

## Capitolul 3

### DEFICIENȚE POSTURALE SEGMENTARE

#### 3.1. DEFICIENȚELE COLOANEI VERTEBRALE ÎN PLAN SAGITAL

Deficiențele coloanei vertebrale în plan sagital sunt reprezentate de cifoze, lordoze și combinații ale acestora, respectiv cifolordoze.

#### CIFOZELE

Cifozele sunt încurbări exagerate ale coloanei vertebrale în plan sagital, cu convexitatea orientată posterior. Denumirea provine de la grecescul *kyfos*, care se traduce prin îndoit anterior, încovoiat, cocoșat.

P. Stagnara și L. Charrière le clasifică după *regiunea vertebrală* în care se localizează în tipice și atipice.

Cifozele tipice se produc prin accentuarea cifozei fiziologice, de obicei dorsale.

**Cifozele atipice** se produc:

- în regiunile cu lordoză fiziologică, prin inversarea încurbării, deci interesează regiunea lombară sau cervicală;
- prin extinderea cifozei dorsale la regiunile supra- sau subiacente sau la întreaga coloană vertebrală, situație în care se formează o cifoză totală.

După *gravitate*, cifozele se sistematizează în: funcționale și patologice.

##### A. Cifozele funcționale

Cifozele funcționale numite și atitudini cifotice sau cifoze

nestructurale au următoarele caracteristici:

- nu prezintă la nivelul coloanei vertebrale modificări morfologice decelabile prin examen radiologic;
- corectează sau hipercorectează prin autoredresare, adoptarea unor poziții (decubit dorsal, atârnat) sau la efectuarea probei de control (extensia trunchiului), dovedind astfel că axul vertebral își păstrează suplețea;
- scad ca incidență cu vârsta;
- au evoluție lentă și prognostic favorabil;
- se corectează - uneori exclusiv - prin mijloace kinetice;
- netratate la timp determină modificări structurale. Astfel, potrivit legii lui Delpech vertebra dobândește treptat formă conică și - dacă nu se intervine la timp - deviația vertebrală se cristalizează, transformându-se în cifoză patologică.

#### Formele cifozelor funcționale

**Cifozele habituale** numite și de obișnuință sau de deprindere sunt consecința adoptării și menținerii îndelungate a pozițiilor cifozante, în activitățile cotidiene;

**Cifozele de creștere** se produc în urma disproporției între creșterea exagerată în înălțime și dezvoltarea insuficientă a forței mușchilor de susținere;

**Cifozele profesionale** sunt consecința exercitării activităților profesionale, ca rezultat al menținerii unor poziții cu trunchiul înclinat anterior, spatel încurbat și umerii proiectați anterior. În această categorie sunt incluse următoarele profesii: ceasornicari, cismari, opticieni, croitori, cicliști etc;

**Cifozele compensatorii** se instalează pentru compensarea unei lordoze primare ajunsă la un anumit stadiu de dezvoltare sau a unor defecte ale analizatorilor (cifoza miopilor).

#### B. Cifozele patologice

Cifozele patologice numite și adevărate, structurale sau deformații au următoarele caracteristici:

- prezintă la nivelul coloanei vertebrale modificări morfologice decelabile prin examen radiologic;
- nu se corectează prin autoredresare, adoptarea unor poziții (decubit dorsal, atârnat) sau la efectuarea probei de control (extensia trunchiului), dovedind astfel că axul vertebral este fix, rigid;
- au prognostic favorabil cu condiția înlăturării cauzelor determinante și prelungirii duratei terapiei;
- tratamentul este complex, ortopedico-chirurgical și kinetic.

### Formele cifozei patologice

**Cifozele congenitale și ereditare** se produc datorită unor malformații localizate la nivelul:

- corpurilor vertebrale: aplazie, atrofie, turtire, înfundare sau oprire în dezvoltarea vertebrei, rezultând vertebre cuneiforme (fig. 3.1a);
- articulațiilor intervertebrale: discuri îngustate sau aplatizate, spații intervertebrale absente, sudarea mai multor corpuri vertebrale și crearea unui bloc vertebral (fig. 3.1b);
- coastelor: coaste supranumerare, lăpte, atipice etc.

Cifozele congenitale au următoarele caracteristici:

- se localizează la nivelul zonelor de trecere;
- coloana vertebrală este nedureroasă și fixă în zona respectivă;
- mobilitatea este păstrată sau exagerată deasupra sau sub nivelul malformației.

Diagnosticul de certitudine se stabilește prin examen radiologic.

Tratamentul este complex, ortopedic sau chirurgical, consolidat prin mijloace kinetice.

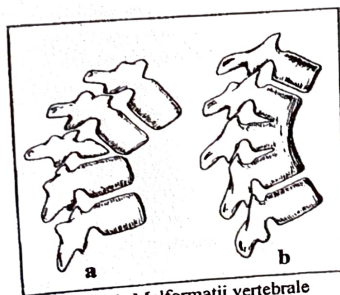


Fig. 3.1. Malformații vertebrale  
a) vertebră cuneiformă  
b) bloc vertebral

**Cifozele traumatiche** sunt consecința unui traumatism, uneori minor, la nivelul coloanei vertebrale în urma căruia se produc fracturi sau deplasări ale corpurilor vertebrale.

