

Fig. 3.11 Secțiune transversală la nivelul toracelui

costală posterioară. Totodată coastele sunt atrase în sens caudal de tensiunea musculaturii abdominale, încât converg și chiar se intrică, aspectul gibozității devenind monstruos.

Gibozității costale posterioare îi corespunde în hemitoracele, opus, o gibozitate anterioară, însă mai puțin evidentă, încât toracele devine oblic, ovalizat, mai ales în formele grave (fig. 3.11).

Când scolioza este localizată la nivel lombar (în cazul scoliozei în C) sau și la nivel lombar (în cazul scoliozei în S) rotația corpurilor vertebrale lombare determină proeminența apofizelor transverse din această regiune și formarea unor gibozități paraspinale.

Dacă scolioza are mai multe încurbări, gibozitățile se vor evidenția de partea convexităților.)

Frecvență

Scolioza afectează 17% din copii. Curburile totale stângi sunt mult mai frecvente (14,5%), urmează cele dorsale drepte-lombare stângi (1,5%); toate celelalte încurbări reprezintă împreună numai 1%. Uneori scoliozele se însoțesc de cifozе dorsale sau lombare.

În privința sexului, se constată o supraafectare a sexului feminin 3/1, raport care în timpul pubertății ajunge la 9/1.

Repartiția pe glob evidențiază că afecțiunea este mai frecventă și mai gravă în Europa Centrală și mai puțin frecventă în America și Australia și aproape lipsește în Africa, America de Sud și India.

A Scoliozele funcționale

Scoliozele funcționale numite și atitudini scoliotice sau scolioze nestructurale au următoarele caracteristici:

- nu prezintă la nivelul coloanei vertebrale modificări morfologice decelabile prin examen radiologic;
- sunt suple, reductibile, deci corectează sau hipercorectează prin autoredresare, adoptarea unor poziții (decubit), în suspensie sau

îndoire laterală; se pot corecta voluntar sau pasiv prin presiune pe regiunea respectivă până se atinge o atitudine inversă (după Lance);

- sunt mai frecvente la fete;
- au evoluție lentă și prognostic favorabil;
- se corectează - uneori exclusiv - prin mijloace kinetice;
- excepțional se transformă în scolioze structurale.

Formele scoliozelor funcționale

Scolioza habituală, de deprindere, sau obișnuință se produce prin:

- permanentizarea atitudinii vicioase, asimetrice, de sprijin prelungit unipodal (atitudine "șoldie"), frecventă la tinere;
- utilizarea repetată a aceluiași membru superior în transportul de greutate, de exemplu a ghiozdanului.

Scolioza profesională este determinată de poziția asimetrică ce caracterizează unele activități profesionale (de exemplu proiectanții) sau sportive (scrimă, tenis, canoe etc.).

Scolioza statică este secundară asimetriei morfologice a bazinului și membrilor inferioare. Înclinarea bazinului lateral și în jos determină încurbarea de aceeași parte a coloanei vertebrale.

Cea mai frecventă cauză este inegalitatea lungimii membrilor inferioare, ca urmare a unei fracturi vicioase consolidate, a unei luxații coxofemorale unilaterale sau unei deformații accentuate la nivelul unui genunchi (genu valgum sau varum), gambe sau picior (plat sau ecvin).

Proba redresării curbării prin înălțarea bazinului din poziția așezat și a membrului inferior din poziția stând evidențiază nivelul asimetriei.

Scolioza nou-născutului se produce din cauza eventualelor poziții asimetrice ale fătului în ultima perioadă a vieții intrauterine; are prognostic favorabil.

În general, atitudinile scoliotice nu evoluează către scolioze structurale. Coloana rămâne de obicei suplă.

B. Scoliozele patologice

Scoliozele patologice au următoarele caracteristici:

- prezintă deformări complexe: vertebrale, își reduc volumul de partea concavității, devin conice (cuneiforme); gibozitățile costale sunt constante și monstroase;
- sunt ireductibile, nici o manevră nu este în măsură să reducă încurbările, flexia trunchiului le exacerbează și accentuează preminența gibozităților existente.

Formele scoliozelor patologice

Cuprind două subgrupe distincte:

- scolioze structurale cu etiologie cunoscută;
- scolioze structurale cu etiologie și mecanisme patogenice încă necunoscute, numite și scolioze idiopatice sau esențiale.

Scolioze structurale cu etiologie cunoscută

Scoliozele congenitale sunt foarte diferite ca aspect, datorită multitudinii malformațiilor care pot apare la nivelul vertebrelor și coastelor (fig. 3.12):

- turtirea uneia sau mai multor vertebre;
 - vertebre neregulate sau supranumerare;
 - blocuri vertebrale localizate în regiunile de trecere ale coloanei vertebrale;
 - asimetrii structurale ale regiunii lombosacrate;
 - sacralizarea sau lombalizarea etc.
- Pe regiuni, malformațiile scoliozelor congenitale se prezintă astfel:
- hemivertebre, coaste cervicale - în regiunea cervicală;
 - hemivertebre sau malformații ale coastelor prin sudări, agenezii sau supranumerare - în regiunea dorsală;
 - hemivertebre, spina bifida - în regiunea lombară.

