

**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU”**

**FACULTATEA DE MEDICINĂ
Catedra de reabilitare medicală, medicină fizică
și terapie manuală, Catedra de neurologie nr.1**

**TESTE CLINICE DE EVALUARE
FUNCȚIONALĂ A COLOANEI VERTEBRALE**

*Recomandări metodice la lucrări practice și seminare
pentru medici rezidenți*

Chișinău, 2023

**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU”**

**FACULTATEA DE MEDICINĂ
Catedra de reabilitare medicală, medicină fizică
și terapie manuală, Catedra de neurologie nr.1**

**TESTE CLINICE DE EVALUARE
FUNCȚIONALĂ A COLOANEI VERTEBRALE**

*Recomandări metodice la lucrări practice și seminare
pentru medici rezidenți*

Chișinău
Centrul Editorial-Poligrafic *Medicina*
2023

616.711-07(07)

T 46

Aprobat la ședința Catedrei de reabilitare medicală, medicină fizică și terapie manuală
(*proces verbal nr. 26 din 08 aprilie 2022*)

Aprobat de comisia Științifico-metodică de profil „Neuroștiințe”
(*proces verbal nr. 01 din 04 noiembrie 2022*)

Aprobat de Consiliul de Management al Calității al USMF
„Nicolae Testemițanu” (*proces verbal nr. 04 din 02 februarie 2023*)

TESTE CLINICE DE EVALUARE FUNCȚIONALĂ A COLOANEI VERTEBRALE

*Recomandări metodice pentru lucrări practice și seminare
pentru medici rezidenți*

Sub redacția:

Oleg Pascal – dr. hab. șt. med., profesor universitar

Autori:

Svetlana Pleșca – dr. șt. med., conferențiar universitar

Victoria Chihai – dr. șt. med., conferențiar universitar

Alisa Tăbîrță – dr. șt. med., conferențiar universitar

Anatol Vizdoagă – dr. șt. med., conferențiar universitar

Marina Sangheli – dr. șt. med., conferențiar universitar

Marina Bulai – asistent universitar

Adrian Melnic – asistent universitar

Anastasia Rotăreanu – asistent universitar

Mihail Cîrîm – asistent universitar

Recenzenți:

Vasile Galearschi – dr. șt. med., conf. univ., Șef catedra de neurochirurgie

Nicolae Caproș – dr. hab. șt. med., prof. univ., Șef catedra de ortopedie
și traumatologie

În redacția autorului.

DESCRIEREA CIP A CAMEREI NAȚIONALE A CĂRȚII DIN REPUBLICA MOLDOVA

Teste clinice de evaluare funcțională a coloanei vertebrale: Recomandări metodice la lucrări practice și seminare pentru medici rezidenți/Svetlana Pleșca, Victoria Chihai, Alisa Tăbîrță [et al.]; sub redacția: Oleg Pascal; Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Facultatea de Medicină, Catedra de reabilitare medicală, medicină fizică și terapie manuală, Catedra de neurologie nr. 1. – Chișinău: CEP *Medicina*, 2023. – 68 p. : fig. color.

Aut. indicați pe verso f. de tit. – Bibliogr.: p. 68. – În red. aut. – [40] ex.

ISBN 978-9975-82-327-2.

616.711-07(07)

T 46

© CEP *Medicina*, 2023

© O. Pascal, S. Pleșca, V. Chihai ș.a. 2023

CUPRINS

Introducere	4
<i>Tema 1.</i> Evaluarea regiunii cervicale a coloanei vertebrale	5
<i>Tema 2.</i> Evaluarea regiunii toraco-lombare a coloanei vertebrale ..	23
<i>Tema 3.</i> Evaluarea regiunii sacroiliace a coloanei vertebrale ...	36
<i>Tema 4.</i> Sindroamele de compresie a rădăcinilor nervoase	56
<i>Tema 5.</i> Semnele Waddell	66
Probleme de situație	71
Bibliografie	74

INTRODUCERE

Patologia coloanei vertebrale este frecventă, extrem de variată, fiind prezentă la diverse categorii de bolnavi. Evaluarea funcțională a coloanei vertebrale reprezintă un prim pas în diagnosticul corect și abordarea rapidă la acești pacienți. Fiind una din cauzele comune de adresare la medic și o cauză importantă a dizabilității și incapacității de muncă, medicul trebuie să fie înarmat cu o serie de teste, ce îi permit evidențierea structurilor implicate în procesul patologic, cât și adoptarea unei decizii terapeutice cât mai eficiente.

Durerea de spate are un efect semnificativ din punct de vedere economic asupra capacității de muncă și costurilor de îngrijire medicală și reabilitare, cheltuielilor angajatorilor pentru alocații sociale de dizabilitate, dar și efecte indirecte asupra productivității generale a populației.

Ultimii ani se asociază cu un progres deosebit în medicină, iar evaluarea pacienților devine mult mai complexă. Utilizarea noilor tehnologii, cum ar fi ultrasonografia, imagieria prin rezonanță magnetică, tomografia computerizată ne poate ajuta pentru un diagnostic mai rapid și mult mai specific. Pentru un diagnostic amplu și pentru o tactică bună de tratament nu putem însă exclude anamnestical pacientului și nici evaluarea lui clinicofuncțională. În evaluarea coloanei vertebrale se va ține cont de structura articulară, particularitățile biomecanicii, amplitudinea de mișcare a articulațiilor, tonusul muscular ș.a.

Această elaborare metodică cuprinde direcțiile și subiectele de bază necesare, volumul de cunoștințe și deprinderi, pe care medicul rezident trebuie să le acumuleze și să le însușească în timpul orelor practice. O atenție deosebită se va acorda lucrului individual al rezidentului la patul bolnavului prin efectuarea manoperelor practice, a testelor și problemelor de situație la tema dată.

Scopul instruirii: Familiarizarea rezidenților cu particularitățile procesului de evaluare a coloanei vertebrale și reabilitare medicală a pacienților cu afecțiuni ale coloanei vertebrale în contextul complexității procesului patologic și a abordării multifactoriale interdisciplinare.

EVALUAREA REGIUNII CERVICALE A COLOANEI VERTEBRALE

Scopul: Evidențierea particularităților procesului de evaluarea a coloanei vertebrale cervicale.

Durata lucrării practice/ seminarului: 180 minute

Întrebări pentru pregătirea individuală

1. Aprecierea flexiei și extensiei coloanei cervicale.
2. Aprecierea rotației coloanei cervicale.
3. Aprecierea volumului de mișcare a coloanei cervicale.
4. Aprecierea diagnosticului diferențial al durerilor articulare ale coloanei vertebrale cervicale cu durerea de altă genă.

Literatura recomandată: **A:** 1, 2, 3 **B:** 1, 2, 3.

Modalitatea efectuării lucrării practice și seminarului

Nr. d/o	Compartimentul lucrării practice	Durata (min)
1.	Prezentarea temei și planului lecției practice.	5
2.	Controlul nivelului inițial de cunoștințe prin testare grilă, prezentarea proiectelor.	15
3.	Răspuns la întrebările rezidenților, explicații suplimentare.	10
4.	Discutarea reperelor teoretice ale temei și verificarea gradului de însușire a subiectelor acesteia.	30
5.	Rezolvarea de către rezidenți în sala de studii a problemelor clinice.	25
6.	Demonstrarea de către pedagog a 2 pacienți cu patologie specifică.	20
7.	Lucrul în pereche al rezidenților de însușire unul pe altul a dexterităților manuale la temă în sala de studii sub supravegherea și îndrumarea profesorului.	25
8.	Lucrul rezidentului cu pacienții în saloane sub supravegherea profesorului.	15

9.	Demonstrarea și discutarea investigațiilor suplimentare la tema studiată.	15
10.	Verificarea însușirii abilităților practice.	15
11.	Bilanț: profesorul răspunde la întrebări, apreciază și comentează gradul de activitate a fiecărui rezident, prezintă concluziile, tema pentru următorul seminar, literatura necesară.	5

Finalități de studiu:

- să aplice cunoștințele despre particularitățile anatomice și biomecanice ale regiunii cervicale a coloanei vertebrale
- să aplice testele de apreciere a rotației, flexiei și extensiei a coloanei cervicale
- să cunoască metodele de testare funcțională a coloanei cervicale prin aplicarea metodelor specifice și manevrelor de provocare a durerii
- să integreze metodele și testele specifice de evaluare în diagnosticul diferențial al durerilor coloanei vertebrale cervicale de diferită genă.

TESTAREA REGIUNII CERVICALE A COLOANEI VERTEBRALE

Aprecierea rotației coloanei cervicale

Metoda de testare: Pacientul se află în poziția zero – în poziție sezândă cu spatele drept și privirea înainte. Medicul ține capul pacientului cu două mâini în regiunile parietale și rotește maximal posibil în dreapta și în stânga din poziția zero. În timpul probei regiunea cervicală este ușor înclinată înainte (*figura 1*).

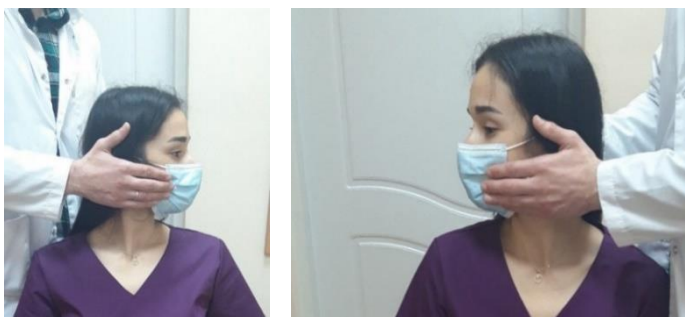


Figura 1. Aprecierea rotației coloanei cervicale.

Apreciere: Restricțiile dureroase ale mișcărilor denotă simptomele dereglărilor segmentare cum ar fi în artrita reumatoidă, blocurile paravertebrale, inflamația și spasmul muscular.

- Durerea și restricțiile bruște de mișcare la sfârșitul rotației denotă schimbări degenerative ale porțiunii medii a coloanei cervicale – spondiloză, spondiloartrită, artrita articulației atlantooccipitale.
- Restricțiile de rotație asociate cu rezistență elastică moale pot fi cauzate de scurtarea mușchilor gâtului.
- Dereglările de circulație sangvină sau iritația arterei vertebrale pot fi presupuse în caz de nistagmus sau vertij.

