

RECUPERARE, MEDICINĂ FIZICĂ ȘI BALNEOLOGIE

Volumul I

EXAMEN LOCAL ÎN RECUPERARE

CRISTINA DAIA

RECUPERARE, MEDICINĂ FIZICĂ ȘI BALNEOLOGIE

Volumul I

**EXAMEN LOCAL
ÎN RECUPERARE**



EDITURA UNIVERSITARĂ
București, 2018

Colecția MEDICINĂ

Redactor: Gheorghe Iovan
Tehnoredactor: Ameluța Vișan
Coperta: Monica Balaban

Editură recunoscută de Consiliul Național al Cercetării Științifice (C.N.C.S.) și inclusă de Consiliul Național de Atestare a Titlurilor, Diplomelor și Certificatelor Universitare (C.N.A.T.D.C.U.) în categoria editurilor de prestigiu recunoscut.

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României
DAIA, CRISTINA

Examen local în recuperare / Cristina Daia. - București : Editura Universitară, 2018-
2 vol.
ISBN 978-606-28-0715-3
Vol. 1. - 2018. - Conține bibliografie. - ISBN 978-606-28-0716-0

615

DOI: (Digital Object Identifier): 10.5682/9786062807160

© Toate drepturile asupra acestei lucrări sunt rezervate, nicio parte din această lucrare nu poate fi copiată fără acordul Editurii Universitare

Copyright © 2018
Editura Universitară
Editor: Vasile Muscalu
B-dul. N. Bălcescu nr. 27-33, Sector 1, București
Tel.: 021 – 315.32.47 / 319.67.27
www.editurauniversitara.ro
e-mail: redactia@editurauniversitara.ro

Distribuție: tel.: 021-315.32.47 / 319.67.27 / 0744 EDITOR / 07217 CARTE
comenzi@editurauniversitara.ro
O.P. 15, C.P. 35, București
www.editurauniversitara.ro

CUVÂNT ÎNAINTE

Prezentul volum cu titlul „Examenul local în recuperare” a fost conceput pentru a veni în întâmpinarea tânărului rezident în specialitatea recuperare, medicină fizică și balneologie (RMFB) care are printre primele sale îndatoriri a completa foaia de observație a unui pacient. Evaluarea clinico-funcțională este un element central în specialitatea noastră deoarece pe baza acesteia se elaborează atât diagnosticul principal (care este funcțional) cât și programul recuperator specific.

În consecință pentru a răspunde nevoii principale de a înțelege, asimila și utiliza aparatul de evaluare clinico-funcțional, am realizat cât mai schematic dar și explicit, îmbinarea unor elemente clasice, anatomice, clinice, într-o structură clară, care poate fi aplicată în cazul patologiilor clasice cu adresabilitate în clinicile RMFB. Îmbinând elementele de examen local ale specialităților neurologie, reumatologie, ortopedie, adăugând dimensiunea funcțională, toate asamblate într-o structură de evaluare consacrată, reunind elemente recuperatorii din literatura de profil a clasicilor specialității RMFB (Onose, Sbenghe, Lucescu, Sidenco, Nica, ș.a) s-a constituit acest demers didactic.

În aceeași manieră, dar în egală măsură actualizat, doresc să redau alte domenii importante ale specialității noastre: electroterapia și kinetoterapia, în următoarele volume, doi și trei.

În consecință, acest volum se constituie prin excelență un material strict didactic adresat mai tinerilor noștri colaboratori.

Dr. Cristina Daia

FOREWORD

This volume entitled “Physical Rehabilitation Exam” was designed for the young fellows in the specialty Physical Medicine and Rehabilitation (PRM), whom have among their first duties to complete a patient's observation sheet. In PRM, clinical-functional assessment is a central element because of its important duality: to provide the main diagnosis (which is functional) and the specific rehabilitation program's objectives.

