

3.2.1. Diagnostic pozitiv

Diagnosticul deficiențelor tridimensionale ale coloanei vertebrale 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 scoliozei. Vom nota antecedentele familiale și personale.

În cazul antecedentelor familiale ne interesează existența unei eredități multifactoriale, la care se asociază factori de mediu. Trebuie reținută și existența altor cazuri de scolioză în familie.

În privința antecedentelor personale se va reconstitui istoricul bolii de la sarcină, naștere până la data depistării.

Somatoscopia permite aprecierea staturii, stării de nutriție, a eventualelor semne de rahitism, pubertate (dezvoltarea mamară la fete, maturitatea sexuală la băieți - pilozitate, dezvoltarea testiculelor) etc.

B. Metode obiective

Examenul clinic general este efectuat de medic, care evaluează prin percuție, palpare și auscultație starea diverselor aparate și sisteme (cardiovascular, respirator etc.).

Se va insista sistematic asupra elementelor anatomice ale coloanei vertebrale pentru depistarea durerii: inexistentă la copil și adolescent, durerea este frecventă la adult. Când durerea este prezentă la grupele de vârstă la care lipsește în mod normal, trebuie efectuate investigații suplimentare.

Scopul somatoscopiei (inspecției) și al examenului clinic general este triplu: analiza, cercetarea etiologiei și a ecoului general și local al deficienței.

Studiul aliniamentelor (somatoscopia instrumentală) se efectuează cu firul cu plumb și/sau cu cadrul antropometric de simetrie (CAS), prin care examinarea este complexă, raportările realizându-se pe verticală și pe orizontală.

La examenul cu firul cu plumb se elimină - în cazul copiilor - segmentul cervical, deoarece este extrem de mobil. Firul cu plumb se va plasa în dreptul vertebrei C_7 și se va urmări până la nivelul vertebrei S_1 .

Examinările din spate, față și profil stabilesc diagnosticul.

Examinarea din spate se realizează după marcarea apofizelor spinoase cu un creion dermatograf și evidențiază încurbări laterale ale coloanei vertebrale. Verticala firului cu plumb poate trece:

- prin pliul interfesier, situație în care scolioza este echilibrată (fig. 3.13a);
 - lateral de pliul interfesier, situație în care scolioza este dezechilibrată de partea respectivă (fig. 3.12b); se vor stabili numărul, forma și sensul încurbărilor.
- Se constată de asemenea:

- lipsa paralelismului între liniile bispinoasă, bicretă și orizontală CAS sau planul suprafeței de sprijin în cazul scoliozei în C, sau prezența paralelismului între liniile bispinoasă și bicretă dar nu și cu orizontală CAS sau planul suprafeței de sprijin, în cazul scoliozei în S;
- asimetria scapulelor: vârful scapulei de partea convexității este ascensionat;

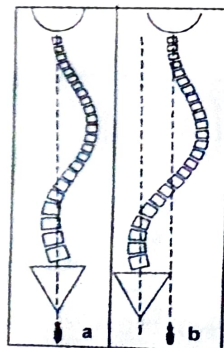


Fig. 3.13. Examinarea din spate a scoliozelor cu firul cu plumb
a) scolioză echilibrată;
b) scolioză dezechilibrată

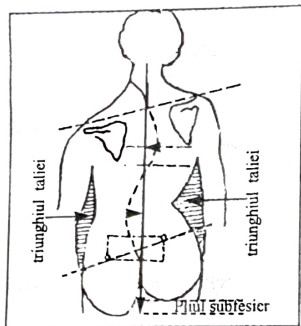


Fig. 3.14 Trunchiurile taliei și pliul subfiesier

Examinarea din față evidențiază lipsa paralelismului între liniile biacromială, biliacă, bitrohanteriană, bimalolară și orizontala CAS sau planul suprafeței de sprijin în cazul scoliozei în C sau prezența paralelismului între liniile biacromială și biliacă, dar nu și cu orizontala CAS sau planul suprafeței de sprijin în cazul scoliozei în S.

Examinarea din profil evidențiază:

- gibozitate costală posterioară situată de partea convexității;
- proeminență paraspinală lombară - în eventualitatea unei scolioze în S - de partea convexității curburii lombare, datorată proeminențelor apofizelor transverse în musculatura șanțurilor vertebrale;
- proeminența vârfului scapulei de partea convexității;
- proeminența fesei de partea convexității coloanei lombare;
- gibozități condro-costale anterioare situate pe hemitoracele opus, de partea concavității curburii principale;
- eventuala asociere cu o cifoză dorsală sau lordoză lombară sau o eventuală inversare a curburilor coloanei vertebrale în plan sagital.

Somatometria include:

- măsurători antropometrice generale, care permit cunoașterea exactă a dezvoltării fizice a subiectului în raport cu vârsta. Se măsoară:

- inegalitatea "tringhiurilor" taliei delimitate de: marginile laterale ale trunchiului și bazinului și fața medială a membrului superior de aceeași parte; unghiul inferior al triunghiului este mai ascuțit și mai coborât de partea convexității curburii (fig. 3.14);
- asimetria pliurilor subfiesiere: pliul de partea convexității lombare este mai coborât (fig. 3.14);
- dirijarea extremității superioare a pliului interfesier spre convexitatea curburii lombare.

înălțimea și bustul în poziție vici-oasă și după autoredresare, pentru a constata posibilitățile de auto-control, greutatea, lungimea membrilor inferioare, diametrele și perimetrele toracice.