După un interval liber, de minimum 4-5 luni de la accidentul traumatic apare un proces de rarefiere osoasă manifestat inițial prin dureri vertebrale localizate, urmate de turtirea vertebrelor și instalarea unei cifoze scurte însoțită de cele mai multe ori de tulburări motorii și senzitive.

Diagnosticul de certitudine se stabilește prin examen radiologic.

Tratamentul este complex ortopedic sau chirurgical, consolidat prin mijloace kinetice, care au ca scop tonifierea musculaturii paravertebrale.

**Cifozele infecțioase** sunt consecința unor boli infecțioase: tuberculoza vertebrală numită și morbo Pott, osteomielita vertebrală etc.

Tuberculoza vertebrală se localizează la nivelul spongioasei și produce distrugerea unuia sau mai multor corpuri vertebrale urmată de prăbușirea anterioară a acestora și împingerea posterioară a arcurilor vertebrale neafectate de procesul infecțios tuberculos; rezultă astfel o deformare de tip cifotic cu următoarele caracteristici:

- primul semn de boală este durerea vertebrală urmată de rigiditate;
- se localizează mai ales în regiunea dorsală;
- este scurtă, fixă și unghiulară (cu rază mică de curbură, vârful unghiului fiind reprezentat de apofiza spinoasă care proemină);
- se însoțește de tulburări nervoase (pareze, paralizii).

Diagnosticul se stabilește de medic.

Tratamentul este complex: medicamentos, ortopedic, chirurgical și prin mijloace kinetice.

**Cifozele reumatismale** sunt consecința unor inflamații acute (spondilită ankilopoietică) sau unor procese degenerative (reumatism cronic deformant).



Spondilita ankilopoietică debutează mai ales la tineri de sex masculin; are o evoluție lentă și în pusee. Osificarea ligamentelor comune ale coloanei vertebrale și formarea punților intervertebrale determină instalarea unei cifoze ireversibile.

Tratamentul este kinetic și mai ales hidrokinetic.

Reumatismul cronic deformant este caracteristic vârstei a III-a.

**Cifozele tumorale** sunt consecința unor tumori vertebrale primare sau secundare (metastaze) care produc liză osoasă cu prăbușirea anterioară a corpurilor vertebrale, urmată de instalarea unei cifoze unghiulare.

Tratamentul este de competența medicilor specialiști; programul de recuperare trebuie dozat cu prudență datorită riscului fracturilor cu interesare medulară.

**Cifozele endocrine** sunt secundare procesului de osteoporoză care apare în sindromul Cushing, postmenopauză sau în hipertiroidie. Medicul este cel care stabilește etiologia cifozei precum și tratamentul adecvat.

**Cifozele carentiale** au multiple cauze: rahitism, osteomalacie, osteoporoză dureroasă a digestivilor etc.

Cea mai răspândită este cifoza rahitică și are următoarele caracteristici:

- se localizează de regulă în regiunea lombară, este deci atipică;
- tegumentul devine aspru, gros și se pigmentează la nivelul apofizelor spinose;
- este nedureroasă;
- coloana vertebrală își păstrează mobilitatea: cifoza se accentuează în poziția șezând, se reduce și uneori dispare în poziția stând;
- coexistă cu alte semne de rahitism: torace înfundat, mătănnii costale, genu varum etc.

Tratamentul de reeducare prin mijloace kinetice se efectuează concomitent cu cel patogenic, care se adresează cauzelor generatoare ale rahitismului.

**Cifozele distrofice** includ:

- cifoza senilă sau presenilă;
- epifizita vertebrală (maladia Scheuermann);
- cifoza prin insuficiență musculo-ligamentară distrofică etc.

**Cifoza senilă** apare la persoanele în vârstă și este consecința modificărilor degenerative ale vertebrelor și articulațiilor intervertebrale, la care se adaugă hipotonia musculară în general și a spatelui, în special.

Afectează în proporții egale ambele sexe, diferă localizarea: la bărbați se instalează mai ales în regiunea dorsală sau cervico-dorsală, iar la femei îmbracă forma unei cifoze atipice lombare sau totale.

Complicațiile cardiovasculare sunt secundare tulburărilor de statică vertebrală și fenomenelor arteriosclerotice specifice vârstei.

**Cifoza din maladia Scheuermann** numită și cifoza gravă a adolescenților și tinerilor este consecința unei distrofii de creștere și are următoarele caracteristici: este dureroasă și se localizează de obicei în regiunea dorsală.

Examenul radiologic este singurul în măsură să stabilească diagnosticul pe baza unor imagini sugestive stadiilor evolutive:

- inițial se evidențiază o neregularitate a platourilor vertebrale care au aspect denivelat, deformat la care se adaugă îngustarea spațiilor intervertebrale;
- în stadiile mai avansate apar hernii intraspongioase (părți mici din cartilajul fisurat pătrund în spongioasa corpurilor vertebrale sub forma nodulilor lui Schmorl);
- în stadiile finale, una sau mai multe vertebre se deformează și devin cuneiforme.

La agravarea leziunilor contribuie: puseele de creștere pubertară, în timpul cărora structurile osoase sunt remaniate, concomitent cu creșterea presiunilor exercitate asupra lor și atitudinea habituală cifo-zantă, pe care copilul o menține timp îndelungat pentru studiu.