N.B. Amplitudinea mișcărilor active mereu este mai mică decât a celor pasive din contul mușchilor afectați ce participă la mișcare. Mișcările pasive cresc durerea musculară. În cazul în care amplitudinea mișcărilor active e mai mare decât a celor pasive, ar fi cazul să ne gândim la o supraestimare de către pacient a severității sindromului dureros.

Aprecirea rotației capului în extensie maximă

Se folosește ca probă funcțională de testare a porțiunii inferioare a coloanei cervicale.

Metoda de testare: Pacientul este în poziția zero – poziție șezândă cu spatele drept și privirea înainte. Medicul fixează capul pacientului cu ambele mâini în regiunea occipitală și mandibulară, urmând o extensie pasivă maximală a gâtului (cu înclinarea capului în posterior), apoi efectuează rotația capului în stânga și în dreapta (*figura 2*). În timpul probei capul ușor se înclină lateral.



Figura 2. Aprecirea rotației capului în extensie maximă.

Aprecieri: La extensia maximă a capului, articulația atlanto-occipitală se blochează și rotația se efectuează preponderent în segmentele inferioare ale coloanei cervicale.

- Restricțiile dureroase ale mișcărilor denotă schimbări degenerative ale porțiunii medii și inferioare a coloanei cervicale – spondiloză, spondiloartrită, artrită.
- Dereglările de circulație sangvină sau iritația arterei vertebrale pot fi presupuse în caz de nistagmus sau vertij.

Aprecirea rotației capului în flexie maximă

Se folosește ca probă funcțională de testare a porțiunii superioare a coloanei cervicale.

Metoda de testare: Pacientul se află în poziția zero – poziție șezândă cu spatele drept și privirea înainte. Medicul fixează capul pacientului cu ambele mâini în regiunea occipitală și mandibulară, urmând o flexie pasivă maximală a gâtului (cu înclinarea capului anterior) și întoarcerea capului în stânga și în dreapta. În timpul probei capul ușor se înclină lateral (*figura 3*).



Figura 3. Aprecirea rotației capului în flexie maximă.

Apreciere: La flexia maximă a capului, articulațiile coloanei cervicale se blochează mai jos de C2. Rotațiile se efectuează din contul mișcărilor în articulațiile atlanto-occipitală și atlanto-axială.

- Durerile ce apar în timpul mișcărilor rotative sunt semnele disfuncțiilor articulațiilor sus-numite.

Cauzele cele mai frecvente sunt considerate schimbările degenerative, instabilitatea și inflamația.

Testarea funcției segmentelor coloanei cervicale

Metoda de testare: O mână acoperă capul pacientului astfel încât cotul să fie în fața subiectului, iar laba mâinii este plasată deasupra coloanei cervicale. Degetul mic se plasează deasupra arcului vertebrei superioare a segmentului investigat. Mobilitatea segmentului se determină prin presarea cu degetul mâinii opuse (*figura 4*).



Figura 4. Testarea funcției segmentelor coloanei cervicale.

Mobilitatea posterioară și laterală în segmentul investigat se poate de măsurat prin ușoară tracție în sus cu mâna care fixează capul. În mod similar se poate de evaluat și rotația în segment.

Pentru diagnosticarea funcției segmentelor cervico-toracice, în poziție de flexie, cât și în extensie, capul pacientului se fixează cu o mână, iar degetele celeilalte mâini se pun pe procesele spinos ale celor trei vertebre adiacente. Privind mișcarea proceselor spinos în flexie și extensie pasivă a coloanei cervicale, determinăm volumul mișcărilor în fiecare segment.

Testul Soto-Hall

Este un test nespecific pentru determinarea funcției coloanei cervicale.

Metoda de testare: Pacientul în decubit dorsal, ridică capul și încearcă să ajungă cu barba până la stern. Medicul ușor înclină capul pacientului anterior, apăsând ușor la stern cu cealaltă mână (*figura 5*).

Apreciere: Durerea ce apare în timpul flectării pasive a capului cu apăsarea la stern indică patologia țesutului osos sau ligamentar al coloanei cervicale. Durerea ce apare la flexia activă a capului, este cauzată de scurtarea mușchilor cervicali posteriori.



Figura 5. Testul Soto-Hall.

Testul de percuție

Metoda de testare: Capul pacientului este ușor flectat. Medicul execută percuția proceselor spinose cu un ciocănaș neurologic (*figura 6*).

Apreciere: Durere localizată fără semne neurologice – semn al unei fracturi sau o tulburare funcțională a mușchilor sau aparatului ligamentar. Prezența semnelor radiculare indică patologia discului intervertebral cu iritarea rădăcinii nervoase.



Figura 6. Testul de percuție.

Testul O'Donoghue

Permite diferențierea durerilor ligamentare și musculare a părții posterioare a gâtului.

Metoda de testare: Capul pacientului pasiv se înclină în stânga și în dreapta. Apoi pacientul repetă mișcările de sinestătător, depășind rezistența mâinii examinatorului, care este plasată la nivelul oaselor zigomatice și temporale (*figura 7*).



Figura 7. Testul O'Donoghue.

Apreciere: Dacă durerea apare în timpul mișcărilor active, cauzate de contracția izometrică a mușchilor paravertebrali cervicali din ambele părți, aceasta indică o disfuncție musculară.

Dacă durerea apare în timpul mișcărilor pasive, cauza este în patologia aparatului ligamentar sau degenerarea articulară.

Proba Valsalva

Metoda de testare: Pacientul este în poziția șezândă, cu degetul mare al mâinii în gură. Face un expir forțat și încearcă să împingă degetul din gură (*figura 8*).

Apreciere: În timpul executării testului crește presiunea în canalul vertebral ceea ce permite identificarea mai ușoară a formațiunilor care îngustează canalul vertebral. Cauze posibile: hernii de disc, tumori, osteofite sau țesuturi mărite în volum din cauza inflamației.



Figura 8. Proba Valsalva.

Testul de stimulare (*Spurling test*)

Pentru provocarea durerii în articulațiile intervertebrale și iritarea rădăcinilor măduvei spinării.

Metoda de testare: Pacientul se află în poziția șezândă cu capul întors și înclinat lateral. Medicul se află în spate și aplică o presiune pe laba mâinii, care este plasată pe capul pacientului. Dacă lipsește reacția din partea pacientului, testul se continuă cu extensia treptată a coloanei vertebrale (*figura 9*).

Apreciere: Durerea intensă în timpul testării este cauzată de implicarea articulațiilor intervertebrale și rădăcinilor nervoase în procesul patologic. Extensia simultană a coloanei cervicale îngustează foramenul intervertebral cu 20-30% și duce la creșterea durerii radiculare în timpul acestei mișcări.



Figura 9. Testul de stimulare.

Testul de distragere a coloanei cervicale

Se utilizează pentru diagnosticul diferențial al durerilor în regiunea cervicală cu proiecție în membrul superior cu durerea cauzată de către patologia aparatului ligamentar sau muscular din aceste zone.

Metoda de testare: Pacientul se află în poziția șezândă. Medicul fixează capul pacientului cu ambele mâini de mandibulă și occiput. Se efectuează o tracție în sus pe axa coloanei vertebrale (*figura 10*).



Figura 10. Testul de distragere a coloanei cervicale.

Apreciere: Tracțiunea de-a lungul axei coloanei vertebrale reduce presiunea asupra discurilor intervertebrale și a rădăcinilor nervoase iritate la nivelul leziunii sau în segmentele în care se produce mișcarea în articulațiile intervertebrale. Diminuarea intensității sindromului radicular (chiar și în timpul rotației pasive) în timpul tracției coloanei cervicale este un semn de strangulare a rădăcinii nervoase.

- În caz de creștere a durerii în timpul tracției și rotației, aceasta este cauzată de dereglări funcționale ale coloanei cervicale de genă musculară sau ligamentară sau de leziuni degenerative ale articulațiilor intervertebrale.

Testul de presare asupra articulației umărului

Metoda de testare: Pacientul se află în poziție șezândă. Medicul aplică o presiune asupra articulației umărului pacientului și concomitent cu înclinarea capului lateral spre umărul opus. Testul se efectuează întotdeauna pe ambele părți (*figura 11*).



Figura 11. Testul de presare a articulației umărului.

Aprecieri: Apariția simptomelor radiculare este un semn de aderență a sacului dural și/sau rădăcinii nervoase.

- Limitarea mișcării și durerea musculară pe partea întinderii este legată de creșterea tonusului mușchiului sternocleidomastoidian sau mușchiului trapez. Scăderea intensității durerii pe partea opusă, unde mușchii nu se întind – semnul hipertonusului muscular sau al dereglărilor funcționale cu scurtarea mușchilor.

Testul compresiei maxime a orificiilor intervertebrale

Metoda de testare: Pacientul, așezat pe un scaun, întoarce activ capul lateral, în timp ce extinde ușor gâtul (*figura 12*).



Figura 12. Testul compresiei maxime a orificiilor intervertebrale.

Apreciere: Această mișcare duce la compresia foramenului intervertebral cu o îngustare a spațiilor intervertebrale și iritarea rădăcinilor nervoase.

- Acest lucru se manifestă prin simptome radiculare corespunzătoare. În caz de patologie a articulațiilor intervertebrale, durerea este locală, fără simptome radiculare. Durerea de pe partea opusă este cauzată de încordarea mușchilor gâtului.

Testul de compresie Jackson

Metoda de testare: Pacientul stă așezat. Medicul este în spatele pacientului cu mâinile încrucișate pe capul acestuia, și îl înclină alternativ în ambele direcții. În poziție de înclinare maximă, medicul aplică presiune pe capul pacientului de-a lungul axei coloanei vertebrale (*figura 13*).



Figura 13. Testul de compresie Jackson.

Apreciere: Sarcina axială duce la creșterea presiunii în discurile intervertebrale, iritarea rădăcinilor nervoase și articulațiilor intervertebrale.

În prezența schimbărilor patologice ale unei rădăcini nervoase, apar simptome de durere radiculară.

Durerea localizată va însoți o întindere a mușchilor contralaterali ai gâtului.

Testul de compresie a foramenelor intervertebrale

Metoda de testare: Compresia axială pe coloana cervicală se efectuează în poziție neutră (0°) (*figura 14*).

