

Luxația congenitală bilaterală determină modificări complexe ale întregului corp, evidențiate prin examen somatoscopic static și dinamic.

Astfel, la examinarea din față se constată: trunchiul scurt și înfundat în bazin, abdomenul larg, șoldurile lățite, membrele inferioare în valg.

Examinarea din profil remarcă: lordoză accentuată la nivelul coloanei lombare, bazin mult înclinat anterior, abdomen proeminent, mai ales în etajul inferior.

Examenul dinamic evidențiază un mers lent, legănat, ca de rață. Alergarea este dificilă și chiar imposibilă.

Semne clinice importante: scurtarea coapsei, limitarea abducției și rotației externe.

Tratamentul este în primul rând ortopedico-chirurgical, consolidat prin mijloace kinetice.

În *coxa vara*<sup>1</sup> se micșorează unghiul cervico-diafizar, realizat între colul și diafiza femurală, unghi care are în mod normal o valoare de 125-135° (fig. 3.3).

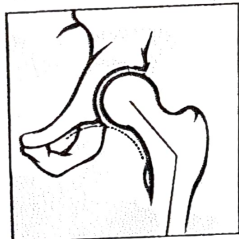


Fig. 3.33 Unghiul cervico-diafizar

Lordoza este scurtă, adâncă și rămâne mult timp suplă.

Alte aspecte clinice de stabilire a diagnosticului constau în:

- lărgirea bazinului, mai ales la nivelul diametrului bitrohanterian;
- limitarea abducției la nivelul articulației coxofemorale;
- genu valgum;
- mers legănat.

**Lordozele traumatiche** se produc după traumatisme la nivelul coloanei vertebrale sau articulației coxofemorale.

Lordozele secundare traumatismelor coloanei vertebrale sau chiar microtraumatismelor repetate apar prin alterarea discurilor intervertebrale și spondiloliza (topirea) pediculiilor vertebrali, urmată de spondilolisteza (alunecarea anterioară) corpurilor vertebrale lombare.

<sup>1</sup>Afectiunea este prezentată în detaliu la deficiențele membrului inferior.

Frecvent este interesată vertebra  $L_3$ , rar  $L_4$  și excepțional  $L_2$ . Spondilolisteza apare prin suprasolicitarea coloanei în hiperlor-doze datorită ridicării unor greutăți mari (la halterofili, hamali etc.) sau în momentul aterizării (la gimnaști, săritori în înălțime).

Lordoza este accentuată, dureroasă, cu contractură musculară și uneori cu deficit senzitivo-motor.

Tratamentul este ortopedic și constă în purtarea unui corset de tip lombostat, înalt până la unghiurile inferioare ale scapulelor. Prezența fenomenelor neurologice impune recurgerea la tratament chirurgical.

**Lordozele reumatismale** apar în reumatismul cronic deformant; sunt simptomatice, determinate de durerile și contractura musculară lombară; dispar după atacul dureros.

**Lordozele de cauză musculară** (centrală sau periferică) includ:

- **lordozele paralitice**, produse prin pareze sau paralizii ale musculaturii abdominale. Curbura lordotică lombară se exagerează prin contractura musculaturii antagoniste (lombo-sacrate) neafectată. Evoluția este rapidă și gravă datorită alterării pronunțate a staticii și dinamicii coloanei vertebrale.

Tratamentul este complex, de lungă durată, iar rezultatele sunt slabe; corsetele, care fixează trunchiul sunt esențiale.

- **lordozele miopatiche** apar datorită proceselor de atrofie musculară progresivă întâlnite în miopatii de diverse cauze.

Caracteristică este păstrarea mobilității coloanei vertebrale.

**Lordozele carențiale** sunt secundare rahitismului, fiind determinate de hipotonie musculară și insuficiența aparatului ligamentar. Se însoțesc și de alte manifestări: modificări ale formei capului, ale implantării și poziției dinților, ale toracelui, abdomenului și membrilor inferioare.