In order to better understand, assimilate and use the clinico-functional evaluation apparatus, we have achieved as schematically as possible, a new material which mix classical, anatomical, clinical elements in a clear structure, used for PRM's classical pathologies. Combining the local examination items of neurology, rheumatology, orthopedics, adding the functional dimension, all were assembled into an assessment structure, which brings together all requiring elements from the classic literature (Onose, Sbenghe, Lucescu, Sidenco, Nica, and etc).

In the same manner, but also updated, I want to approach other important areas of our specialty: electrotherapy and kinetotherapy, in the following two volumes.

This volume is, as a matter of course, a strictly didactic material for our younger collaborators.

Cristina Daia, MD, PhD

Dedicație

*Dedic această carte Doamnei Profesor Doctor Elena Lunimița Sidenco,
pentru girul acordat în specialitate*

Mulțumiri

Doresc să mulțumesc pe această cale, în mod deosebit, domnului Prof. Univ. Dr. Gelu Onose, cel care m-a îndrumat și ajutat în toți acești ani, pe parcursul devenirii mele profesionale.

CUPRINS

Cuvânt înainte	5
Foreword	6
Examenul clinic local în recuperare	13
I. Examenul local al pacientului cu patologie de coloană vertebrală .	19
1.1. Examenul local al pacientului cu hernie de disc și/sau spondiloză.....	19
1.2. Examenul local al pacientului cu traumatism vertebro-medular	28
II. Examenul local al pacientului cu patologie de membru inferior cu indicație pentru recuperare.....	36
2.1. Examenul local al pacientului cu patologie de șold (postraumatică, degenerativă).....	36
2.2. Examenul local al pacientului cu patologie de genunchi (postraumatică, degenerativă).....	45
2.3. Examen local al pacientului cu patologie de gleznă-picior ..	52
III. Examenul local al pacientului cu patologie de membru superior cu indicație pentru recuperare	57
3.1. Examenul local al pacientului cu patologie de umăr	57
3.2. Examenul local al pacientului cu patologie de cot	64
3.3. Examenul local al pacientului cu patologie de pumn și mână	67
IV. Examenul local al pacientului neurologic cu indicație pentru recuperare.....	72

4.1. Patologie sindrom de neuron motor central. Hemiplegie. Tetraplegie	72
4.1.1. Examenul local al pacientului cu hemiplegie post accident vascular cerebral AVC, traumatism cranio-cerebral TCC, ș.a.	76
4.1.1.1 . Orientarea pacientului.	80
4.1.1.2. Semnele de iritație meningeală	81
4.1.1.3. Examenul tulburărilor de limbaj	82
4.1.1.4. Examenul nervilor cranieni.....	84
4.1.1.5. Examenul sistemului senzitiv	104
4.1.1.6. Examenul sistemului motor. Evaluarea reflexelor osteotendinoase. Evaluarea forței musculare. Evaluarea tonusului muscular ...	105
4.1.1.7. Coordonarea.....	109
4.1.1.8. Examen funcțional. Control motor. Deficit motor. Aprecierea disfuncției locomotorii și de autoîngrijire	109
4.1.2. Examenul local al pacientului cu TCC	112
4.1.2.1. Generalități TCC. Definiție. Clasificare	112
4.1.2.2. Nivele ale alterării stării de conștiență post traumatism cranio-cerebral	114
4.1.2.2.1. Coma. Starea vegetativă.....	115
4.1.2.2.2. Starea de minimă conștiență	117
4.1.2.2.3. Starea de conștiență redusă (modificată).....	117
4.1.2.2.4. Status psiho-cognitiv post traumatism cranio- cerebral	118
4.1.2.3. Evaluarea pacientului în stare vegetativă.....	123
4.1.2.4. Examenul local al pacientului cu hemiplegie/tetraplegie și alterarea stării de conștiență post TCC	126
4.2. Patologie sindrom de neuron motor periferic	131
4.2.1. Examenul local al pacientului cu plexopatie	131
4.2.2. Examenul local al pacientului cu mononeuropatie	139
4.2.3. Examenul local al pacientului cu radiculopatie	147
4.2.4. Examenul local al pacientului cu polineuropatie	147