Apreciere: Comprimarea discurilor intervertebrale și a rădăcinilor nervoase, articulațiilor intervertebrale și/sau foramenelor intervertebrale accentuează simptomele radiculare segmentare. Simptomele difuze mai puțin specifice sunt caracteristice patologiei aparatului ligamentar sau a articulațiilor intervertebrale.



Figura 14. Testul de compresie a foramenelor intervertebrale.

Testul de compresie în flexie

Metoda de testare: Pacientul stă așezat. Medicul se află în spatele pacientului și pasiv înclină capul înainte. Apoi, efectuează compresie axială apăsând pe cap în regiunea vertexului (*figura 15*).



Figura 15. Testul de compresie în flexie.

Apreciere: Este un test calitativ de evaluare a integrității discului intervertebral.

- La prezența unei hernii externe posterioare, aceste acțiuni vor duce la o creștere a proeminenței discului în direcția posterioară și o creștere a compresiei rădăcinii nervoase. Accentuarea simptomelor radiculare poate fi considerată un simptom al prezenței unei astfel de hernii.

- Înclinarea capului înainte duce de obicei la descărcarea articulațiilor intervertebrale și reduce intensitatea durerii de genă degenerativă.

- Creșterea durerii poate indica traumatisme la nivelul structurilor ligamentare posterioare.

Testul compresiei în extensie

Metoda de testare: Pacientul stă așezat. Medicul stă în spatele acestuia și execută extensia coloanei cervicale la 30 de grade. Apoi efectuează compresie axială, apăsând pe cap în regiunea vertexului (*figura 16*).



Figura 16. Testul de compresie în extensie.

Apreciere: Acest test permite evaluarea integrității discului intervertebral.

- În prezența protruziei posterioare externe a discului fără deteriorarea integrității inelului fibros, aplicarea presiunii în sens anterior reduce severitatea simptomelor.
- Creșterea durerii fără simptome radiculare indică de obicei iritarea articulațiilor intervertebrale, în care, pe fundalul modificărilor degenerative, scade mobilitatea.

EVALUAREA REGIUNII TORACO-LOMBARE A COLOANEI VERTEBRALE

Scopul: Evidențierea particularităților procesului de evaluarea a regiunii toraco-lombare a coloanei vertebrale.

Durata lucrării practice/ seminarului: 180 minute.

Întrebări pentru pregătirea individuală

1. Aprecierea flexiei și extensiei coloanei toraco-lombare.
2. Aprecierea flexiei laterale a regiunii toraco-lombare a coloanei vertebrale.
3. Aprecierea volumului de mișcare globală a coloanei toraco-lombare.
4. Aprecierea diagnosticului diferențial al durerilor coloanei vertebrale toraco-lombare cu durerea de diferită genă.

Literatura recomandată: **A:** 1, 2, 3 **B:** 1, 2, 3.

Modalitatea efectuării lucrării practice și seminarului

Nr. d/o	Compartimentul lucrării practice	Durata (min)
1.	Prezentarea temei și planului lecției practice.	5
2.	Controlul nivelului inițial de cunoștințe prin testare grilă, prezentarea proiectelor.	15
3.	Răspuns la întrebările rezidenților, explicații suplimentare.	10
4.	Discutarea reperelor teoretice ale temei și verificarea gradului de însușire a subiectelor acesteia.	30
5.	Rezolvarea de către rezidenți în sala de studii a problemelor clinice.	25
6.	Demonstrarea de către pedagog a 2 pacienți cu patologie specifică.	20
7.	Lucrul în pereche al rezidenților de însușire unul pe altul a dexterităților manuale la temă în sala de studii sub supravegherea și îndrumarea profesorului.	25

8.	Lucrul rezidentului cu pacienții în saloane sub supravegherea profesorului.	15
9.	Demonstrarea și discutarea investigațiilor suplimentare la tema studiată.	15
10.	Verificarea însușirii abilităților practice.	15
11.	Bilanț: profesorul răspunde la întrebări, apreciază și comentează gradul de activitate a fiecărui rezident, prezintă concluziile, tema pentru următorul seminar, literatura necesară.	5

Finalități de studiu:

- să aplice cunoștințele despre particularitățile anatomice și biomecanice ale regiunii toraco-lombare a coloanei vertebrale
- să aplice testele de apreciere a rotației, flexiei și extensiei a colonei toraco-lombare
- să cunoască metodele de testare funcțională a coloanei toraco-lombare prin aplicarea metodelor specifice și manevrelor de provocare a durerii
- să integreze metodele și testele specifice de evaluare în diagnosticul diferențial al durerilor coloanei vertebrale toracice și lombare de diferită genă.

TESTAREA REGIUNII TORACO-LOMBARE A COLOANEI VERTEBRALE

Testul digito-sol

Metoda de testare: Pacientul este în ortostatism cu picioarele apropiate, genunchii drepti. Efectuează flexia corpului până la atingerea solului sau până unde poate ajunge pacientul (distanța se masoară în cm) (*figura 17*).



Figura 17. Testul digito-sol.

Apreciere: Acest test permite aprecierea volumului de mișcare, dat de mișcarea coloanei vertebrale și a articulațiilor bazinului.

Testul Ott

Este utilizat pentru testarea flexiei regiunii toracale a coloanei vertebrale.

Metoda de testare: Pacientul se află în ortostatism cu picioarele apropiate (*figura 18*):

- se determină apofiza spinoasă a vertebrei cervicale C7 (reper 1),
- se măsoară distal 30 cm (reper 2),
- se execută apoi flexia trunchiului.

În mod normal distanța dintre cele două repere crește cu 2-4 cm în flexie și se micșorează cu 1-2 cm în extensie completă.

Se va nota Ott = 30/34 cm

Apreciere: Mișcările coloanei sunt limitate în procesele degenerative, ceea ce se manifestă prin diminuarea amplitudinii mișcărilor în apofizele spinoase.

Testul Schober

Este utilizat în aprecierea mișcărilor de flexie în regiunea lombară a coloanei vertebrale.

Metoda de testare: Pacientul se află în ortostatism cu picioarele apropiate (*figura 18*):

- se determină apofiza spinoasă a vertebrei sacrale S1 (reper 1),
- se măsoară proximal 10 cm (reper 2),
- se execută apoi flexia trunchiului.

În mod normal distanța dintre cele două repere crește până la 15 cm în flexie maximă și se micșorează până la 8-9 cm în extensie maximă.

Se va nota Schober = 10 / 15 cm.



Figura 18. Testul Ott și Schober.

Apreciere: Mișcărilor coloanei sunt limitate în procesele degenerative, ceea ce se manifestă prin diminuarea amplitudinii mișcărilor în apofizele spinoase.

Testul Schepelman



Figura 19. Testul Schepelman.

Este utilizat pentru diagnosticul diferențial al durerii în cutia toracică.

Metoda de testare: în poziție șezândă, pacientul înclină corpul alternant în stânga și în dreapta (figura 19).

Apreciere: Apariția și creșterea durerilor pe partea înclinării denotă simptomele nevralgiei intercostale. Durerea din partea opusă denotă simptome de pleurită. În caz de fractură costală, durerea este permanentă și nu depinde de direcția mișcării coloanei vertebrale.

Testul Adams

Se evaluează scolioza structurală sau funcțională.

Metoda de testare: Pacientul este așezat sau în ortostatism. Medicul stă în spate și îi cere pacientului să se aplece înainte (figura 20).



Figura 20. Testul Adams

Apreciere: Acest test este utilizat în screeningul scoliozei latente la pacienții cu predispoziție ereditară.

- În cazul scoliozei funcționale, deformarea dispare la aplecarea înainte.
- Dacă în timpul execuției testului devierea toracelui persistă în același loc și se observă rotația vertebrelor lombare, modificările structurale sunt caracteristice scoliozei adevărate.

Testul pentru cifoză în poziția genunchi-cot

Metoda de testare: Pacientului i se cere să ia o poziție cu accent pe genunchi și antebrațe, cu o înclinație maximă față de podea (*figura 21*).

Apreciere: Deformarea cifotică labilă a coloanei toracice se corectează în această poziție, în timp ce cea fixă rămâne neschimbată.



Figura 21. Testul pentru cifoză în poziția genunchi-cot.

Testarea funcției segmentare toracice în extensia coloanei vertebrale

Metoda de testare și evaluare: Pacientul, așezat pe un scaun, își unește mâinile după cap și unește coatele unul la celălalt (*figura 22*).



Figura 22. Testarea funcției segmentare toracice în extensia coloanei vertebrale.

Medicul cu o mână fixează antebrațele pacientului în față, iar cu cealaltă evidențiază dereglările segmentare prin palparea fiecărui segment aparte în timpul flexiei, extensiei, înclinării laterale și rotației pasive a coloanei vertebrale.

O tehnică similară poate fi utilizată pentru a diagnostica tulburările segmentare la nivelul coloanei lombare.

Testul de flexie în articulația genunchiului în poziția culcat pe burtă

Folosit pentru a diferenția durerea lombară de durerea regiunii sacroiliace.

Metoda de testare: Pacientul este în decubit ventral. Medicul flexează pasiv articulația genunchiului, încercând să aducă călcâiul cât mai aproape de regiunea fesieră (*figura 23*).



Figura 23. Testul de flexie în articulația genunchiului în poziția culcat pe burtă.

Mai întâi se efectuează flexia pasivă, iar apoi pacientul încearcă să opună rezistență extensiei medicului.

Apreciere: În timpul testului, pacientul simte în mod constant tensiune în zona articulației sacroiliace, apoi lombosacrale și, la sfârșitul testului, în regiunea lombară a coloanei vertebrale. Acest test se aplică la presupunerea unei patologii a aparatului ligamentar al bazinului sau a discurilor intervertebrale.

- Durerea localizată la nivelul articulației sacroiliace, lombo-sacrale sau lombare fără iradiere radiculară indică modificări degenerative și/sau insuficiență ligamentară.

- O creștere a durerii radiculare este un semn al patologiei discului intervertebral.

Testul percuției proceselor spinosae

Indică sindromul lombar al coloanei vertebrale.

Metoda de testare: Pacientul este așezat cu spatele ușor înclinat în față. Medicul bate cu ciocănașul neurologic pe apofizele spinosae ale coloanei lombare sau mușchii paravertebrali (*figura 24*).