Scoliozele instalate prin tasarea laterală a vertebrei L_5 sau a blocului vertebral din segmentul $D_8 - D_{12}$ sunt considerate tipice.

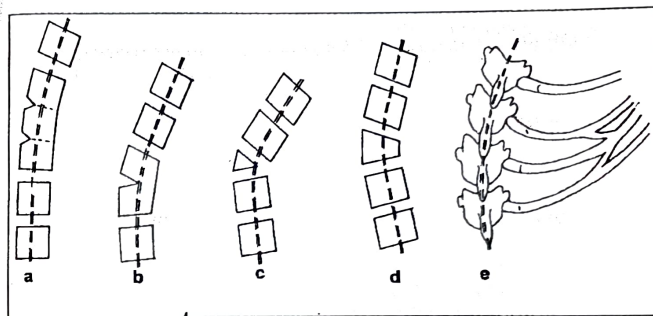


Fig. 3.12 Malformații congenitale

a) bloc vertebral prin sudarea a 3 vertebre; b) bloc vertebral prin sudarea a 2 vertebre; c) hemivertebra; d) vertebra de formă conică; e) fuziunea coastelor de partea concavității.

Caracteristici:

- au aspect angular;
- sunt fixe și nedureroase;
- se accentuează în pozițiile stând și așezat;
- evoluează lent și fără complicații.

Tratamentul este complex: ortopedico-chirurgical și de reeducare prin mijloace kinetice.

Scoliozele rahitice se încadrează în grupa scoliozelor metabolice, (carențiale) și sunt secundare rahitismului; devin manifeste către vârsta preșcolară, când presiunea pe corpurile vertebrale crește.

Caracteristici:

- se localizează frecvent în regiunea dorsală;
- sunt mobile și nedureroase;
- au evoluție lentă.

Tratamentul este complex și constă în rezolvarea ortopedică a încurbărilor coloanei vertebrale, tratament antirahitic, cură heliomarină și

recuperare prin mijloace kinetice.

Indicația privind succesiunea instituirii terapiei enunțate este diferită. Unii specialiști le aplică simultan. Alții asociază inițial tratamentul ortopedic și kinetic, urmat de tratament medical medicamentos și cură heliomarină, schemă pe care o susținem.

Scoliozele paralitice se instalează ca efect al lezării neuronilor motori din coarnele anterioare ale măduvei spinării (în poliomielită) și se manifestă clinic prin pareze sau paralizii asimetrice ale mușchilor spatelui.

Caracteristici:

- vertebrele rămân mult timp nedeformate;
- coloana vertebrală este mobilă.

Prognosticul este deosebit de grav, din cauza degenerării mușchilor afectați.

Tratamentul vizează recuperarea funcțională a grupelor musculare afectate, din cauza degenerării mușchilor, și dezvoltarea compensatorie a celor indemni.

Scoliozele posttraumatice sunt foarte rare și apar imediat după accident în cazul interesării directe a coloanei vertebrale sau tardiv în cazul interesării inițiale a altor elemente ale aparatului de sprijin; sunt practic irecuperabile.

Tratamentul are ca obiective oprirea evoluției, prevenirea și corectarea încurbărilor compensatorii.

Scoliozele toracogene apar ca urmare a unor modificări la nivelul toracelui sau ca efect a unor afecțiuni pulmonare grave: toracoplastii, cicatrici toracice secundare unor traumatisme sau arsuri, pleurezii purulente care produc aderențe întinse și retracții cicatriceale pleurocostale, urmate de atrofii și scleroze.

Coastele se turtesc și se suprapun, încât spațiile intercostale dispar, iar parenchimul pulmonar este retractor și sclerosat.

Cu timpul hemitoracele se transformă într-o mare gibozitate.

Tratamentul kinetic se aplică imediat după rezolvarea chirurgicală sau medicală (în pleurezii); se vor practica în special exerciții de respirație și relaxare.

Scoliozele tuberculoase sunt consecința tuberculozei corpurilor vertebrale (morb Pott), care se tasează în plan frontal și sagital.

Programul recuperator se aplică imediat după rezolvarea chirurgicală și ortopedică și are ca obiective tonifierea musculaturii de susținere și creșterea mobilității toracelui prin exerciții de gimnastică respiratorie.

Scoliozele de etiologie rară includ: boala Scheuermann, neurofibromatoza Recklinghausen, sindromul Apert, osteomul osteoid al coloanei vertebrale etc.

În aceste situații cel mai important este tratamentul bolii de bază, care va fi aplicat de medicul specialist.

Scolioze structurale cu etiologie necunoscută

Scoliozele structurale cu etiologie necunoscută se mai numesc esențiale sau idiopatice și reprezintă 85% din totalul scoliozelor; au caracter familial și includ: scolioza infantilă, juvenilă și adolescentină.

Scolioza infantilă debutează sub vârsta de 4 ani.

Caracteristici:

- este de obicei toracică stângă;
- apare mai ales la băieți;
- forma benignă are un prognostic favorabil - curbura se stabilizează și se reduce spontan.

Scolioza juvenilă debutează între 4 și 12 ani.

Scolioza adolescentină afectează mai ales fetele și evoluează în toată perioada de creștere osoasă vertebrală.