Măsurătorile repetate ale bustului oferă posibilitatea urmării evoluției scoliozei: *stagnarea creșterii bustului este semn de agravare;*

- măsurători antropometrice speciale, care apreciază:

- săgeata (în cazul scoliozei în C) sau săgețile (în cazul scoliozei în S);
- gibozitățile costale - semn esențial al structuralității, pentru care se procedează astfel: subiectul execută flexia trunchiului care accentuează gibozitatea. Se notează vârful gibozității și punctul simetric de partea concavității. Vârful gibozității se marchează cu o riglă care se poziționează paralel pe cu suprafața de sprijin (cu orizontala CAS); pe această riglă se aplică perpendicular o altă riglă gradată care pornește din punctul simetric al concavității (fig. 3.15).

Distanța dintre punctul simetric al concavității și punctul de intersecție al riglelor reprezintă mărimea gibozității costale. În cazul mai multor gibozități, valorile acestora se vor măsura în același mod.

Prin palpare se va preciza și caracterul angular sau rotunjit al curburii.

Se calculează și indicii de proporționalitate, care reprezintă raportul dintre lungimea coloanei vertebrale măsurată de la C₇ până la vârful coccisului, urmărind șirul apofizelor spinose (deviate lateral de încurbară sau încurbarile scoliotice) și lungimea măsurată în linie dreaptă între aceleași puncte de reper. Cu cât valoarea raportului este mai mare, cu atât deviația este mai accentuată.

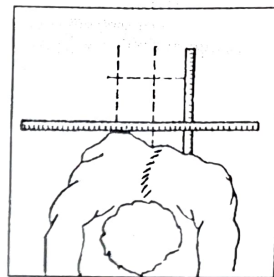


Fig. 3.15 Măsurarea gibozității costale

Examenul cinetic realizează diagnosticul diferențial între atitudinea scoliotică și scolioza structurată, iar în cazul unei scolioze cu mai multe încurbări evidențiază încurbarea primitivă prin:

- aprecierea adaptării coloanei vertebrale la anumite poziții: așezat, decubit și atârnat;
- răspunsul coloanei vertebrale la proba de control, care constă în flexia trunchiului, cu genunchii estinși.

Examinarea din poziția așezat permite stabilirea etiologiei scoliozei adevărate:

- dacă scolioza dispare, rezultă că este consecința inegalității lungimii membrilor inferioare;
- dacă scolioza persistă, tulburarea mecanică inițială își are sediul la nivelul bazinului.

Examinările din pozițiile decubit și atârnat permit realizarea diagnosticului diferențial între atitudinile scoliotice, în cazul cărora curbura dispar, și scoliozele adevărate, variantă în care încurbările persistă. În scoliozele cu mai multe încurbări, curbura sau curbura primitivă nu se reduc sau se reduc foarte puțin.

Proba de control (flexia trunchiului), oferă următoarele posibilități:

- în scolioze patologice curbura se accentuează și evidențiază și rotațiile coloanei vertebrale prin gibozități la nivel dorsal și proeminențe paraspinale la nivel lombar. Practic, pacientul execută flexia până când apare gibozitatea.

- în scolioze cu mai multe încurbări la flexia trunchiului, până la 90° curbura sau curbura primitivă nu se reduc sau se reduc foarte puțin.

Examenul radiologic se va efectua din față și profil în pozițiile stând și decubit. Aspectul modificărilor radiologice este diferit în funcție de tipul scoliozei:

- în atitudinile scoliotice se constată inflexiunea discretă a coloanei vertebrale, datorată elasticității crescute a discurilor intervertebrale, fără alterări morfologice ale corpurilor vertebrale;
- în scoliozele patologice modificările radiologice sunt importante și constau în:

- inflexiune laterală cu vertebre modificate, cuneiforme;
- rotația vertebrei vârf (cea mai deformată) prin proiecția apofizei spinose spre convexitate.

Prin examen radiologic se poate aprecia unghiul curburii scoliotice prin mai multe metode.

În metoda Risser-Ferguson se procedează astfel: se precizează mai întâi vertebra vârf (cea mai deformată) în mijlocul căreia se intersectează drepte care pornesc din vertebre neutre (cele mai înclinate) ce delimitează lateral curbura; unghiul se deschide spre concavitate (fig. 3.16a).

În metoda Cobb se procedează astfel: se trasează două linii către concavitate, pornind din vertebrele neutre superioară și inferioară, respectiv din marginile superioară și inferioară. La intersecția liniilor se formează unghiul scoliozei (fig. 3.16b).

Pe baza unghiului, scoliozele au fost clasificate în:

- ușoare, cu unghi sub 30°;
- medii, cu unghi între 30° - 50°;
- grave, cu unghi peste 50°.

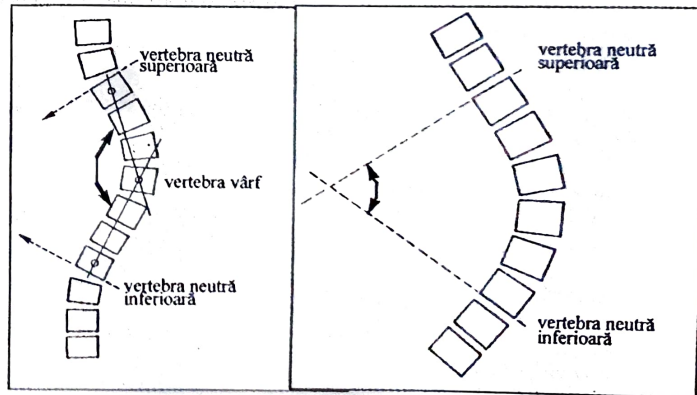


Fig. 3.16 Măsurarea unghiului curburii scoliotice
a) metoda Risser-Ferguson; b) metoda Cobb