4.3. Examenul local al pacientului cu scleroză laterală amiotrofică	153
4.4. Examenul local al pacientului cu scleroza multiplă	156
4.5. Examenul local al pacientului cu boala Parkinson	160
4.6. Examenul local al pacientului cu miopatie	164
4.7. Examenul local al pacientului cu boală de joncțiune neuro-musculară	166
V. Examenul local al pacienților cu patologie reumatologică, cu indicație pentru recuperare	169
5.1. Examenul local al pacientului cu spondilită ankilozantă.....	169
5.2. Examenul local al pacientului cu poliartrită reumatoidă	177
Bibliografie	184
Anexe	190

EXAMENUL CLINIC LOCAL ÎN RECUPERARE

Introducere

Una dintre primele cerințe adresate medicului rezident este completarea în foaia de observație a examenului local. Din acest motiv în acest capitol voi reda pe scurt principalele modalități de completare ale examenelor locale pentru cele mai frecvente patologii cu adresabilitate în clinicile de *recuperare, medicină fizică și balneologie*.

În cazul unei patologii cu adresabilitate în serviciile de recuperare, stabilirea **obiectivului funcțional** (obiectiv central într-un program de recuperare) se face pe baza stabilirii „**disfuncției locomotorii**” (dar și respectiv de **autoîngrijire, de abilitate sau posturale**). Ca urmărește necesar a cunoaște și a ne raporta la clasificarea „*Clasificarea Internațională a Infirmității, Disfuncției și Handicapului / “International classification of functioning, disability and health” (ICFDH)*”¹⁻³, care standardizează acest deziderat, de aceea am să o reproduc foarte pe scurt în preambulul examenelor locale.

Pornind din anul 1975 și încheind în anul 1980 Organizația Mondială a Sănătății (OMS) elaborează prima clasificare “*International classification of impairment, disability and health*” (ICDH). Acesta a fost îmbunătățită în 1999 (a 2-a variantă), 2001 (a 3-a variantă și ultima) denumită “*International classification of functioning, disability and health*” (ICFDH)^{1,2}

Pe scurt această clasificare definește și clasifică **trei** tipuri importante de noțiuni: **Infirmitate, Disfuncție și Handicap**, pe care le voi prezenta succint, mai jos.

I. Infirmitate (Impairment)^{1,2} = prejudiciul (pierderea) unei structuri anatomice, fiziologice sau psihologice

Unele dintre acesta se pot identifica la examenul local sau constituie motive ale internării în specialitatea noastră, sau pot reprezenta concluzii în urma programului recuperator de etapă efectuat și trecute după evoluția pacientului.

Acestea sunt în număr de (9):