Apreciere: Durerea localizată poate indica prezența modificărilor degenerativ-inflamatorii într-un anumit segment al coloanei vertebrale. Durerile în proiecție radiculară semnifică patologia discului intervertebral.

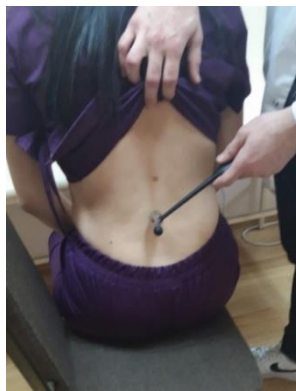


Figura 24. Testul percuției proceselor

Semnul musculaturii lombare

Se utilizează pentru diagnosticarea durerilor lombare.

Metoda de testare: Pacientul, în decubit dorsal, ridică membrul inferior, iar medicul brusc apasă pe coapsa pacientului (*figura 25*).

Apreciere: O asemenea mișcare bruscă realizată pe partea distală a coapsei, duce la scurtarea în mod reflex a mușchilor regiunii lombare cu transmiterea tensiunii pe apofizele transversale ale articulațiilor coloanei lombare.



Figura 25. Semnul musculaturii lombare.

- Durerile apar în cazul în care există modificări în regiunea lombară a coloanei (spondiloartrită, spondilită, hernie de disc) sau în regiunea sacroiliacă.

Testul căderii libere a membrului inferior Lasegue

Se utilizează în diagnosticul diferențial al durerilor lombare.

Metoda de testare: Pacientul se află în decubit dorsal. Medicul ridică membrul inferior al pacientului până la apariția discomfortului, după care eliberează membrul (*figura 26*).

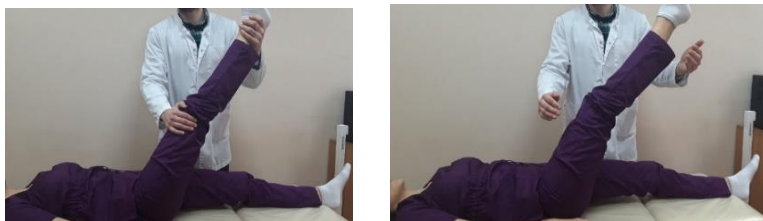


Figura 26. Testul căderii libere a membrului inferior Lasegue.

Apreciere: În caz de încetare bruscă a sprijinului pentru membrul inferior ridicat apare o contracție reflexă a mușchilor spatelui și ai regiunii fesiere. Iliopsoasul reacționează primul, a cărui tensiune este transmisă proceselor transversale ale vertebrelor lombare.

- Pacienții observă apariția durerii, care poate indica prezența unor modificări patologice la nivelul coloanei vertebrale lombare (spondiloartrită, spondilită, hernie de disc intervertebrală) sau articulațiilor sacroiliace.
- În diagnosticul diferențial, trebuie de avut în vedere faptul că acest test poate crește și durerea viscerală, de exemplu, în apendicită.

Testul de elasticitate

Este utilizat pentru localizarea tulburărilor funcționale la nivelul coloanei lombare.

Metoda de testare: Pacientul este în poziție de decubit ventral. Medicul palpează procesele articulare ale vertebrelor examinate cu degetele arătător și mijlociu. Marginea cubitală a mâinii opuse, situată perpendicular pe degete, efectuează o presiune ușoară ritmică (împingeri) în direcția posterior anterior. Astfel, presiunea „pulsatilă” se resimte la nivelul proceselor articulare ale vertebrei examinate (*figura 27*).



Figura 27. Testul de elasticitate.

Apreciere: În mod normal, la aplicarea forței se simte elasticitatea sau rezistența elastică de la procesele articulare.

- Semnele de mobilitate segmentară afectată pot fi atât scăderea, cât și creșterea rezistenței elastice specifice pentru blocuri vechi sau hiper-mobilitate recentă.
- Cu toate acestea, acest test este provocator și pentru ligamentul longitudinalul posterior. La efectuarea testului, durerea profundă surdă se va accentua, în special, în partea inferioară a spatelui, fiind caracteristică implicării ligamentului longitudinal posterior, care este dificil de localizat cu precizie.

Testul de hiperextensie

Indică afectarea coloanei vertebrale lombare.

Metoda de testare: Pacientul este în decubit ventral. Medicul fixează ambele picioare ale pacientului și îi cere să ridice trunchiul. În a doua etapă, medicul extinde pasiv coloana vertebrală cu rotația simultană a trunchiului, punând cealaltă mână pe coloana lombară pentru a-i evalua mobilitatea și a localiza durerea (*figura 28*).



Figura 28. Testul de hiperextensie.

Apreciere: Durerea în extensie activă a coloanei lombare apare sau se intensifică în prezența disfuncției segmentare.

- Extensia pasivă cu rotație suplimentară denotă mobilitate limitată a unuia sau mai multor segmente. Un punct final „dur” în intervalul de mișcare indică modificări degenerative.

- În același timp, punctul final „moale” este mai mult caracteristic pentru scurtarea mușchilor pectoral mare și iliac.

Testul Hoover

Se efectuează pentru a identifica simularea durerii din coloana lombară.

Metoda de testare: Pacientul este în poziție de decubit dorsal. Medicul îi cere să-și ridice piciorul din partea localizării sindromului dureros, concomitent medicul plasează mâna sub călcâiul opus (*figura 30*).



Figura 30. Testul Hoover.

Apreciere: În cazul sciaticii adevărate, pacientul nu va putea ridica piciorul afectat și va apăsa cu călcâiul celuilalt picior pe mâna medicului. Când pacientul simulează simptomele de sciatică, medicul nu simte presiune de la membrul opus. Pacienții raportează adesea că nu își pot ridica deloc piciorul.

EVALUAREA REGIUNII SACROILIACE

Scopul: Evidențierea particularităților procesului de evaluarea a regiunii sacroiliace.

Durata lucrării practice/ seminarului: 180 minute.

Întrebări pentru pregătirea individuală

1. Aprecierea mobilității și elasticității regiunii sacroiliace.
2. Aprecierea afectării ligamentare a regiunii sacroiliace.
3. Aprecierea volumului de mișcare și hipermobilității în regiunea sacroiliacă.
4. Aprecierea diagnosticului diferențial al durerilor cu originea din articulațiile sacroiliace cu durerea de altă genă.

Literatura recomandată: A: 1, 2, 3 B: 1, 2, 3.

Modalitatea efectuării lucrării practice și seminarului

r. d/o	Compartimentul lucrării practice	Durata (min)
1.	Prezentarea temei și planului lecției practice.	5
2.	Controlul nivelului inițial de cunoștințe prin testare grilă, prezentarea proiectelor.	15
3.	Răspuns la întrebările rezidenților, explicații suplimentare.	10
4.	Discutarea reperelor teoretice ale temei și verificarea gradului de însușire a subiectelor acesteia.	30
5.	Rezolvarea de către rezidenți în sala de studii a problemelor clinice.	25
6.	Demonstrarea de către pedagog a 2 pacienți cu patologie specifică.	20
7.	Lucrul în pereche al rezidenților de însușire unul pe altul a dexterităților manuale la temă în sala de studii sub supravegherea și îndrumarea profesorului.	25

8.	Lucrul rezidentului cu pacienții în saloane sub supravegherea profesorului.	15
9.	Demonstrarea și discutarea investigațiilor suplimentare la tema studiată.	15
10.	Verificarea însușirii abilităților practice.	15
11.	Bilanț: profesorul răspunde la întrebări, apreciază și comentează gradul de activitate a fiecărui rezident, prezintă concluziile, tema pentru următorul seminar, literatura necesară.	5

Finalități de studiu:

- să aplice cunoștințele despre particularitățile anatomice și biomecanice ale regiunii sacroiliace
- să aplice testele de apreciere a afectării ligamentare a regiunii sacroiliace
- să cunoască metodele de testare funcțională a regiunii sacroiliace prin aplicarea metodelor specifice și manevrelor de provocare a durerii
- să integreze metodele și testele specifice de evaluare în diagnosticul diferențial al durerilor sacroiliace de diferită genă.

TESTAREA REGIUNII SACROILIACE

Articulația sacroiliacă.

Testarea ligamentelor

Sunt utilizate pentru evaluarea funcțională a aparatului ligamentar al pelvisului.

Metoda de testare: Pacientul este în decubit dorsal (*figura 31*).

a) Pentru evaluarea **ligamentului ilio-lombar**, medicul flexează membrul inferior al pacientului în genunchi și șold aducându-l pe coapsa opusă. În timpul executării mișcărilor, forța este direcționată de-a lungul axei coapsei (*figura 31.1*).



Figura 31.1. Testarea ligamentului ilio-lombar.

b) Pentru examinarea **ligamentelor sacrospinos și sacroiliac**, medicul aduce membrul inferior al pacientului, care este flexat maxim în articulația genunchiului și șoldului, spre articulația umărului opus. În timpul executării mișcărilor, forța este aplicată pe genunchi, care o transmite de-a lungul axei coapsei (*figura 31.2*).



Figura 31.2. Testarea ligamentelor sacrospinos și sacroiliac.

c) Pentru examinarea **ligamentului sacro-tuberos**, medicul direcționează membrul inferior al pacientului până la articulația umărului de aceeași parte (*figura 31.3*).



Figura 31.3. Testarea ligamentului sacro-tuberos.

Apreciere: Durerea care durează câteva secunde indică scurtarea funcțională și supraîncărcarea ligamentului, precum poate fi un semn de hipermobilitate sau mobilitate limitată a articulației sacroiliace.

- Durerea la întinderea ligamentului iliopsoas este proiectată în zona inghinală. În acest caz, trebuie să excludem patologia articulației coxofemorale.
- La tensionarea ligamentelor sacrospinos și sacroiliace, durerea iradiază în proiecția dermatomului S1 și se extinde de-a lungul suprafeței postero-exterioare a coapsei până la articulația genunchiului.
- Durerea din ligamentul sacro-tuberos iradiază de-a lungul părții posteroare a coapsei.

Testul de elasticitate

Evaluează hipermobilitatea articulației sacroiliace.

Metoda de testare: Pacientul este în decubit ventral. Medicul poziționează indicele unei mâini mai întâi pe marginea superioară a articulației sacroiliace, apoi pe marginea sa inferioară (S1-S3), astfel încât vârful degetului să se afle pe sacrum, iar suprafața palmară a falangei distale să fie situată pe marginea medială a osului iliac. Cu cealaltă mână medicul fixează degetul arătător și aplică presiune în sens postero-anterior (*figura 32*).