Caracteristici:

- sunt lungi, depășesc zona lombară;
- compensează deasupra cu o cifoză, realizând o cifolordoză;
- sunt nedureroase.

Tratamentul este complex și necesită mai întâi corectarea deficitului de vitamină D.

## CIFOLORDOZELE

Cifolordozele sunt încurbări exagerate ale coloanei vertebrale în plan sagital concomitente și alterne, de tip cifotic și lordotic.

După modul de apariție se descriu forme:

- primitive, când cele două curburi se accentuează concomitent (în rahitism, reumatism);
- secundare (compensatorii), când apar ca urmare a unei cifoze sau lordoze primare netratate la timp, care se complică prin apariția unei alte încurbări alterne supra sau subiacente;

După localizare se descriu forme:

- tipice când se accentuează curburile fiziologice;
- atipice când una din curburi este mai scurtă sau mai lungă decât curbura fiziologică.

Formele cifolordozelor se regăsesc în formele cifozei și lordozei lor funcționale și patologice, deoarece rezultă din combinarea acestora.

## 3.1.1. Diagnostic pozitiv

Diagnosticul deficiențelor coloanei vertebrale în plan sagital se stabilește prin:

- metode subiective:
  - anamneză;
  - somatoscopie.
- metode obiective:
  - examen clinic general;
  - studiul aliniamentelor (somatoscopie instrumentală);
  - somatometrie;
  - examen cinetic;
  - examen radiologic;
  - alte examene de laborator.

## A. Metode subiective

*Anamneza* este deosebit de utilă în măsura în care ne poate informa asupra etiologiei deficienței: congenitală, familială, secundară unei infecții, carentială, distrofică etc.

*Somatoscopia* permite aprecierea staturii, stării de nutriție, a existenței eventualelor semne de rahitism, pubertate etc.

## B. Metode obiective

*Examenul clinic general* este efectuat de medic, care evaluează prin percuție, palpăre și auscultație starea diverselor aparate și sisteme: cardiovascular, respirator etc.

*Studiul aliniamentelor* (somatoscopia instrumentală) se efectuează cu firul cu plumb (mai comod) care se așează în dreptul vertebrei C<sub>7</sub>, pentru a exclude segmentul cervical care este extrem de mobil la copil, și/sau cu cadrul antropometric de simetrie (CAS), eventualitate în care examinarea este complexă, raportările realizându-se atât pe verticală cât și pe orizontală. Examinarea din profil stabilește diagnosticul de certitudine.

În cazul cifozei (fig. 3.4b) la verticala firului cu plumb sau 00 a CAS este tangent numai punctul dorsal, în vârful curburii.

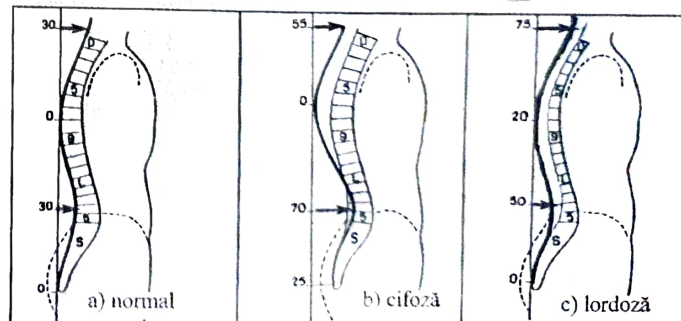


Fig. 3.4 Somatoscopia instrumentală de profil



Diagnosticul de lordoză (fig. 3.4c) se stabilește când tangența este realizată în punctele dorsal și sacral, ca și la subiectul normal (fig. 3.4a), numai că examinarea trebuie completată cu măsurătorile antropometrice speciale, respectiv cu săgețile cervicală și lombară cu valori mai mari decât cele normale.