- 1) **Infirmitatea scheletală: - importantă a fi identificată în recuperare**
 - ✓ **Membre:**
 - ❖ Deficite de structură ale membrilor (*amputații, anomalii congenitale*),
 - ❖ Deficite motorii ale membrilor cauzate de orice patologie neurologică (*pareze, plegii*),
 - ❖ Dismorfisme, diformități de orice fel ale membrilor (*deficiențe posturale, ankiloze articulare*), ș.a.
 - ✓ **Cap, Gat, Trunchi:**
 - ❖ dismorfisme, deviații, diformități de orice fel (*gibozitate, scolioze, ș.a.*)
- 2) **Infirmitatea de vorbire - importantă a fi identificată în recuperare** (*orice tulburări de vorbire sau asociată, afazie, disfazie, dizartre, dislexie, ș.a.*)
- 3) **Infirmitatea aurală - importantă a fi identificată în recuperare** (se referă la identificarea tulburării echilibrului, indiferent de cauza acestuia; sta la baza unui obiectiv kinetic în recuperare)
- 4) **Infirmitatea psihologică - importantă a fi identificată în recuperare** (pentru că condiționează participarea la programul de recuperare); poate fi consecință oricărei patologii (cum ar fi Traumatismul Cranio Cerebral, TCC) și se referă la afectarea compartimentelor de cogniție (de exemplu statusul psiho-cognitiv post TCC), memorie (de exemplu amnezia retrogradă, demența post traumatică, basculară, ș.a.), tulburarea de personalitate pe fond organic (post TCC de exemplu), dezorientarea temporo-spațială, etc.
- 5) **Infirmitatea intelectuală - importantă a fi identificată în recuperare** (pentru că condiționează participarea la programul de recuperare); consecință a unor boli genetice, congenitale, traumatice (TCC cu retard intelectual), etc.
- 6) **Infirmitatea viscerală** - poate fi identificată în recuperare la pacienții politraumatizați în post-acute; se referă la pierderea unor organe sau la starea lor patologică severă ce echivalează în stadii avansate cu pierderea lor (de exemplu, splenectomie, nefrectomie, Insuficiențe renale, cardiace, respiratorii severe, etc.)
- 7) **Infirmități oculare** (pierderea ochiului sau a acuității vizuale)
- 8) **Infirmități desfigurative**
 - ✓ Ale capului, trunchiului (cicatrice faciale post agresiune, ș.a.)
 - ✓ Ale membrilor (amputații ale membrilor post traumatisme ș.a.)

- ✓ Altele (anus contra naturii, gastrostomă, traheostomă - stări vegetative)
- 9) **Alte infirmități** (generalizate, senzitive, altele): **unele importante în recuperare** cum ar fi:
 - ✓ tulburările sfincteriene (incontinență, retenție, mixte al vezicii și colonului în traumatisme vertebro-medulare, TVM, TCC, ș.a.),
 - ✓ durerea neuropată
 - ✓ tulburări de sensibilitate, ș.a.

II. Disfuncția (Disability) = se referă la consecința funcțională generată de pierderea unei structuri anatomice, fiziologice, psihologice (infirmitate)
 Unele dintre acestea constituie motive ale internării dar în același timp indicatori ai statusului funcțional la externare în specialitatea noastră.

Sunt în număr de (8).

1) Disfuncția locomotorie – foarte importantă în recuperare

- ✓ se referă la aprecierea:
 - ❖ transferurilor,
 - ❖ mersului pe teren plat,
 - ❖ urcat coborât scări,
 - ❖ folosirea sau nu de dispozitive asistive:
 - baston uni pod, tripod, tetrapod;
 - cârje cu susținere antebrahială sau axilară
 - cadru de mers fix sau cu roțile
 - orteze
- ✓ **poate fi de trei feluri** (aprecierea are un grad de subiectivism):
 - I. Ușoară:** locomoția se realizează independent dar cu durere, sau cu dificultate (transfer, mers, urcat/coborât scări)
 - II. Moderată:** locomoția se realizează cu ajutorul unui dispozitiv asistiv (baston, cârje, orteze) sau necesită supraveghere (transfer, mers); nu poate urca sau coborî scări. *În acest stadiu este posibil ca pacientul să aibă nevoie de însoțitor pentru unele activități.*
 - III. Severă:** deplasarea este asistată instrumental (cârje, cadru de mers fix sau cu roțile, fotoliu rulant) și/sau de către o altă persoană; sau pacientul nu se poate deplasa, fiind imobilizat la pat. *În acest stadiu este posibil ca pacientul să aibă nevoie de însoțitor permanent.*