Figura 32. Testul de elasticitate.

Apreciere: În mod normal, articulația sacroiliacă este elastică: distanța dintre marginea posterioară a ilionului și sacrului se mărește semnificativ la palpare.

- O astfel de rezistență este absentă la restrângerea pronunțată a mobilității în articulația sacroiliacă.
- Hipermobilitatea se caracterizează printr-o creștere semnificativă a distanței dintre sacrum și ilion.
- Durerea la momentul examinării este posibilă atât în primul, cât și în al doilea caz (hipermobilitate dureroasă).

Testul Patrick (semnul Faber)



Figura 33. Testul Patrick (semnul Faber).

Este folosit pentru a diferenția patologia articulației șoldului și a articulației sacroiliace (aprecierea tensiunii mușchilor adductori).

Metoda de testare: Pacientul în decubit dorsal, un membru inferior este drept, celălalt este îndoit în articulația genunchiului. Glezna exterioară a membrului îndoit este situată peste rotula piciorului opus. Piciorul îndoit se plasează pe suprafața medială a articulației genunchiului membrului opus. Medicul efectuează o presiune asupra articulației genunchiului membrului îndoit. În același timp, medicul fixează pelvisul cu mâna pe partea opusă, împiedicând astfel mișcarea acestuia în timpul abducției șoldului (*figura 33*).

Apreciere: În mod normal, abducția este posibilă aproape până când genunchiul atinge canapeaua. Efectuați o măsurătoare comparativă a distanței de la canapea până la articulația genunchiului, efectuând testul pe ambele membre.

- În cazul testului pozitiv, la hiperabducție, mișcarea este limitată, se determină tensiunea mușchilor adductori, iar pacientul simte durere când membrul ajunge în poziția în care începe contracția mușchiului adductor.

- Pe lângă evaluarea stresului adductorilor, ar trebui să evaluăm, de asemenea, dacă contracția acestora este cauzată de durerea asociată cu o patologie a articulației șoldului (punct final „moale”) sau de rigiditatea articulației sacroiliace (se cere diagnosticul diferențial).

- Limitarea simplă a mobilității articulației șoldului (punct final „dur”) sau disfuncția intervertebrală a coloanei vertebrale lombare poate prezenta, de asemenea, un rezultat pozitiv al testului.

Testul de hiperextensie în trei etape

Metoda de testare: Pacientul este în poziție de decubit ventral.

Prima etapă – medicul efectuează hiperextensia membrului inferior îndreptat, în timp ce îi fixează pelvisul cu cealaltă mână.

A doua etapă – medicul fixează sacrul pacientului cu mâna așezată paralel cu articulația sacroiliacă, în timp ce execută hiperextensia pasivă a membrului.

A treia etapă – medicul fixează coloana vertebrală lombară a pacientului la nivelul celei de-a cincea vertebre lombare, producând hiperextensia pasivă a membrului cu mâna liberă. Mișcând mâna de-a lungul coloanei lombare, medicul examinează și segmentele supradiacente a coloanei vertebrale (*figura 34*).



Figura 34. Testul de hiperextensie în trei etape.

Apreciere: În mod normal, pacientul nu simte durere la orice etapă a evaluării. Hiperextensia articulației coxofemorale este posibilă până la 10-20°. Rolul articulației sacroiliace în această mișcare este nesemnificativ. În regiunea lombară a coloanei se produce o hiperextensie elastică (lordoză) în articulația lombosacrală.

- Durerea în timpul fixării pelvisului (etapa 1) indică o patologie a articulației șoldului sau a contracturii musculare (rectus femoris) și/sau mușchiul psoas.

- Durerea în timpul hiperextensiei șoldului cu fixarea sacrului este un semn al mobilității limitate a articulației sacroiliace sau al unei alte patologii a acestei articulații (spondilită anchilozantă).

- Durerea în a treia etapă a evaluării este un semn al patologiei articulației lombosacrale (limitarea mobilității sau protruzia/hernia discului intervertebral).

N.B. Testul pentru identificarea semnului Mennell este identic cu cel de-al doilea pas al testului de hiperextensie trifazată.

Testul vertebral

Este utilizat pentru evaluarea funcției articulației sacroiliace.

Metoda de testare: Medicul se află în spatele pacientului în picioare și palpează spina iliacă postero-superioară și crista sacrală mediană. Pacientului i se cere să ridice piciorul cât mai sus posibil cu flexarea acestuia în articulația genunchiului (*figura 35*).



Figura 35. Testul vertebral.

Apreciere: La mobilitatea normală a articulației sacroiliace, ilionul se deplasează în jos pe partea de examinare, care este însoțită de o mișcare în jos a spinei iliace posterioare superioare de la 0,5 la 2 cm.

- În cazul limitării mișcării articulației sacroiliace, mișcarea ilionului nu se observă.
- De obicei, în patologia articulației sacroiliace spina iliacă posterioară superioară se mișcă în sus din cauza înclinării pelvisului, care este un mecanism de compensare.

Testul de flexie (din poziție ortostatică)

Este folosit pentru a evalua funcția articulației sacroiliace.

Metoda de testare: Pacientul stă cu spatele la medic, care plasează primele degete ale ambelor mâini pe spinele iliace posterioare superioare. Pacientului i se cere să se aplece încet înainte fără a îndoi genunchii și fără a-și ridica tălpile de pe podea. Observăm poziția și/sau mișcarea ambelor spine iliace când trunchiul este înclinat înainte (*figura 36*).



Figura 36. Testul de flexie.

Apreciere: Sacrul se rotește în jurul ilionului pe axa orizontală a articulației sacroiliace.

La o persoană sănătoasă cu articulațiile sacroiliace mobile, în procesul de înclinare a corpului, ambele puncte localizate pe spinele iliace superioare posterioare sunt la același nivel. În cazul restricției de mișcare într-una dintre articulațiile sacroiliace, mobilitatea spinei iliace superioare posterioare va fi limitată de partea afectată și va fi situată puțin mai sus decât punctul opus în raport cu sacrul.

- Dacă nu are loc „oscilarea” sau se observă doar o ușoară deplasare în sus, acesta este un semn de blocare a articulației sacroiliace de pe acea parte. Deplasarea bilaterală în sus poate fi simulată prin scurtarea (contractia) bilaterală a mușchilor poplitei.

N.B. La evaluarea fenomenului de deplasare superioară, este necesar să se ia în considerare sau să se excludă posibila asimetrie a bazinului și articulațiilor șoldului. Nealinieria bazinului din cauza scurtării membrului trebuie compensată printr-un suport pentru piciorul corespunzător.

„Testul de flexie” poate fi efectuat și din poziție de decubit dorsal. Pacientului culcat i se propune să se ridice pe șezute, în timp ce acesta poate folosi marginea mesei drept sprijin. Degetele medicului în această poziție sunt situate în partea superioară a gleznelor mediale, care se deplasează înainte la ridicarea trunchiului pacientului din poziție culcată în poziție șezând. În cazul mobilității reduse în articulația sacroiliacă dreaptă, glezna dreaptă se va deplasa mai mult înainte.

Testul mobilității articulației sacroiliace

Este folosit pentru a evalua funcția articulației sacroiliace.

Metoda de testare: Pacientul este în decubit ventral. Examinatorul poziționează degetele mâinii în proiecția articulației sacroiliace, adică ligamentele sacrale posterioare, întrucât articulația sacroiliacă însăși în această poziție anatomică nu este palpabilă. Cealaltă mână este poziționată pe crista iliacă anterioară. Cu această mână, medicul efectuează mișcări de scuturare și ridicare în direcția anteroposterior, deplasând ilionul înapoi în raport cu sacrul (*figura 37*).



Figura 37. Testul mobilității articulației sacroiliace.

Aprecieri: Degetele fixate pe articulația sacroiliacă resimt în mod normal mișcările arcuite ale articulațiilor sau apariția durerii și mobilitate limitată dacă articulația este blocată (rigidă).

Testul de elasticitate a articulației sacroiliace

Metoda de testare: Pacientul este în decubit dorsal. Medicul aduce piciorul pacientului de partea opusă flexat în genunchi și articulația coxofemurală până la mișcarea pelvisului. Celălalt picior rămâne întins, medicul palpează zona articulației sacroiliace, creând simultan o sarcină elastică de-a lungul axei coapsei (*figura 38*).



Figura 38. Testul de elasticitate a articulației sacroiliace.

Apreciere: La efectuarea acțiunilor descrise apar mișcări arcuite în articulația sacroiliacă, care este resimțită de medic ca o mișcare între crista iliacă posterioară-superioară și sacru. Limitarea unei astfel de mobilități este tipică tulburărilor funcționale.

- Testul se bazează pe proprietatea unei articulații sănătoase de a crește amplitudinea mișcării atunci când i se aplică o forță elastică, chiar și în punct extrem. Această proprietate face posibilă detectarea prin manipulări manuale deteriorarea funcțională a oricăror articulații.

- Cu toate acestea, trebuie amintit că acest test trebuie să fie însoțit de crearea unei preîncărcări articulare. La fel, se recomandă utilizarea testelor de încărcare elastice în poziția de decubit a pacientului.

Semnul lui Derbolowsky

Este folosit pentru a stabili diferențele de lungime a membrelor.

Metoda de testare: Pacientul este în decubit dorsal. Medicul, acoperind articulațiile talocrurale ale pacientului cu mâinile, palpează maleolele mediale cu degetele mari, evaluând poziția relativă și rotația acestora. Pacientul este rugat să ia poziție șezândă. El poate realiza aceasta cu ajutorul medicului sau sprijinindu-se cu mâinile de suport (*figura 39*).



Figura 39. Semnul lui Derbolowsky.

Aprecieri: În caz de limitare a mobilității la nivelul articulației sacroiliace, membrul inferior de aceeași parte va fi mai lung când pacientul se așează și este mai scurt sau egal cu opusul în poziția de decubit dorsal. Medicul măsoară distanța dintre nivelurile de localizare a maleolelor, care erau inițial la același nivel.

