

Tratamentul diferă în funcție de stadiul bolii:

- este medical kinetic cu supraveghere permanentă în stadiul inițial, când sunt asimptomatice și se descoperă întâmplător, prin examen radiologic de rutină;
- este complex, ortopedico-kinetic în stadiile avansate și se aplică sub această formă până la încheierea completă a osificării.

P. Stagnara a stabilit tratamentul complex ambulator constând în gips anticifoză și reeducare prin mijloace kinetice. Corsetul gipsat trebuie să scadă solicitările presionale la nivelul platourilor vertebrale. El se aplică în doi timpi: inițial se confecționează în cifoza lombară și apoi în extensie dorsală. Gipsurile se schimbă succesiv până la obținerea unei corecții satisfăcătoare.

Tratamentul continuă cu exerciții de asuplizare a coloanei și exerciții de posturare.

Cifozele neuropsihice apar la copii nervoși și debutează brusc cu durere violentă la nivelul spatelui însoțită de contractură musculară paravertebrală.

Caracteristică: încurbarea cifotică dispare în decubit și în timpul somnului (prin relaxare musculară) și reapare în poziția stând.

Tratamentul vizează în primul rând înlăturarea cauzelor declanșatoare și este dublat de reeducare medicală.

Cifozele paralitice sunt cele mai periculoase datorită evoluției rapide și posibilității generării unor deformări grave. Cauza cea mai frecventă este poliomielita, care determină distrugerea neuronilor motori din coarnele anterioare ale măduvei spinării urmată de paralizii musculare.

Caracteristică: deviația vertebrală rămâne mult timp mobilă, dar se accentuează treptat sub acțiunea gravitației și a musculaturii regiunii anterioare a toracelui (antagonistă) neafectată. De multe ori, se complică și cu o scolioză realizând o cifoscolioză.

Tratamentul este complex, ortopedico-chirurgical, dublat de reeducare prin mijloace kinetice. Rezultatele sunt îndoielnice, chiar dacă se aplică în stadiile precoc.

LORDOZELE

Lordozele sunt încurbări exagerate ale coloanei vertebrale în plan sagital cu convexitatea orientată anterior. Denumirea provine de la grecescul lordos care se traduce încurbat.

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

Lordozele tipice se produc prin accentuarea lordozelor fiziologice, lombară și cervicală.

Lordozele atipice se produc:

- în regiunile cu cifoză fiziologică, prin inversarea încurbării, deci interesează mai ales regiunea dorsală;
- prin extinderea lordozei la întreaga coloană vertebrală.

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

A. Lordozele funcționale

Lordozele funcționale numite și atitudini lordotice sau lordoze nestructurale au următoarele caracteristici:

- nu prezintă la nivelul coloanei vertebrale modificări morfologice decelabile prin examen radiologic;
- corectează sau hipercorectează prin autoredresare, adoptarea unor poziții (așezat) sau la efectuarea probei de control (flexia 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 și se transformă în lordoză patologică.

Formele lordozelor funcționale

Lordozele habituale

• *lordoza primei copilării* apare la copii între 1 și 5 ani, care mențin în ortostatism o poziție deficientă, cu lordoză lombară accentuată urmată de bombarea abdomenului; se asociază frecvent cu picioare plate și genuchi în hiperextensie (genu recurvatum) și alte semne de hiperlaxitate articulară. Aceste deficiențe statice regresează odată cu creșterea.

• *lordoza vârstei prepubertare și pubertare* se instalează datorită lipsei controlului voluntar. Caracteristici: la proba funcțională de flexie a coloanei vertebrale curbura lordotică se corectează, dar nu hipercorectează; se poate corecta chiar la școală în bancă, în poziția așezat.

Lordozele profesionale apar la persoanele care lucrează cu trunchiul în extensie și membrele superioare în plan anterior (la nivelul sau deasupra liniei umerilor): zidari, vopsitori, ospătari, electricieni, balerine etc. Caracteristici: încurbarea nu are tendință de agravare, coloana păstrându-și mobilitatea.

Lordozele compensatorii se instalează secundar, în urma unei cifoze primare sau basculării anterioare a bazinului. Corectarea nu ridică probleme deosebite și se realizează paralel cu corectarea deficienței primare.

Lordozele patologice

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

- prezintă la nivelul coloanei vertebrale modificări morfologice decelabile prin examen radiologic;
- nu corectează sau hipercorectează prin autoredresare, adoptarea unor poziții (așezat) sau la efectuarea probei de control (flexia trunchiului), dovedind astfel că axul vertebral este fix, rigid;

- au prognostic favorabil cu condiția înlăturării cauzelor generatoare și prelungirii duratei terapiei;
- tratamentul este complex, ortopedico-chirurgical și kinetic.

B) Formele lordozelor patologice

Lordozele congenitale și ereditare se produc datorită:

- unor malformații ale vertebrelor și articulațiilor intervertebrale localizate în zona de trecere lombo-sacrală a coloanei vertebrale, constând în:
 - *lombalizare*, care reprezintă separarea de sacru a primei vertebre sacrale și asimilarea ei vertebrelor lombare, regiunea lombară numărând astfel 6 vertebre; lordoza lombară se lungește, îngustează și adâncește, iar regiunea fesieră se scurtează și se lățește;
 - *sacralizare*, care reprezintă separarea ultimei vertebre lombare și asimilarea ei de către regiunea sacrală după producerea următoarelor modificări structurale: turtirea și lățirea corpului vertebral, subțierea și dispariția discului intervertebral și transformarea apofizelor transverse în aripioare sacrate.

Lordozele astfel instalate sunt nedureroase și compensează de obicei cu o cifoză lungă. Diagnosticul se stabilește prin examen radiologic.

- unor modificări în forma și funcția articulației coxofemorale, care includ luxația congenitală de șold și coxa vara.

În luxația congenitală de șold capul femural părăsește cavitatea acetabulară (fig. 3.2) și se deplasează în sus și posterior de acesta; bazinul basculează anterior și în jos, determinând instalarea unei lordoze compensatorii.

În luxația unilaterală lordoza este mică, iar în luxația bilaterală lordoza este mai accentuată.



Fig. 3.2. Luxația congenitală de șold