το ένα πλάγιο του προσώπου είναι μικρότερο τότε εμφανίζεται συχνότερα δυσλειτουργία της κροταφογναθικής άρθρωσης (Εικ. I.2). Επιπρόσθετα το υπόλοιπο του σύστοιχου ημιμορίου του σώματος πιθανόν επίσης να είναι μικρότερο ο ασθενής ίσως να εμφανίζει ένα ωμοπλατοθωρακικό σύνδρομο που συσχετίζεται με μια σκολίωση ή να υποφέρει από οσφυαλγία που συσχετίζεται με ένα βραχύτερο κάτω άκρο ή ένα υπανάπτυκτο γλουτό.

Κλινικά τα παραπάνω σπάνια αναφέρονται στο ιστορικό του ασθενούς. Θα πρέπει να αναζητώνται γιατί πιθανόν να υπάρχει κλινική συσχέτισή τους με τις επώδυνες καταστάσεις του μυοσκελετικού.



Εικ. I.2 Παρατηρείστε το μικρότερο μέγεδος από άποψη ανατομικής κατασκευής του αριστερού ημιμορίου του προσώπου. Σε τέτοιου ειδούς περιπτώσεις η πιθανότητα δυσλειτουργίας της κροταφογναθικής άρθρωσης δεωρείται αυξημένη. Άλλες συνοδές εκδηλώσεις μπορεί να αποτελέσουν η σκολίωση ή ένα κοντύτερο κάτω άκρο.

### Διαταραχές από Παγίδευση Αγγείων και Νεύρων

Αυτές μπορεί να εντοπίζονται στο χώρο του σπονδυλικού σωλήνα (στένωσή του) ή κατά την πορεία των περιφερικών νεύρων. Συνηγορεί υπέρ των διαταραχών αυτών μια αύσθηση οιδήματος, πόνου και παραισθησίας στην περιφερίκην από τη θέση της παγίδευσης περιοχή. Πλήξη επάνω από το παγίδευμένο νεύρο ή πίεση με τη βοήθεια της περιχειρίδας ενός σφυγμομανόμετρου που αποκλείει για λίγο τη φλεβική κυκλοφορία και αμέσως κεντρικότερα της θέσης παγίδευσης μπορεί να οδηγήσει σε αναπαραγωγή ή επιδείνωση των συμπτωμάτων βοηθώντας έτσι τη διάγνωση.

### Διαταραχές Γενικευμένου πόνου

Σ' αυτές συμπεριλαμβάνεται το σύνδρομο υπερελαστικότητας (χαλαρότητας), η ινομιαλγία, το σύνδρομο σύσφιξης, η ζευμιατική πολυμιαλγία και οι σωματομετατερπικές διαταρα-