- O diferență de până la 2 cm este permisă și nu are valoare de diagnostic.
- Diagnosticul diferențial trebuie efectuat cu alte afecțiuni, ce pot duce la diferențe de lungime a membrelor. Aceasta poate fi o scurtare a tendoanelor ischio-gambieri sau o anomalie congenitală, manifestată prin alungirea sau scurtarea membrului.

Semnul lui Gaenslen

Este folosit pentru evaluarea funcției articulației sacroiliace.

Metoda de testare: Pacientul în decubit dorsal, poziționându-se cât mai aproape de marginea mesei sau atârând de aceasta cu partea afectată. Pentru a stabiliza această poziție și a fixa coloana lombară, pacientul flexează membrul inferior opus cu mâinile în articulațiile genunchiului și șoldului, trăgându-l mai aproape de corp. Medicul efectuează hiperextensia pasivă a membrului inferior ce atâră peste marginea mesei (*figura 40.1*).



Figura 40.1. Semnul lui Gaenslen.



Figura 40.2. Semnul lui Gaenslen.

Acest test poate fi efectuat și cu pacientul poziționat în decubit lateral. Astfel, pacientul trebuie să se întindă în decubit lateral pe partea sănătoasă, îndoind membrul inferior în articulațiile șoldului și genunchiului. Apoi, medicul realizează hiperextensia în articulația șoldului opus fără a atinge masa (*figura 40.2*).

Apreciere: Hiperextensia extremităților în caz de disfuncție a articulației sacroiliace provoacă mișcare în ea și apariția sau intensificarea durerii.

Testul de presiune pe osul iliac

Este utilizat pentru a detecta patologia articulației sacroiliace.

Metoda de testare: Pacientul este în decubit lateral. Medicul, cu două mâini situate pe ilion pe partea afectată, efectuează compresia pelvisului (figura 41).

Apreciere: Apariția durerii în timpul testului este asociată cu patologia articulației sacroiliace: restricția mobilității sau inflamație.



Figura 41. Testul de presiune pe osul iliac.

Semnul Mennell

Este utilizat pentru a detecta patologia articulației sacroiliace.

Metoda de testare: Pacientul este în decubit ventral. Dacă se examinează articulația sacroiliacă stângă, atunci medicul fixează sacrul pacientului cu mâna stângă, în timp ce cu mâna dreaptă apucă membrul inferior stâng și supraîntinde brusc coapsa (figura 42).

Examinarea poate fi efectuată și cu pacientul culcat în decubit lateral. Pacientul este culcat în decubit lateral drept, membrul inferior drept este îndoit în genunchi și șold, iar pacientul apucă acest picior cu ambele mâini. Medicul se află în spatele pacientului, sprijinindu-i pelvisul cu mâna dreaptă, apoi supraextinde brusc coapsa stângă a pacientului cu mâna stângă.

Apreciere: Durerea în articulația sacroiliacă indică patologia acesteia (limitarea mișcării sau inflamație).

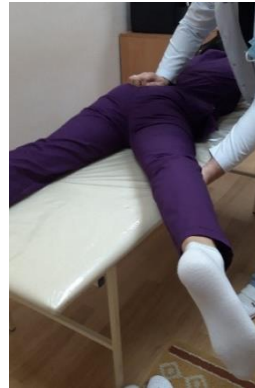


Figura 42. Semnul Mennell.

Testul Yeoman

Este utilizat pentru a evalua durerea în regiunea articulației sacroiliace.

Metoda de testare: Pacientul este în decubit ventral, cu articulația genunchiului îndoită la 90°. Medicul ridică piciorul îndoit paralel cu masa, în același timp făcând o hiperextensie a coapsei (*figura 43*).



Figura 43. Testul Yeoman.

Apreciere: La prima etapă a acestui test se exercită presiune asupra structurilor posterioare ale articulației sacroiliace; ulterior tensiunea este transferată către porțiunile anterioare, în primul rând către ligamentele sacroiliace anterioare afectate.

- Durerea în regiunea lombară indică prezența unui proces patologic în această zonă.

Testul Laguerre

Este folosit pentru a diferenția durerea la nivelul articulațiilor coxo-femorale și sacroiliace.

Metoda de testare: Pacientul este în decubit dorsal. Doctorul flexează genunchiul și articulația șoldului pasiv la 90°. Apoi, coapsa se retrage pasiv și se fixează în poziția de rotație extremă spre exterior (*figura 44*).



Figura 44. Testul Laguerre.

Apreciere: Această mișcare deplasează capul femural spre partea din față a capsulei articulației șoldului.

- Durerile de șold confirmă modificări degenerative ale articulației, displazia acesteia sau contractura mușchiului iliopsoas.
- Durerea pe care o resimte pacientul în spate, în regiunea articulației sacroiliace indică asupra procesului patologic din această zonă.

Testul de încărcare a articulației sacroiliace

Indică implicarea ligamentelor sacroiliace anterioare în procesul patologic din sindromul articulației sacroiliace.

Metoda de testare: Pacientul este în decubit dorsal. Medicul aplică presiune din față către aripile ilionului cu ambele mâini. Cu brațele încrucișate, medicul face presiune exterioară. Presiunea anteroposterioară pune o încărcătură pe părțile posterioare ale articulațiilor sacroiliace, în timp ce compresia laterală încarcă ligamentele sacroiliace anterioare (*figura 45*).



Figura 45. Testul de încărcare a articulației sacroiliace.

Apreciere: Durerea profundă este un semn de tensiune în ligamentele sacroiliace anterioare de pe partea durerii (ligamentele sacroiliace și sacrotuberoase).

- Durerea la nivelul feselor se poate datora comprimării pe masă sau iritației părților posterioare a articulației sacroiliace.
- Determinarea locației exacte a durerii ajută la identificarea cauzei acesteia.

Testul de încărcare în abducție

Indică sindromul articulației sacroiliace.

Metoda de testare: Pacientul este în decubit lateral. Piciorul întins pe masă este flectat, pacientul încearcă să continue abducția piciorului flectat depășind rezistența medicului. Acest test este de obicei efectuat pentru a evalua insuficiența mușchilor gluteus medius și gluteus minimus (*figura 46*).



Figura 46. Testul de încărcare în abducție.

Apreciere: Creșterea durerii la nivelul articulației sacroiliace indică patologia acestuia.

- Pacienții cu patologia articulației coxofemorale pot prezenta, de asemenea, dureri crescute atunci când efectuează acest test. Locația durerii indică tipul maladii.
- Dacă pacientul nu poate mișca piciorul sau îl mișcă doar un pic și nu simte în același timp durere, aceasta confirmă insuficiența mușchiului gluteus medius.

SINDROAME DE COMPRESIE A RĂDĂCINILOR NERVOASE

Scopul: Evidențierea proceselor de compresie radiculară.

Durata lucrării practice/ seminarului: 180 minute.

Întrebări pentru pregătirea individuală

1. Evaluarea semnelor de elongație.
2. Evaluarea semnelor de compresie radiculară.
3. Aprecierea diagnosticului diferențial al durerilor radiculare cu dureri de altă genă.

Literatura recomandată: A: 1, 2, 3 **B:** 1, 2, 3.

Modalitatea efectuării lucrării practice și seminarului

Nr. d/o	Compartimentul lucrării practice	Durata (min)
1.	Prezentarea temei și planului lecției practice.	5
2.	Controlul nivelului inițial de cunoștințe prin testare grilă, prezentarea proiectelor.	15
3.	Răspuns la întrebările rezidenților, explicații suplimentare.	10
4.	Discutarea reperelor teoretice ale temei și verificarea gradului de însușire a subiectelor acesteia.	30
5.	Rezolvarea de către rezidenți în sala de studii a problemelor clinice.	25
6.	Demonstrarea de către pedagog a 2 pacienți cu patologie specifică.	20
7.	Lucrul în pereche al rezidenților de însușire unul pe altul a dexterităților manuale la temă în sala de studii sub supravegherea și îndrumarea profesorului.	25
8.	Lucrul rezidentului cu pacienții în saloane sub supravegherea profesorului.	15
9.	Demonstrarea și discutarea investigațiilor suplimentare la tema studiată.	15
10.	Verificarea însușirii abilităților practice.	15
11.	Bilanț: profesorul răspunde la întrebări, apreciază și comentează gradul de activitate a fiecărui rezident, prezintă concluziile, tema pentru următorul seminar, literatura necesară.	5

Finalități de studiu

- să aplice cunoștințele despre particularitățile anatomice, biomecanice și funcționale ale segmentului intervertebral
- să aplice testele de elongație radiculară prin aplicarea metodelor specifice și manevrelor de provocare a durerii
- să cunoască metodele de evaluare a eventualei compresii a rădăcinilor nervoase cauzate de patologia discală și articulațiilor intervertebrale
- să integreze metodele și testele specifice de evaluare a durerii radiculare în diagnosticul diferențiat al durerilor de diferită geneză.

TESTAREA COMPRESIEI RĂDĂCINILOR NERVOASE

Semnul Lasegue (testul de ridicare a piciorului îndreptat)

Indică iritația rădăcinii nervoase.

Metoda de testare: Medicul ridică încet piciorul pacientului (îndreptat în articulația genunchiului) până când pacientul simte durere (*figura 47*).



Figura 47. Semnul Lasegue.

Apreciere: Durerea intensă în sacrum și picior indică iritația rădăcinii nervoase (patologia discală sau tumoră). Cu toate acestea, adevăratul simptom Lasegue patologic este prezent numai atunci când răspândirea durerii corespunde dermatomului rădăcinii afectate.

Pacientul încearcă adesea să evite durerea prin ridicarea bazinului pe partea afectată. Unghiul de ridicare a piciorului se măsoară în grade. Magnitudinea acestui unghi este un indicator al severității leziunii rădăcinii nervoase.

Sciatica poate fi declanșată și de adducția și rotația internă a piciorului atunci când genunchiul este îndoit. De asemenea, acest test este descris ca un simptom Bonnet sau un simptom piriform (adducția și rotația internă a piciorului duc la întinderea n. sciatic, care trece prin mușchiul piriform).

Creșterea durerii de sciatică la aplecarea capului spre piept și/sau extensia pasivă a degetului mare (simptomul Turyn) sunt semne suplimentare de afectare semnificativă a nervului sciatic (diagnosticul diferențial trebuie efectuat cu meningită, hemoragie subarahnoidiană și meningită carcinomatoasă).