2) Disfuncția de autoîngrijire – foarte importantă în recuperare

- ✓ se referă la aprecierea:
 - ❖ igienei personale (îngrijire mâini, față, păr, barbă, ș.a.)
 - ❖ alimentația (pregătirea hranei, servirea hranei ș.a.)
 - ❖ activități de îmbrăcare dezbrăcare (cămașa, pantaloni, ș.a.)
 - ❖ igiena activității excretorii urinare, intestinale (nu se poate auto-sonda, nu poate asigura igiena defecației, ș.a.)
 - ❖ altele: așezarea, re așezarea în pat, potrivirea pernei, deschiderea unei cărți, ș.a.
- ✓ **poate fi de trei feluri** (aprecierea are un grad de subiectivism):
 - I. Ușoară:** autoîngrijirea se realizează independent dar cu durere, sau cu dificultate
 - II. Moderată:** autoîngrijirea se realizează cu ajutorul unui dispozitiv asistiv (orteze) sau necesită supraveghere; nu se poate autoîngrijii complet independent, necesită asistență în unele activități (de exemplu: poate îmbrăca cămașa, dar nu pantalonul; poate servi mese, dar are nevoie ca acesta să fie preparată de altă persoană; se poate auto sonda, dar are nevoie de asistența altei persoane, ș.a.). *În acest stadiu este posibil ca pacientul să aibă nevoie de însoțitor permanent.*
 - III. Severă:** autoîngrijirea se realizează cu ajutorul unei alte persoane (parțial sau în totalitate). *În acest stadiu pacientul are nevoie de însoțitor permanent.*

3) Disfuncția posturală – foarte importantă în recuperare

- ✓ se referă la aprecierea capacității individului de a executa unele activități distincte asociind diferite posturi ale corpului:
 - ❖ menținerea poziției capului (importantă de exemplu la stările vegetative)
 - ❖ menținerea poziției a trunchiului în șezut scurtat, alungit, la marginea patului
 - ❖ ortostatismului,
 - ❖ postura unipodală

4) Disfuncția de abilitate – foarte importantă în recuperare

- ✓ se referă la aprecierea capacității individului de a executa unele mișcări fine ale membrului superior implicate în activități tip Activity of Daily Living (ADL) sau în activități curente

utilizând diferite dispozitive Instrumental Activity of Daily Living (IADL) (cum ar fi dificultăți în performarea penselor de finețe, în activități ca încheierea unui nasture, deschiderea unui comutator, a robinetului, folosirea unui stilou ș.a.)

5) Disfuncția de comunicare – foarte importantă în recuperare

- ✓ Secundară patologiei neurologice de emisfer dominant, tulburarea de comunicare sau afazia mixtă, motorie (expresivă) și/sau senzorială (receptivă), este întâlnită la pacienții ce beneficiază de recuperare (logopedie)
- ✓ Secundară altor patologii

6) Disfuncția comportamentală – foarte importantă în recuperare, la pacienții cu TCC

- ✓ Disfuncția relațională

7) Disfuncția situațională

- ✓ dependență legate de dispozitive, aparate: oxigenoterapie, dializă, pace macker cardiac ș.a.; situații contextuale ale mediului ambiant (toxici, poluanți)

8) Alte disfuncții (oricare neclasificate anterior)

III. Handicap= prejudiciul social al unui individ determinat de infirmitate și/sau disfuncție

Handicapul ține deci de particularitățile individului, de percepția personală a acestuia legată de infirmitatea și/sau disfuncția personală.

Astfel,

- nu orice infirmitate generează o disfuncție și un handicap
Exemplu: un tânăr rămâne cu o cicatrice extinsă la nivelul brațului și antebrățului drept, ca urmare a unei arsuri, deci are o *infirmitate desfigurativă*; acesta nu-i creează prejudiciu funcțional (ci estetic) deci nu creează o *disfuncție*; dacă tânărul este programator (deci nu lucrează într-un domeniu unde este importantă imaginea sa), și știe să gestioneze acest nou aspect al vieții sale nu ca pe un prejudiciu al valorii sale ci ca pe un aspect posibil existențial, infirmitatea desfigurativă nu va determina nici *handicap*
- nu orice infirmitate, respectiv disfuncție generează un handicap
De exemplu un pacient care are o infirmitate a unui membru (amputație la nivelul antepiciorului posttraumatică, accident rutier) și o disfuncție locomotorie moderată, se poate considera handicapat dacă profesia sa era atlet sau nu, dacă profesia sa era avocat.
A fi handicapat poate fi, în unele situații, o alegere personală.