La examinarea din profil, în cazul unei cifoze tipice dorsale se constată următoarele deviații compensatorii în plan anterior:

- capul și gâtul se mențin în rectitudine sau se flexează ușor, în funcție de gradul încurbării dorsale;
- umerii sunt proiectați anterior și coborâți sub orizontală liniei biacromiale;
- omoplații sunt abduși și desprinși de grilajul costal;
- toracele este înfundat.

În cifoza totală se adaugă flexia genunchilor.

În cazul lordozei tipice sau lordozei totale, deviațiile compensatorii se produc în plan posterior și sunt inverse celor din cifoza tipică și totală: bazin anteversat, genuchi în hiperextensie (genu recurvatum).

**Somatometria** include:

- măsurători antropometrice generale prin care se apreciază: înălțimea subiectului, care are valori peste media vârstei și sexului, diametrul anteroposterior al toracelui cu valori mai mici etc.
- măsurători antropometrice speciale, care constau în aprecierea săgeților cervicală (față de apofiza spinoasă a vertebrei  $C_7$ ), și lombară (față de apofiza spinoasă a vertebrei  $L_4$  sau  $L_5$ ). Valorile săgeților, apreciate cu ajutorul riglei gradate, sunt mai mari decât maximele normale în funcție de talie și vârstă vezi fig. 3.4a, b și c.

**Examenul cinetic** permite realizarea diagnosticului diferențial între deviații și deformații prin aprecierea:

- adaptării coloanei vertebrale la pozițiile așezat și decubit;
- mobilizării coloanei vertebrale în plan sagital.

### *Adaptarea coloanei vertebrale în pozițiile așezat și decubit*

Pentru aprecierea adaptării coloanei vertebrale în poziția așezat subiectul se așează pe un scaun care să-i permită realizarea unei flexii de  $90^\circ$  a coapselor pe bazin.

În cazul lordozelor prin această probă se face diagnosticul diferențial dintre lordoza funcțională și cea patologică: în lordoza funcțională încurbarea se reduce sau dispare, în timp ce în lordoza patologică persistă.

În cifoza dorsală, tipică, indiferent de forma structurală sau funcțională, încurbarea se accentuează cu atât mai mult cu cât scaunul pe care este așezat subiectul este mai jos și nu permite realizarea unghiului de  $90^\circ$  între coapse și bazin.

Uneori, în poziția așezat încurbarea cifotică este lungă, cuprinde și coloana lombară realizând o cifoză atipică, totală. În ortostatism însă, cifoza lombară dispare, coloana reluându-și aspectul ei cifotic tipic.

O cifoză atipică de tip lombar se accentuează sau se evidențiază în poziția așezat, indiferent de forma ei.

### *Mobilizarea coloanei vertebrale în plan sagital*

Mobilizarea coloanei vertebrale în plan sagital se efectuează din poziția stând și constă din efectuarea unor mișcări test, de flexie-extensie.

Aprecierile se fac în ansamblu și pe segmente.

Flexia de ansamblu se consideră insuficientă când degetele mâinilor nu le ating pe cele ale picioarelor, situație în care se măsoară distanța degete-sol (fig. 3.5) și supranormală, semn de hiperlaxitate, când pacientul plasează palmele pe sol fără dificultate.

În cifoze, proba funcțională constă în executarea mișcării de extensie a trunchiului. Pe baza ei se realizează diagnosticul diferențial între o cifoză funcțională, nestructurală, situație în care curbura corectează sau hipercorectează (se inversează) și o cifoză patologică, structurală în care încurbarea rămâne fixă sau se corectează nesemnificativ.

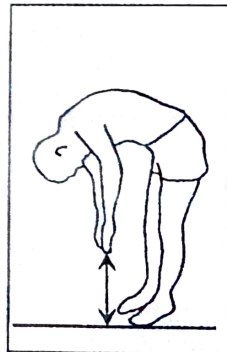


Fig. 3.5 Distanța degete-sol