Durerea la nivelul coloanei lombare sau sacrum, care crește odată cu ridicarea piciorului sau iradiază spre spatele coapsei, indică de obicei modificări degenerative ale articulațiilor coloanei vertebrale (sindromul fațetei), iritația ligamentelor pelvine (tendinită) sau o creștere a tensiunii mușchilor ischio-gambieri.

Este important să distingem această durere „pseudoradicară” (simptomul Lasegue FALS) de sciatica adevărată (simptomul Lasegue ADEVĂRAT). Uneori este imposibil să ridici piciorul pacientului în articulația șoldului dacă pacientul conștient opune rezistență și previne ridicarea pasivă a piciorului. Uneori medicul se confruntă cu acest fenomen, mai ales la pacienții care au nevoie de expertiză medicală (vezi testul Lasegue în poziție șezândă).

Semnul Bonnet (sindromul m. piriform)

Metoda de testare: Pacientul este în decubit dorsal, cu articulațiile genunchiului și șoldului flexate. Medicul efectuează mișcarea de adducție și rotație internă a piciorului (*figura 48*).



Figura 48. Semnul Bonnet.

Aprecieri: Durerea apare ca urmare a tensiunii asupra nervului sciatic care trece prin mușchiul piriform.

Testul Lasegue în poziție șezândă

Indică o leziune a rădăcinii nervoase.

Metoda de testare: Pacientul se așează pe marginea unei mese și i se cere să ridice sus piciorul îndreptat (*figura 49*).



Figura 49. Testul Lasegue în poziție șezândă.

Apreciere: Acest test este identic cu simptomul Lasegue. Dacă există iritație a rădăcinii nervoase, pacientul încearcă să evite durerea apăsându-se în spate și folosind brațele pentru sprijin.

Acest test poate fi folosit și pentru a determina durerea simulată. Dacă pacientul poate cu ușurință îndoi piciorul fără a se lăsa pe spate, atunci rezultatul simptomului Lasegue pozitiv obținut anterior ar trebui pus la îndoială. Medicul poate efectua acest test în același mod ca și testul Lasegue, prin flexia pasivă a piciorului pacientului în articulația coxo-femurală cu genunchiul întins.

Semnul Lasegue contralateral (simptom Lasègue-Moutaud-Martin)

Indică o leziune a rădăcinii nervoase.

Metoda de testare: Medicul ridică piciorul sănătos al pacientului, dezoit în articulația genunchiului (*figura 50*).



Figura 50. Semnul Lasègue contralateral.

Apreciere: În prezența iritării rădăcinii nervoase de origine discală, ridicarea piciorului sănătos irită segmentul afectat și poate induce sciatica la celălalt picior afectat.

Testul Bragard

Indică sindromul de compresie a rădăcinii nervoase; servește ca diferențiere a adevăratului semn Lasègue de cel fals.

Metoda de testare: Pacientul este în decubit dorsal. Medicul acoperă călcâiul pacientului cu o mână, iar partea din față a articulației genunchiului cu cealaltă mână. Medicul ridică lent piciorul pacientului, extins în articulația genunchiului. Când apare un simptom Lasègue, medicul coboară membrul inferior al pacientului până când durerea dispare. Apoi, în această poziție, medicul efectuează extensia maximă a labei piciorului, în timp ce apare durerea tipică, cauzată de tensiunea nervului sciatic (*figura 51*).

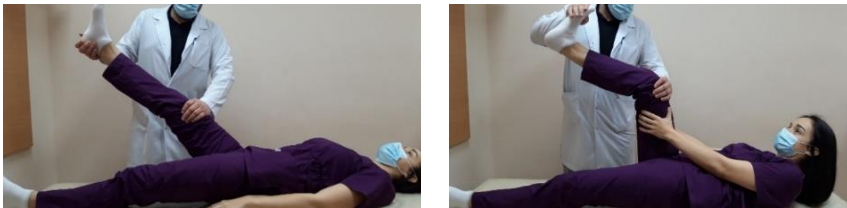


Figura 51. Testul Bragard.

Apreciere: Un simptom Bragard pozitiv indică compresia rădăcinii nervoase, care se poate afla între L4 și S1.

- Durerea surdă pe partea posterioară a coapsei, care iradiază până la articulația genunchiului, este un semn de tensiune la nivelul mușchilor ischiogambieri și nu trebuie considerată un simptom Lasegue.
- Senzație de tensiune în treimea superioară a gambei poate apărea în tromboză, tromboflebită sau contractura mușchiului gastrocnemian.
- Simptomul Bragard poate fi folosit pentru a detecta simularea. Acesta de obicei este negativ atunci când pacientul simulează.

Testul diferențial Lasegue

Este folosit pentru a diferenția sciatica de patologia articulației coxofemorale.

Metoda de testare: Pacientul este în decubit dorsal. Medicul acoperă călcâiul pacientului cu o mână și cu cealaltă mână partea din față a articulației genunchiului. Medicul ridică lent piciorul extins în articulația genunchiului până la apariția durerii. Apoi medicul notează locația și natura durerii și evaluează în grade unghiul de ridicare a piciorului care poate fi atins, până la apariția durerii. Testul se repetă, iar la atingerea unghiului la care apare durerea, membrul se flectează (*figura 52*).



Figura 52. Testul diferențial Lasegue.

Apreciere: La pacienții cu leziuni ale nervului sciatic, flexia piciorului în articulația genunchiului va reduce semnificativ durerea sau chiar va duce la dispariția ei. În prezența patologiei articulației șoldului, durerea va rămâne și poate chiar crește cu flexia crescută a articulației coxofemorale.

N.B. Durerea în patologia articulației șoldului este de obicei localizată în zona inghinală și, foarte rar, în partea posterolaterală a articulației coxofemorale. Numai atunci când durerea este localizată în partea posterolaterală a articulației șoldului, este dificil să distingem iritația rădăcinii nervoase de durerea cauzată de patologia articulației șoldului.

Semnul Duchenne

Este folosit pentru a evalua deteriorarea rădăcinii nervoase.

Metoda de testare: Pacientul este în decubit dorsal. Medicul acoperă călcâiul pacientului cu o mână, pe când cu un deget de la cealaltă mână apasă pe capul primului os metatarsian din posterior. În această poziție, pacientul este rugat să flecteze laba piciorului (*figura 53*).



Figura 53. Semnul Duchenne.

Apreciere: În prezența patologiei discului intervertebral cu implicarea rădăcinii nervoase S1, pacientul nu va putea depăși presiunea. În cazul parezei mușchilor peronieri, ca urmare a acțiunii mușchilor tibial anterior și posterior, laba piciorului este în poziție de supinație.

Semnul Thomsen



Figura 54. Semnul Thomsen.

Indică iritația rădăcinii nervoase.
Metoda de testare: Pacientul este în decubit ventral. Doctorul flexează piciorul pacientului în articulația genunchiului aproximativ la un unghi de 90-120°, cu laba piciorului în poziție de extensie (figura 54).

Apreciere: Dacă palparea nervului sciatic este dureroasă proximal fosei poplitee, aceasta confirmă iritația rădăcinii nervoase în cazul herniei discale sau proceselor de volum.

Mersul pe degete și pe călcâie



Figura 55. Mersul pe degete și pe călcâie.

Este utilizat pentru identificarea și evaluarea patologiei rădăcinii nervoase din coloana lombară.

Metoda de testare: Pacientul este rugat să stea mai întâi pe călcâie, apoi pe vârful degetelor și, dacă este posibil, să facă câțiva pași din fiecare poziție (figura 55).

Apreciere: Dificultatea sau incapacitatea de a sta sau de a merge pe vârful degetelor indică o patologie a rădăcinii nervoase S1. Dificultatea sau incapacitatea de a sta sau de a merge pe călcâie este caracteristică afectării rădăcinilor nervoase L4, L5.

N.B. Diagnosticul diferențial ar trebui să excludă ruptura tendonului lui Ahile. Această leziune face imposibil să stai pe vârful degetelor, mai ales atunci când este efectuată pe membrul afectat.

Testul Lasegue inversat (testul Lasegue pentru nervul femural)

Este folosit pentru a evalua iritația rădăcinii nervoase (L3, L4).

Metoda de testare: Pacientul este în poziția de decubit ventral. Medicul ridică piciorul flectat în articulația genunchiului (*figura 56*).



Figura 56. Testul Lasegue inversat (testul Lasegue pentru nervul femural).

Apreciere: Supraextensia articulației șoldului atunci când genunchiul este îndoit provoacă tensiune asupra nervului femural.

- Apariția unilaterală sau durerea radiculară bilaterală în sacrum sau coapsa anterioară, uneori în întreg membrul inferior, este un semn al iritației rădăcinii nervoase (protruzie discală) în segmentele L3-L4.

- Se va efectua diagnosticul diferențial de acuzele datorate modificărilor degenerative ale articulației șoldului sau scurtării mușchiului drept femural sau mușchiul psoas.

SEMNELE WADDELL

Scopul: Evaluarea durerii psihogene sau simulării.

Durata lucrării practice/ seminarului: 180 minute.

Întrebări pentru pregătirea individuală

1. Familiarizarea cu semnele Waddell și rolul lor clinic.
2. Evaluarea practică a semnelor Waddell.
3. Efectuarea diagnosticului diferențial al durerilor organice provocate de patologia coloanei vertebrale de cele non-organice.

Literatura recomandată: A: 1, 2, 3 B: 1, 2, 3.

Modalitatea efectuării lucrării practice și seminarului

Nr. d/o	Compartimentul lucrării practice	Durata (min)
1.	Prezentarea temei și planului lecției practice.	5
2.	Controlul nivelului inițial de cunoștințe prin testare grilă, prezentarea proiectelor.	15
3.	Răspuns la întrebările rezidenților, explicații suplimentare.	10
4.	Discutarea reperelor teoretice ale temei și verificarea gradului de însușire a subiectelor acesteia.	30
5.	Rezolvarea de către rezidenți în sala de studii a problemelor clinice.	25
6.	Demonstrarea de către pedagog a 2 pacienți cu patologie specifică.	20
7.	Lucrul în pereche al rezidenților de însușire unul pe altul a dexterităților manuale la temă în sala de studii sub supravegherea și îndrumarea profesorului.	25
8.	Lucrul rezidentului cu pacienții în saloane sub supravegherea profesorului.	15
9.	Demonstrarea și discutarea investigațiilor suplimentare la tema studiată.	15
10.	Verificarea însușirii abilităților practice.	15
11.	Bilanț: profesorul răspunde la întrebări, apreciază și comentează gradul de activitate a fiecărui rezident, prezintă concluziile, tema pentru următorul seminar, literatura necesară.	5

Finalități de studiu

- să înțeleagă rolul factorilor psihologici în dezvoltarea și expresia durerii la nivelul coloanei vertebrale
- să aplice semnele Waddell în evaluarea clinicofuncțională a pacientului cu dureri la nivelul coloanei vertebrale
- să cunoască metodele de diferențiere a durerii organice și durerii non-organice
- să integreze semnele Waddell în evaluarea durerii de spate în diagnosticul diferențial al durerilor de diferită genă.