Sunt 7 tipuri de handicap:

- 1) Handicapul de mobilitate (deplasare)**
- 2) Handicapul de autoîngrijire**
- 3) Handicapul de orientare**
- 4) Handicapul ocupațional**
- 5) Handicapul de integrare socială**
- 6) Handicapul economic**
- 7) Alte handicapuri**

In 1999 această clasificare s-a stratificat pe trei paliere:

1. Funcția organică (B, body, care a înglobat Infirmitățile)
2. Activitățile (A, activities, care a reunit Disfuncțiile)
3. Activitățile de participare (P, participation, care a reunit tipurile de Handicap)

În 2001 această clasificare și-a căpătat numele definitiv ICFDH, și s-a restructurat pe patru paliere. Al patrulea nou introdus, datorită gradului mare de variabilitate contextuală socio-economică și familiară ale fiecărui individ a fost denumit: Factorii de mediu

I. EXAMENUL LOCAL AL PACIENTULUI CU PATOLOGIE DE COLOANĂ VERTEBRALĂ

1.1. Examenul local al pacientului cu HERNIE DE DISC și/sau SPONDILOZĂ^{1,4-36}

A) Dacă în antecedentele personale patologice (APP) ale pacientului se numără una dintre patologii de coloana vertebrală cum ar fi: **hernia de disc** (operată sau neoperată), stenoza de canal vertebral lombar sau cervical, sindromul fațetar, **spondiloza** cervico-dorso-lombară, ș.a. sau cel puțin acuză o **durere lombară joasă** de cauză degenerativă sau reumatologică, va trebui să realizăm examenul coloanei vertebrale prin analiza și notarea următoarelor **5 sindroame**:^{1,4-6}

1) **Sindrom Vertebral**^{1,4-6} acesta este de două feluri:

- a) Sindrom Vertebral Static (SVS)
- b) Sindrom Vertebral Dinamic (SVD)

A) **Sindrom Vertebral Static (SVS):**

- Urmărește analiza aliniamentului și posturii coloanei vertebrale cervico-dorso-lombare (CDL) atât în plan frontal cât și în plan sagital
- Normal: observăm curburile fiziologice ale coloanei vertebrale: lordoza cervicală, cifoza dorsală și lordoza lombară (în plan sagital/antero-posterior) fără tulburări de statică în plan frontal
- Patologic: pot apărea în plan sagital:
 - ✓ Pierderea lordozei cervicale
 - ✓ Accentuarea cifozei dorsale (de exemplu în spondiloza cervicală)
 - ✓ Pierderea de lordoză fiziologică (de exemplu în herniile de disc lombare – 90%)
 - ✓ Accentuarea lordozei fiziologice (de exemplu în herniile de disc lombare – 10%, reprezentând un

semn de gravitate; un alt exemplu mai frecvent de apariție îl reprezintă spondiloza lombară în care asocierea accentuării lordozei fiziologice cu abdomenul evazat pe flancuri, voluminos este denumit sindrom trofostatic

- Patologic pot apărea în plan frontal:
 - ✓ Atitudine scoliotică (cu caracter reversibil, specifică herniei de disc) respectiv scolioză (cu caracter ireversibil, specifică scoliozelor structurale); notarea acestora se face după convexitatea lor, de exemplu vom spune scolioză dorsală dreaptă (în loc de scolioză dorsală dextro-convexă), sau scolioză cervico-dorsală dreaptă și lombară stângă (în loc de scolioză cervico-dorsală dextro-convexă și lombară sinistro-convexă)



Scolioză dorsală stângă și dorso-lombară dreaptă severă

Notă: observați linia umerilor orizontală, marker pentru scolioza structurală



Atitudine scoliotică dorso-lombară stângă (în HDL stângă, fază acută)