TESTAREA SEMNELOR WADDELL

Semnele lui Waddell

Fac posibilă evaluarea durerii psihogene sau simulării, sau ambelor prin testarea coerenței și reproductibilității răspunsurilor pacienților la semnele fizice non-organice.

Waddell demonstrează că, atunci când trei din cele cinci teste sunt pozitive, există o probabilitate mare de patologie non-organică.

Trei teste pozitive identifică persoana care are nevoie de o evaluare ulterioară psihologică.

1. **Sensibilitatea:** Testul este pozitiv când la ciupirea ușoară sau mișcarea pielii apare senzația dureroasă generalizată care cuprinde toată regiunea lombară (*figura 57*).



Figura 57. Testarea sensibilității prin atingere.

2. **Simularea:** Scopul acestor teste este de a crea pacientului impresia că se efectuează un test specific, atunci când, de fapt, acesta este fals (*figura 58*).

- *Apăsarea (presiunea) axială:* Testul este pozitiv atunci când durerile de spate apar la apăsarea (presiunea) verticală de către mâinile examinatorului pe craniul pacientului, care se află în ortostatism. Durerile cervicale sunt frecvente și nu trebuie luate în considerație.

• *Rotația*: Testul este pozitiv dacă apar dureri de spate la mișcări de rotire pasivă a umerilor și bazinului în același plan, când pacientul stă în picioare relaxat cu taloanele împreunate.



Figura 58. Testul de evaluare a simulării.

3. **Distragerea atenției**: Scopul acestui test este de a distrage atenția pacientului în așa fel încât un rezultat pozitiv în condiții normale de testare devine negativ la pacientul distras (*figura 59*).

Cel mai util test este ridicarea piciorului întins (fără flectarea în genunchi) în sus (Semnul Lasegue)

Testul este pozitiv atunci când pacientul acuză dureri în timpul ridicării piciorului întins aflându-se culcat pe spate, dar nu prezintă dureri la ridicarea piciorului în poziție șezândă.

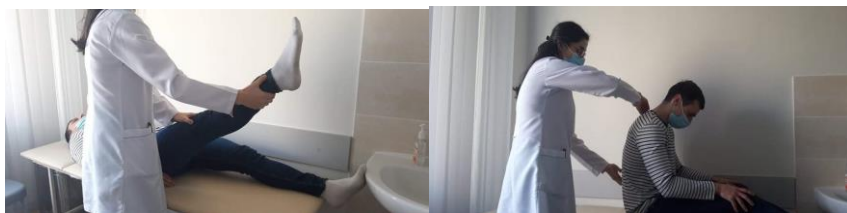


Figura 59. Testul de distargere a atenției.

4. **Regionalizarea:** Distribuția durerii este în funcție de cunoașterea căilor conductive și structurilor anatomice. Interpretarea examenului depinde de răspunsurile non-anatomice sau non-fiziologice ale pacientului la testare (figura 60).

– *Slăbiciunea:* Testul este pozitiv atunci când pacientul prezintă o serie de contracții musculare voluntare repetate, astfel producându-se mișcări similare cu roata dințată. Pacientul poate manifesta slăbiciune în timpul examinării, având o forță adecvată spontană.

– *Sensibilitatea:* Modificările de sensibilitate apar într-o zonă non-anatomică (dereglări de sensibilitate de tip „ciorapi și mănuși”, hemihipoestezie, hipoestezie pe un cadran al coprului).

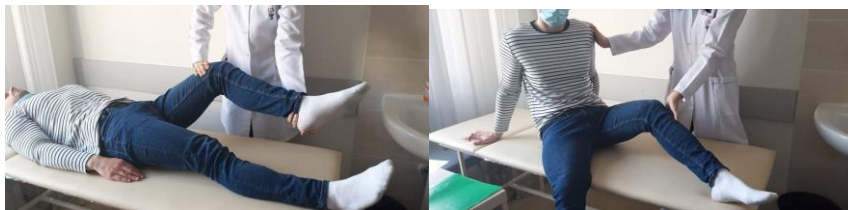


Figura 60. Testul de regionalizare.

5. **Reacții exagerate:**

- verbalizare disproporționată,
- expresie facială,
- contracție musculară,
- tremor,
- transpirații sau colaps.

Se iau în considerație variațiile culturale.

Reprezintă un răspuns dureros exagerat disproporțional la un test specific, care nu este reprodus la evaluare repetată la o perioadă de timp.

Probleme de situație

Cazul nr. 1

Bărbat, 38 ani, se adresează în cabinetul medicului de familie pentru lombalgie. Episod actual sever de durere lombo-sacrală cu iradiere în regiunea fesieră și în coapsă alternativ bilateral, cu impotență funcțională marcată. Istoric de episoade de fesalgie/lombalgie de intensitate redusă, de aproximativ 1 an. Acum 2 săptămâni durerea este persistentă, mai intensă în poziție de repaus de lungă durată, durerea trezește pacientul noaptea.

Istoric medical: fără boli sau intervenții chirurgicale anterioare; alergii: nu cunoaște.

Anamnestic ereditar: mama are dureri lombare; tatăl și frații sunt sănătoși.

Istoric social: nu este fumător; 1-2 ori pe săptămână folosește alcool; căsătorit; lucrează taximetrist. Medicație: Ibuprofen la dureri severe.

▪ **Examenul neurologic** – fără semne de afectare a sistemului nervos (nn. cranieni – N, forța musculară 5 p., sensibilitatea păstrată, reflexele osteotendinoase (ROT) la extremități vii D=S, semne patologice și meningiene abs, funcții cerebeloase – N)

▪ **Mersul** – antalgic, pe călcâie și pe degete se deplasează obișnuit, păstrând poziția antalgică

▪ **Examinarea spatelui**

- rectilinierea lordozei lombare,
- hipertonus muscular paravertebral toracolombar,
- limitarea severă a mișcărilor active de flexie și extensie a coloanei vertebrale
- apofizele spinoase nu sunt dureroase la palpare
- absența durerilor la palparea art. sacroiliace bilateral
- limitarea mobilității art. sacroiliace bilateral (testul de elasticitate, testul mobilității art. sacroiliace sunt pozitive)
- rotația cervicală este satisfăcătoare
- flexia lombară (testul Shober) limitată

- distanța perete – tragus – normală
- Semnul Lasegue – negativ.

Indicați:

1. Teste suplimentare care pot fi efectuate pentru evaluarea funcției articulațiilor sacroiliace.
2. Patologiile care pot cauza disfuncția articulației/articulațiilor sacroiliace.
3. Sursele anatomice posibile generatoare ale durerii la nivel lombar al coloanei vertebrale.
4. Indicați diagnosticul diferențial al durerilor în regiunea lombară a coloanei vertebrale.
5. Recomandări de management al pacientului.

Cazul nr.2

Pacienta V., în vârstă de 48 de ani, în moment ce efectua exerciții fizice în sala de forță, a simțit dureri în regiunea cervicală a coloanei vertebrale. În dimineața zile următoare a menționat iradierea durerii și amorțeală în mâna dreaptă. Mișcările active în regiunea cervicală a coloanei vertebrale îi creau discomfort și intensificarea durerii. S-a adresat la medic la a treia zi de la debutul maladiei.

▪ **Examenul obiectiv:** dereglări moderate de ortostatism, este ștearsă lordoza cervicală, mușchii cervicali sunt încordați mai accentuat din dreapta. Bolnava nu poate ridica mâna dreaptă în sus pe motivul durerii, nu poate apleca capul înainte. Este dureroasă palparea punctelor paravertebrale în regiunea cervicală. Hipoestezie algică în dermatomerele C6-C7, pe dreapta. Reflexele osteotendinoase sunt păstrate.

▪ **Testarea funcțională a regiunii cervicale a coloanei vertebrale:**

- scolioză antalgică cervicotoracală,
- limitarea de rotație și flexie a coloanei vertebrale cervicale
- proba Valsalva pozitivă
- testul de presare asupra articulației umărului pozitiv.

Indicați:

1. Teste suplimentare care pot fi efectuate pentru evaluarea funcției segmentului cervical al coloanei vertebrale.
2. Sursele anatomice posibile generatoare ale durerii la nivel cervical al coloanei vertebrale.
3. Patologiile care pot cauza sindrom radicular cervical.
4. Indicați diagnosticul diferențial al durerilor în regiunea cervicală a coloanei vertebrale.
5. Recomandări de management al pacientului.

BIBLIOGRAFIE

A. Obligatorie:

1. K. Buckup, J. Buckup. Clinical Tests for the Musculoskeletal System. *Thieme 2016 3rd edition*, ISBN – 9783131367938, 400 p.
2. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. Durerea lombară la adult: protocol clinic național PCN-201. Chișinău, 2013.
3. A. Kusturova, N. Caproș, V. Kusturov. Analiza rezultatelor controlului screening al elevilor privind diformitățile coloanei vertebrale. In: *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale*. 2016, nr. 3(52), pp. 122-127. ISSN 1857-0011.

B. Suplimentară:

1. Randall Braddom. Tratat de Medicină Fizică și de Reabilitare, Ediția IV, traducere în limba română. *Editura București 2015*. ISBN: 978-973-0-198869-0, 1575 pp.
2. Jaroslav Kiss. Fiziokinetoterapie și recuperare medicală în afecțiunile aparatului locomotor. *Editura Medicală 2007*, ISBN 973-39-0338-8 288 pp.
3. N. Caproș, A. Kusturova, C. Ețco, V. Kusturov. Rolul sistemului de screening în diagnosticul precoce al diformităților coloanei vertebrale. In: *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale*. 2015, nr. 1(46), pp. 350-355. ISSN 1857-0011.